Sekr. PNRL

PREZES
URZĘDU OCHRONY
DANYCH OSOBOWYCH
Mirosław Wróblewski

SEKRETARIAT
BIURA N.I.L.
16. 10. 2026
L.dz. 14637

Warszawa, **13 października 2026**

DPNT.413.1.2026

Pani
Jolanta Sobierańska-Grenda
Minister Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia

Szanowna Pani Minister,

działając na podstawie art. 52 ust. 2 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych[1] **zwracam się do Pani Minister z uprzejmą prośbą i wnioskiem o rozważenie podjęcia działań legislacyjnych w kierunku kompleksowego uregulowania procedury związanej z przejmowaniem dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu przez organy samorządu lekarskiego**.

1. **Przedstawienie problemu**.

Przetwarzanie danych osobowych dotyczących zdrowia podlega szczególnej ochronie na podstawie art. 9 rozporządzenia 2016/679[2]. Istotne jest zatem zapewnienie właściwych gwarancji ochrony tych danych w sytuacji pozyskiwania, gromadzenia, a w dalszej kolejności ich udostępniania, w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza w związku z jego śmiercią. Jak natomiast wynika z przeprowadzonej przez Prezesa UODO analizy oraz w związku z sygnałami docierającymi do Prezesa UODO, praktyka stosowania art. 30a ust. 3 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta i

[1] Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 ze zm.)
[2] Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, str. 1 ze zm.); dalej jako „rozporządzenie 2016/679".

Rzeczniku Praw Pacjenta[3], odnoszącego się do przejęcia dokumentacji medycznej przez właściwą okręgową izbę lekarską w sytuacji śmierci lekarza, prowadzi aktualnie do niepewności prawnej w zakresie prawidłowego postępowania z dokumentacją medyczną pacjentów w związku z zaprzestaniem prowadzenia działalności przez lekarza wykonującego zawód w formie praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej[4].

Zgodnie z art. 30 ust. 3 pkt 3 ustawy o rzeczniku praw pacjenta, w przypadku braku podmiotu, który przejąłby zadania po śmierci lekarza wykonującego zawód w formie praktyki zawodowej, w rozumieniu art. 5 ustawy o działalności leczniczej, za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych odpowiada właściwa okręgowa izba lekarska. W ocenie organu nadzorczego, art. 30a ust. 3 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta **wprost nakłada na organ samorządu lekarskiego obowiązek przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej w przypadku śmierci lekarza**.

W praktyce dochodzi jednak do sytuacji, gdy okręgowe izby lekarskie, wobec braku przepisów dookreślających tryb i sposób realizacji tego obowiązku, wydają uchwały mające doprecyzować tryb postępowania w sytuacji śmierci lekarza. Określają w tym trybie instrukcje postępowania z dokumentacją medyczną po zmarłych lekarzach, przewidujące przejęcie dokumentacji medycznej przez izbę po uprzednim złożeniu wniosku przez osobę będącą w posiadaniu dokumentacji medycznej podlegającej przejęciu lub spadkobiercę lekarza, który tę dokumentację wytworzył[5]. Przyjmowane są też uchwały, mocą których procedura przejęcia dokumentacji medycznej przez izbę w uzasadnionych przypadkach może zostać wszczęta bez wniosku, np. gdy dokumentacja medyczna podlegająca przejęciu jest przechowywana w sposób: niezapewniający jej bezpieczeństwa, uniemożliwiający pacjentom, których dane są w niej zgromadzone, realizowania ich uprawnień, lub uniemożliwiający uprawnionym podmiotom dostęp do danych zgromadzonych w dokumentacji medycznej[6].

Izby lekarskie, wydając akty wewnętrzne, kształtujące zasady przetwarzania danych wrażliwych, podejmują zatem działania, które budzą zasadnicze zastrzeżenia Prezesa UODO z punktu widzenia wymogów zgodnego z prawem przetwarzania danych wynikających z art. 6 ust. 1 i 3 oraz art. 9 ust. 2 rozporządzenia 2016/679.

Należy przy tym wskazać, że śmierć lekarza powoduje skreślenie z listy członków okręgowej izby lekarskiej (art. art. 7 ust. 1 pkt 5 ustawy o izbach lekarskich), a także

---

[3] Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581 ze zm.).
[4] Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156, ze zm.)
[5] Np. uchwała Nr 664/2018/8/R Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie z dnia 18 września 2018 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji postępowania w związku z przejmowaniem dokumentacji medycznej po zmarłych lekarzach i lekarzach dentystach przez Lubelską Izbę Lekarską https://oillublin.pl/zalatwianie-spraw/dokumentacja-medyczna-po-zmarlych-lekarzach-i-lekarzach-dentystach/
[6] Np. uchwała nr 1135/2017/VII Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej z dnia 24 sierpnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji postępowania w związku z przejmowaniem dokumentacji medycznej po zmarłych lekarzach przez Wielkopolską Izbę Lekarską https://wil.org.pl/sprawy/dokumentacja-medyczna-po-zmarlych-lekarzach/jak-przekazac-do-wil-dokumentacje-po-zmarlym-lekarzu/

wprowadzenie zmian w Centralnym Rejestrze Lekarzy[7] i okręgowych rejestrach lekarzy prowadzonych przez okręgowe rady lekarskie[8]. Wydaje się zatem, że czynności te powinny być impulsem do podjęcia dalszych działań przez samorząd lekarski związanych z przejmowaniem dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu, który to proces jest związany z pozyskiwaniem i dalszym przetwarzaniem szczególnych kategorii danych osobowych. Brak przepisów ustawowych określających wprost obowiązki podjęcia stosownych działań w odniesieniu do dokumentacji medycznej pacjentów powoduje, że tak jednak nie dzieje się.

2. Dotychczasowe działania Prezesa UODO oraz stanowiska Naczelnej Izby Lekarskiej i Rzecznika Praw Pacjenta.

Na tle sprawy dotyczącej jednej z pacjentek, która nie mogła uzyskać dostępu do swojej dokumentacji medycznej po śmierci lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską[9], **Prezes UODO zwrócił się do Prezesa NIL z wnioskiem o podjęcie stosownych działań w ramach nadzoru nad okręgowymi izbami lekarskimi w celu zapewnienia należytej ochrony danych osobowych zawartych dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych na skutek śmierci lekarza**[10].

Zdaniem Prezesa UODO:

---

[7] Artykuł 50 ust. 1 ustawy o izbach lekarskich przewiduje prowadzenie przez Naczelną Radę Lekarską Centralnego Rejestru Lekarzy, który jest tworzony na podstawie danych uzyskanych z: 1) rejestrów obejmujących dane wymienione w art. 49 ust. 5 tj. okręgowych rejestrów lekarzy i lekarzy dentystów, 2) rejestru PESEL; 3) rejestru prowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, w zakresie, o którym mowa w art. 56 ust. 2 pkt 1-6 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa

[8] Rejestry prowadzone przez okręgowe rady lekarskie, stanowiących zbiór dokumentów i danych: 1) posiadających prawo wykonywania zawodu: a) wykonujących zawód na obszarze działania okręgowej izby lekarskiej, b) niewykonujących zawodu i zamieszkałych na obszarze działania okręgowej izby lekarskiej; 2) którzy zostali skreśleni z listy członków z powodu śmierci lub utraty prawa wykonywania zawodu; 3) którzy nie stali się członkami izby z mocy ustawy i których dokumenty przekazane zostały okręgowym izbom lekarskim przez administrację szczebla wojewódzkiego. Dane i dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, oznacza się w rejestrze jako dane archiwalne (art. 49 ust. 1 i 2 w zw. z art. 52 ust. 5 ustawy o izbach lekarskich).

[9] Prezes UODO zajmował się sprawą jednej z pacjentek, która nie mogła uzyskać dostępu do swojej dokumentacji medycznej po śmierci lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską. Zainteresowana zwróciła się do okręgowej izby lekarskiej, która stosownie do art. 30a ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odpowiada za przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej po śmierci lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską. Otrzymała jednak informację, że dokumentacja ta nie została izbie przekazana po śmierci lekarza. W udzielonej zainteresowanej odpowiedzi wskazano, że „ustawa nie nakłada na okręgową izbę lekarską poszukiwania dokumentacji medycznej prowadzonej przez zmarłego lekarza ani też nie daje okręgowej izbie lekarskiej prawa do żądania wydania dokumentacji medycznej prowadzonej przez zmarłego lekarza od osób, w których posiadaniu znajduje się lub może znajdować się dokumentacja. [...] Dopóki nikt nie zgłosi się z informacjami o miejscu przechowywania dokumentacji i gotowości do jej przekazania, izba lekarska nie ma formalnej podstawy do podjęcia jakichkolwiek działań (w tym m.in. poszukiwania tejże dokumentacji)".

[10] Wystąpienie Prezesa UODO do Prezesa NRL z 1 września 2025 r. w sprawie podjęcia stosownych działań w ramach nadzoru nad okręgowymi izbami lekarskimi w celu zapewnienia należytej ochrony danych osobowych zawartych dokumentacji medycznej po zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych na skutek śmierci lekarza. Sygn. akt DPNT.413.30.2025.

— fakt uzyskania przez samorząd lekarski informacji o śmierci lekarza powinien być źródłem obowiązku podjęcia konkretnych działań służących zabezpieczeniu dokumentacji medycznej i umożliwienia dalszego przetwarzania danych osobowych pacjentów w niej zawartych w sposób wskazany w art. 30a ust. 3 pkt 3 ustawy;
— pacjent ma **prawo dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej jego stanu zdrowia**[11] oraz **udzielonych mu świadczeń zdrowotnych** oraz **informacji o swoim stanie zdrowia**[12]; prawa te podlegają ochronie także na gruncie rozporządzenia 2016/679, jak również przepisów prawa cywilnego[13]; w sytuacji zatem śmierci lekarza odpowiedzialność za dokumentację medyczną, a tym samym za przetwarzanie w niej zawartych danych osobowych, ponosi właściwa okręgowa izba lekarska, na której spoczywa ustawowy obowiązek;
— izba lekarska ma **status administratora danych osobowych** w rozumieniu art. 4 pkt 7 rozporządzenia 2016/679[14], czego konsekwencją powinien być wymóg realizacji obowiązków administratora wobec osób, których dane osobowe w takiej dokumentacji są przetwarzane, co do takich praw jak: zapewnienie zgodności przetwarzania z prawem[15], realizacja praw osoby, której dane dotyczą[16], informowanie o przetwarzaniu[17], dbanie o bezpieczeństwo danych oraz zgłaszanie naruszeń[18]; fakt przyznania okręgowym izbom lekarskim statusu administratora stanowi wystarczającą podstawę do podejmowania przez nie niezbędnych działań

---

[11] Art. 23 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
[12] Art. 9 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
[13] Zob. wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z 5 lutego 2014 r. V ACa 683/13, LEX nr 1437988. SA wskazał, że „naruszenia prawa do informacji w zakresie, o jakim mowa w art. 9 u.p.p. (ustawy o prawach pacjenta) należy doszukiwać się bez względu na to, czy wystąpiły skutki w postaci uszkodzenia lub rozstroju zdrowia. Naruszenie tego dobra osobistego występuje już z chwilą nieudzielenia pacjentowi informacji".
[14] Zgodnie z art. 4 pkt 7 rozporządzenia 2016/679 "administrator" oznacza osobę fizyczną lub prawną, organ publiczny, jednostkę lub inny podmiot, który samodzielnie lub wspólnie z innymi ustala cele i sposoby przetwarzania danych osobowych; jeżeli cele i sposoby takiego przetwarzania są określone w prawie Unii lub w prawie państwa członkowskiego, to również w prawie Unii lub w prawie państwa członkowskiego może zostać wyznaczony administrator lub mogą zostać określone konkretne kryteria jego wyznaczania.
[15] Dane osobowe powinny być przetwarzane zgodnie z prawem, rzetelnie i w sposób przejrzysty dla osoby, której dane dotyczą (art. 5 pkt 1).
[16] Administrator musi zapewnić osobom fizycznym możliwość korzystania z praw, takich jak prawo do dostępu do danych (art. 15), sprostowania (art. 16), usunięcia (art. 17), ograniczenia przetwarzania (art. 18), przenoszenia danych (art. 20 rozporządzenia 2016/679). Administrator, w zależności od źródła pozyskania danych osobowych, ma obowiązek poinformowania osoby, której dane przetwarza m.in. o swojej nazwie i siedzibie oraz o danych kontaktowych, gdy ma to zastosowanie - o danych kontaktowych inspektora ochrony danych, o celu przetwarzania danych, do których mają posłużyć dane osobowe, oraz podstawie prawnej przetwarzania; a także o kategoriach odnośnych danych osobowych oraz informacje o odbiorcach danych osobowych lub o kategoriach odbiorców, jeżeli istnieją (art. 13 i art. 14 rozporządzenia 2016/679).
[17] Administrator, w zależności od źródła pozyskania danych osobowych, ma obowiązek poinformowania osoby, której dane przetwarza m.in. o swojej nazwie i siedzibie oraz o danych kontaktowych, gdy ma to zastosowanie - o danych kontaktowych inspektora ochrony danych, o celu przetwarzania danych, do których mają posłużyć dane osobowe, oraz podstawie prawnej przetwarzania; a także o kategoriach odnośnych danych osobowych oraz informacje o odbiorcach danych osobowych lub o kategoriach odbiorców, jeżeli istnieją (art. 13 i art. 14 rozporządzenia 2016/679).
[18] Administrator, w zależności od źródła pozyskania danych osobowych, ma obowiązek poinformowania osoby, której dane przetwarza m.in. o swojej nazwie i siedzibie oraz o danych kontaktowych, gdy ma to zastosowanie - o danych kontaktowych inspektora ochrony danych, o celu przetwarzania danych, do których mają posłużyć dane osobowe, oraz podstawie prawnej przetwarzania; a także o kategoriach odnośnych danych osobowych oraz informacje o odbiorcach danych osobowych lub o kategoriach odbiorców, jeżeli istnieją (art. 13 i art. 14 rozporządzenia 2016/679).

zmierzających do zabezpieczenia danych zawartych w dokumentacji medycznej i do realizacji praw osób, których dane dotyczą; także w art. 5 pkt 11a ustawy z 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich[19] prawodawca wyraźnie wskazał, że zadaniem samorządu lekarzy jest przechowywanie i udostępnianie dokumentacji medycznej w przypadku, o którym mowa w art. 30a ust. 3 pkt 3 ustawy o prawach pacjenta.

Prezes NRL[20] wskazał, że:

— **„nie można z obowiązku przechowywania dokumentacji medycznej** [wynikającego z art. 30a ust. 3 pkt 3 stawy o rzeczniku praw pacjenta w związku z art. 5 pkt lla Ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich] **wysnuwać obowiązku poszukiwania i pozyskiwania dokumentacji medycznej dla celów przechowywania**[21];
— ustawodawca nie nałożył także na okręgowe izby lekarskie zobowiązania do ustalania, kto po śmierci lekarza jest w posiadaniu dokumentacji medycznej bądź gromadzenia takich informacji na przyszłość; obowiązku takiego nie przewiduje również żaden inny przepis prawa powszechnie obowiązującego;
— przepisy nie nakładają na osoby, w których posiadaniu znajduje się dokumentacja medyczna po zmarłym lekarzu, obowiązku jej wydania okręgowej izbie lekarskiej;
— powyższe obowiązki nie mogą być domniemywane, lecz powinny wynikać wprost z przepisów, tak względem okręgowych izb lekarskich, jak i osób, w których posiadaniu znajduje się dokumentacja medyczna po zmarłym lekarzu".

W tym kontekście należy także mieć na względzie **stanowisko Rzecznika Praw Pacjenta, który zgadza się ze stanowiskiem Prezesa UODO**.

Rzecznik Praw Pacjenta zwrócił uwagę[22] na:

— wykładnię funkcjonalną i systemową art. 30a ust. 3 pkt 3 u.p.p. – **w jego ocenie przepis ten nakłada na izby obowiązek aktywnego podejmowania działań zmierzających do pozyskania dokumentacji medycznej pacjentów zmarłego lekarza**. Służy to bowiem realizacji prawa pacjenta do dokumentacji medycznej po śmierci lekarza i leży w interesie publicznym. Jak uzasadnił Rzecznik Praw Pacjenta: „dodatkowo w art. 30a ust. 13 u.p.p. ustawodawca wyraźnie wskazał, że przepisy art. 13, art. 14, art. 23, art. 24 i art. 26-29 oraz przepisy wydane na podstawie art. 30 stosuje się odpowiednio do podmiotów, które przechowują i udostępniają dokumentację medyczną po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Za podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych należy uznać również lekarza wykonującego zawód w ramach działalności leczniczej jako praktyka zawodowa;
— z przepisu art. 24 ust. 1 u.p.p. – który znajduje odpowiednie zastosowanie do okręgowych izb lekarskich – w celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 23 ust. 1 (prawo pacjenta do dokumentacji medycznej), podmiot udzielający świadczeń

[19] Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1342 ze zm.).
[20] Pismem z 17 listopada 2025 r. w odpowiedzi na wystąpienie Prezesa UODO.
[21] Pismo Prezesa NRL z 17 listopada 2025 r., nr NRL-ZRP.0212.641.2025.MM, NRL-ZRP.KW-01146.2025
[22] Pismo Rzecznika Praw Pacjenta z 11 lutego 2026 r. do Prezesa NIL, RzPP-DPR-WPL.421.13.2025.

zdrowotnych jest obowiązany prowadzić, przechowywać i udostępniać dokumentację medyczną w sposób określony w niniejszym rozdziale oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnić ochronę danych zawartych w tej dokumentacji'.";

— „**przepisy prawa** co prawda **nie obligują izby lekarskiej do prowadzenia postępowania w celu ustalenia kręgu spadkobierców zmarłego lekarza**; niemniej jednak nie oznacza to, że okręgowa izba lekarska nie musi podjąć żadnych działań w celu rozpoczęcia realizacji obowiązku wynikającego określonego w art. 30a ust. 3 pkt 3 u.p.p. a więc działań mających na celu przede wszystkim ustalenie miejsca przechowywania tej dokumentacji."

3. **Uzasadnienie prawne wystąpienia**.

Przetwarzanie danych osobowych powinno odbywać się **zgodnie z zasadami przewidzianymi w art. 5 ust. 1 rozporządzenia 2016/679**, w tym zgodnie z zasadą zgodności z prawem, rzetelności i przejrzystości (art. 5 ust. 1 lit. a rozporządzenia 2016/679).

Przesłanki zgodności z prawem wynikają z **art. 6 ust. 1** i **art. 9 ust. 2** rozporządzenia 2016/679.

Izby lekarskie wiążą regulacje art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e rozporządzenia 2016/679, zgodnie z którymi przetwarzanie jest zgodne z prawem, gdy jest niezbędne do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, lub jest niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. **Podstawa przetwarzania, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) i lit. e), musi być określona w prawie Unii lub w prawie państwa członkowskiego, któremu podlega administrator** (art. 6 ust. 3 rozporządzenia 2016/679).

Stosownie zatem do treści art. 5 ust. 1 lit. a w zw. z art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e oraz art. 6 ust. 3 rozporządzenia 2016/679

— **podstawa przetwarzania danych osobowych** – prawa i obowiązki dotyczące przetwarzania danych osobowych dla realizacji celów regulacji krajowej obejmującej przejmowanie dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu przez organy samorządu lekarskiego – **powinna być określona, w sposób jasny i precyzyjny, w szczególnych przepisach prawa** (zob. motyw 41 rozporządzenia 2016/679).

W artykule 6 ust. 3 rozporządzenia 2016/679 prawodawca przewidział w szczególności, że prawo Unii lub prawo państwa członkowskiego, na podstawie którego dochodzi do tego przetwarzania danych, muszą służyć realizacji celu leżącego w interesie publicznym oraz być proporcjonalne do wyznaczonego, prawnie uzasadnionego celu.

Trybunał Sprawiedliwości UE zauważył, że wymogi przewidziane w art. 6 ust. 3 rozporządzenia 2016/679 stanowią wyraz wymogów wynikających z art. 52 ust. 1 Karty Praw Podstawowych UE (KPP), w związku z czym należy je interpretować w świetle w

szczególności tego ostatniego postanowienia (zob. wyrok TSUE z 1 sierpnia 2022 r., Vyriausioji tarnybinės etikos komisija, C-184/20). Jak podkreślił Trybunał, w odniesieniu do wymogu z art. 52 KPP: „wszelka ingerencja w prawo do ochrony danych osobowych powinna być dokonywana z poszanowaniem zasady proporcjonalności, co wymaga, aby wszelkie uregulowania powodujące taką ingerencję ustanawiały **jasne i precyzyjne przepisy** regulujące **zakres i sposób stosowania** danego środka oraz ustanawiające **minimalne wymogi** służące temu, aby osoby, których dane osobowe są przetwarzane, miały wystarczające gwarancje pozwalające na **skuteczną ochronę tych danych** przed ryzykiem nadużyć oraz przed wszelkim niezgodnym z prawem dostępem do tych danych i wszelkim niezgodnym z prawem ich wykorzystywaniem [zob. podobnie wyroki: z 24 lutego 2022 r., Valsts ieņēmumu dienests, C-175/20; z 16 listopada 2023 r., Roos i in./Parlament, C-458/22 P]. W szczególności podstawa prawna przetwarzania danych powinna wskazywać, **w jakich okolicznościach i pod jakimi warunkami** może zostać przyjęty środek przewidujący przetwarzanie takich danych, gwarantując w ten sposób, że ingerencja będzie ograniczona do tego, co ściśle konieczne (zob. podobnie wyrok z 16 lipca 2020 r., Facebook Ireland i Schrems, C-311/18)".

Przetwarzanie danych szczególnych kategorii danych, takich jak dane medyczne, może odbywać się po spełnieniu dodatkowo wymogów z **art. 9 ust. 2 lit. c), g), h) lub i)**[23] , **ust. 3** i **ust. 4** rozporządzenia 2016/679, w tym wykazania przesłanki niezbędności przetwarzania.

Należy przy tym przypomnieć, że – zgodnie z orzecznictwem TSUE – szeroka wykładnia pojęcia „danych wrażliwych" znajduje potwierdzenie w celu rozporządzenia 2016/679, jakim jest zapewnienie wysokiego poziomu ochrony podstawowych praw i wolności osób fizycznych, a zwłaszcza ich prawa do prywatności, w zakresie przetwarzania danych osobowych, które ich dotyczą. Taka wykładnia jest również zgodna z celem art. 9 ust. 1 rozporządzenia 2016/679, polegającym na zapewnieniu zwiększonej ochrony przed przetwarzaniem, które ze względu na szczególną wrażliwość danych będących jego przedmiotem może stanowić, jak wynika z motywu 51 tego rozporządzenia, szczególnie poważną ingerencję w gwarantowane przez art. 7 i 8 KPP prawo do

[23] Jak wynika z art. 9 ust. 2 przetwarzanie szczególnych kategorii danych jest dopuszczalne m.in. gdy: przetwarzanie jest niezbędne do ochrony żywotnych interesów osoby, której dane dotyczą, lub innej osoby fizycznej, a osoba, której dane dotyczą, jest fizycznie lub prawnie niezdolna do wyrażenia zgody (lit. c); przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z ważnym interesem publicznym, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które są proporcjonalne do wyznaczonego celu, nie naruszają istoty prawa do ochrony danych i przewidują odpowiednie i konkretne środki ochrony praw podstawowych i interesów osoby, której dane dotyczą (lit. g); przetwarzanie jest niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, do oceny zdolności pracownika do pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego, leczenia lub zarządzania systemami i usługami opieki zdrowotnej lub zabezpieczenia społecznego na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego lub zgodnie z umową z pracownikiem służby zdrowia i z zastrzeżeniem warunków i zabezpieczeń, o których mowa w ust. 3 (lit. h); przetwarzanie jest niezbędne ze względów związanych z interesem publicznym w dziedzinie zdrowia publicznego, takich jak ochrona przed poważnymi transgranicznymi zagrożeniami zdrowotnymi lub zapewnienie wysokich standardów jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, na podstawie prawa Unii lub prawa państwa członkowskiego, które przewidują odpowiednie, konkretne środki ochrony praw i wolności osób, których dane dotyczą, w szczególności tajemnicę zawodową (lit. i).

poszanowania życia prywatnego i prawo do ochrony danych osobowych (zob. wyrok z 1 sierpnia 2022 r., Vyriausioji tarnybinės etikos komisija, C-184/20).

Wymogi określenia w akcie rangi ustawy podstawy i sposobów przetwarzania danych osobowych przez organy publicznej wynikają także z art. 51 ust. 1 i 5 w zw. z art. 31 ust. 3 i w zw. z art. 7 Konstytucji RP. W szczególności – jak podkreślał Trybunał Konstytucyjny w swoim dotychczasowym orzecznictwie – sprawy istotne, które muszą zostać uregulowane w ustawie, obejmują **warunki dopuszczalności przetwarzania danych osobowych, w tym pełne gwarancje ochrony danych**[24]. Ustawodawca może natomiast przekazać do unormowania w drodze rozporządzenia niektóre sprawy szczegółowe i techniczne związane z przetwarzaniem danych osobowych.

Przepisy prawa powinny zatem określać

— gwarancje ochrony danych osobowych, w tym podczas **przekazywania informacji, w szczególności w przypadku danych wrażliwych**.

Trybunał wskazywał, że „gromadzenie, przechowywanie oraz przetwarzanie danych dotyczących jednostek, a zwłaszcza sfery prywatności, dopuszczalne jest wyłącznie na podstawie **wyraźnego i precyzyjnego przepisu ustawy**"[25].

Trybunał Konstytucyjny podkreślał, że oceniając dopuszczalność ingerencji, należy rozważyć czy spełnia ona warunki określone w jej art. 31 ust. 3 Konstytucji. Poza tym, **ustawodawca** – w świetle art. 2 Konstytucji – **ma konstytucyjny obowiązek określić przesłanki ingerencji w sferę prywatności w sposób możliwie precyzyjny** tak, aby ograniczyć zakres swobody decyzyjnej pozostawionej organom stosującym prawo, a jednocześnie ma on obowiązek stworzyć odpowiednie mechanizmy kontroli nad aktami organów władzy publicznej dotykającymi tej sfery. W sytuacji gdy chodzi o ograniczenie konstytucyjnych wolności i praw człowieka i obywatela, przepisy muszą charakteryzować się należytą precyzją i jasnością. Nakaz ten jest funkcjonalnie związany z zasadami pewności i bezpieczeństwa prawnego oraz ochrony zaufania do państwa i prawa (zob. wyrok TK z 20 czerwca 2005, sygn. akt K 4/04).

W wyroku z 30 października 2001 r., sygn. akt K 33/00, Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że „niejasne i nieprecyzyjne formułowanie przepisu, które powoduje niepewność jego adresatów co do ich praw i obowiązków, oceniać należy jako naruszenie wymagań konstytucyjnych. Powoduje to bowiem stworzenie nazbyt szerokich ram dla organów stosujących ten przepis, które w istocie muszą zastępować prawodawcę w zakresie tych zagadnień, które uregulował on w sposób niejasny i nieprecyzyjny. Ustawodawca nie może przez niejasne formułowanie tekstu przepisów pozostawiać organom mającym je

---

[24] Jak wynika z wyroku Trybunału Konstytucyjnego z 20 stycznia 2015 r. (sygn. akt K 39/12) – w którym Trybunał rozważał podstawy przetwarzania danych wrażliwych na tle przepisów ustawy o ochronie danych osobowych z 1997 r. – wskazać należy trzy warunki przetwarzania danych. Po pierwsze, inna ustawa wprost upoważnia określony podmiot do przetwarzania danych wrażliwych, po drugie, upoważnienie to ma charakter szczegółowy, po trzecie, upoważnienie to stwarza pełne gwarancje ochrony danych. Zob. też wyroki z 19 maja 1998 r., sygn. akt U 5/97, 30 lipca 2014 r., sygn. akt K 23/11 oraz 19 lutego 2002 r., sygn. akt U 3/01

[25] Zob. m.in. wyroki TK z: 30 lipca 2014 r., sygn. akt K 23/11, z 12 grudnia 2005 r., sygn. akt K 32/04; z 23 czerwca 2009 r., sygn. akt K 54/07.

stosować nadmiernej swobody przy ustalaniu w praktyce zakresu podmiotowego i przedmiotowego ograniczeń konstytucyjnych wolności i praw jednostki. Założenie to można określić ogólnie jako zasadę określoności ustawowej ingerencji w sferę konstytucyjnych wolności i praw jednostki. Kierując się tą zasadą, Trybunał Konstytucyjny reprezentuje stanowisko, iż przekroczenie pewnego poziomu niejasności przepisów prawnych stanowić może samoistną przesłankę stwierdzenia ich niezgodności (...)" por. też wyrok TK z 20 kwietnia 2004 r., sygn. akt K 45/02).

W związku z powyższym, jak wymaga tego powoływana już zasada przejrzystości i rzetelności, o której mowa w art. 5 ust. 1 lit a rozporządzenia 2016/679[26], należy wskazać, że **normy prawa powinny określać sposób realizacji obowiązków wykonawców norm, który nie może być domniemywany** – tak jak w przypadku analizowanych przepisów ustawy o rzeczniku praw pacjenta – i **kształtowany wyłącznie regulacjami wewnętrznymi**. Uregulowania krajowe – jak wynika to z orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości UE i Trybunału Konstytucyjnego – przewidujące przetwarzanie danych osobowych dotyczących zdrowia, szczególnie chronionych art. 9 rozporządzenia 2016/679, ingerujące w prawo do prywatności i ochrony danych osobowych osób fizycznych, powinny bowiem określać istotne elementy przetwarzania danych osobowych w jasnej, precyzyjnej, przewidywalnej i proporcjonalnej podstawie prawnej, z uwzględnieniem hierarchii źródeł prawa.

Zgodnie więc z art. 5 ust. 1 lit. a rozporządzenia 2016/679, a także w zw. z art. 5 ust. 2 w zw. z 24 i 32 rozporządzenia 2016/679 projektodawca jest zobowiązany zaprojektować rozwiązania prawne określające:

— podmioty odpowiedzialne za zapewnienie bezpieczeństwa danych osobowych,
— sposób i tryb i pozyskiwania tych informacji, który zapewni odpowiednią ochronę danych osobowych,
— narzędzia dla budowania właściwych procedur bezpieczeństwa i wpływania na nie zgodnie z rozporządzeniem 2016/679, a także z Dyrektywą NIS 2[27].

Udostępnianie dokumentacji medycznej wiąże się ponadto z realizacją prawa dostępu do danych zagwarantowanego w art. 15 rozporządzenia 2016/679, a także w art. 8 ust. 2 Karty Praw Podstawowych UE oraz art. 51 ust. 3 Konstytucji RP. Prawo dostępu gwarantuje bowiem uzyskanie informacji potwierdzających fakt przetwarzania

[26] Zgodnie z art. 5 ust. 1 lit a rozporządzenia 2016/679 przetwarzane musi być zgodnie z prawem, rzetelnie i w sposób przejrzysty dla osoby, której dane dotyczą.
[27] Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2022/2555 z dnia 14 grudnia 2022 r. w sprawie środków na rzecz wysokiego wspólnego poziomu cyberbezpieczeństwa na terytorium Unii, zmieniająca rozporządzenie (UE) nr 910/2014 i dyrektywę (UE) 2018/1972 oraz uchylająca dyrektywę (UE) 2016/1148 (dyrektywa NIS 2); zob. też ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa (Dz. U. z 2026 r. poz. 20 ze zm.)

danych oraz o przetwarzaniu danych osób fizycznych, co służy zapewnieniu przejrzystości procesów przetwarzania danych oraz umożliwia osobom kontrolę nad ich danymi[28].

4. Postulaty legislacyjne.

Odnosząc się do przedmiotowych, aktualnie obowiązujących regulacji prawnych w zakresie przejmowania dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu, należy rozważyć – stosownie do treści art. 5 ust. 1 lit a w zw. z art. 6 ust. 1 i 3 oraz w zw. z art. 9 ust. 2 rozporządzenia 2016/679, a także w zw. z art. 15 rozporządzenia 2016/679 – **przyjęcie właściwych norm określających sposób realizacji obowiązków organów samorządu lekarskiego**, w tym przepisów zobowiązujących organy samorządu lekarskiego:

- do ukształtowania sposobów ustalenia kto po śmierci lekarza jest w posiadaniu dokumentacji medycznej oraz zasad przetwarzania (gromadzenia, przechowywania i usuwania) takich informacji (danych o osobach trzecich) celem wykonania obowiązku przejęcia dokumentacji,
- do zasad i sposobów przejmowania dokumentacji medycznej przez samorząd lekarski w przypadku śmierci lekarza wykonującego zawód w formie praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

a także:

- zobowiązujących osoby będące w posiadaniu dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu do jej przekazania właściwemu samorządowi i zasad egzekucji w przypadku niewykonania tego obowiązku,
- rozważenia wymaga dodatkowo wprowadzenie sankcji karnych za niewywiązywanie się z obowiązków związanych z przejmowaniem dokumentacji medycznej po zmarłym lekarzu.

Przyjęcie takich rozwiązań w prawie – wiążących organy samorządu lekarskiego regulacją powszechnie obowiązującą (mającą szczegółowe upoważnienie w regulacji ustawowej) – pozwoli wyeliminować ryzyka dla dowolnego przetwarzania danych przez osoby nieuprawnione lub niezgodnie z celem ich uzyskania, a także pozbawienia osób fizycznych ich prawa do dostępu do danych/ danych medycznych (art. 5 ust. 1 lit. b i lit. c rozporządzenia 2016/679 oraz art. 15 rozporządzenia 2016/679), w zaś konsekwencji do ochrony ich zdrowia (art. 68 Konstytucji RP).

---

[28] Prawo dostępu przewidziane w art. 15 rozporządzenia 2016/679 powinno umożliwiać osobie, której dane dotyczą, upewnienie się, że dotyczące jej dane osobowe są prawidłowe i przetwarzane zgodnie z prawem. W szczególności owo prawo dostępu jest niezbędne, aby umożliwić osobie, której dane dotyczą, skorzystanie, w stosownych przypadkach, z prawa do sprostowania danych, prawa do usunięcia danych, prawa do ograniczenia przetwarzania, które zostało jej przyznane, odpowiednio, w art. 16, 17 i 18 rozporządzenia 2016/679, a także prawa do sprzeciwu wobec przetwarzania jej danych osobowych, przewidzianego w art. 21 rozporządzenia 2016/679, oraz prawa do dochodzenia roszczeń w przypadku poniesionej szkody, przewidzianego w art. 79 i 82 rozporządzenia 2016/679 (zob. wyrok TSUE z 4 maja 2023 r., C-487/21, wyrok z 12 stycznia 2023 r., C-154/21).

5. **Podsumowanie**.

Brak kompleksowych i adekwatnych regulacji prawnych służących realizacji obowiązków związanych z przetwarzaniem danych szczególnych kategorii przez administratora danych osobowych **budzi zastrzeżenia Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z punktu widzenia poszanowania art. 5 ust. 1 lit. a w zw. z art. 6 ust. 1 i 3 oraz w zw. z art. 9 ust. 2, 3 i 4 rozporządzenia 2016/679, a także w zw. z art. 15 rozporządzenia 2016/679.**

Aktualna praktyka stosowania tych przepisów przez izby lekarskie, która wiąże się z ryzykiem pozostawienia pacjenta bez jakiejkolwiek możliwości pozyskania informacji o zgromadzonej dokumentacji medycznej, prowadzi zaś do naruszenia praw pacjenta, w tym prawa pacjentów do ochrony zdrowia i dostępu do danych medycznych. Brak konkretnych rozwiązań w zakresie sposobów i trybu przejmowania, obowiązku przekazywania danych przez faktycznych posiadaczy tej dokumentacji lub ewentualnie egzekwowania braku jej przekazania celem realizacji obowiązku nałożonego na samorząd lekarski prowadzi w istocie do osłabienia ochrony danych osobowych pacjentów i naraża je na szereg ryzyk. Luk regulacyjnych nie powinny zastępować akty wewnętrzne samorządu zawodowego, które nie mogą stanowić o wysokich gwarancjach dla ochrony danych szczególnych kategorii w rozumieniu art. 9 rozporządzenia 2016/679 i konstytucyjnej zasady praworządności.

W ocenie Prezesa UODO **konieczne jest zatem wypracowanie odpowiednich rozwiązań prawnych zapewniających właściwy i kompleksowy tryb procedowania w sytuacji zaprzestania wykonywania działalności przez lekarza z powodu jego śmierci**, a także uwzględniających argumenty samorządu lekarskiego, które zostały przedstawione Prezesowi UODO w odpowiedzi na wystąpienie Prezesa UODO w tej sprawie.

W świetle powyższego, działając na podstawie art. 52 ust. 3 ustawy o ochronie danych osobowych, zwracam się do Pani Minister o odniesienie się do tego wystąpienia na **piśmie w terminie 30 dni** od daty jego otrzymania.

Łączę wyrazy szacunku
Mirosław Wróblewski
Prezes Urzędu
Ochrony Danych Osobowych
/dokument w postaci elektronicznej
podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Do wiadomości:
Pan
Łukasz Jankowski

Prezes Naczelnej Rady Lekarskiej

Pan
Bartłomiej Chmielowiec

Rzecznik Praw Pacjenta

Urzad Ochrony Danych Osobowych
ul. Stanisława Moniuszki 1A
00-014 WARSZAWA

REPO PUH8364330495590 182

Umowa nr:582615 Data nadania: 13.10.2026

Naczelna Rada Lekarska
ul. Sobieskiego 110
00-764 WARSZAWA

SEKRETARIAT
BIURA NR
16. 10. 2026
L.dz. .....

Potwierdzenie integralności oraz pochodzenia dokumentu elektronicznego od podmiotu publicznego

Niniejszy dokument stanowi integralne odzwierciedlenie treści dokumentu przekazanego w wersji elektronicznej do Poczty Polskiej S.A. za pośrednictwem systemu teleinformatycznego zintegrowanego z systemem teleinformatycznym Poczty Polskiej S.A. zgodnie z art. 58 ust. 4 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. poz. 2320).

Integralność oraz pochodzenie dokumentu elektronicznego od podmiotu publicznego zostały zapewnione z wykorzystaniem środka identyfikacji elektronicznej.

Dokument elektroniczny został przekształcony na wersję papierową zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych (Dz. U. poz.2320).

Adres Doręczeń Elektronicznych Nadawcy	AE:PL-67085-31860-RWFHC-35
Data i czas nadania	Data: 13.10.2026 Czas: 13:26:29
Liczba kartek	6 + 1 kartka adresowa zawierająca potwierdzenie integralności dokumentu
Autor wydruku	Poczta Polska S.A - Operator Wyznaczony, o którym mowa w art. 3 pkt 13 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. z 2020 r. poz. 1041 i 2320)
Data i czas wydruku	Data: 14.10.2026 Czas: 00:18:23