

Paweł Lipowski

Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Zdrowia Publicznego,
Zakład Polityki Zdrowotnej i Zarządzania

Monitoring wizyjny w podmiotach leczniczych – aspekty prawne i praktyczne

Video-monitoring by medical service providers – legal and
practical aspects

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono obowiązujące w Polsce przepisy prawne definiujące warunki prowadzenia monitoringu w placówkach medycznych. Zagadnienie prezentowane jest z perspektywy prawnej oraz zarządzania w ochronie zdrowia, oparte na obserwacjach własnych autora, wynikających z jego pracy naukowej oraz doświadczeń zawodowych. Na tej podstawie podjęta została próba sformułowania implikacji prawnych i praktycznych zagadnienia legalnego wykorzystywania monitoringu podczas udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom.

Słowa kluczowe: monitoring wizyjny, podmioty lecznicze, przepisy prawa, udzielanie świadczeń zdrowotnych

ABSTRACT

The article presents current legal regulations in Poland that define the conditions for monitoring by medical care providers. The issue is presented both from the legal perspective and from the perspective of health care management, while referring to author's own observations, resulting from his scientific work and professional experience. On this basis, an attempt was made to formulate the legal and practical implications of the issue of the legal use of monitoring when providing health services to patients.

Keywords: video-monitoring, medical service providers, law, providing health services

Adres do korespondencji / Address for correspondence: pawel.lipowski@uj.edu.pl

ORCID: Paweł Lipowski  <https://orcid.org/0000-0002-5056-1848>

Licencja/License: CC BY 4.0 

WPROWADZENIE

Zgodnie z definicją wskazaną w *Słowniku języka polskiego PWN* „monitoring” oznacza „stałą obserwację i kontrolę jakichś procesów lub zjawisk”, a także „stały nadzór nad jakimś obiektem chronionym”¹. Przyjąć należy, że w omawianym tutaj obszarze monitoringiem wizyjnym będzie system zespolonych środków technicznych, umożliwiający rejestrację obrazu w podmiocie wykonującym działalność leczniczą (kamery, urządzenia wraz z oprogramowaniem służącym do rejestracji i podglądu obrazu z kamer oraz odtwarzania i kopiowania nagrań).

Przepisy prawa powszechnie obowiązującego w naszym kraju dopuszczają możliwość stosowania monitoringu wizyjnego przez podmioty wykonujące działalność leczniczą². Możliwość taka powstała z dniem 4 maja 2019 roku w wyniku nowelizacji podstawowego aktu prawnego dla tej sfery działalności państwa, tj. ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej³. Omawiana zmiana w przepisach nastąpiła na podstawie tzw. ustawy wdrażającej przepisy RODO⁴. Wprowadzenie tego sposobu

obserwacji pomieszczeń jako działania podejmowanego z własnej inicjatywy przez osoby kierujące takimi podmiotami wiąże się jednak z obowiązkami opisanymi w przepisach.

CEL PRACY

Celem niniejszego artykułu jest prezentacja przepisów prawnych regulujących zagadnienie monitoringu wizyjnego w placówkach medycznych. Na początek można przyjąć tezę badawczą, że warunki te określone zostały poprzez normy prawne w sposób wystarczający. Odnotować przy tym należy, że dorobek doktryny i judykatury prawa medycznego jest w tym zakresie stosunkowo skromny. Podobnie niewielki jest zasób dostępnych wyników badań empirycznych tego zagadnienia.

Omawiana problematyka została zaprezentowana na podstawie obserwacji własnych autora, wynikających z pracy naukowej (w obszarze prawa medycznego) oraz doświadczeń zawodowych (praca w podmiotach systemu ochrony zdrowia).

MONITORING WIZYJNY W PODMIOTACH LECZNICZYCH – REGULACJA PRAWNA

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy o działalności leczniczej podmiotem 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 wspomnianej ustawy⁵. Z kolei praktyka zawodowa została zdefiniowana ustawowo w art. 5 ustawy – może

¹ <https://sjp.pwn.pl/slowniki/monitoring.html> (dostęp: 25.01.2023).

² Stosowane są również określenia: „telewizja przemysłowa” i „telewizja dozorowana” (z ang. *CCTV, closed circuit television*).

³ Dz.U. 2022, poz. 633 ze zm.; zwana dalej: ustawą o działalności leczniczej.

⁴ Ustawa z dnia 21 lutego 2019 roku o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania 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 – tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz.U., poz. 730). Skrótem RODO oznacza się rozporządzenie 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 – tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych (Dz.Ur. UE L., nr 119, s. 1

z dnia 4 maja 2016). Por. Sieradzka, Wieczorek, 2020 oraz Sieradzka, 2019, a także Jagielski, 2022.

⁵ Wskazany przepis przewiduje osiem kategorii podmiotów leczniczych (w tym wymienionych przedsiębiorców i SPZOZ-y). Dla uproszczenia wywodu autor będzie w dalszej części pracy posługiwał się pojęciem „placówka medyczna”. Por. Kubiak, 2021.

być ona realizowana przez wymienione wyżej 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 placówek medycznych pozostaje w dziedzinie kompetencji kierownika („dyrektora”) danej placówki. I tak, zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, kierownik takiej placówki może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń – za pomocą urządzeń umożliwiających (wyłącznie) rejestrację obrazu (monitoring). Dotyczy to przestrzeni:

- ogólnodostępnych – jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń (np. w poczekalni, w miejscu rejestracji pacjentów);
- pomieszczeń, w których są udzielane świadczenia zdrowotne⁶;
- miejsc pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych.

Warto dodać, że regulamin organizacyjny, który może przewidywać prowadzenie monitoringu wizyjnego, jest podstawowym (wewnętrznym) aktem prawnym dla każdej placówki medycznej⁷.

Na podstawie art. 23a ust. 2 omawianej ustawy, nagrania obrazu uzyskane w wyniku tak rozumianego monitoringu, zawierające dane osobowe, placówka medyczna przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane (określonych w ust. 1), i przechowuje przez okres nie dłuższy niż trzy miesiące od dnia nagrania. Po upływie tego czasu uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe

powinny zostać zniszczone, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej⁸.

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 placówki medycznej. Możliwa do zidentyfikowania osoba fizyczna to osoba, którą można bezpośrednio lub pośrednio zidentyfikować, w szczególności na podstawie identyfikatora, takiego jak imię i nazwisko, numer identyfikacyjny (np. numer PESEL lub pracownika), dane o lokalizacji, identyfikator internetowy lub jeden bądź kilka szczególnych czynników określających: fizyczną, fizjologiczną, genetyczną, psychiczną, ekonomiczną, kulturową lub społeczną tożsamość osoby fizycznej (np. opis stanu zdrowia pacjenta bez względu na sposób jego utrwalenia, wizerunek pacjenta i/lub pracownika, a także osób towarzyszących pacjentowi lub odwiedzających pacjenta).

Nie powinno zatem wzbudzać wątpliwości, że monitoring wizyjny będzie odnosił się do danych osobowych, a w konsekwencji, zgodnie z art. 23 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, do dóbr osobistych – pozostających pod ochroną prawa cywilnego⁹. Poza wizerunkiem do dóbr osobistych zaliczamy m.in. zdrowie, cześć, nazwisko, ale także pseudonim oraz tajemnicę korespondencji (np. prowadzonej przez pacjenta rozmowy telefonicznej lub komunikacji elektronicznej). W przypadku monitoringu wizyjnego ochrona 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 wykonywanych na danych osobowych lub zestawach danych osobowych (np. utrwalonym wizerunku), w sposób

⁶ Zgodnie z definicją legalną ustawy (art. 2 ust. 1 pkt 10) „świadczenie 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. Por. Nesterowicz, 2019 oraz Nesterowicz, 2022.

⁷ Wymaganą treść regulaminu organizacyjnego takiego podmiotu określa art. 24 cytowanej ustawy.

⁸ W tym przypadku będą miały zastosowanie w szczególności przepisy ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks postępowania karnego (Dz.U. 2022, poz. 1375) dotyczące zabezpieczenia dowodów.

⁹ Dz.U. 2022, poz. 1360.

zautomatyzowany (np. poprzez urządzenia techniczne) lub niezautomatyzowany (np. w formie dokumentów papierowych), taką jak zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie (jak w przypadku monitoringu), ale także: adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie danych osobowych (wszystkie te czynności mogą odnosić się do nagrań obrazu i/lub dźwięku).

W przypadku pomieszczeń ogólnodostępnych (np. poczekalnia, miejsce rejestracji pacjentów, ale także: ciągi komunikacyjne, tj. korytarze i windy, jak i wejście do placówki medycznej) analizowana ustawa wprowadza przesłankę niezbędności do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników (pomieszczeń). Wobec braku dokładniejszej wskazówki prawnej należy uznać, że właśnie względy bezpieczeństwa powinny stanowić wyraźne uzasadnienie dla wprowadzenia monitoringu w takich miejscach. Może być to ochrona zarówno np. przed agresywnymi zachowaniami pacjentów, będących pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, jak i przed nagłym pogorszeniem się stanu zdrowia pacjenta, czy też możliwość zidentyfikowania przypadków kradzieży lub niszczenia mienia.

Z kolei w pomieszczeniach, gdzie udziela się świadczeń zdrowotnych oraz gdzie przebywają pacjenci (wskazane ustawowo: pokoje łóżkowe, łazienki, przebieralnie, szatnie), monitoring jest dopuszczony tylko, jeżeli wynika to z odrębnych przepisów¹⁰. Przepisy te można zakwalifikować

jako *lex specialis* względem ustawy o działalności leczniczej. Odnoszą się one do szczególnych miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych.

I tak, tytułem przykładu wskazać należy na możliwość utrwalania obrazu lub dźwięku: w zakładach leczniczych, gdzie udzielane są nieletnim (osoby w wieku od 10 do 21 lat) świadczenia zdrowotne z zakresu opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień w młodzieżowych/okręgowych ośrodkach wychowawczych, zakładach poprawczych i schroniskach dla nieletnich¹¹, oraz – wyłącznie obrazu: w zamkniętych pomieszczeniach przeznaczonych do izolacji w izbie wytrzeźwień¹².

Z kolei zgodnie z art. 18e ust. 2-6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego zakłada się, że pomieszczenie przeznaczone do izolacji (m.in. w zakładzie leczniczym udzielającym świadczeń zdrowotnych w zakresie psychiatrycznej opieki zdrowotnej) wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z zastosowaniem środka przymusu bezpośredniego¹³.

seksualnej innych osób (Dz.U. 2022, poz. 1689), dotyczące działalności Krajowego Ośrodka Zapobiegania Zachowaniom Dysocjalnym (dopuszczające stosowanie monitoringu obrazu i dźwięku). Wskazane zagadnienia pozostaną jednak poza przedmiotem rozważań w niniejszej pracy.

¹¹ Na podstawie art. 121 ustawy z dnia 9 czerwca 2022 roku o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz.U. 2022, poz. 1700).

¹² Na podstawie art. 42 ust. 12-15 ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. 2021, poz. 1119 ze zm.); zwanej dalej: ustawą o wychowaniu w trzeźwości. Temat tego rodzaju monitorowania będzie poruszony także w dalszej części pracy.

¹³ Dz.U. 2022, poz. 2123. W ustawie tej przyjęto także, że zapis z monitoringu przechowuje się przez dłuższy, tj. 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). Można dodać, że zgodnie z tymi przepisami: po upływie wskazanego

¹⁰ Należy przy tym podkreślić, że nie będą to przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku, Kodeks pracy (Dz.U. 2022, poz. 1510 ze zm.), dopuszczające stosowanie monitoringu (wyłącznie rejestrację obrazu) na terenie zakładu pracy lub na terenie wokół tego zakładu (art. 22²) – możliwej do zastosowania w rozważanym przypadku, oraz dopuszczające stosowanie tzw. monitoringu służbowej poczty elektronicznej pracownika (art. 22³). Zastosowanie jednak znajdują przepisy (art. 7) ustawy z dnia 22 listopada 2013 roku o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności

Należy dodać, że w obu wymienionych przypadkach monitorowanie pomieszczeń (lub ich części) przeznaczonych do celów sanitarno-higienicznych nie może obejmować ukazywania intymnych części ciała oraz intymnych czynności fizjologicznych. Ponadto monitorowanie i utrwalanie zapisu dźwięku nie może obejmować informacji objętych tajemnicą spowiedzi lub tajemnicą prawnie chronioną (np. tajemnicą osób wykonujących zawód medyczny)¹⁴.

Dodatkowo zakres stosowania monitoringu w placówce medycznej dookreśla rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁵.

terminu przechowywania zapis usuwa się w sposób uniemożliwiający jego odzyskanie. Z usunięcia zapisu sporządza się protokół, gdzie 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 przypadku, gdy warunki techniczne tego urządzenia umożliwiają przechowywanie zapisu przez określony 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 ustawie. Osoby posiadające pisemne upoważnienie są zobowiązane do zachowania tych danych w tajemnicy (w tym ramach odpowiedzialności zawodowej).

¹⁴ Podobny zakaz dotyczy wymienionych zakładów leczniczych, gdzie są udzielane nieletnim świadczenia zdrowotne.

¹⁵ Dz.U. 2022, poz. 402. Rozporządzenie obowiązuje od 1 kwietnia 2019 roku. Wcześniej w tym zakresie obowiązywało, wydane także na podstawie wspomnianej ustawy o działalności leczniczej, rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2022, poz. 739). Dopuszczało ono monitoring w pomieszczeniach: zespołu porodowego i oddziału dziecięcego oraz stacji dializ.

Kluczowy przepis (§ 29) dopuszcza instalację w pokojach łóżkowych urządzeń umożliwiających obserwację pacjentów, jeżeli jest to konieczne w procesie ich leczenia i dla zapewnienia im bezpieczeństwa. W tym przypadku istotną będzie ocena przesłanek: „konieczności w procesie leczenia” oraz „bezpieczeństwa pacjenta” (wyżej już sygnalizowanego). Wobec nieostrości tych przepisów wydaje się, że wskazane będzie zachowanie szczególnej ostrożności przy interpretacji tych zwrotów.

Wskazane rozporządzenie dopuszcza monitoring w przypadku:

- szpitala (zgodnie z załącznikiem nr 1 do wspomnianego rozporządzenia);
 - zespołu porodowego – obowiązkowego, co najmniej jednego 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 funkcję autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy¹⁶;
 - oddziału dziecięcego, gdzie dopuszcza się obserwację dzieci za pomocą kamer wyposażonych w rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu;
 - oddziału psychiatrycznego, gdzie w przypadku jednoosobowej separatki dopuszcza się system monitoringu z kamerą, wyposażony w rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu, niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem;
 - stacji dializ (zgodnie z Załącznikiem nr 7 do omawianego rozporządzenia) – stanowiska nadzoru pielęgniarskiego, które powinno zapewniać możliwość obserwacji pacjentów także przy użyciu kamer wyposażonych w rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy.
- Ponadto rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 roku w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

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

zakłada możliwość wyposażenia sali/stanowiska nadzoru poznieczuleniowego oddziału anestezjologii/i intensywnej terapii (także dla dzieci) w kamery wyposażone w funkcje auto-startu, zapewniające w szczególności możliwość obserwacji twarzy¹⁷.

Można także dodać, że kluczowe znaczenie będzie miał opracowany w placówce medycznej regulamin funkcjonowania monitoringu wizyjnego. Określać on powinien zasady i cele stosowania takiego monitoringu (m.in. bezpieczeństwo osób przebywających na terenie placówki medycznej), zasady zarządzania i obsługi takiego systemu (m.in. uprawnienia kierownika placówki oraz inspektora ochrony danych) oraz zasady bezpieczeństwa związane z monitoringiem wizyjnym (m.in. wzór wniosku o zabezpieczenie nagrania). Ważnym będzie także określenie w takiej regulacji wykazu pomieszczeń i miejsc w budynkach oraz terenu wokół placówki medycznej monitorowanych wizyjnie.

MONITORING WIZYJNY W PODMIOTACH LECZNICZYCH – ASPEKTY PRAKTYCZNE

Przymiowanie innych niż wyżej wskazane rozwiązania zostało zakwestionowane w dostępnych (nielicznych) orzeczeniach sądowych, wydanych także przed wprowadzeniem opisanej wyżej zmiany przepisów ustawy o działalności leczniczej.

I tak, w wyroku z dnia 29 czerwca 2015 roku Wojewódzki Sąd Apelacyjny w Warszawie utrzymał decyzję Rzecznika Praw Pacjenta, który zakwestionował stosowanie monitoringu wizyjnego m.in. w gabinetach lekarskich¹⁸. W tym 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 roku 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 ustawy¹⁹.

Z kolei w wyroku także Wojewódzkiego Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 6 grudnia 2016 roku utrzymano decyzję Rzecznika Praw Pacjenta, który uznał stosowanie monitoringu wizyjnego m.in. w gabinetach lekarskich i zabiegowych w powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej również za zbiorowe naruszenie praw pacjentów do poszanowania intymności i godności i zakazał jego stosowania²⁰. Praktyki te miały polegać na udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach szpitalnego oddziału ratunkowego, gdzie zamontowany był monitoring (dodatkowo nie stosowano tam parawanów zasłaniających pacjentów podczas udzielania im świadczeń zdrowotnych)²¹. Warto dodać, że w przedmiotowej sprawie badania lekarskie oraz inne czynności medyczne (np. cewnikowanie, pobieranie krwi) wykonywane były w zamykanych tzw. boksach konsultacyjnych, gdzie nie było kamer monitoringu.

Na uwagę zasługuje również wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 29 stycznia 2020 roku²². W orzeczeniu tym Sąd uznał praktyki stosowane przez uniwersytecki szpital kliniczny, polegające na udzielaniu

¹⁹ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2022, poz. 1876 ze zm.); zwana dalej: ustawą o prawach pacjenta. Przez praktykę naruszającą zbiorowe prawa pacjentów rozumie się w tym przypadku: bezprawne zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw (art. 59 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy). Zgodnie z art. 20 ust. 1 tej ustawy pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Por. Karkowska, 2021.

²⁰ Sygn. akt: VII SA/Wa 2109/16, LEX, nr 2195914.

²¹ 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.).

²² Sygn. akt: VII SA/Wa 2466/19, LEX nr 3072542.

¹⁷ Dz.U. 2022, poz. 392 ze zm.

¹⁸ Sygn. akt: VII SA/Wa 787/15; LEX nr 1972955.

świadczeń zdrowotnych na salach operacyjnych (na bloku operacyjnym), gdzie zainstalowane były urządzenia monitoringu wizyjnego (kamery), bez pobierania od pacjentów zgody na monitorowanie, 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). Co istotne, w judykacie tym Sąd podkreślił, że ujawnienie okoliczności z życia intymnego pacjenta w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego (w tym przypadku na sali operacyjnej) nie może być uzasadnione potrzebami organizacji pracy placówki medycznej czy też technicznymi wymaganiami aparatury medycznej. Uznał także, że w rozstrzyganej sprawie nie miało żadnego znaczenia, że monitoring wpisany był w realizację świadczeń zdrowotnych szpitala, których celem miało być zapewnienie bezpieczeństwa pacjentów czy podniesienie jakości usług medycznych lub też wykorzystanie 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 nie jest wystarczające zamieszczanie takich informacji w ramach – wymaganych przepisami RODO (art. 13) – tzw. klauzul informacyjnych (np. umieszczanych na stronach internetowych placówki medycznej lub na jej terenie). I co wydaje się najważniejsze, wykonywanie zadań ustawowych – tj. udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych (danych dotyczących stanu zdrowia) – nie zwalnia placówki medycznej od wymaganego 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 placówki medycznej).

Odnosząc obserwacje stosowania prawa do organów administracji publicznej w omawianym zakresie można także wskazać na decyzję Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z dnia 31 maja 2022 roku²³. Decyzją tą nałożono

administracyjną karę pieniężną w wysokości 10 tys. zł na Stołeczny Ośrodek dla Osób Niepełnosprawnych (z siedzibą w Warszawie) za naruszenie polegające na nagrywaniu i utrwalaniu dźwięku w zainstalowanym w systemie monitoringu²⁴. Prezes wspomnianego Urzędu stwierdził naruszenie przez Ośrodek przepisów art. 6 ust. 1 w związku z art. 5 ust. 1 lit. a) RODO, polegające na nagrywaniu i utrwalaniu dźwięku (głosu) w zainstalowanym w Ośrodku systemie monitoringu, tj. przetwarzania bez podstawy prawnej danych osobowych w tym zakresie.

Warto zaznaczyć, że Ośrodek ten został utworzony m.in. na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy o wychowaniu w trzeźwości²⁵. Mikrofony zainstalowano m.in. w przebieralni, w pomieszczeniu lekarza w części przeznaczony do przyjmowania osób doprowadzonych do Działu Izba Wytrzeźwień Ośrodka, na korytarzu przy drzwiach wejściowych do Działu Izba Wytrzeźwień przy głównym wejściu do budynku Ośrodka (2 mikrofony).

Wskazany w decyzji art. 6 RODO określa warunki dla legalnego przetwarzania z prawem, przez co m.in. należy rozumieć konieczność wskazania: jednoznacznej podstawy prawnej upoważniającej administratora do pozyskiwania wymienionych kategorii danych osobowych (dodajmy: za administratora można uznać właściciela placówki medycznej), konkretnego celu przetwarzania tych danych, wykazania niezbędności wspomnianych kategorii danych z punktu widzenia deklarowanego celu ich przetwarzania, okresu przechowywania tych 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

²⁴ Z punktu widzenia orzeczonej kary należy wskazać, że Ośrodek ten był jednostką sektora finansów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 roku o finansach publicznych (Dz.U. 2022, poz. 1634 ze zm.). Oznacza to, że maksymalny pułap kary pieniężnej mógł wynieść w tym przypadku 100 tys. zł.

²⁵ Zgodnie z tym przepisem (art. 39) organy samorządu terytorialnego w miastach liczących ponad 50 tys. mieszkańców i organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień.

²³ Decyzja Nr DKN.5131.51.2021, LEX nr 3356312.

z prawem, rzetelnie i w sposób przejrzysty dla osoby, której dane 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 Kontroli²⁶. Kontrola ta obejmowała m.in. sprawdzenie, czy w danej placówce medycznej organizacja systemu monitoringu wizyjnego uwzględniała poszanowanie prawa pacjenta do prywatności oraz czy funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa i zapewniało ochronę danych osobowych pacjentów. Wyniki kontroli wskazały, że warunki udzielania świadczeń zdrowotnych nie zapewniały pacjentom pełnej ochrony ich intymności i godności²⁷.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Reasumując: przyjąć można, że analizowane w niniejszej pracy przepisy, w szczególności ustawy o działalności leczniczej, w sposób odpowiedni określają prawne warunki stosowania monitoringu w placówkach medycznych. 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 jest zobowiązana do ochrony tak rozumianego bezpieczeństwa pacjenta. Istotne jest przy tym, że korzystając z obserwowanego coraz powszechniej monitoringu w placówkach medycznych, należy mieć na uwadze poszanowanie prawa do intymności pacjentów oraz ich godność.

Prawo do intymności powinno być przy tym definiowane jako sfera przeżyć pacjenta, które mogą nie być ujawniane przez pacjenta nawet osobom najbliższym. Intymność taka obejmuje wszelkie działania i odczucia związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, a jej naruszenie zawsze pociągać będzie za sobą poczucie wstydu. Jedyną możliwością legalnego, tj. zgodnego z prawem, naruszenia tak pojmowanej intymności jako sfery dobra osobistego jest zgoda pacjenta. Taka zgoda na wkroczenie w sferę intymności poprzez rejestrowanie obrazu i/lub dźwięku podczas udzielania świadczeń zdrowotnych powinna być udzielona w sposób swobodny i dobrowolny, a nie „wymuszona” przez zaistniałą sytuację poddawania pacjenta konkretnym świadczeniom. Jednak zarówno na etapie pozyskiwania zgody pacjenta na rejestrację jego wizerunku, jak i jego stosowania podczas świadczenia mu różnego rodzaju usług medycznych, kluczową *par excellence* kwestią jest właśnie poszanowanie jego intymności.

W tej perspektywie dotyczy to również prywatności pacjenta, która powinna być realizowana poprzez pełną ochronę analizowanych, tj. szczególnych danych osobowych (wizerunku), przed dostępem osób nieuprawnionych, co pozostaje w domenie obowiązków kierownika (właściciela) danej placówki medycznej.

Z kolei poszanowanie godności człowieka (w analizowanym przypadku – pacjenta) jako wartości konstytucyjnej stanowi podstawowy cel funkcjonowania demokratycznego państwa prawa. Z zasady poszanowania godności wynika, że człowiek (pacjent) powinien być traktowany jako wolny, autonomiczny podmiot, zdolny do rozwijania swej osobowości i kierowania własnym postępowaniem. Dotyczy to w szczególności wyrażania zgody na stosowanie monitoringu w placówkach medycznych.

W przypadku obu charakteryzowanych wartości (prawa pacjenta do intymności oraz poszanowania jego godności) nie bez znaczenia pozostaną jednak wartości etyczne, jakimi winien kierować się personel (nie tylko medyczny) każdej placówki medycznej. Szczególna wrażliwość na sposób stosowania monitoringu wizyjnego w trakcie, często złożonego, procesu udzielania świadczeń zdrowotnych ma w tym wypadku kluczowe „ponad prawne” znaczenie. Powinna ona stanowić *prima facie* „punkt wyjścia” do stosowania omawianych przepisów prawnych.

²⁶ Kontrola nr P/17/103, *Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach*, przeprowadzona przez NIK od 12 września 2017 do 15 stycznia 2018 roku w dwóch szpitalach klinicznych oraz 10 szpitalach prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego (Informacja o wynikach kontroli, www.nik.gov.pl, dostęp: 25.01.2023).

²⁷ W 11 szpitalach umieszczono kamery w pomieszczeniach takich jak: gabinet zabiegowy, sala chorych i obserwacyjna, pokój odwiedzin, izolatka; w jednym szpitalu czynności rejestracyjne w izbie przyjęć prowadzone były w obecności innych osób.

W dobie szeroko rozwiniętych właściwości urządzeń rejestrujących i przetwarzających dźwięk i/lub obraz istnieje wysokie niebezpieczeństwo, że w ten sposób pozyskane dane wrażliwe pacjentów zostaną wykorzystane w sposób bezprawny. I dlatego tak ważne jest właściwe stosowanie przepisów prawa obowiązujących w tym zakresie i tak ważna jest także szczególna wrażliwość etyczna na kwestie ochrony danych pacjentów wśród personelu placówek medycznych.

BIBLIOGRAFIA²⁸

Jagielski M. (2022). *Dokumentacja ochrony danych osobowych ze wzorami*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.

²⁸ W bibliografii nie uwzględniono cytowanego w przypisach orzecznictwa.

Karkowska D. (2021). *Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer Polska.

Kubiak R. (2021). *Prawo medyczne*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Nesterowicz M. (2019). *Prawo medyczne*. Toruń: Wydawnictwo Dom Organizatora TNOiK.

Nesterowicz M. (2022). *Prawo medyczne. Komentarze i glosy do orzeczeń sądowych*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.

Sieradzka A. (2019). *Dokumentacja RODO w placówkach medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Sieradzka A., Wieczorek M. (2020). *Monitoring zgodny z RODO. Praktyczny poradnik z wzorami dla sektora publicznego i prywatnego*. Warszawa: Wydawnictwo C.H. Beck.

Źródła finansowania / Funding sources: brak źródeł finansowania / no sources of financing

Konflikt interesów / Conflict of interest: brak konfliktu / no conflict of interest

Otrzymano/Received: 10.11.2022

Zaakceptowano/Accepted: 12.12.2022