



RZECZNIK PRAW PACJENTA

Bartłomiej Chmielowiec

Warszawa, 20 stycznia 2026 r.

MONITORING W PODMIOTACH LECZNICZYCH

Znak sprawy: RzPP-DPR-WPL.420.14.2025
Osoba do kontaktu: Mariusz Mamczarek
Sposób kontaktu: mail: kancelaria@rpp.gov.pl
tel.: 696 449 623

Pan dr hab. Marcin Wiącek
Rzecznik Praw Obywatelskich

Pan Mirosław Wróblewski
Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych

Szanowny Panie Rzeczniku,

Szanowny Panie Prezesie,

nawiązując do korespondencji dotyczącej stosowania monitoringu wizyjnego w podmiotach leczniczych i wystąpień kierowanych w tej sprawie, zarówno do Ministra Zdrowia, jak i Rzecznika Praw Pacjenta¹, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego stanowiska.

Katalog praw pacjenta określa ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, zwana dalej „ustawą”. Każde z praw pacjenta przysługuje każdemu z pacjentów na równi, nie ulega jednak wątpliwości, że z perspektywy celu oraz istoty procesu diagnostycznego i leczniczego są prawa pacjenta o fundamentalnym znaczeniu, a inne służą realizacji tych praw. Należy bowiem podnieść, że w polskim systemie prawnym działalność lecznicza jest działalnością regulowaną, której

¹ Pisma z 27 stycznia 2025 r., znak: DOL.413.13.2024MK, 26 sierpnia 2025 r., znak: VII.501.161.2023.AK, 3 października 2025 r., znak: DOL.413.13.2024.MK, oraz pismo z 26 września 2025 r., znak: DOL.413.13.2024.MK.

zasady wykonywania określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 3 ust. 1 ww. ustawy działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Przez świadczenie zdrowotne, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 10 ww. ustawy, rozumie się działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. W obecnie obowiązującym systemie ochrony zdrowia podstawową rolę odgrywa pojęcie świadczenia zdrowotnego. Świadczenie zdrowotne wyznacza przedmiot zasadniczego dla ochrony zdrowia stosunku prawnego łączącego podmiot leczniczy i pacjenta². Samą definicję pojęcia „pacjent” ustawodawca powiązał z terminem świadczenia zdrowotnego³.

Istotą zatem działalności podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, a te – zgodnie z art. 6 ust. 1 oraz art. 8 ustawy – muszą odpowiadać aktualnej wiedzy medycznej oraz być udzielane z należytą starannością. Udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnych z aktualną wiedzą medyczną odnosi się do obowiązku leczenia metodami zweryfikowanymi na podstawie rzetelnych dowodów naukowych⁴, z kolei obowiązek udzielania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością nie dotyczy wyłącznie czynności i procedur stricte medycznych, lecz odnosi się także szerzej do warstwy organizacyjnej procesu udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy, a zgodnie z ugruntowanym orzecnictwem sądów administracyjnych zapadłym na tle realizacji praw pacjenta i wykonywania działalności leczniczej: *Bezsprzecznie celem art. 8 ustawy jest zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa podczas udzielenia mu świadczeń zdrowotnych, przy tym podmiot leczniczy powinien kierować się zasadą ostrożności i zapewnić takie warunki udzielania tych świadczeń, które to bezpieczeństwo zapewnią (...) Jak wynika z art. 8 zd. 1 ustawy, jako podmioty zobowiązane do realizacji prawa pacjenta wskazano podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Nie ulega zatem wątpliwości, że należytą staranność wymaganą tym przepisem należy odnieść także do warstwy organizacyjnej udzielania świadczeń zdrowotnych, która w sposób bezpośredni przekłada się na realizację praw pacjenta*⁵. Dodatkowo na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy pacjent ma prawo

² M. Safjan, L. Bosek (red.), Konstytucja RP. Tom I. Komentarz do art. 1–86, wyd. 1, 2016.

³ Art. 3 ust. 1 pkt 4 ustawy.

⁴ Tak np. Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w orzeczeniu z dnia 15 kwietnia 2025 r., znak V SA/Wa 2779/24.

⁵ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 25 marca 2025 r., znak V SA/Wa 2909/24.

do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia. Bezpieczeństwo pacjenta jest z kolei definiowane między innymi jako stan, w którym pacjent nie doznaje niepotrzebnej rzeczywistej szkody ani nie jest narażony na potencjalną szkodę w związku z opieką zdrowotną⁶.

Należy przy tym wskazać, że uregulowanie działalności leczniczej, mającej, zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców, szczególne znaczenie ze względu na bezpieczeństwo obywateli oraz ważny interes publiczny, jako działalności regulowanej⁷, a także regulacje dotyczące praw pacjenta, wpisują się wprost w realizację konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, zawartego w art. 68 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Gwarantowane konstytucyjnie prawo do ochrony zdrowia stanowi jedno z najistotniejszych praw człowieka i nakłada na władze publiczne obowiązek podejmowania takich działań, które są konieczne dla należytej ochrony i realizacji tego prawa⁸. W wypadku systemu ochrony zdrowia obowiązkiem państwa jest podjęcie adekwatnych działań, które z jednej strony będą tworzyć ramy prawne i warunki organizacyjne dla prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych, a z drugiej – będą kreowały dla pacjentów gwarancje dostępu do odpowiednich działań medycznych odpowiedniej jakości w adekwatnym czasie do zagrożenia zdrowotnego. W konsekwencji można twierdzić, że państwo (władza publiczna) jest odpowiedzialna za stworzenie takich uwarunkowań prawno-organizacyjnych systemu opieki zdrowotnej, które będą pozwalały na należyłą ochronę życia, zdrowia oraz innych dóbr prawnych pacjentów⁹. Zarówno z norm konstytucyjnych, jak i z prawa międzynarodowego oraz prawa Unii Europejskiej, które gwarantują prawną ochronę życia i zdrowia człowieka, powszechnie wyprowadza się pozytywne obowiązki państwa mające prowadzić do właściwej ochrony tych wartości. Elementem tych obowiązków jest konieczność podjęcia przez władze publiczne odpowiednich działań prawno-organizacyjnych, które mają zapewniać

⁶ Zob. zalecenie Rady Unii Europejskiej z dnia 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C 151/01).

⁷ *Ustawa o działalności leczniczej określa warunki udzielania świadczeń zdrowotnych i wymagane kwalifikacje podmiotów leczniczych, przez co tworzy normatywny zręb systemu i gwarantuje realną możliwość korzystania z ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i ochronę praw pacjentów. Ustawa ta w znacznym stopniu samodzielnie kształtuje treść prawa do ochrony zdrowia* – tak: D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3, 2020, Legalis.

⁸ Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 14 stycznia 2025 r., znak V SA/Wa 1554/24.

⁹ Dr hab. Agnieszka Barczak-Oplustil, dr hab. Tomasz Sroka, Odpowiedzialność publicznoprawna. Tom 6, Legalis 2023.

minimalne gwarancje bezpieczeństwa życia i zdrowia ludzkiego¹⁰. System opieki zdrowotnej jest szczególnym rodzajem rynku, na którym najważniejszym celem świadczenia usług jest ochrona zdrowia pacjentów, a nie zysk. Z tego powodu rynek usług zdrowotnych jest w wysokim stopniu uregulowany przez przepisy prawa medycznego, szczegółowo określające zasady tworzenia i funkcjonowania podmiotów leczniczych, kwalifikacje i obowiązki zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych oraz prawa samych pacjentów¹¹.

W konsekwencji powyższego wyводу, na tym etapie analizy, należy stwierdzić, że prawo do ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych praw konstytucyjnych, odnosi się do najważniejszych dla człowieka wartości – ochrony jego zdrowia i życia. Obliguje ono organy władzy publicznej (w tym stanowiące prawo, jak i je stosujące) do podejmowania działań na rzecz realizacji tego prawa. Działalność lecznicza w Polsce, której podstawowym celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, podlega szczególnym regulacjom oraz warunkom wykonywania, w tym obowiązkowi przestrzegania praw pacjenta¹². W przypadku praw pacjenta kluczową rolę odgrywa bezpieczeństwo pacjenta, które podmioty wykonujące ww. działalność – i uczestniczące w realizacji zadania publicznego – muszą zagwarantować, a władze publiczne zapewnić ku temu odpowiednie narzędzie i instrumenty prawne.

Jakość świadczeń zdrowotnych, ich właściwa organizacja i bezpieczeństwo pacjenta, są fundamentalnymi wartościami w toku udzielania świadczeń zdrowotnych i w ramach funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą, są wartościami podstawowymi i interpretacja innych przepisów odnoszących się do pozostałych obszarów – jakkolwiek ważnych – musi ten kierunek uwzględniać, na rzecz bezpieczeństwa.

Tym bardziej, że specyfika działalności leczniczej, udzielania świadczeń zdrowotnych, procesu leczniczego i występujące w jego toku błędy, powikłania czy zdarzenia niepożądane, nie pozwala na proste porównanie tego obszaru z innymi, w których może dochodzić do stosowania monitoringu wizyjnego. W każdym systemie ochrony zdrowia, polski nie jest tu żadnym wyjątkiem, występują zdarzenia niepożądane i całkowite ich wyeliminowanie jest w praktyce niemożliwe. Nie mówimy zatem

¹⁰ Idem.

¹¹ D. Bach-Golecka, R. Stankiewicz (red.), Organizacja systemu ochrony zdrowia. System Prawa Medycznego. Tom 3, 2020.

¹² Art. 2 ustawy.

o sytuacji, w której możliwe jest, że do żadnego zdarzenia nie dojdzie – dojdzie z pewnością, możliwe jest natomiast ich ograniczanie i wdrażanie działań na rzecz poprawy poprzez systematyczną analizę przyczyn źródłowych takich zdarzeń oraz konsekwentny rozwój kultury uczenia się na błędach. Każde ze zdarzeń może wiązać się z różnymi skutkami, łącznie z rozstrojem zdrowia, kalectwem lub śmiercią pacjenta. Problem ograniczania negatywnych skutków oraz kosztów związanych z występowaniem zdarzeń niepożądanych stanowi wyzwanie dla każdego systemu opieki zdrowotnej. Statystyki wspólnotowe wskazują, że corocznie ok. 8-12 % pacjentów korzystających z opieki szpitalnej doświadcza niepożądanych zdarzeń medycznych. Problem ten dostrzegł też ustawodawca, uchwalając ustawę z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, która zawiera regulacje odnoszące się do działań mających na celu zapobieganie występowaniu zdarzeń niepożądanych, w tym poprzez analizę przyczyn źródłowych zdarzenia niepożądanego¹³.

W mojej ocenie nie ulega wątpliwości, że monitoring wizyjny w podmiocie leczniczym jest jednym z narzędzi służących poprawie i zapewnieniu bezpieczeństwa pacjentów. Tak też podkreśla się w literaturze: „monitorowanie pacjentów przy wykorzystaniu systemu monitoringu umożliwia niezwłoczną reakcję w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, a także następczą analizę zdarzeń niepożądanych w celu wyciągnięcia wniosków i wdrożenia działań naprawczych dla uniknięcia analogicznych sytuacji w przyszłości, do czego polska służba zdrowia powinna dążyć”¹⁴. Monitoring może być skutecznym elementem rozwiązań podejmowanych dla zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów. Monitoring wizyjny coraz częściej jest stosowany w podmiotach leczniczych. Poza wymiarem czysto „medycznym” zapobiega on kradzieżom, aktom wandalizmu, agresji czy chroni przed nieuprawnionym dostępem do miejsc chronionych. Należy również zwrócić uwagę, że monitoring wizyjny może stanowić skuteczny środek wspierający tradycyjne metody ochrony z uwagi na coraz częstsze przejawy agresji wobec personelu medycznego. Jest to obszar na tyle ważny, że w Ministerstwie Sprawiedliwości powołano Zespół ds. wzmocnienia bezpieczeństwa osób wykonujących zawód medyczny¹⁵, który ma na celu wypracowanie rozwiązań na rzecz poprawy bezpieczeństwa osób wykonujących zawód medyczny.

¹³ Art. 18 i 19 tej ustawy.

¹⁴ „Prawa pacjenta i Rzecznik Praw Pacjenta. Komentarz.”, pod red. prof. Doroty Karkowskiej, art. 20 Prawa do poszanowania godności i intymności, Lex 2021.

¹⁵ <https://www.gov.pl/web/sprawiedliwosc/bezpieczni-medycy-bezpieczni-pacjenci-pierwsze-posiedzenie-zespołu-ds-wzmocnienia-bezpieczeństwa-osob-wykonujacych-zawod-medyczny>

Nagrania z monitoringu mogą stanowić istotny dowód w postępowaniach prowadzonych na podstawie przepisów prawa, w tym w szczególności w postępowaniu karnym. Nadto nagrania te to także materiał dydaktyczny czy szkoleniowy wykorzystywany by podmieść poziom usług świadczonych przez placówki medyczne¹⁶.

W orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej podkreśla się, że uzasadnionym celem instalacji systemu monitoringu może być w szczególności ochrona zdrowia i życia osób. Przepisy regulujące przetwarzanie danych osobowych nie zakazują stosowania monitoringu wizyjnego¹⁷. Podstawą do przetwarzania danych osobowych z wykorzystaniem monitoringu wizyjnego są uzasadnione interesy administratora danych, które w szczególności obejmują ochronę zdrowia i życia¹⁸.

Zdaję sobie sprawę, że zarówno Pan Rzecznik, jak i Pan Prezes, nie kwestionują co do zasady możliwości wykorzystania monitoringu wizyjnego w podmiotach leczniczych oraz jego potencjału w poprawie bezpieczeństwa pacjentów. Celem powyższego wywodu jest jednak zaznaczenie, że polski system ochrony zdrowia jest tak skonstruowany, że kwestia realizacji konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia i ustawowego prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych jest wartością najwyższą i z tej perspektywy zawsze będzie miała pierwszeństwo przy interpretacji przepisów i wazeniu poszczególnych wartości, nawet prawnie chronionych, w przypadku ich kolizji.

Przechodząc w tym miejscu do analizy obecnych zasad dotyczących stosowania monitoringu wizyjnego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą należy wskazać, że zostały one ukształtowane ustawą z dnia 16 czerwca 2023 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2023 r. poz. 1675). Projekt tej ustawy był projektem poselskim (druk nr 3259). Natomiast analogicznie zmiany w zakresie art. 23a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej były już wcześniej procedowane w ramach Rządowego Procesu Legislacyjnego – projekt w tym zakresie był w Sejmie procedowany w druku nr 2898. Projekt ten nie został uchwalony i nie wszedł w życie, niemniej materia objęta tym projektem była obszerna,

¹⁶ Zob. Tomasz Osiej w: „Dane medyczne. Ochrona danych osobowych, dokumentacja medyczna, monitoring, AI, otwarte dane” (red. Paweł Litwiński), C.H. Beck, 2025.

¹⁷ M.in. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 11.12.2019, C- 708/18, wyrok Trybunału Sprawiedliwości z 11 grudnia 2014 r., C- 212/13.

¹⁸ Idem.

uwzględniała całkowicie nowy obszar dotyczący szczegółowych regulacji odnoszących się do jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta; kwestia monitoringu wizyjnego i zmiana art. 23a ww. ustawy nie miała żadnego wpływu na brak uchwalenia tego projektu. Natomiast co istotne w trakcie ww. prac legislacyjnych stanowisko w tym zakresie zajął Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (dalej: PUODO). W piśmie z dnia 24 stycznia 2023 r. PUODO pozytywnie zarekomendował wskazane rozwiązania prawne dotyczące stosowania monitoringu wizyjnego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą¹⁹. Uznał jednocześnie autonomię projektodawcy co do sposobu kształtowania w projekcie rozwiązań prawnych dotyczących monitoringu w podmiotach wykonujących działalność leczniczą biorąc pod uwagę wiążące wytyczne co do kwestii, które muszą być unormowane w regulaminie organizacyjnym, ustalenie bezpośredniej odpowiedzialności kierownika podmiotu leczniczego, ustalenie maksymalnego okresu przechowywania nagrań z monitoringu oraz wprowadzenie zasady związania celem przy przetwarzaniu danych z nagrań.

Przechodząc do analizy obecnych regulacji należy w pierwszej kolejności przytoczyć intencję ich wprowadzenia – w uzasadnieniu do projektu ustawy (druk sejmowy nr 3259)²⁰ wskazano, że *komponentem wdrażanych w projekcie ustawy rozwiązań, mających na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów, jest zmiana przepisów dotyczących wykorzystania monitoringu wizyjnego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą*. Regulacje te, jak już wskazano, stanowiły wcześniej komponent ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, jako element rozwiązań sprzyjających poprawie bezpieczeństwa pacjentów, popieranych przez samych pacjentów oraz reprezentujące ich organizacje; potencjał monitoringu w zakresie poprawy bezpieczeństwa warunków udzielania świadczeń zdrowotnych nie był kwestionowany w szerokich konsultacjach projektu ustawy, wprowadzone zmiany były oczekiwane przez podmioty leczniczy zainteresowane podnoszeniem jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, a także środowisko eksperckie w zakresie działań niepożądanych oraz ograniczania ich występowania w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie z obecnym brzmieniem art. 23a ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²¹ (dalej: u.d.l.) kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

¹⁹ <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/092211EB4B5C5353C12589420063F37C/%24File/2898-002.pdf>

²⁰ <https://orka.sejm.gov.pl/Druki9ka.nsf/0/388E35E2F0262BC2C12589B80041715C/%24File/3259-uzas.docx>.

- 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników,
- 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych,
- 3) w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jeżeli jest to konieczne w procesie leczenia pacjentów lub do zapewnienia im bezpieczeństwa - w przypadku szpitali, zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, zakładów rehabilitacji leczniczej i hospicjów

- za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring), uwzględniając konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta, w tym przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób uniemożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu oraz konieczność ochrony danych osobowych.

Przechodząc w tym miejscu do analizy zgłaszanych uwag krytycznych i zastrzeżeń Rzecznika Praw Obywatelskich i Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych uważam, że obecne regulacje są precyzyjne, jasne, adekwatne i proporcjonalne do założonego celu i uwzględniają szczególny obszar, w którym dokonano interwencji legislacyjnej i jego specyfikę. Należy przy tym wskazać, że przepisy ustawy należy redagować zwięźle i syntetycznie, unikając nadmiernej szczegółowości, a zarazem w sposób, w jaki opisuje się typowe sytuacje występujące w dziedzinie spraw regulowanych tą ustawą²².

Należy przede wszystkim wskazać, że ustawodawca w ww. przepisie uregulował konkretne przesłanki do zastosowania monitoringu wizyjnego, wynikają one z przepisów ustawy, kierownik podmiotu leczniczego, odpowiedzialny za stosowanie monitoringu, musi je uwzględnić, dla zgodności postępowania z prawem. Nie dochodzi w tym zakresie w mojej ocenie do żadnej subdelegacji dla kierownika podmiotu do regulowania tego rodzaju kwestii w regulaminie organizacyjnym, a więc w akcie o charakterze wewnętrznym. Regulamin ten ma określać wyłącznie „sposób” obserwacji pomieszczeń, a więc kwestie o charakterze organizacyjnym i technicznym związane z jej prowadzeniem. Dodać

²¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 450.

²² § 5 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „zasad techniki prawodawczej”.

do powyższego należy, że ww. zasada obowiązywała także przed wprowadzeniem omawianych zmian, a ówczesne przepisy również przewidywały stosowanie monitoringu w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych czy w salach łóżkowych. Decyzję o sposobie obserwacji pomieszczeń za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring) podejmuje kierownik podmiotu leczniczego. Decyzja ta nie ma waloru prawotwórczego a jedynie charakter organizacyjno-techniczny i obejmuje takie kwestie, jak określenie miejsca instalacji tych urządzeń w danym pomieszczeniu, rodzaj zastosowanego sprzętu, jego parametry techniczne oraz okres na jaki nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu zawierające dane osobowe będą przechowywane. Decyzja taka nie może być podjęta dowolnie. Musi ona być zgodna z innymi przepisami, w tym z RODO²³ oraz przede wszystkim z ustawą.

W przepisie art. 23a u.d.l. przewidziano realizację zasady proporcjonalności. Po pierwsze, przy stosowaniu monitoringu należy uwzględnić potrzebę zastosowania monitoringu w danym pomieszczeniu. Jeżeli zatem cel jakim jest zapewnienie pełnego bezpieczeństwa pacjenta może być osiągnięty przez zastosowanie mniej inwazyjnych metod, kierownik podmiotu nie może zastosować obserwacji pacjentów przy użyciu monitoringu. Stosowanie monitoringu wizyjnego w danym pomieszczeniu, nie może być zatem dowolne, a oparte na faktycznej potrzebie w tym zakresie. Po drugie możliwość zastosowania urządzeń monitorujących, na podstawie decyzji kierownika podmiotu, odnosi się tylko do wybranych, ściśle określonych rodzajów podmiotów, w których może dochodzić do zdarzeń pociągających za sobą daleko idące konsekwencje zdrowotne (z uwagi na udzielanie świadczeń o podwyższonym ryzyku), lub które mają pod opieką pacjentów o szczególnych potrzebach, w ciężkim stanie zdrowia, wymagających całodobowej opieki medycznej.

Ustawodawca nadto nakazał, aby kierownik podmiotu uwzględnił konieczność poszanowania intymności i godności pacjenta. Niedopuszczalne jest również przekazywanie obrazu z monitoringu w sposób umożliwiający ukazywanie intymnych czynności fizjologicznych, co wynika wprost z przepisu prawa. Stosowanie monitoringu musi uwzględniać konieczność ochrony danych osobowych pacjentów i innych osób.

²³ 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), dalej: RODO.

Określenie przesłanek stosowania monitoringu w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych znalazło swój wyraz w przepisach rangi ustawowej, zgodnie z zasadą zupełności norm ustawowych regulujących strefę praw i wolności jednostki, do których zalicza się prawo do prywatności (art. 47 Konstytucji RP). Ingerencja w prawo do prywatności czyniona za pomocą urządzeń monitoringu wizyjnego, która nie ma oparcia w przepisach rangi ustawowej, stanowi naruszenie art. 47 Konstytucji RP. Ustawodawca uznał jednak konieczność zastosowania ograniczeń tego prawa, powodowaną względami bezpieczeństwa pacjentów i personelu szpitali, wymagającą wprowadzenia odpowiednich rozwiązań legislacyjnych w przepisach rangi ustawowej.

Generalnie pragnę zauważyć, że ww. prawnych gwarancji i zastrzeżeń w zakresie poszanowania intymności i godności pacjenta oraz ochrony danych osobowych przed wprowadzeniem ww. zmian nie było w ogóle, a więc de facto zmiana przepisów wzmocniła ochronę w tym obszarze.

W kontekście powyższego, od strony historycznej oraz ewolucji omawianych przepisów, należy również wskazać, że w ogóle przepis art. 23a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej został wprowadzony na mocy ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia 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). Wówczas jego brzmienie było następujące:

1. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:

- 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń,*
- 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych*

– za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).

2. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zawierające dane osobowe, podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.

3. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej.

Wnioskodawcą ww. projektu był Minister Cyfryzacji, a jego celem było dostosowanie polskiego porządku prawnego do RODO m.in. przez usunięcie przepisów, które są sprzeczne z RODO lub które powielają rozwiązania RODO. W toku prac nad przepisami sektorowymi zapewniającymi stosowanie RODO został powołany zespół roboczy składający się z przedstawicieli Ministra Cyfryzacji, Ministra Spraw Zagranicznych, Rządowego Centrum Legislacji oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (poprzednio: Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych).

Nie zgadzam się również z wątpliwością w zakresie niejasnej relacji pkt 2 i 3 ww. regulacji. Przepisy te odnoszą się do różnych sytuacji prawnych i faktycznych. Punkt 3 analizowanego przepisu daje możliwość, **nie obowiązek**, zastosowania monitoringu we wskazanych rodzajach podmiotów i tylko w nich. Punkt 2 odsyła z kolei do regulacji odrębnych, z których może wynikać **obowiązek**²⁴ stosowania monitoringu, i może on dotyczyć także innego rodzaju podmiotów niż wymienione w pkt 3²⁵.

Dodatkowo administrator danych, jakim jest podmiot leczniczy, ma obowiązek z mocy prawa uwzględnić wszystkie zasady określone w art. 5 ust. 1 lit a, b i c RODO w ramach przetwarzania danych osobowych za pomocą monitoringu wizyjnego. Zastosowanie monitoringu musi być poprzedzone analizą oceny skutków dla ochrony danych osobowych (art. 35 RODO). Kierownik podmiotu leczniczego podejmując decyzję musi uzasadnić, dlaczego dane pomieszczenie powinno być monitorowane oraz jakie okoliczności przemawiają za takim sposobem przetwarzania danych, a nadto, że żadna z negatywnych przesłanek do jego zastosowania nie została spełniona. Analiza taka następnie może być poddana kontroli w szczególności Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Sam fakt, że decyzja co do stosowania monitoringu wizyjnego jest podejmowana przez kierownika podmiotu leczniczego nie może prowadzić do wniosku, że analiza taka jest niemożliwa. Organ nadzorczy może również dokonać oceny czy przetwarzanie danych osobowych, w szczególności danych o szczególnym charakterze dotyczących

²⁴ Przykładowo art. 18e ust. 2 ustawy o ochronie zdrowia psychicznego – *Pomieszczenie przeznaczone do izolacji wyposaża się w instalację monitoringu umożliwiającą stały nadzór nad osobą z zaburzeniami psychicznymi w nim przebywającą oraz kontrolę wykonania czynności związanych z tym rodzajem środka przymusu bezpośredniego.*

²⁵ Np. w poradni ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

zdrowia, w placówce medycznej podlega odpowiednim zabezpieczeniom, tj. regularnej ocenie jego znaczenia i skuteczności zastosowanych zabezpieczeń.

Od strony poszanowania i ochrony praw pacjenta należy także zwrócić uwagę, że nieuzasadniona lub w ogóle pozbawiona podstawy prawnej ingerencja w prywatność pacjentów, w tym poprzez niezgodne z prawem stosowanie monitoringu wizyjnego, może stanowić naruszenie prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności. W przypadku stosowania monitoringu wizyjnego Rzecznik Praw Pacjenta prowadził postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów. Przykładowo w sprawie II OSK 1761/20²⁶ NSA wskazał, że *z punktu praw pacjenta na poszanowanie godności składa się prawo do intymności. Wyrazem tego prawa do poszanowania intymności jest takie działanie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, które tej sfery nie narusza. Przekroczeniem jest wprowadzenie takiego systemu monitorowania pacjentów, który przekracza granice wyznaczone przepisami prawa.* W tej sprawie i innych analogicznych, Rzecznik Praw Pacjenta badał legalność stosowanego monitoringu. Orzecznictwo potwierdza, że ingerencja w prywatność pacjenta jest możliwa, musi istnieć jednak norma prawna w tym zakresie. Należy wskazać, że o ile stan faktyczny ww. sprawy odnosi się do nieaktualnych już przepisów, niemniej aktualny jest kierunek możliwych rozstrzygnięć Rzecznika Praw Pacjenta i możliwość podejmowania działań nadzorczych w sytuacji stosowania monitoringu wizyjnego bez podstawy prawnej lub wbrew przesłankom jego zastosowania lub bez uwzględnienia gwarancji poszanowania praw określonych w art. 23 u.d.l.

Odnosząc się do wydanej przez PUODO decyzji z dnia 17 stycznia 2025 r., nr DKN.5131.4.2024, należy wyraźnie rozgraniczyć kwestię stosowania monitoringu medycznego określonego w art. 23a ust. 1 u.d.l., a niejawne, potajemne nagrywanie. Sam fakt stosowania w podmiocie leczniczym jakiegokolwiek formy stosowania urządzeń nagrywających, rejestrujących obraz, nie przesądza o stosowaniu monitoringu, o którym mowa w art. 23a ust. 1 u.d.l., nawet jeśli potem podmiot leczniczy broni się powołując te przepisy. Tym bardziej niezgodne w takiej sytuacji postępowanie podmiotu leczniczego nie świadczy o wadliwości obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie.

²⁶ Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 23 maja 2023 r.

Nawiązując zaś do przywołanej kontroli Najwyższej Izby Kontroli z 2018 r. należy wskazać, że była ona przeprowadzona w okresie przed wejściem w życie przepisu art. 23a ust. 1 u.d.l.²⁷. Natomiast kontrola NIK z 2024 r. wykazała brak dostosowania się szpitali do art. 23a ust. 1 u.d.l., w szczególności przez pominięcie w regulaminach organizacyjnych określenia sposobu obserwacji pomieszczeń. Nie może to jednak stanowić dowodu na okoliczność wadliwej konstrukcji tego przepisu. Z jego brzemienia nie wynika również możliwość przesyłania podglądu obrazu z kamery na prywatny telefon kierownika oddziału szpitala. Taki sposób przetwarzania danych osobowych jest niezgodny z przepisami RODO, gdyż nie gwarantuje zapewnienia poufności tych danych. Ponadto w art. 23a ust. 1 u.d.l. jasno wskazano, że obserwacja pomieszczeń za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu musi również uwzględniać konieczność ochrony danych osobowych.

Generalnie należy podnieść, że niezależnie od kształtu i zakresu regulacji prawnych, ich szczegółowości, zawsze będzie możliwe działanie wbrew tym regulacjom. Jest to jednak problem stosowania prawa lub wręcz – jego niestosowania.

Zaznaczenia w ramach czynionego wywodu wymaga także, iż przepisy prawa powszechnie obowiązującego regulują kwestię ochrony tajemnicy medycznej i informacji związanych z pacjentem. Przepisy w tym zakresie znajdują się w ustawach regulujących zasady wykonywania poszczególnych zawodów medycznych. Ujawnienie tej tajemnicy wbrew przepisom ustawy stanowi nie tylko naruszenie praw pacjenta, ale również może skutkować odpowiedzialnością zawodową, cywilną lub karną osoby wykonującej zawód medyczny, która naruszyła ten obowiązek. Natomiast ogólna norma prawna w tym zakresie, od strony praw pacjenta, znajduje się w art. 13 i 14 ustawy (prawo pacjenta do tajemnicy informacji z nim związanych). W zakresie osób niewykonujących zawodu medycznego, a które mogą mieć kontakt z obserwacją pacjenta podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, ww. przepisy również znajdują zastosowanie, na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy.

Z perspektywy działalności Rzecznika Praw Pacjenta należy wskazać, że do Biura Rzecznika Praw Pacjenta w 2025 r. wpłynął jeden sygnał o nieprawidłowościach w stosowaniu monitoringu wizyjnego – Rzecznik Praw Pacjenta przeprowadził w tej sprawie postępowanie w sprawie stosowania

²⁷ Dokonanej w ustawie z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia 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).

praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta i uznał stosowanie takiej praktyki za naruszające art. 20 ust. 1 ustawy i nakazał jej zaniechanie, a podmiot leczniczy niezwłocznie dostosował się do tej decyzji. Należy przy tym wskazać, że postępowanie dotyczyło dowolnego zainstalowania urządzeń monitorujących w gabinecie dentystycznych, a więc poza przypadkami określonymi przepisami prawa. Podmiot leczniczy dokonał pełnego i trwałego demontażu wszystkich kamer zainstalowanych w swoich pomieszczeniach. W 2025 r. nie wpłynął zatem do Rzecznika Praw Pacjenta sygnał dotyczący naruszeń zasad stosowania monitoringu, o których mowa w art. 23a u.d.l.

Podsumowując – każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Jest to jedno z najważniejszych praw człowieka, a polski system urzeczywistnia je przede wszystkim poprzez stworzenie warunków dla wykonywania działalności leczniczej, która – ze względu na swój szczególny status – należy do działalności regulowanych. Celem działalności leczniczej jest udzielanie pacjentom świadczeń zdrowotnych, a więc diagnozowanie chorób oraz ich leczenie, które – zgodnie z prawem pacjenta do świadczeń zdrowotnych – musi odbywać się zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz z należytą starannością.

Pozostałe prawa pacjenta, jakkolwiek ważne, służą realizacji podstawowego prawa pacjenta do świadczeń zdrowotnych albo są wykonywane w związku z tym prawem lub w jego konsekwencji. Przesądza to o absolutnie fundamentalnym znaczeniu tego prawa, a także o wyniku ważenia w przypadku kolizji z innymi – nawet prawnie chronionymi – wartościami w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wykonywanie działalności leczniczej wiąże się z koniecznością spełniania szeregu szczegółowych warunków właśnie po to, aby leczenie w podmiotach leczniczych było bezpieczne. Stworzenie bezpiecznych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych jest bezpośrednim obowiązkiem podmiotów udzielających świadczeń, natomiast warunki prawne i organizacyjne powinny zapewniać właściwe organy władzy publicznej, zawsze mając na uwadze podstawowy cel tej działalności.

W związku z tym monitoring wizyjny bezsprzecznie może poprawiać bezpieczeństwo pacjentów. Uwzględniając całość argumentacji przedstawionej w niniejszym piśmie, uważam, że z tej perspektywy analizowane przepisy art. 23a u.d.l. w sposób odpowiedni zabezpieczają interesy pacjentów: są wystarczające, mogą być stosowane i mogą istotnie oraz skutecznie poprawiać bezpieczeństwo pacjentów.

W szczególności cel regulacji jest jasny, ustawowo określono przesłanki zastosowania monitoringu, a przepis wskazuje rodzaje działalności leczniczej, w przypadku których kierownik podmiotu może – po spełnieniu przesłanek – samodzielnie zdecydować o jego zastosowaniu. Rozwiązanie to ogranicza się do podmiotów, w których może dojść do najpoważniejszych konsekwencji braku bezpieczeństwa i nadzoru.

W porównaniu z poprzednim stanem prawnym obecny art. 23a u.d.l. przewiduje nawet dalej idące gwarancje ochrony prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności oraz ochrony danych osobowych, poprzez wprost odniesienie się do tych praw w treści przepisu. Z tych względów uważam tę regulację za celową i adekwatną, a przyjęte rozwiązania – za proporcjonalne.

Jednocześnie przypadki naruszenia przepisów przez podmioty lecznicze muszą być każdorazowo analizowane, a następnie powinny być wobec nich podejmowane odpowiednie działania przez uprawnione organy, w tym przez Rzecznika Praw Pacjenta. Nowoczesne systemy ochrony zdrowia dążą do poprawy standardów opieki poprzez analizę przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych. Monitoring wizyjny może być nieocenionym narzędziem pozwalającym na wdrażanie działań naprawczych w podmiotach leczniczych.

Monitoring wizyjny może także chronić personel medyczny przed agresją, o której regularnie donoszą media, prezentując na przykład zdarzenia na szpitalnych oddziałach ratunkowych, gdzie przyjmowani są pacjenci pod wpływem alkoholu lub po spożyciu innych substancji. Agresywny wobec personelu pacjent lub osoba mu towarzysząca stanowi również zagrożenie dla innych pacjentów.

Stosowanie prawa w tej materii powinno uwzględniać szerszy kontekst obszaru, którego dotyczy. Polski system ochrony zdrowia mierzy się m.in. z niedoborami kadr – w szczególności personelu lekarskiego i pielęgniarskiego – a zastosowanie monitoringu może być w tym zakresie jednym z rozwiązań wspierających organizację nadzoru. Dzięki monitoringowi jeden pracownik podmiotu leczniczego może na bieżąco, w tym samym czasie, obserwować wiele pomieszczeń z pacjentami, ograniczając konieczność stałego, osobistego nadzoru w każdym z nich.

Nie kwestionuję przy tym inicjatyw służących podnoszeniu standardów ochrony, a jako Rzecznik Praw Pacjenta zawsze będę popierał rozwiązania korzystne dla pacjentów.

Z uwagi na podnoszone wątpliwości i zastrzeżenia najwłaściwsze wydaje się przygotowanie odpowiednich projektów przepisów przez Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przy czym zastrzegam, że budzić będą poważne zastrzeżenia potencjalnie zaprojektowane rozwiązania, które kosztem bezpieczeństwa i ochrony pacjentów ograniczą – względem obecnego stanu prawnego – miejsca, w których można zastosować monitoring lub będą przewidywały stworzenie tak restrykcyjnych regulacji prawnych w obszarze wymogów i warunków stosowania monitoringu, które de facto taki odniosą skutek.

Z uwagi na rozproszenie aktów normatywnych dopuszczających monitoring wizyjny w różnych obszarach życia społecznego zasadne wydaje się przygotowanie regulacji kompleksowo ujmującej tę materię. Przychylam się zatem do stanowiska o potrzebie wprowadzania unormowań ustawowych cechujących się zupełnością w tym obszarze. Ze względu na powszechność stosowania monitoringu wizyjnego – nie tylko w placówkach medycznych, lecz przede wszystkim w przestrzeni przeznaczonej do użytku publicznego – optymalnym rozwiązaniem byłoby docelowo stworzenie jednego, odrębnego aktu prawnego regulującego problematykę monitoringu wizyjnego w Polsce.

Uprzejmie proszę Pana Rzecznika i Pana Prezesa o przyjęcie powyższej argumentacji i stanowiska.

Z poważaniem,
RZECZNIK PRAW PACJENTA
Bartłomiej Chmielowiec
Podpisano elektronicznie

Do wiadomości:

- 1) Pani Jolanta Sobierańska-Grenda, Minister Zdrowia (znak: DLD.412.9.2025.AS).
- 2) Pan Mariusz Haładyj, Prezes Najwyższej Izby Kontroli.