

## Granice kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych

# Rejestracja obrazu i dźwięku w podmiotach leczniczych

Artykuł prezentuje przepisy definiujące warunki prowadzenia monitoringu obrazu i/lub dźwięku w podmiotach leczniczych oraz związane z nimi orzecznictwo. Odwołuje się też do praktyki oraz obserwacji autora, wynikających z jego pracy naukowej i doświadczeń zawodowych. Na tej podstawie podjęto próbę sformułowania implikacji prawnych i praktycznych zagadnienia legalnego stosowania monitoringu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Problematyka jest omawiana z punktu widzenia poszanowania prywatności i godności pacjenta, z uwzględnieniem granic kontroli tego procesu, której może służyć rejestracja obrazu i dźwięku.

**PAWEŁ LIPOWSKI**

### Wprowadzenie

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w podmiotach leczniczych można rozpatrywać jako złożony i wielopłaszczyznowy proces, w którym uczestniczy pacjent i osoba wykonująca zawód medyczny. Analiza aspektów prawnych relacji pomiędzy stronami tego procesu *in concreto* może służyć wypracowaniu właściwego standardu stosowania przepisów prawa. W sytuacjach wątpliwych z punktu widzenia każdej ze stron kluczowym zagadnieniem będzie ustalenie rzeczywistego przebiegu świadczenia usług medycznych. Odtworzenie stanu faktycznego jest konieczne do wypracowania

obiektywnych warunków dokonywania następczo oceny zachowań zarówno pacjenta, jak i osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych.

W takiej perspektywie pojawia się kluczowe pytanie o granice kontroli udzielania świadczeń zdrowotnych, która może być podejmowana w interesie pacjenta z punktu widzenia prawnie gwarantowanej ochrony jego prywatności. Dotyczy to w szczególności informacji o pacjencie, zwłaszcza o stanie zdrowia, pozyskiwanych w trakcie świadczenia usług medycznych, które powinniśmy kwalifikować jako informacje szczególnie wrażliwe. Wydaje się, że korzystanie ze środków technicznych służących do rejestracji obrazu

i w wybranych przypadkach dźwięku (tzw. monitoring) w podmiotach leczniczych może być dobrą metodą gwarantującą optymalne warunki zapewnienia bezpieczeństwa prawnego pacjentów i personelu medycznego. Należy jednak pamiętać, że z uwagi na szczególnie charakter tej relacji stosowanie przepisów prawa pozwalających w wybranych sytuacjach na zastosowanie takich rozwiązań technicznych wymaga wyjątkowej uważności po stronie podmiotów leczniczych. Będzie to przedmiotem artykułu.

Omawiana problematyka została zaprezentowana z wykorzystaniem obserwacji własnych autora, wynikających z pracy naukowej oraz doświadczeń zawodowych. Dorobek doktryny i judykatury jest w tym obszarze skromny. Podobnie niewielki jest zasób dostępnych wyników badań empirycznych prezentowanego zagadnienia.

## Regulacja prawna

„Monitoring” zgodnie z definicją wskazaną w Słowniku języka polskiego PWN oznacza stałą obserwację i kontrolę jakichś procesów lub zjawisk, a także stały nadzór nad jakimś obiektem chronionym<sup>1</sup>. Należy przyjąć, że monitoringiem wizyjnym

będzie system zespolonych środków technicznych umożliwiający rejestrację obrazu (dźwięku) w podmiocie wykonującym działalność leczniczą (kamery, urządzenia wraz z oprogramowaniem służącym do rejestracji i podglądu obrazu i dźwięku z kamer oraz odtwarzania i kopiowania nagrań). Przy czym należy wskazać, że możemy wyróżnić systemy rejestrujące: obraz, a także obraz i dźwięk oraz systemy podglądu obrazu na żywo (bez możliwości rejestracji wizji i fonii). W tym ostatnim wypadku przyjmuje się, że nie mamy do czynienia z przetwarzaniem danych osobowych (o czym w dalszej części artykułu).

Prawo dopuszcza możliwość stosowania monitoringu wizyjnego przez podmioty wykonujące działalność leczniczą od 4 maja 2019 r. na podstawie znowelizowanej ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>2</sup>. Omawiana zmiana nastąpiła na podstawie tzw. ustawy wdrażającej przepisy RODO<sup>3</sup>. Wprowadzenie tego sposobu obserwacji pomieszczeń jako działanie podejmowane z inicjatywy osób kierujących takimi podmiotami wiąże się jednak z koniecznością dopełnienia obowiązków wyrażonych w przepisach.

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej podmiotem

<sup>1</sup> <<https://sjp.pwn.pl/slowniki/monitoring.html>> (dostęp 6.1.2023). Stosowane są również określenia „televizja przemysłowa” i „televizja dozorowana” (z ang. CCTV, *Closed Circuit Television*).

<sup>2</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.; dalej ustawa o działalności leczniczej.

<sup>3</sup> Ustawa z 21.2.2019 o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.4.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz.U. poz. 730). Skrótem RODO oznacza się powyższe rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady, które nie tylko dotyczy ochrony danych osobowych, ale także uchyla dyrektywę 95/46/WE (Dz.U. L. z 2016 r. nr 119, ze zm., s. 1). Więcej A. Sieradzka, M. Wieczorek: *Monitoring zgodny z RODO. Praktyczny poradnik z wzorami dla sektora publicznego i prywatnego*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2020.

wykonującym działalność leczniczą, w którym można prowadzić monitoring wizyjny, jest podmiot leczniczy (m.in. przedsiębiorca, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej) oraz lekarz (lekarz dentysta), pielęgniarka (położna) lub fizjoterapeuta wykonujący zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową. Warto przy tym dodać, że szczegółową definicję podmiotu leczniczego zawiera art. 4 ustawy<sup>4</sup>. Z kolei praktyka zawodowa została zdefiniowana w art. 5 – może być wykonywana przez osoby wykonujące zawody medyczne w formie jednoosobowej działalności gospodarczej (praktyka indywidualna) albo spółki: cywilnej, jawnej oraz partnerskiej (praktyka grupowa).

Określenie zasad funkcjonowania monitoringu w pomieszczeniach ogólnodostępnych podmiotu leczniczego pozostaje w zakresie kompetencji osoby kierującej takim podmiotem. Zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej kierownik podmiotu może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń – za pomocą urządzeń umożliwiających, co warto podkreślić, wyłącznie rejestrację obrazu (monitoring):

- ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń

(np. w poczekalni, w miejscu rejestracji pacjentów);

- w których są udzielane świadczenia zdrowotne<sup>5</sup> oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebiejalni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych.

Warto dodać, że regulamin organizacyjny, który może przewidywać prowadzenie monitoringu wizyjnego jest podstawowym (wewnętrznym) aktem prawnym podmiotu leczniczego<sup>6</sup>. Analizowany przepis dotyczy przy tym pracowników, a zatem nie tylko osób udzielających świadczeń zdrowotnych (np. pracowników administracji i obsługi).

Kluczowym warunkiem legalizującym wprowadzenie monitoringu na wspomnianych zasadach jest decyzja kierownika podmiotu leczniczego, uznająca jego niezbędność do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń. Taka decyzja jest przy tym niewystarczająca w wypadku pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia zdrowotne lub pobytu pacjentów; wówczas warunkiem legalności zastosowania monitoringu jest, co do zasady, legitymowanie się podstawą prawną określoną w przepisach szczególnych.

Na podstawie art. 23a ust. 2 ustawy, nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu pomieszczeń ogólnodostępnych,

<sup>4</sup> Przepis przewiduje osiem kategorii podmiotów leczniczych (w tym wspomnianych przedsiębiorców i SPZOZ-y). W dalszej części pracy będzie używane pojęcie „podmiot leczniczy”. Więcej R. Kubiak: *Prawo medyczne*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2021.

<sup>5</sup> Zgodnie z definicją ustawową (art. 2 ust. 1 pkt 10) świadczenia zdrowotne to działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Więcej M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*, Wydawnictwo Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2019.

<sup>6</sup> Wymaganą treść regulaminu organizacyjnego takiego podmiotu określa art. 24 ww. ustawy.

zawierające dane osobowe, placówka medyczna przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane (bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników) i przechowuje przez okres nie dłuższy niż trzy miesiące od dnia nagrania. Po upływie tego okresu nagrania obrazu zawierające dane osobowe powinny podlegać zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej<sup>7</sup>.

Warto przy tym podkreślić, że rejestracja dźwięku (wraz z obrazem) w podmiotach leczniczych, ze względu na przesłankę bezpieczeństwa, nie będzie co do zasady uprawniona, a zostanie dopuszczona jedynie na mocy przepisów o charakterze *lex specialis* i tylko w wybranych rodzajach miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych (o czym w dalszej części artykułu). Tego rodzaju uprawnienia posiadają jedynie służby porządkowe i specjalne, na podstawie przepisów szczegółowych regulujących ich działalność. Stosowanie rejestracji dźwięku może zostać uznane za nadmiarową formę przetwarzania danych i wiązać się tym samym z odpowiedzialnością: administracyjną, cywilną oraz karną.

Zgodnie z RODO (art. 4 pkt 1) dane osobowe oznaczają wszelkie informacje o zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osobie fizycznej („osobie, której dane dotyczą”), a więc w analizowanym przypadku: pacjenta i/lub pracownika podmiotu leczniczego. Chodzi o kogoś, kogo można bezpośrednio lub

pośrednio zidentyfikować, w szczególności na podstawie imienia i nazwiska, numeru identyfikacyjnego (np. numer PESEL, pracownika) lub jednego bądź kilku szczególnych czynników określających fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej (np. opisu stanu zdrowia pacjenta bez względu na sposób jego utrwalenia, wizerunku pacjenta i/lub pracownika, a także osób towarzyszących pacjentowi czy odwiedzających go).

Nie powinno zatem budzić wątpliwości, że monitoring wizyjny będzie odnosił się do danych osobowych, a w konsekwencji, zgodnie z art. 23 ustawy z 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny, do dóbr osobistych człowieka pozostających pod ochroną prawa cywilnego<sup>8</sup>. Poza wizerunkiem do dóbr osobistych zaliczamy m.in. zdrowie, cześć, nazwisko, ale także pseudonim oraz tajemnicę korespondencji (np. prowadzonej przez pacjenta rozmowy telefonicznej, także za pośrednictwem komunikatorów społecznych). W wypadku monitoringu wizyjnego cywilnoprawna ochrona bezpieczeństwa obu stron procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przed bezprawnym naruszeniem wszystkich wymienionych kategorii dóbr osobistych będzie miała szczególne znaczenie.

Należy przy tym wskazać, że zgodnie z RODO (art. 4 pkt 2) przetwarzanie oznacza operację lub zestaw operacji

<sup>7</sup> W tym wypadku będą miały zastosowanie w szczególności przepisy ustawy z 6.6.1997 – Kodeks postępowania karnego (Dz.U. z 2022 r. poz. 1375, ze zm.) dotyczące zabezpieczenia dowodów (zatrzymania rzeczy).

<sup>8</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 1360.

wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych (np. utrwalonym wizerunku wraz z numerem pacjenta/pracownika), w sposób zautomatyzowany (np. przez urządzenia techniczne) lub niezautomatyzowany, taką jak zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie – jak w wypadku monitoringu, ale także: adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie przez przesyłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie danych osobowych (wszystkie te czynności mogą odnosić się do nagrań obrazu, a także dźwięku). Tak jak sygnalizowano powyżej, należy uznać, że stosując monitoring bez rejestracji (obrazu/dźwięku) nie będziemy mieli do czynienia z przetwarzaniem danych osobowych.

W pomieszczeniach ogólnodostępnych (np. poczekalniach, miejscach rejestracji pacjentów, ale także w ciągach komunikacyjnych, przy wejściu do podmiotu leczniczego) ustawa o działalności leczniczej wprowadza przesłankę niezbędności dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników. Wobec braku dokładniejszej wskazówki interpretacyjnej należy uznać, że właśnie

względy bezpieczeństwa, przy ostrożnościowej wykładni tego pojęcia, powinny stanowić uzasadnienie do wprowadzenia monitoringu. Może to być ochrona personelu, np. przed agresywnymi zachowaniami pacjentów będącymi pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, jak i przed nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia pacjenta. Odrębną kwestią będzie – przyjmując szeroką wykładnię terminu „bezpieczeństwo”, możliwość zidentyfikowania za pomocą rejestracji obrazu, np. przypadków kradzieży lub niszczenia mienia.

Z kolei w pomieszczeniach, w których udziela się świadczeń zdrowotnych oraz pobytu pacjentów (wskazane ustawowo: sale chorych, łazienki, przebieralnie, szatnie) monitoring jest dopuszczony tylko jeżeli wynika to z odrębnych przepisów<sup>9</sup>. Należy je uznać za *lex specialis* względem ustawy o działalności leczniczej; odnoszą się do szczególnych miejsc w podmiotach leczniczych, w których udzielane są świadczenia zdrowotne.

Należy zatem wskazać na możliwość utrwalania obrazu oraz dźwięku w zakładach leczniczych, w których są udzielane nieletnim (osoby w wieku od 10 do 21 lat) świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień w młodzieżowych/okręgowych ośrodkach

---

<sup>9</sup> Należy przy tym podkreślić, że mogą być to – jakkolwiek interpretowane *sensu stricto*, przepisy ustawy – Kodeks pracy z 26.6.1974 (Dz.U. z 2022 r. poz. 1510, ze zm.) dopuszczające stosowanie monitoringu (jak w wypadku ustawy o działalności leczniczej – wyłącznie rejestrację obrazu) w zakładzie pracy (art. 22<sup>2</sup>) oraz stosowania innych form monitoringu pracy świadczonej przez pracownika (art. 22<sup>3</sup>). Zastosowanie znajdują także odnoszące się do sfery zdrowia przepisy (art. 7) ustawy z 22.11.2013 o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz.U. z 2022 r. poz. 1689) dotyczące działalności Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym. Wskazane zagadnienia pozostaną jednak poza przedmiotem rozważań.

wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich<sup>10</sup>; oraz w zamkniętych pomieszczeniach przeznaczonych do izolacji w izbie wytrzeźwień<sup>11</sup>.

Z kolei zgodnie z art. 18e ust. 2-6 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego zakłada się, że pomieszczenie przeznaczone do izolacji (m.in. w zakładzie leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych w ramach psychiatrycznej opieki zdrowotnej) wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi oraz kontrolę wykonania czynności związanych z zastosowaniem środka przymusu bezpośredniego<sup>12</sup>.

Należy dodać, że w obu sytuacjach obraz z pomieszczeń (lub ich części) przeznaczonych do celów sanitarno-higienicznych

nie może obejmować intymnych części ciała oraz intymnych czynności fizjologicznych. Ponadto monitorowanie i utrwalanie zapisu – dozwolonego w tym przypadku, dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną (np. tajemnicą zawodową osób wykonujących zawód medyczny)<sup>13</sup>.

Zakres stosowania monitoringu w podmiocie leczniczym dookreśla rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>14</sup>. Na podstawie § 29 dopuszczono instalację w pokojach łóżkowych („sale chorych”) urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów,

<sup>10</sup> Art. 121 ustawy z 9.6.2022 o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. z 2022 r. poz. 1700). Na podstawie art. 2 pkt 14 ustawy o działalności leczniczej, zakład leczniczy to zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej (np. leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka zdrowotna).

<sup>11</sup> Art. 42 ust. 12-15 ustawy z 26.10.1982 o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2021 r. poz. 1119, ze zm.); dalej ustawa o wychowaniu w trzeźwości.

<sup>12</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 2123. W ww. ustawie przyjęto także, że zapis z monitoringu przechowuje się przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, nie dłużej jednak niż przez 13 miesięcy od dnia jego zarejestrowania, o ile nie zostanie on zabezpieczony jako dowód w sprawie w przypadku toczącego się postępowania (w szczególności karnego – przyp. autora). Można dodać, że – zgodnie z tymi przepisami – po upływie terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie (jest to kluczowe rozstrzygnięcie z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta – przyp. autora). Z usunięcia zapisu sporządza się protokół, w którym należy wskazać datę tej czynności oraz imię i nazwisko osoby, która dokonała usunięcia. Dopuszcza się niszczenie zapisu na urządzeniu monitorującym przez jego automatyczne nadpisanie w wypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez ww. okres. Z kolei dane utrwalone za pomocą urządzeń monitorujących mogą być przetwarzane wyłącznie przez osoby posiadające pisemne upoważnienie wydane przez administratora danych, w szczególności sędziów oraz rzeczników praw pacjenta szpitala psychiatrycznego, w celu realizacji zadań określonych w ww. ustawie. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są zobowiązane do zachowania tych danych w tajemnicy (w tym zawodowej).

<sup>13</sup> Podobny zakaz dotyczy zakładów leczniczych, w których nieletnim udzielane są świadczenia zdrowotne.

<sup>14</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 402. Rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej i obowiązuje od 1.4.2019. Wcześniej w tym zakresie obowiązywało, wydane także na podstawie ustawy o działalności leczniczej, rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26.6.2012 w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 739). Dopuszczało ono monitoring w pomieszczeniach zespołu porodowego i oddziałów: dziecięcego, psychiatrycznego oraz stacji dializ.

jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa. Istotne będzie wówczas dokonanie oceny przesłanek: „konieczności w procesie leczenia” oraz „bezpieczeństwa pacjenta” (wyżej już sygnalizowanego). Wobec nieostrości zwrotu „konieczności w procesie leczenia”, wydaje się wskazana interpretacja ostrożnościowa tej frazy i uzasadnianie jej wyłącznie wiedzą medyczną<sup>15</sup>.

Wskazane rozporządzenie dopuszcza monitoring w wypadku:

- szpitala (załącznik nr 1):
  - zespołu porodowego, czyli pomieszczenia przeznaczonego dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji także przy użyciu kamer wyposażonych w funkcje autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy<sup>16</sup>;
  - oddziału dziecięcego, w którym dopuszcza się obserwację dzieci za pomocą kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu;
  - oddziału psychiatrycznego, w którym w wypadku jednoosobowej separatki dopuszcza się system monitoringu z kamerą,

posiadający rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu, niedostępnej dla osoby izolowanej, zabezpieczonej przed uszkodzeniem;

- stacji dializ (załącznik nr 7) na stanowisku nadzoru pielęgniarskiego, które powinno zapewniać możliwość obserwacji pacjentów także przy użyciu kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.

Ponadto rozporządzenie Ministra Zdrowia z 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, zakłada możliwość wyposażenia sali/stanowiska nadzoru poznieczuleniowego oddziału anestezjologii/i intensywnej terapii (także dla dzieci) w kamery wyposażone w funkcje autostartu, zapewniające w szczególności możliwości obserwacji twarzy<sup>17</sup>.

Należy dodać, że kluczowe znaczenie będzie miał opracowany w podmiocie leczniczym (wewnętrzny) regulamin funkcjonowania monitoringu wizyjnego. Powinien on określać zasady i cele stosowania takiego monitoringu (m.in. ww. bezpieczeństwo

---

<sup>15</sup> Rzecznik Praw Pacjenta w maju 2019 r. (w czasie nowelizacji ustawy o działalności leczniczej) postulował rozszerzenie możliwości stosowania monitoringu wizyjnego także na pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne; takiemu rozwiązaniu przeciwny był jednak minister właściwy ds. zdrowia. Rzecznik Praw Pacjenta wskazywał m.in., że celem takiej zmiany byłoby monitorowanie prawidłowości realizowanego procesu udzielania świadczeń, a także zmierzanie do jego optymalizacji. Minister właściwy ds. zdrowia wskazał w odpowiedzi, że obserwacja za pośrednictwem urządzeń (połączona z zapisem nagrania) mogłaby zostać uznana za nadmiernie naruszającą zasady poszanowania intymności, godności oraz prywatności pacjenta; dodał przy tym, że nie można wykluczyć, że wraz z rozwojem technologii medycznych będzie możliwe wykonywanie świadczeń zdrowotnych za pośrednictwem aparatury medycznej obsługiwanej zdalnie albo bez udziału osób wykonujących zawód medyczny i wówczas monitoring wizyjny byłby uzasadniony <[www.gov.pl/web/rpp](http://www.gov.pl/web/rpp)> (dostęp 6.1.2023).

<sup>16</sup> Chodzi o urządzenia wyposażone w funkcję detekcji ruchu (włączenie kamery następuje w momencie wykrycia/zmiany położenia pacjenta).

<sup>17</sup> Dz.U. z 2022 r. poz. 392.

osób przebywających na terenie podmiotu), zasady zarządzania i obsługi takiego systemu (m.in. uprawnienia osoby kierującej podmiotem oraz inspektora ochrony danych) oraz zasady bezpieczeństwa związane z monitoringiem wizyjnym (m.in. wzór wniosku o zabezpieczenie nagrania). Ważne będzie także określenie wykazu pomieszczeń i miejsc w budynkach oraz terenu wokół podmiotu leczniczego monitorowanych wizyjnie<sup>18</sup>.

### Monitoring wizyjny – aspekty praktyczne

Przyjmowanie innych niż wyżej wskazane rozwiązania zostało zakwestionowane w dostępnych (nielicznych) orzeczeniach sądowych, które zostały wydane także przed wprowadzeniem zmiany przepisów ustawy o działalności leczniczej dopuszczającej stosowanie monitoringu w podmiotach leczniczych.

W wyroku z 29 czerwca 2015 r. Wojewódzki Sąd Apelacyjny w Warszawie utrzymał decyzję Rzecznika Praw Pacjenta, który zakwestionował stosowanie monitoringu wizyjnego m.in. w gabinetach lekarskich<sup>19</sup>. W judykacie Sąd podkreślił, że umieszczenie w takich gabinetach

(w przychodni medycyny rodzinnej) kamer umożliwiających odbiór obrazu i dźwięku – jego rejestrację, odtwarzanie lub przetwarzanie jest działaniem placówki medycznej o charakterze zorganizowanym i celowym, o którym mowa w art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy z 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, naruszającym zbiorowe prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności, o których mowa w art. 20 ust. 1 tej ustawy<sup>20</sup>.

Z kolei w wyroku także Wojewódzkiego Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 6 grudnia 2016 r. utrzymano decyzję Rzecznika Praw Pacjenta, który uznał stosowanie monitoringu wizyjnego m.in. w gabinetach lekarskich i zabiegowych w powiatowym zakładzie opieki zdrowotnej za zbiorowe naruszenie praw pacjentów do poszanowania intymności i godności i zakazał ich stosowania<sup>21</sup>. Praktyki te miały polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach szpitalnego oddziału ratunkowego, w których był zamontowany monitoring (dodatkowo na niestosowaniu parawanów, zasłaniających pacjentów podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych)<sup>22</sup>. Warto dodać, że w tej sprawie badania lekarskie oraz inne czynności

<sup>18</sup> Więcej: *Dokumentacja ochrony danych osobowych ze wzorami*, M. Jagielski (red.), Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2022.

<sup>19</sup> Sygn. akt: VII SA/Wa 787/15; LEX nr 1972955.

<sup>20</sup> Ustawa z 6.11.2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2022 r. poz. 1876, ze zm.); dalej ustawa o prawach pacjenta. Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się w tym wypadku bezprawne, zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów leczniczych mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ich ograniczenie (art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy). Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Więcej: D. Karkowska: *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2021.

<sup>21</sup> Sygn. akt: VII SA/Wa 2109/16; LEX nr 2195914. Obecnie obowiązuje termin „podmiot leczniczy”.

<sup>22</sup> Kamery monitoringu znajdowały się w pomieszczeniach szpitalnego oddziału ratunkowego: sala resuscytacyjno-zabiegowa (1 szt.), korytarze/poczekalnie (5 szt.), obszar segregacji medycznej przyjęć – punkt pielęgniarski (2 szt.), obszar obserwacji pacjenta (3 szt.) oraz korytarz przy pokojach badań (1 szt.).



medyczne (np. cewnikowanie, pobieranie krwi) były wykonywane w zamkniętych tzw. boksach konsultacyjnych, w których nie było kamer monitoringowych.

Na uwagę zasługuje również wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (WSA) w Warszawie z 29 stycznia 2020 r.<sup>23</sup>. Sąd uznał praktyki stosowane przez uniwersytecki szpital kliniczny, polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w salach operacyjnych (bloku operacyjnego), w których były zainstalowane urządzenia monitoringu wizyjnego (kamery), bez pobierania od pacjentów zgody na ich wykorzystanie, za naruszające zbiorowe prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności (o których mowa w art. 20 ust. 1 w związku z art. 59 ust. 1 pkt 1 ustawy o prawach pacjentów). WSA podkreślił, że ujawnienie okoliczności z życia intymnego pacjenta w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego (w tym wypadku sali operacyjnej) nie może być uzasadnione potrzebami organizacji pracy podmiotu leczniczego czy też technicznymi wymaganiami aparatury medycznej. Za niemające w sprawie znaczenia uznał, iż monitoring był wpisany w realizację świadczeń zdrowotnych szpitala w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów czy podniesienia jakości usług medycznych lub też wykorzystania w sytuacjach spornych (np. błędów medycznych).

Na kanwie tego orzeczenia należy przyjąć, że nie jest wystarczające stosowanie naklejek/tablic z treścią „obiekt monitorowany” i/lub z symbolem kamery. Podobnie jak zamieszczanie takich informacji w ramach wymaganych przepisami RODO tzw. klauzul informacyjnych (np. umieszczanych na stronach internetowych). I co wydaje się najważniejsze, wykonywanie zadań ustawowych, tj. udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych (danych dotyczących stanu zdrowia) nie zwalnia podmiotu leczniczego od uzyskania zgody pacjenta na przetwarzanie danych dotyczących monitoringu. Pacjenci powinni być informowani o stosowaniu kamer oraz jednocześnie wyrażać zgodę na monitoring w trakcie udzielania im świadczeń zdrowotnych (w ramach procedury przyjęcia do podmiotu leczniczego).

W innym wyroku, z 25 lutego 2020 r., Naczelny Sąd Administracyjny stwierdził, że nie można uznać argumentacji, iż prawo pacjenta do intymności i godności jest zapewnione, jeśli nie można zidentyfikować pacjenta. Sąd wskazał także, że poinformowanie pacjenta i uzyskanie zgody należy zaliczyć do elementarnego wymogu zachowania intymności i godności człowieka<sup>24</sup>.

<sup>23</sup> Sygn. akt: VII SA/Wa 2466/19, LEX nr 3072542, Legalis nr 2515920.

<sup>24</sup> Sygn. akt: II OSK 3837/19, LEX nr 3027013, Legalis nr 2393537. Także tu przedmiotem sprawy było udzielanie świadczeń zdrowotnych w salach operacyjnych i zabiegowych, na których zainstalowano urządzenia monitoringu wizyjnego (kamery) bez informowania o tym pacjentów i pobierania od nich zgody na monitorowanie (uznano powyższe za naruszające zbiorowe prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności).

Odnosząc te obserwacje do organów administracji publicznej można wskazać na decyzję Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (UODO) z 31 maja 2022 r.<sup>25</sup> Decyzją tą nałożono administracyjną karę pieniężną w wysokości 10 tys. zł na Stołeczny Ośrodek dla Osób Nietrzeźwych (z siedzibą w Warszawie) za naruszenie polegające na nagrywaniu i utrwalaniu dźwięku w zainstalowanym systemie monitoringu<sup>26</sup>. Prezes UODO stwierdził naruszenie przez przepisów art. 6 ust. 1 w związku z art. 5 ust. 1 lit. a) RODO, tj. przetwarzania bez podstawy prawnej danych osobowych.

Warto zaznaczyć, że podmiot został utworzony m.in. na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości<sup>27</sup>. Mikrofony zainstalowano np. w przebieralni, w pomieszczeniu lekarza w części przeznaczonej do przyjmowania osób doprowadzonych do Izby Wytrzeźwień, na korytarzu przy drzwiach wejściowych do niej przy głównym wejściu do budynku Ośrodka.

Wskazany w decyzji Prezesa UODO art. 6 RODO statuuje warunki legalnego przetwarzania, przez co należy rozumieć konieczność wskazania: jednoznacznej podstawy prawnej upoważniającej administratora do pozyskiwania tej kategorii danych osobowych (za administratora

można uznać właściciela podmiotu leczniczego), konkretnego celu przetwarzania danych, wykazania niezbędności wymienionej kategorii danych z punktu widzenia deklarowanego celu ich przetwarzania, okresu przechowywania takiej informacji i podstawy prawnej, z której ten okres wynika. Z kolei zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. a) RODO dane osobowe muszą być przetwarzane zgodnie z prawem, rzetelnie i w sposób przejrzysty dla osoby, której dotyczą (jest to zasada zgodności z prawem, rzetelności i przejrzystości).

Realizacja zadań związanych z ochroną danych osobowych była również przedmiotem kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli w latach 2017–2018<sup>28</sup>. Kontrola obejmowała m.in. sprawdzenie, czy organizacja systemu monitoringu wizyjnego uwzględniała poszanowanie prawa pacjenta do prywatności oraz czy funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego było zgodne z obowiązującymi przepisami i zapewniało ochronę danych osobowych pacjentów. Wyniki wskazały, że warunki udzielania świadczeń zdrowotnych nie zapewniały pacjentom pełnej ochrony ich intymności i godności, m.in. w II szpitalach umieszczono kamery w gabinetach zabiegowych, salach chorych i obserwacyjnych, pokojach odwiedzin, izolatkach; w jednym szpitalu czynności rejestracyjne w izbie

<sup>25</sup> Decyzja nr DKN.5131.51.2021; LEX nr 3356312.

<sup>26</sup> Z punktu widzenia orzeczonej kary należy wskazać, że ten ośrodek był jednostką sektora finansów publicznych w rozumieniu ustawy z 27.8.2009 o finansach publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 1634, ze zm.), co oznacza, że maksymalny pułap kary pieniężnej mógł wynieść w tym wypadku 100 tys. zł.

<sup>27</sup> Zgodnie z tym przepisem organy samorządu terytorialnego w miastach liczących ponad 50 tys. mieszkańców i organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień.

<sup>28</sup> Kontrola P/17/103 *Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach*, przeprowadzona przez NIK od 12 września 2017 r. do 15 stycznia 2018 r. w dwóch szpitalach klinicznych oraz 10 szpitalach prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego <[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)> (dostęp 6.1.2023).

przyjęć prowadzone były w obecności innych osób.

## Podsumowanie

Konstatując, analizowane przepisy, w szczególności ustawy o działalności leczniczej, statuuje prawne warunki stosowania monitoringu w podmiotach leczniczych w sposób odpowiedni. Dopuszczając stosowanie monitoringu, potwierdzają przy tym *sui generis* wyższość interesów placówki medycznej (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) nad interesami pacjentów, przy czym placówka ma obowiązek chronić tak rozumiane bezpieczeństwo pacjenta, działając w jego interesie. Istotne jest przy tym, że korzystanie z obserwowanego coraz powszechniej monitoringu w podmiotach leczniczych powinno uwzględniać kluczowe wartości w procesie świadczenia usług medycznych, jakimi są: poszanowanie prawa do intymności pacjentów oraz ich godność.

Prawo do intymności definiowane jest jako sfera przeżyć pacjenta, które mogą nie być ujawniane nawet osobom najbliższym. Tak rozumiana intymność obejmuje wszelkie działania i odczucia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych *in concreto*, a jej naruszenie będzie powodować poczucie wstydu u pacjenta. Jediną możliwością zgodnego z prawem naruszenia tak pojmowanej intymności jako sfery dobra osobistego jest wyraźna zgoda pacjenta. Powinna być wyrażona w sposób swobodny i dobrowolny, a nie wymuszona przez zaszła sytuację udzielania mu świadczeń w konkretnym miejscu i czasie (na terenie podmiotu leczniczego, np. w gabinecie lekarskim).

Z tych powodów należy opowiadać się za przyjęciem formy szczególnej wyrażenia

takiej zgody, tj. pisemnej, przy zachowaniu omawianych w przepisach warunków do jej wyrażenia. Zorientowanie działań podmiotu leczniczego na poszanowanie prywatności pacjenta dotyczy także dozwolonego przez przepisy prawa działania personelu medycznego bez jego zgody (np. w ramach medycyny ratunkowej w stanie wyłączającym świadome i swobodne wyrażenie zgody). Wadliwość co do formy i treści tak rozumianego oświadczenia woli pacjenta powinna skutkować nieważnością zgody na monitoring wizyjny (w wybranych przypadkach połączony z rejestracją dźwięku).

Z kolei poszanowanie godności człowieka (pacjenta) jako wartości konstytucyjnej stanowi podstawowy cel funkcjonowania demokratycznego państwa prawa. Z zasady poszanowania godności wynika, że człowiek powinien być traktowany jako wolny, autonomiczny podmiot, zdolny do rozwijania osobowości i kierowania własnym postępowaniem. Tak rozumiana godność pacjenta będzie znajdowała wyraz w działalności podmiotów leczniczych zorientowanych na legalne, a zatem chroniące autonomię pacjenta stosowanie monitoringu. Ich wyrazem będą oczywiście działania podejmowane przez personel tych podmiotów. Co ważne, w wypadku osób wykonujących zawód medyczny pojawi się także kwestia odpowiedzialności za naruszenie zasad deontologii zawodowej (w tym kodeksy etyczne), wśród których wyraźnie akcentuje się zarówno prawo do poszanowania prywatności, jak i godności pacjentów.

Warto dodać, że ochrona prywatności pacjenta, której wyrazem jest poszanowanie

jego intymności i godności, stanowi wyraźną granicę w stosowaniu rejestrowania obrazu i/lub dźwięku podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Przy czym takie stosowanie monitoringu w podmiotach leczniczych, które nadużywałoby wskazówki interpretacyjne wskazane w omówionych przepisach prawa, nie może być uzasadniane chęcią kontrolowania całego procesu. Gdyby przyjąć założenie odwrotne, dowolnie interpretowane bezpieczeństwo w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych mogłoby stanowić wystarczającą przesłankę do stosowania wszelkich dostępnych metod kontroli tej sfery działań człowieka.

W dobie szeroko rozwiniętych właściwości urządzeń rejestrujących i przetwarzających dźwięk i/lub obraz istnieje wysokie niebezpieczeństwo, że dane wrażliwe pacjentów zostaną wykorzystane w sposób bezprawny. Z tych powodów tak ważna jest także szczególna wrażliwość na kwestie ochrony ich danych wśród personelu podmiotów leczniczych.

dr PAWEŁ LIPOWSKI  
ORCID: 0000-0002-5056-1848  
Collegium Medicum  
Uniwersytetu Jagiellońskiego

**Słowa kluczowe:** świadczenia zdrowotne, kontrola, podmioty lecznicze, monitoring obrazu i dźwięku

*Autor wyraził w artykule własne poglądy, a nie instytucji, z którymi jest związany.*

## ABSTRACT

### Recording Image and Sound by Medical Entities – Limits on Control of Medical Services Provision

Granting medical services in medical entities can be regarded as a complex and multidimensional process, in which a patient and a person providing medical services participate. An analysis of the actual legal aspects of the relation between the parties in the process may lead to developing an appropriate standard for using legal regulations. In doubtful situations, from the perspective of both parties, the key issue is to set the actual course of medical services provision process. It is necessary to depict this actual state in order to work out objective conditions for the consequent assessment of the behaviour of both patients and persons providing medical services. Therefore, a key question arises about the limits on controlling medical services provision that can be introduced to the interest of patients – regarding their right to privacy that is guaranteed by the law. This concerns, in the first place, information about patients, especially about the state of their health, which is obtained when medical services are provided, and which should be considered as especially sensitive information. It

seems that using technical tools to record image and, in some cases, sound (so called monitoring) by medical entities can be a good method that guarantees optimal conditions to ensure legal safety of both patients and medical staff. However, it should be taken into account that, due to the specific nature of this relation, the application of the legal regulations that allow, in some situations, for registering image, or even sound, calls for consideration on the part of medical entities. The issues have been presented on the basis of the author's own observations resulting from his scientific work and professional experience. The achievements of the doctrine and related judicature are very scarce. And so are available results of empirical research in the area.

**Paweł Lipowski**, PhD, ORCID: 0000-0002-5056-1848, Collegium Medicum of the Jagiellonian University

**Key words:** medical services, control, medical entities, image and sound monitoring

### Bibliografia:

1. *Dokumentacja ochrony danych osobowych ze wzorami*, Jagielski M. (red.), Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2022.
2. Karkowska D.: *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2021.
3. Kubiak R.: *Prawo medyczne*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2021.
4. Nesterowicz M.: *Prawo medyczne*, Wydawnictwo Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2019.
5. Sieradzka A., Wieczorek M.: *Monitoring zgodny z RODO. Praktyczny poradnik z wzorami dla sektora publicznego i prywatnego*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2020.