

Bernard Łukańko

Instytut Nauk Prawnych PAN w Warszawie

ORCID: 0000-0002-3637-5395

b.lukanko@inp.pan.pl

Prawo pacjenta szpitala do zakwaterowania w pokoju jednoosobowym w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego – kilka uwag na kanwie orzecznictwa sądów niemieckich i ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych

Wstęp

Rosnący poziom zamożności społeczeństw państw członkowskich UE i wzrost poziomu wiedzy o ryzykach zakażeń szpitalnych powodują wzrost oczekiwań pacjentów nie tylko w odniesieniu do doboru stosowanych terapii, ale także w odniesieniu do poziomu komfortu¹, w jakim usługi medyczne są świadczone². Dotyczy to nie tylko pacjentów samofinansujących leczenie, ale także tych ubezpieczonych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Skargi pacjentów zgłaszane do organów odpowiedzialnych za przestrzeganie praw pacjenta odnoszą się m.in. do problematyki zapewnienia w toku leczenia, w tym w szpitalach, prywatności i intymności. Kwestia ta stała się szczególnie aktualna po rozpoczęciu stosowania w maju 2018 r. ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych – RODO³. W piśmiennictwie

¹ Badanie satysfakcji oraz potrzeb pacjentów z 2024 r., koncentrujące się na opiece ambulatoryjnej, <https://www.infodent24.pl/media/pliki/134423.html> (data dostępu: 20.08.2025).

² Sytuacja ta nie odnosi się do momentów kryzysowych, jakimi była np. pierwsza fala pandemii SARS-CoV-2, wdrożony wówczas w RFN triaż i konieczność trudnych medycznie i etycznie decyzji odnośnie do zakresu udzielanej konkretnym pacjentom pomocy – por. na ten temat np. A. Mannino, *Wen rette ich – und wenn ja, wie viele? Über Triage und Verteilungsgerechtigkeit*, Ditzingen 2021.

³ Na temat charakteru prawnego ogólnego rozporządzenia por. D. Kościuk, *General Data Protection Regulation (GDPR). The EU law strengthening the information society in Poland*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2018, nr 2, s. 142 i nast.

podkreśla się bowiem trafnie, że dane odnoszące się do stanu zdrowia człowieka należą do takich, którymi pacjent może nie chcieć się dzielić nawet z osobami bliskimi⁴. Wola zachowania w tajemnicy informacji o stanie swojego zdrowia (i szerzej danych osobowych w sytuacji korzystania z leczenia) dotyczy tym bardziej osób obcych dla pacjenta. Dlatego istotnym elementem gwarantującym zapewnienie prywatności i intymności⁵ pacjentom korzystającym z leczenia szpitalnego jest zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym⁶.

Przedmiotem opracowania jest przedstawienie i ocena stanowisk wyrażanych w orzecznictwie sądów niemieckich i piśmiennictwie niemieckim w odniesieniu do prawa pacjenta do pokrycia przez kasę chorych kosztów zakwaterowania w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (niem. *gesetzliche Krankenversicherung*) w pokoju jednoosobowym, a także rozważenie możliwości zapewnienia realizacji wymogów RODO⁷ dotyczących ochrony danych osobowych pacjenta, w tym danych dotyczących jego zdrowia (art. 4 pkt 15 RODO⁸) w sytuacji zakwaterowania w szpitalu w pokoju wieloosobowym⁹.

Prawo niemieckie reguluje w § 630a–h kodeksu cywilnego (*Bürgerliches Gesetzbuch* – BGB) umowę o leczenie (niem. *Behandlungsvertrag*), przy czym § 76 SGB V¹⁰, statuujący prawo pacjenta do swobodnego wyboru lekarza, przewiduje w ust. 4 stosowanie także w ramach leczenia realizowanego w ramach

⁴ B. Janiszewska, *Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2, s. 12.

⁵ Na gruncie prawa polskiego akcentuje się, że tego rodzaju prawa pozostają w silnej relacji z prawami i wolnościami konstytucyjnymi – por. A. Kowalska, *Prawa pacjenta w czasie pandemii – wybrane zagadnienia*, „Studia Prawnoustrojowe” 2022, nr 56, s. 204 i nast.

⁶ Por. np. wyrok NSA z 23 maja 2023 r., sygn. akt II OSK 1761/20, dotyczący monitoringu wizyjnego w szpitalu.

⁷ Praktyczne znaczenie RODO dla pacjenta odzwierciedla wyrok TSUE z 26 października 2023 r. w sprawie *FT v. DW*, C-307/22, odnoszący się do prawa do otrzymania nieodpłatnej kopii dokumentacji medycznej.

⁸ Por. także motyw 35 RODO. Szerzej na temat tej kategorii danych A. Jaspers, R. Schwartmann, R. Mühlenbeck, [w:] R. Schwartmann, A. Jaspers, G. Thüsing, D. Kugelman (red.), *DS-GVO/BDSG. Datenschutz-Grundverordnung. Bundesdatenschutzgesetz. Kommentar*, Heidelberg 2020, art. 9, nb 83 i nast.

⁹ Przedmiotem opracowania nie jest natomiast kwestia stosowania kościelnych przepisów w zakresie ochrony danych osobowych, opartych na art. 91 RODO, które dotyczą szpitali prowadzonych przez podmioty konfesyjne, które przyjęły własne unormowania w zakresie ochrony danych osobowych – por. np. H.-G. Papenheim, *Datenschutz in caritativen Einrichtungen insbesondere Weitergabe von Daten mit/ohne Einwilligung der Betroffenen*, „Sozialrecht Aktuell” 2018, vol. 6, s. 219. Szeroko na temat ochrony danych w kościołach i związkach wyznaniowych: B. Łukańko, *Kościelne modele ochrony danych osobowych*, Warszawa 2019. Przedmiotem opracowania nie są także rozwiązania szczególne jak tzw. anonimowy poród – por. ustawa z dnia 28 sierpnia 2013 r. o rozbudowie pomocy dla ciężarnych i uregulowaniu porodu anonimowego (Gesetz vom 28.08.2013 zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt), BGBl. 2013, Nr 53, s. 3458, która weszła w życie 1 maja 2014 r.

¹⁰ Ustawa z dnia 20 grudnia 1988 r. Kodeks socjalny V – Ustawowe ubezpieczenie zdrowotne (Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung), BGBl I 2477.

ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego przepisów BGB¹¹. W orzecznictwie przyjęto w konsekwencji, w związku z cywilnoprawnymi wymogami wynikającymi z umowy o leczenie, istnienie błędu medycznego np. w sytuacji, gdy pokój, w którym przebywała chora, nie zawierał dzwonka alarmowego i na skutek braku możliwości wezwania personelu przez matkę dziecka doznało ono uszkodzenia mózgu (wyrok Wyższego Sądu Krajowego w Celle z 20 września 2021 r., sygn. 1 U 32/20). Na szpitalu spoczywa także np. obowiązek zapewnienia bezpiecznego przechowywania rzeczy osobistych pacjenta¹². Z drugiej strony w orzecznictwie odrzucono np. obowiązek szpitala uzupełnienia łóżka szpitalnego sparaliżowanego pacjenta o szczególne zabezpieczenie przed upadkiem (postanowienie Wyższego Sądu Krajowego w Kolonii z 2 stycznia 2014 r., sygn. 5 U 77/13). Przedstawione przykłady pokazują, że nie tylko same wdrażane w trakcie leczenia terapie, ale także warunki pobytu są istotne dla realizacji umowy o leczenie. Skoro pacjent zawiera ze szpitalem umowę o leczenie, niezależnie od tego, czy dokonywane jest to w formie pisemnej, czy przez czynności dorozumiane¹³ i może wyrazić (i jak pokazują stany faktyczne orzeczeń sądowych wyraża), w ramach dostępnej w szpitalu puli miejsc, wolę wyboru określonego rodzaju zakwaterowania, można postawić pytanie o konieczność pokrycia przez kasę chorych finansującą leczenie kosztów zakwaterowania w szpitalu w pokoju jednoosobowym.

Medyczne aspekty zakwaterowania w pokoju jednoosobowym

Niemieckie Stowarzyszenie Higieny Szpitalnej (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene) wskazuje na liczne zalety zakwaterowania pacjentów w jednoosobowych pokojach szpitalnych jako sposobu zapobiegania infekcjom¹⁴. Na poparcie tych argumentów przytacza m.in. badania dotyczące redukcji zarażeń *Clostridium difficile* (nawet o 43%), MRSA (o 47%) czy też norowirusami. Budowa pokoi jednoosobowych chroni szpitale przed koniecznością zamykania oddziałów lub pokoi (sal) szpitalnych w razie powstania ogniska zakażeń. Rozwiązanie takie skracza także okres pobytu pacjenta w szpitalu. Instytut Roberta Kocha wskazuje na fakt, że zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych z przyczyn medycznych uzasadnione jest w przypadku pacjentów, od których pochodzi zwiększone ryzyko infekcji, a także np. zarażonych wirusami i bakteriami odpornymi na leczenie¹⁵.

¹¹ G. Glanowski, *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Warszawa 2019, s. 83.

¹² Por. odnoszący się do tego obowiązku wyrok Sądu Krajowego w Detmold z 20 grudnia 2022 r., sygn. akt 04 O 84/22.

¹³ G. Wagner, § 630a Rn. 44, [w:] *Münchener Kommentar, BGB*, § 630a, München 2020.

¹⁴ https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_04_12_LL-Einzelzimmer%281%29.pdf (data dostępu: 20.08.2025).

¹⁵ https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/Kommission/Ergaenzende_Informationen/Muster_Infektionspraevention.pdf?__blob=publicationFile (data dostępu: 20.08.2025).

Warto podkreślić, że wiele organizacji zajmujących się kwestiami higieny i bezpieczeństwa pacjentów (jak Public Health Agency of Canada) wskazuje na potrzebę zapewnienia 100% pokoiów jednoosobowych w nowo budowanych szpitalach lub – jak czyni to brytyjski NHS – zapewnienie co najmniej 50% miejsc w pokojach jednoosobowych¹⁶.

Wprawdzie budowa szpitali z pokojami (salami) jednoosobowymi jest nieznacznie droższa¹⁷, to niższe są koszty funkcjonowania, wyższe obłożenie łóżek, skrócony czas hospitalizacji, obniżone ryzyko błędów i procesów sądowych w sytuacji zakażeń. Spada w pokojach jednoosobowych, w porównaniu do wieloosobowych, ryzyko infekcji chorobami przenoszonymi drogą kropelkową a także leczenia pacjentów na oddziałach zakaźnych. Wśród wad pokoiów jednoosobowych wymienia się zwiększone ryzyko upadku i jego następstw u pacjentów wymagających szczególnej pomocy, zwłaszcza starszych¹⁸, a także prawdopodobieństwo szybszego pojawienia się deficytu miejsc szpitalnych.

Wśród zalet pokoiów jednoosobowych z perspektywy pacjenta zauważa się natomiast jego większe zadowolenie z pobytu, zachowanie ciszy w pokoju, ochronę intymności pacjenta (której nie zapewniają mobilne przegrody między łózkami) i redukcję problemów ze snem¹⁹. Części wad pokoiów wieloosobowych, jak mimowolne uczestnictwo w odbiorze programów telewizyjnych oglądanych przez innego pacjenta, można częściowo zapobiec, wprowadzając słuchawki, ale nie sposób zapewnić pacjentowi pełnej intymności w pokoju wieloosobowym. Z drugiej strony czas, w jakim personel medyczny dowie się o upadku pacjenta w pokoju jednoosobowym i udzieli mu pomocy, niewątpliwie będzie znacznie dłuższy i może stanowić dodatkowe ryzyko oraz źródło bólu i cierpienia.

Warto zauważyć, że także Rada Ekspertów powołana zgodnie z § 142 SGB V przez niemieckiego Ministra Zdrowia podkreśla wyraźnie w swojej opinii dotyczącej odpowiadającego potrzebom zapewnienia opieki zdrowotnej z 2018 r., że poziom „zapewnienia higieny w szpitalach da się poprawić przez stosowanie pokoiów jednoosobowych w miejsce wieloosobowych”²⁰.

Mimo tych wszystkich przedstawionych zalet jedynie 6,4% łóżek w pokojach szpitalnych na zwykłych oddziałach (*Normalstationen*) i 27% na oddziałach intensywnej opieki medycznej (*Intensivstationen*) to pokoje jednoosobowe²¹.

¹⁶ https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_04_12_LL-Einzelzimmer%281%29.pdf (data dostępu: 20.08.2025).

¹⁷ Podkreśla się, że koszt budowy 85 łóżek w pokojach jednoosobowych odpowiada kosztowi budowy 100 łóżek w pokojach wieloosobowych – zob. M.E Detsky, E. Etchells, *Single-patient rooms for safe patient-centered hospitals*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18728270/> (data dostępu: 20.08.2025).

¹⁸ https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_04_12_LL-Einzelzimmer%281%29.pdf (data dostępu: 20.08.2025).

¹⁹ Ibidem.

²⁰ https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2018/Gutachten_2018.pdf (data dostępu: 20.08.2025).

²¹ https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2021_04_12_LL-Einzelzimmer%281%29.pdf (data dostępu: 20.08.2025).

Zgodnie z § 17 ustawy z dnia 23 kwietnia 2002 r. o wynagrodzeniu za świadczenia szpitalne udzielane w pełni i częściowo stacjonarnie (*Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen* [*Krankenhausentgeltgesetz*]) szpital obok ogólnych świadczeń, w tym z zakresu opieki lekarskiej (*allgemeine Leistungen des Krankenhauses einschliesslich der ärztlichen Behandlung*), może oferować odpłatnie tzw. świadczenia z wyboru (*Wahlleistungen*), dotyczące np. prowadzenia pacjenta przez ordynatora i świadczeń związanych ze standardem pobytu w szpitalu, o ile zawrze z pacjentem w tym zakresie porozumienie na piśmie (*Wahlleistungsvereinbarung*)²². Do świadczeń tych, zgodnie z ust. 4 tego przepisu, należą także świadczenia związane z zakwaterowaniem. Typową formą takiego świadczenia może być właśnie zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym. To, czy pokój jednoosobowy jest świadczeniem z wyboru, które finansuje prywatnie pacjent, czy świadczeniem standardowym oferowanym przez szpital (ze względu na stan zdrowia), które to świadczenie szpital może rozliczyć z kasą chorych, zależy nie od woli pacjenta, a od decyzji lekarza prowadzącego pacjenta i jej uzasadnienia. Warto wskazać, że organizacje zajmujące się ochroną konsumentów podkreślają wyraźnie, że pacjenci nie powinni bez uzyskania obszernych wyjaśnień ze strony szpitala, podpisywać umów dotyczących świadczeń z wyboru²³ i rezygnować z uzyskania tych świadczeń w ramach ubezpieczenia ustawowego (co także nie jest wykluczone, zarówno w odniesieniu do lekarza prowadzącego, jak i warunków zakwaterowania). Nie oznacza to jednak, że orzecznictwo sądowe akceptuje zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym (bez zaistnienia szczególnych, jak pokazuje praktyka, wyjątkowych okoliczności wynikających ze stanu zdrowia) za uzasadnione i przyznaje wynagrodzenie szpitalowi (wyrok Federalnego Sądu Socjalnego z 28 czerwca 2020 r., sygn. B 9V 64/19).

Orzecznictwo sądów niemieckich dotyczące prawa do zakwaterowania w pokoju jednoosobowym w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego i jego ocena

Prezentację orzecznictwa sądowego dotyczącego analizowanej problematyki rozpocząć należy od wyroku Sądu Socjalnego w Detmold z 27 maja 2014 r.,

²² § 22 ust. 2 BPflVO. Por. szerzej np. Liquidation wahlärztlicher Leistungen. Rechtliche Grundlagen. Anästhesiologie & Intensivmedizin 2000, s. 525 i nast. oraz postanowienie Federalnego Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 marca 2015 r., sygn. akt 1 BvR 3226/14 i dotyczący wymogów porozumienia o świadczeniach z wyboru wyrok Sądu Rejonowego (Amtsgericht) w Bad Segberg z 21 listopada 2013 r., sygn. akt 17a C 85/13. Na temat wysokości dopuszczalnego wynagrodzenia za świadczenia z wyboru por. wyrok Trybunału Federalnego z 4 sierpnia 2000 r., sygn. akt III ZR 158/99. Na temat obniżenia wysokości ceny tego świadczenia przez sąd zob. wyrok Wyższego Sądu Krajowego w Düsseldorfie z 4 lutego 2005 r., sygn. akt 1 7 U 58/05.

²³ <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheits-pflege/aerzte-und-kliniken/wahlleistungen-im-krankenhaus-das-muessen-sie-darueber-wissen-11698> (data dostępu: 20.08.2025).

sygn. S 5 KR 138/12. Jest to podstawowe orzeczenie odnoszące się do kwestii finansowania przez kasę chorych kosztów zakwaterowania w pokoju jednoosobowym, dlatego zasługuje ono na obszernie przedstawienie stanu faktycznego i stanowiska sądu.

Stan faktyczny sprawy kształtował się następująco. 74-letnia pacjentka zgłosiła, w formie wiadomości e-mail, kasie chorych, w której była ubezpieczona, że będzie operowana w jednym ze szpitali na oddziale ortopedii. Wniosła o pokrycie przez kasę chorych kosztów pobytu w pokoju jednoosobowym. Kasa chorych odmówiła i podała pacjentce, że w ramach ubezpieczenia ustawowego nie ma ona możliwości wyboru pokoju jednoosobowego. Pacjentka przebywała w dniach od 12 października 2011 r. do 30 października 2011 r. w szpitalu, a po jego opuszczeniu wniosła o uchylenie decyzji odmownej i pokrycie dopłaty do pokoju jednoosobowego w kwocie 1044,48 euro. Kasa chorych odmówiła przejęcia finansowania tych kosztów, wskazując, że zgodnie z § 12 SGB V świadczenia muszą być „wystarczające, celowe i gospodarczo uzasadnione”. Takie ograniczenie nie narusza praw konstytucyjnych skarżącej, a przy przyjęciu do szpitala ma ona prawo zawrzeć porozumienie o prywatnym finansowaniu pokoju jednoosobowego lub ubezpieczyć się wcześniej prywatnie w zakresie wyższych kosztów pobytu w pokoju o wyższym standardzie. Odwołanie pacjentki od ww. decyzji także było nieskuteczne. Kasa chorych wyraźnie podkreśliła, że zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym nie należy do katalogu świadczeń ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego. W konsekwencji pacjentka wniosła skargę do sądu socjalnego. Podała, że powołane przez kasę chorych przepisy nie zawierają wykluczenia finansowania zakwaterowania w pokoju jednoosobowym, a zakwaterowanie w pokoju wieloosobowym narusza prawo do godności (art. 1 ust. 1 Ustawy Zasadniczej RFN) i jest niekorzystne z perspektywy procesu leczenia. Skarżąca wskazała na to, że w pokoju wieloosobowym pacjent narażony jest na stres i czuje się wręcz jak na „obozie w dżungli” – w nocy nie może spać, bowiem inni pacjenci oglądają telewizję, głośno chrapia lub poddawani są zabiegom medycznym. Istnieje także ryzyko zarażenia wirusami i bakteriami odpornymi na leczenie. Zauważyła, że odpoczynek wykluczony jest również w dzień, bo inni pacjenci przyjmują odwiedzających. Pacjentka wniosła o zmianę obu decyzji i przejęcie kosztów w kwocie 1044,48 euro.

Sąd uznał roszczenie za nieuzasadnione. Podkreślił, że system ubezpieczenia ustawowego przewiduje procedurę zwrotu kosztów tylko w ustawowo uregulowanych sytuacjach wskazanych w § 13 ust. 3 zd. 1 SGB V. Są to przypadki świadczeń, które mimo konieczności nie mogły być wykonane lub kasa chorych w nieuzasadniony sposób odmówiła finansowania świadczenia, a jego koszty powstały po stronie pacjenta. Zwrot obejmuje przy tym tylko koszt tych świadczeń, które są finansowane przez kasę chorych jako świadczenia rzeczowe (*Sachleistungen*). Sąd zauważył, że roszczenie o finansowanie leczenia

szpitalnego uregulowano w § 11, § 27 ust. 1 nr 5 i § 39 SGB V, ale ustawodawca nie przesądził, w jakim pokoju powinien być zakwaterowany chory. Celem leczenia stacjonarnego jest rozpoznanie i leczenie choroby, zapobieganie pogorszeniu stanu zdrowia i zmniejszanie dolegliwości. Jest to ustawowy opis kompleksowej opieki nad chorym, natomiast decyzję, czy zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym jest uzasadnione medycznie podejmuje lekarz. Chorzy nie mogą oczekiwać finansowania świadczeń, które nie są konieczne lub uzasadnione ekonomicznie. Aspekt celowości ekonomicznej jest jedną z cech ubezpieczenia ustawowego.

W ocenie sądu rozpoznającego sprawę podstawy roszczeń wynikają z SGB V, a nie z art. 1 ust. 1 Ustawy Zasadniczej, czyli normy konstytucyjnej dotyczącej ochrony godności. Sąd podkreślił, że podniesione przez skarżącą uciążliwości pobytu w szpitalu mogą mieć różne nasilenie i mimo możliwego wpływu tych aspektów na proces leczenia nie akceptuje stanowiska, że leczenie może być realizowane tylko w pokojach jednoosobowych. Cele terapii mogą być realizowane także w pokojach wieloosobowych, a ewentualne uciążliwości płynące z zabiegów leczniczych w godzinach nocnych dokonywanych na innych pacjentach są w ocenie sądu akceptowalne. Uciążliwości w trakcie dnia mogą być minimalizowane w drodze uzgodnień z personelem i pacjentami, co dotyczy także np. hałasu płynącego z oglądania telewizji. W ocenie sądu bezpieczeństwo higieniczne musi być zapewnione w ten sam sposób w pokojach jednoosobowych i wieloosobowych.

Argumentacja przyjęta przez sąd nie jest trafna. Już samo oferowanie przez szpital w pokoju, w którym zakwaterowani są pacjenci, telewizora, bez jednoczesnego zapewnienia słuchawek, może być dla chorego pacjenta potrzebującego snu i regeneracji niezwykle uciążliwe. Podobna sytuacja odnosi się też do długotrwałych odwiedzin rodzin innych pacjentów. Przede wszystkim jednak w wieloosobowym pokoju trudno o prywatność i intymność, a szczególnie dotknięci jego brakiem będą pacjenci leżący, którzy nie mogą udać się do stacjonarnej toalety. Błędne jest również założenie, że pobyt w wieloosobowym pokoju nie oznacza wyższego ryzyka zarażenia wirusami i bakteriami od innych pacjentów. Typowym przypadkiem możliwego zachorowania szpitalnego jest zachorowanie na skutek zarażenia *Clostridium difficile*. Nie chodzi przy tym o trafne twierdzenie, że świadczenia w ramach ubezpieczenia mają być ekonomicznie uzasadnione, a o pominięcie medycznych aspektów uzasadniających zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym. Starszy wiek pacjenta i łączący się często z wiekiem proces wielochorobowości mogą uzasadniać wybór pokoju jednoosobowego. Zakres świadczeń finansowanych w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego określono w § 27 i nast. SGB V i nie zawiera on wykluczenia pokrycia kosztów pobytu w pokoju jednoosobowym²⁴. Decydować

²⁴ Por. szerzej H. Marburger, *Die gesetzliche Krankenversicherung*, Stuttgart 2020, s. 111 i nast.

powinny względy medyczne, jednak należy rozumieć je w sposób obiektywny i nie rezygnować z działań chroniących przed zarażeniem od innego pacjenta. Przykład pandemii wirusa SARS-CoV-2 wyraźnie pokazał, w jakich przypadkach dochodzi do transmisji wirusa, a należy pamiętać, że między zarażeniem a pojawieniem się objawów choroby lub momentem, w którym pacjent może zarazić inne osoby, nie manifestując (jeszcze) objawów, także upływa pewien okres czasu, zróżnicowany w przypadku różnych chorób. Wydaje się, że działania organów państwowych powinny raczej koncentrować się na kontroli cen pobytu w pokoju jednoosobowym, tak aby usługa ta, tj. zakwaterowanie pacjenta w typowym pokoju jednoosobowym, przestała mieć, np. wobec utrzymującego się w środowisku nawet po zakończeniu pandemii poziomu zachorowań na COVID-19, charakter wyjątkowy lub wręcz luksusowy. Niewątpliwie potrzebne jest także zwiększenie liczby pokoi jednoosobowych, także z perspektywy ryzyka możliwej potencjalnej przyszłej pandemii.

Mimo tych argumentów dalsze orzecznictwo niemieckie, także to z okresu po zakończeniu pandemii wirusa SARS-CoV 2, jest niezwykle restrykcyjne w odniesieniu do prawa pacjenta do zakwaterowania w szpitalu w pokoju jednoosobowym w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego. Można w tym zakresie wskazać na wyrok Sądu Socjalnego w Moguncji z 7 lutego 2024 r., sygn. S 7 KR 526/20, w którym oddalono roszczenie o zwrot kosztów, wskazując na fakt, że może ono dotyczyć tylko tych kosztów, które należałyby się pacjentowi jako świadczenie rzeczowe, a zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym do nich nie należy²⁵. Jak wskazano natomiast w wyroku Federalnego Sądu Socjalnego z 2 marca 1983 r., sygn. 9a RV 19/82, podpisanie przez pacjenta porozumienia odnośnie do skorzystania ze świadczeń z wyboru wyklucza zwrot kosztów i stanowi prywatne zobowiązanie pacjenta zaciągnięte poza systemem ubezpieczeniowym. Gdyby natomiast przyczyny medyczne uzasadniały leczenie w pokoju jednoosobowym, szpital nie mógłby pobrać wynagrodzenia za świadczenia z wyboru.

Także w sprawach dotyczących zapomogi dla urzędników na koszty leczenia widać wstrzeźliwość orzecznictwa. Koncentruje się ono bowiem na wykazaniu, że w sytuacji gdy zakwaterowanie w pokoju jednoosobowym było uzasadnione medycznie (np. w trakcie pandemii SARS-CoV-2 w okresie przed dostępnością szczepionki), brak jest powodu do wypłaty zapomogi dla urzędnika²⁶.

Dodać warto, że w odniesieniu do osoby pozbawionej wolności w orzecznictwie przyjmuje się, że w trakcie pobytu w szpitalu więziennym nie stosuje

²⁵ Pkt 18 wyroku Sądu Socjalnego w Detmold z 27 maja 2014 r., sygn. akt S 5 KR 138/12.

²⁶ Wyroki Sądu Administracyjnego (Verwaltungsgericht) w Monachium z 31 marca 2022 r., sygn. akt M 17 K 21.2129 i z 11 stycznia 2023 r., sygn. akt 24 ZB 22.1225; wyrok Sądu Administracyjnego w Kassel z 10 sierpnia 2020 r., sygn. akt 1 K 2979/19.KS.

się ustanowionej w § 18 ustawy karnej wykonawczej (niem. *Strafvollzugs-getz* – StVollzG) zasady umieszczenia osadzonego pojedynczo²⁷. Odmienne rozwiązanie stanowiłoby, w ocenie sądu, nieuzasadnione uprzywilejowanie osadzonych w stosunku do reszty społeczeństwa i byłoby niezgodne z wynikającą z § 3 StVollzG zasadą, że poziom życia w zakładzie karnym powinien być możliwie zbliżony do przeciętnego poziomu życia w społeczeństwie, ale go nie przekraczać.

Przedstawiony przegląd orzecznictwa pokazuje, że za utrwalone można uznać stanowisko judykatury niemieckiej, która w niezwykle restrykcyjny sposób podchodzi do żądań pacjentów pokrycia kosztów zakwaterowania w pokoju jednoosobowym. Skuteczna realizacja tego oczekiwania możliwa jest jedynie w szczególnych warunkach, gdy decyzję o zakwaterowaniu podjął lekarz prowadzący i pacjent otrzymuje to świadczenie w formie rzeczowej. Podpisanie porozumienia o świadczeniu z wyboru, bez którego *de facto* uzyskanie pokoju jednoosobowego bez inicjatywy lekarza nie jest możliwe, wyklucza z przyczyn formalnych skuteczność żądania. W innych przypadkach będzie pacjentowi bardzo trudno wykazać zasadność medycznego powodu zakwaterowania w pokoju jednoosobowym. Pewne poluzowanie restrykcyjnej dotąd praktyki umieszczania w takich pokojach – z przyczyn medycznych – nastąpiło w pierwszej fazie pandemii SARS-CoV-2. Okoliczność ta miała charakter wyjątkowy. Pokazuje ona jednak, że ryzyko zarażenia śmiertelną chorobą od innego pacjenta (np. drogą kropelkową) uzasadnia takie zakwaterowanie.

Należy wyrazić nadzieję, że doświadczenia pandemii wirusa SARS-CoV-2 przyczynią się także do zwiększenia procentowego udziału pokojów jednoosobowych w porównaniu do pokojów wieloosobowych w remontowanych i nowobudowanych szpitalach.

Zakwaterowanie pacjenta szpitala w pokoju wieloosobowym a RODO

Argumentem za zmianą dotychczasowej, restrykcyjnej praktyki orzeczniczej może być natomiast rozpoczęcie stosowania RODO z dniem 25 maja 2018 r. Powstaje bowiem pytanie, jak skutecznie chronić nie tylko intymność pacjenta, ale także jego dane osobowe w pokoju wieloosobowym. Klasyczną, niezwykle problematyczną z punktu widzenia ochrony danych osobowych chorego praktyką jest np. obchód lekarski (niem. *Visite*), łączący się z zadawaniem pacjentowi pytań dotyczących jego stanu zdrowia²⁸. Należy przypomnieć,

²⁷ Postanowienie Wyższego Sądu Krajowego w Hamm z 5 marca 2013, sygn. akt III-1 Vollz(Ws) 15/13.

²⁸ R. Dierkesmann, W. Waldmann, *Ärztliche Visite im Krankenhaus – Lernen aus der Vergangenheit?*, „Der Klinikarzt” 2010, vol. 39, s. 332.

że dane dotyczące stanu zdrowia²⁹ to tzw. szczególna kategoria danych osobowych (art. 9 RODO), w przeszłości określanych mianem wrażliwych, które podlegają bardziej restrykcyjnym przesłankom przetwarzania. Należy także w tym miejscu przypomnieć o odpowiedzialności cywilnoprawnej – odszkodowawczej (art. 82 RODO) za naruszenie zasad przetwarzania danych osobowych, ryzyku nałożenia administracyjnej kary pieniężnej (art. 83 RODO³⁰), a także o odpowiedzialności karnej (art. 84 RODO), którym może podlegać szpital jako administrator w rozumieniu RODO. Oczywiście nie budzi wątpliwości fakt, że RODO zawiera podstawy prawne do przetwarzania danych osobowych pacjenta dotyczących jego zdrowia w toku procesu leczenia szpitalnego. Są nimi art. 9 ust. 2 a RODO, art. 9 ust 2 c RODO³¹, art. 9 ust. 2h w zw. z art. 9 ust. 3 RODO³².

Przy przyjęciu do szpitala (przytomny) pacjent wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych. Zgoda ta może jednak budzić wątpliwości odnośnie do swojego zakresu. Czy można bowiem założyć, że pacjent wyraża zgodę także na ujawnianie swoich danych osobowych, także tych dotyczących zdrowia dowolnym osobom znajdującym się w szpitalu? Na tak postawione pytanie odpowiedź jest negatywna, dlatego w piśmiennictwie wskazuje się, że podstawą przetwarzania może być także wyraźna zgoda pacjenta na rozmowę w obecności innych osób, jednak personel medyczny powinien z dużą ostrożnością podchodzić do traktowania rozpoczęcia rozmowy przez pacjenta jako rezygnacji z woli zachowania w tajemnicy informacji o swoim stanie zdrowia³³. Nawet w sytuacji inicjatywy pacjenta trzeba wyraźnie zapytać go, czy życzy sobie rozmowy w obecności osób trzecich, a w przypadku odmowy omawiać kwestie medyczne w osobnym pokoju³⁴. Poziom ochrony danych osobowych w szpitalu nie powinien być niższy niż w lecznictwie ambulatoryjnym, gdzie kwestie medyczne poruszane są z pacjentem w cztery czy lub jedynie z udziałem innego personelu medycznego zaangażowanego w leczenie.

Wydaje się, że dawniejsze stanowisko orzecznictwa z lat 80. XX w., w którym przyjmowano, że w chwili przyjęcia do szpitala pacjent wyraża dorozumianą zgodę na zasady społecznego funkcjonowania tego podmiotu, z którymi typowo musi się on liczyć, które są dla niego przewidywalne i tak oczywiste,

²⁹ Pojęcie to należy rozumieć szeroko – należą do niego np. także dane dotyczące zdolności organizmu do osiągania określonych wyników sprawnościowych w fitness. Por. M. Albers, R.-D. Veit, [w:] H.A. Wolff, S. Brink (red.), *Datenschutzrecht. DS.-GVO, BDSG, Grudlagen. Bereichsspezifischer Datenschutz. Kommentar*, München 2022, art. 9, nb 45.

³⁰ Na temat zasad określania wysokości administracyjnej kary pieniężnej w prawie niemieckim por. np. A. Brest, *Das Bußgeldverfahren im Datenschutzrecht*, Baden-Baden 2023, s. 108 i nast.

³¹ W przypadku pacjenta nieprzytomnego w chwili przyjęcia do szpitala.

³² A. Hauser, I. Haag, *Datenschutz im Krankenhaus*, Stuttgart 2021, s. 307.

³³ Ibidem, s. 306–307.

³⁴ Ibidem, s. 307.

że nie wymagają wyraźnych pouczeń i wyraźnej zgody³⁵, nie jest już, co najmniej od rozpoczęcia obowiązywania w maju 2018 r. RODO zawierającego w art. 4 nr 11 definicję zgody jako „okazania woli” dobrowolnego, konkretnego, świadomego i jednoznacznego, mającego formę oświadczenia lub wyraźnego działania, aktualne³⁶. Oczywiście należy zgodzić się ze stanowiskiem, że w wyjątkowych sytuacjach pełna ochrona danych osobowych i prywatności nie jest w szpitalu możliwa i nie może przesłaniać ratowania życia i zdrowia, niemniej jednak co do zasady tajemnica lekarska (i pozostałego personelu medycznego) musi być w szpitalu chroniona, a ochrona danych osobowych zapewniona. Kwestia ta była widoczna w orzecznictwie sądów niemieckich już w stanie prawnym poprzedzającym rozpoczęcie stosowania RODO. Wyjątki od konieczności zachowania w tajemnicy muszą być oparte na wyraźnej podstawie prawnej. Potwierdził to Trybunał Federalny w wyroku z 9 lipca 2015 r., sygn. III ZR 329/14, w którym przyjął, że szpital ma obowiązek udostępnić byłemu pacjentowi adres innego pacjenta, którego ten pierwszy zamierza pozwać o odszkodowanie za dokonanie uszkodzenia ciała. Sąd wskazał, że wprawdzie § 32 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2011 r. o szpitalach kraju związkowego Meklemburgii Przedmorza (*Krankenhausgesetz – MVLKHG*) zawiera skierowany do szpitali nakaz ochrony danych osobowych pacjentów, to w § 35 ust. 1 nr 3 tej ustawy zawarty jest wyjątek dotyczący potrzeby ochrony zdrowia, życia, wolności pacjenta lub innej osoby, pod którą to regulację można dokonać subsumcji dochodzenia roszczeń.

Stanowisko niemieckich organów nadzorczych

Jak wskazuje niezależny organ nadzorczy dla kraju związkowego Szleswik-Holsztyn (*Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein*), „pokoje wieloosobowe w szpitalu nie są *per se* niedopuszczalne, ale pozostają problematyczne”³⁷. Zakwaterowanie w nich łączy się z szeregiem dodatkowych obowiązków w zakresie zapewnienia ochrony danych osobowych. W szczególności rozmowy z pacjentami na temat danych wrażliwych muszą następować w indywidualnej rozmowie z zachowaniem poufności.

³⁵ Postanowienie Wyższego Sądu Administracyjnego w Münster z 1 lutego 1982 r., sygn. akt 6 B 2028/81, cyt. za: A. Hauser, I. Haag, op. cit., s. 38.

³⁶ Tak jednak jeszcze w 1994 r.: J. Langkeit, *Umfang und Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 I Nr 1 StGB*, NStZ 1994, s. 8, który akceptował zgodę dorozumianą w odniesieniu do stosowania i omawiania terapii w pokoju wieloosobowym. Por. B. Goldberg, *Schweigepflicht und Datenschutz in der sozialen Arbeit und Beratung*, Lippe 2021, s. 11.

³⁷ „Mehrbettzimmer im Krankenhaus sind zwar nicht grundsätzlich unzulässig, aber problematisch” – zob. <https://www.datenschutzzentrum.de/uploads/blauereihe/blauereihe-patientengeheimnis.pdf> (data dostępu: 20.08.2025).

Stanowisko organu nadzorczego jest trafne. Oczywiście w toku leczenia, także w szpitalu, niezbędne jest i ma podstawę prawną przetwarzanie danych osobowych dotyczących stanu zdrowia (art. 9 ust. 2 lit h RODO, § 22 ust. 1b federalnej ustawy o ochronie danych osobowych – BDSG). Ponadto obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta wynika z regulacji dotyczących wykonywania zawodu lekarza. Zarazem jednak przepisy prawa niemieckiego nakładają zarówno na lekarzy, jak i na pozostały personel medyczny obowiązek zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w toku leczenia. Naruszenie tego obowiązku jest spenalizowane przez obowiązujący od 1975 r. art. 203 niemieckiego kodeksu karnego. Obowiązek zachowania tajemnicy przez lekarza (obowiązujący także w relacji wobec członków rodziny pacjenta³⁸) wynika dodatkowo z regulacji samorządów zawodowych³⁹. Od obowiązku zachowania tej tajemnicy istnieją oczywiście wyjątki, płynące zarówno ze zgody pacjenta (także domniemanej), regulacji ustawowej dotyczącej niektórych chorób⁴⁰ lub te przyjęte w orzecznictwie⁴¹. Jednoznaczny obowiązek ochrony danych osobowych pacjenta, w tym szczególnej kategorii danych osobowych (art. 9), jaką stanowią dane dotyczące zdrowia, statuuje RODO w art. 24 i nast. w stosunku do administratora⁴². Administrator, a więc w analizowanym przypadku dany szpital, zobowiązany jest wdrożyć, zgodnie z tym przepisem, odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, by przetwarzanie odbywało się zgodnie z RODO, a poziom podjętych działań musi odpowiadać charakterowi, zakresowi i kontekstowi przetwarzania, jak również ryzyku naruszenia praw i wolności. Zakwaterowanie w pokoju wieloosobowym będzie podwyższać ryzyko ujawnienia danych, czyli naruszenia praw i wolności, i tę kwestię administrator musi w ramach identyfikacji ryzyk rozważyć⁴³, biorąc pod uwagę, że przetwarzane dane to także dane dotyczące zdrowia pacjenta. Obowiązki nie ograniczają się oczywiście jedynie do ochrony

³⁸ A nawet wobec innych lekarzy na tym samym oddziale, którzy nie uczestniczą w leczeniu danego pacjenta – tak: R. Roßbruch, *Die Schweigepflicht des Pflegepersonals*, s. 4, <https://www.htwsaar.de/sowi/fakultaet/personen/professoren/prof-dr-robert-rossbruch/veroeffentlichungen/schweigepflicht.pdf> (data dostępu: 20.08.2025).

³⁹ Por. np. § 9 MBO-Ä, https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MBO_08_20112.pdf (data dostępu: 20.08.2025).

⁴⁰ Por. np. § 6 i nast. ustawy o zwalczaniu infekcji u ludzi – Gesetz zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten bei Menschen – Infektionsschutzgesetz vom 20.07.2000, BGBl I S 1045.

⁴¹ Por. wyrok Wyższego Sądu Krajowego we Frankfurcie nad Menem z 5 października 1999 r., sygn. akt 8 U 67/99, NJW 2000, s. 875–877, dotyczący poinformowania partnerki osoby zarażonej HIV o zarażeniu jej partnera.

⁴² Przewidujące jednak np. możliwość przetwarzania danych w celach naukowych. W RFN istnieje także szczególna ustawa o ochronie elektronicznych danych pacjentów w strukturze teleinformatycznej – Gesetz vom 14. Oktober 2020 zum Schutz elektronischer Patientendaten in der Telematikinfrastruktur (Patientendatenschutzgesetz – PDSG).

⁴³ Por. także motyw 75 RODO dotyczący ryzyk naruszenia praw i wolności oraz R. Matthiesen, [w:] B. Freund, B. Schmidt, S. Heep, A.K. Roschek (red.), *Praxis-Kommentar. DSGVO*, Frankfurt am Main 2023, art. 24, nb 15 i nast.

danych osobowych w pokoju, w którym zakwaterowany jest pacjent, a dotyczą np. postępowania z dokumentacją medyczną⁴⁴ w pokoju lekarskim w sposób zapewniający zachowanie poufności⁴⁵ (art. 5 ust. 1f w zw. z art. 25 RODO). Jednak to właśnie ryzyko ujawnienia osobom nieuprawnionym informacji o stanie zdrowia pacjenta w pokoju wieloosobowym jest szczególnie duże. Istotne jest przy tym to, że środowisko medyczne ma świadomość tego problemu i trudności w jego rozwiązaniu, wskazując, że zasadniczo w przypadku umieszczenia pacjenta w pokoju wieloosobowym narusza się w praktyce, np. w trakcie obchodu, obowiązek zachowania tajemnicy⁴⁶.

Możliwość efektywnej ochrony danych osobowych pacjenta w pokoju wieloosobowym

Rzeczą oczywistą w świetle obowiązywania RODO oraz federalnej i krajowych (przyjętych przez ustawodawcę w poszczególnych krajach związkowych) ustaw o ochronie danych osobowych jest stwierdzenie, że dane pacjenta, także w szpitalu, wymagają ochrony⁴⁷. Powstaje jednak pytanie, jak chronić te dane, w tym dane należące do szczególnych kategorii ochrony danych osobowych, dotyczące stanu zdrowia w pokoju wieloosobowym, w którym przebywają także inni pacjenci i w którym odbywają się odwiedziny osób trzecich? Szpital z jednej strony skonfrontowany jest z ograniczeniami refundacji kosztów leczenia przez kasę chorych, z drugiej strony jako administrator w rozumieniu RODO odpowiada za stosowanie ogólnego rozporządzenia.

Należy wskazać, że część praktyków zajmujących się ochroną danych osobowych w szpitalach oczekiwałaby od tych podmiotów, jako koniecznego rozwiązania, wyjednania wyraźnej zgody pacjenta na umieszczenie go w pokoju wieloosobowym⁴⁸. W rzeczywistości gdyby rozwiązanie to traktować jako zgodę na udostępnianie innym chorym zakwaterowanym w pokoju danych

⁴⁴ Warto w tym miejscu wskazać, że w odniesieniu do elektronicznych akt pacjenta (niem. *Elektronische Patientenakte*) jedynym administratorem jest kasa chorych. Rozwiązanie to budzi wątpliwości, bo ogranicza np. odpowiedzialność szpitali i innych podmiotów udzielających świadczeń – por. J. Eichenhofer, *Die elektronische Patientenakte – aus sozial-, datenschutz- und verfassungsrechtlicher Sicht*, „NVwZ” 2021, s. 1092. Szerzej na temat zgodności ePA z RODO: P. Kircher, *Das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) und die elektronische Patientenakte (ePA) – Regelungsüberblick und Vereinbarkeit mit der DS-GVO*, „GuP” 2021, s. 1 i nast.

⁴⁵ W orzecznictwie, już w okresie poprzedzającym obowiązywanie RODO, stawiano surowe ograniczenia monitoringowi w placówkach medycznych – zob. wyrok Federalnego Sądu Administracyjnego z 27 marca 2019 r., sygn. akt 6 C 2.18.

⁴⁶ „Grundsätzlich verstoße man gegen die Schweigepflicht” – zob. S. Rieser, *Symposium für Juristen und Ärzte – Ärztliche Schweigepflicht: Druck von allen Seiten*, Köln 1999, s. A-253 i nast.

⁴⁷ Por. np. P. Schaar, *Schutz der Privatsphäre im Gesundheitswesen. Zu den rechtlichen Grenzen der Überwachung in der Medizin*, „Zeitschrift für medizinische Ethik” 2016, s. 31 i nast.

⁴⁸ <https://www.sentiguard.eu/wissen/datenschutz-im-krankenhaus/> (data dostępu: 20.08.2025).

dotyczących stanu zdrowia chorego, rozwiązanie takie byłoby niedopuszczalne w świetle zasady dobrowolności wyrażenia zgody (art. 6 ust. 1 pkt a oraz art. 7 ust. 4 RODO⁴⁹).

Dlatego rozwiązania szukać trzeba w modelach funkcjonowania gwarantujących poufność danych osobowych pacjenta, w tym danych dotyczących stanu jego zdrowia. Z perspektywy RODO kluczowe jest nie tyle udzielanie świadczeń w pokoju wieloosobowym (np. wykonanie iniekcji), bo w tym zakresie naruszone mogą być dobra osobiste pacjenta (w RFN tzw. ogólne dobro osobiste – *Allgemeines Persönlichkeitsrecht*) chronione przez przepisy prawa prywatnego, a przetwarzanie danych osobowych w toku tego leczenia. Zarazem wskazać trzeba, że obowiązkowi zachowania tajemnicy nie podlegają inni pacjenci zakwaterowani w pokoju (sali) wieloosobowej, a także członkowie ich rodzin, którzy mogliby powziąć tego typu informacje w trakcie wizyty u chorego. Dlatego w pokoju wieloosobowym z perspektywy dochowania wymogów RODO bardzo trudne jest, jak się wydaje, efektywne prowadzenie obchodu połączonego z rozmową z pacjentem o jego stanie zdrowia. Nie jest także dopuszczalne umieszczenie wskazań identyfikujących tożsamość pacjenta na drzwiach lub łóżku⁵⁰. Potwierdzenie tożsamości jest jednak kluczowe przy otrzymaniu leków lub np. przetoczeniu krwi. Parawan rozdzielający łóżka pacjenta może pozwolić na dokonanie z zachowaniem prywatności pewnych zabiegów medycznych, ale nie zapewni poufności rozmowy. Ochroni on zatem przed naruszeniem godności, ale nie zapewni poufności danych. W piśmiennictwie dużą uwagę przywiązuje się do zapewnienia ochrony danych osobowych pacjenta zawartych w dokumentacji medycznej, wskazując wyraźnie na problematyczną kwestię dostępu np. osób zajmujących się rozliczeniami leczenia lub informatyków nadzorujących systemy komputerowe z danymi chorych. Wskazuje się na przepis § 75c SGB V dotyczący obowiązku zapewnienia przez szpitale od 1 stycznia 2022 r. bezpieczeństwa systemom informatycznym, w tym ochrony poufności danych⁵¹. Praktyka pokazuje,

⁴⁹ Por. także motywy 42, 43 RODO. W piśmiennictwie wskazuje się na rozbieżności między art. 7 ust. 4 RODO a zd. 2 motywu 43 – zob. J.N. Bunnenberg, *Privates Datenschutzrecht. Über Privatautonomie im Datenschutzrecht – unter besonderer Berücksichtigung der Einwilligung und ihrer vertraglichen Kopplung nach Art. 7 Abs. 4 DS-GVO*, Baden-Baden 2020, s. 71.

⁵⁰ <https://www.datenschutz-in-arztpraxen.de/blog-detail/unzulaessig-laut-datenschutzrecht-oeffentliche-patientendaten-auf-dem-klinikflur.html> (data dostępu: 20.08.2025), dotyczący przykładu badanego przez niezależny organ nadzorczy dla Meklemburgii-Przedmorza.

⁵¹ Na temat oceny elektronicznej karty pacjenta (ePA) z perspektywy ochrony danych osobowych zob. Ch. Krönke, *Die elektronische Patientenakte (ePA) im europäischen Datenschutzrechtsvergleich*, „NZS” 2021, s. 949 i nast. Na temat bezpieczeństwa danych medycznych por. S. Wypior, M.M. Knorr, *Risiken und Nebenwirkungender Digitalisierung aus rechtlicher Perspektive*, [w:] Ch. Stoffers, N. Krämer, Ch. Heitmann (red.), *Digitale Transformation im Krankenhaus. Thesen, Potenziale, Anwendungen*, Bamberg 2019, s. 133–144; Th. Jäschke, N. Richard, *Digitalisierung und Informationssicherheit – ein Kräfterassen*, [w:] Ch. Stoffers, N. Krämer, Ch. Heitmann (red.), op. cit., s. 145–152.

że krajowe niezależne organy nadzorcze nakładają kary za niezapewnienie przez szpital bezpieczeństwa przetwarzanych danych⁵². Personel medyczny poddaje przy tym krytyce presję finansową kas chorych, która nie pozwala zapewnić odpowiednich warunków pracy lekarza i pobytu pacjenta, którego dane powinny być w pełni chronione. Z perspektywy szpitala zakwaterowanie pacjenta w pokoju wieloosobowym niesie za sobą ryzyko odpowiedzialności odszkodowawczej płynącej z narażenia na zachorowanie np. na COVID-19⁵³, a także ryzyko pozwów o odszkodowanie opartych na art. 82 RODO⁵⁴ i kar nakładanych przez organy nadzorcze za naruszenie zasad przetwarzania danych osobowych⁵⁵.

Wnioski

Wyrażony w orzecznictwie sądów niemieckich pogląd, zgodnie z którym zakwaterowanie pacjenta w pokoju jednoosobowym szpitala w ramach ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego jest uzasadnione jedynie wyjątkowo, w sytuacjach wynikających ze stanu zdrowia pacjenta, budzi wątpliwości odnośnie do swojej aktualności, z perspektywy zarówno unormowań RODO, jak i § 203 niemieckiego kodeksu karnego, penalizującego naruszenie tajemnicy lekarskiej.

O ile zapewnienie godności w trakcie czynności medycznych w pokoju wieloosobowym jest możliwe dzięki np. zastosowaniu parawanów, to zapewnienie

⁵² 105 tys. EUR na Klinikę Uniwersytecką w Moguncji, https://upload-tppl.rlp.de/sresource/bussgeldbescheid_universitaetsmedizin_mainz_zensier_unveraendert.pdf (data dostępu: 20.08.2025).

⁵³ Na temat dochodzenia odszkodowania i zadośćuczynienia za zarażenie w szpitalu z powodu deficytów higieny por. np. wyrok Trybunału Federalnego (BGH) z 19 lutego 2019 r., sygn. akt VI ZR 505/17. Praktyka orzecznicza wskazuje na przykłady ugód zawieranych przez szpitale z chorymi, którzy zarazili się COVID-19 w tych placówkach i których przebieg choroby był zagrażający życiu, obejmujących kwoty 20000 euro tytułem odszkodowania i 40000 euro tytułem zadośćuczynienia – ugoda zawarta 19 września 2024 r. przed Sądem Krakowym w Ravensburgu, <https://www.suedkurier.de/region/bodenseekreis/bodenseekreis/schmerzensgeld-und-schadenersatz-fuer-corona-infektion-im-krankenhaus;art410936,12183303> (data dostępu: 20.08.2025).

⁵⁴ Art. 82 RODO reguluje autonomiczne deliktowe roszczenie odszkodowawcze dotyczące zarówno szkody majątkowej, jak i niemajątkowej – por. S. Laoutoumai, *Privacy Litigation. Datenschutzrechtliche Ansprüche durchsetzen und verteidigen*, Frankfurt am Main 2021, s. 86 wraz z wyborem orzecznictwa w przypisie 409. Na temat sporów odnoszących się do naruszenia prywatności jako części składowej ogólnego dobra osobistego por. wyrok Sądu Krajowego w Meiningen z 23 grudnia 2020 r., sygn. akt (122) 3 O 363/20. Na temat zadośćuczynienia w przypadku naruszenia praw pacjenta na gruncie prawa polskiego zob. A. Kowalska, *Zadośćuczynienie za naruszenie praw pacjenta*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 48, s. 93 i nast.

⁵⁵ <https://autoriteitpersoonsgegevens.nl/actueel/haga-beboet-voor-onvoldoende-interne-beveiliging-patientendossiers> (data dostępu: 20.08.2025). Por. przykłady wskazane przez A. Helm, J. Fruth, U. Klanten, S. Rönnebeck, F. Meyer, *Relevantes interprofessionelles Wissen des (Allgemein-/Viszeral-)Chirurgen-Informationssicherheit und Datenschutz im chirurgischen Klinikalltag*, „Chirurgie (Heidelberg)” 2023, vol. 94(3), s. 237 i nast.

ochrony danych osobowych pacjenta w takim pokoju staje się znacznie trudniejsze i wymaga wdrożenia zdecydowanie bardziej restrykcyjnych działań organizacyjnych. Wydaje się, że wręcz wykluczone są w pokojach wieloosobowych czynności, takie jak obchód, połączone z rozmową z pacjentem o jego stanie zdrowia, chyba że ten z własnej inicjatywy i wyraźnie wyrazi zgodę na rozmowę w obecności osób trzecich. Istnieje jednak istotne prawdopodobieństwo, że ewentualna zgoda pacjenta na rozmowę w obecności innych chorych, w sytuacji zainicjowania dialogu przez lekarza, jest wymuszona, a nie dobrowolna, dlatego trafne jest podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia liczby miejsc szpitalnych w pokojach jednoosobowych w nowo budowanych lub remontowanych budynkach.

Wnioski te nie wykluczają celowości utrzymywania w szpitalach pokoi wieloosobowych, bowiem dla części pacjentów interakcja z innym chorym w trakcie pobytu jest istotna i chorzy tacy mogą wyrazić dobrowolną zgodę na zakwaterowanie w pokojach wieloosobowych mając świadomość ograniczeń prywatności z tego płynących. Zgoda ta może dotyczyć także udostępnienia informacji o stanie swojego zdrowia innym chorym zakwaterowanym w tym pokoju.

Za prawem pacjenta do zakwaterowania w pokoju jednoosobowym przemawiają zarówno istotne względy medyczne (ochrona przed infekcjami, lepsze samopoczucie i sen), jak i ochrona danych osobowych pacjenta. Za zakwaterowaniem w takim pokoju stoi łatwość zapewnienia ochrony danych osobowych i unikanie ryzyka odpowiedzialności odszkodowawczej określonej w art. 82 RODO oraz ryzyka nałożenia administracyjnej kary pieniężnej w rozumieniu art. 83 RODO. Nie oznacza to oczywiście, że nie ma możliwości ochrony danych pacjenta zakwaterowanego w pokoju wieloosobowym, ale nakłada to na personel konieczność podejmowania wielu działań organizacyjnych.

Niestety powyższe argumenty natrafiają na problemy natury organizacyjnej (brak wystarczającej liczby pokoi jednoosobowych, w istotnej części oferowanych obecnie pacjentom samofinansującym pobyt w takim pokoju lub dodatkowo ubezpieczonym jako tzw. pokoje komfortowe z dodatkowymi usługami hotelowymi), konieczność oszczędnego gospodarowania środkami finansowymi przez kasę chorych. Tym bardziej wydaje się, że argumenty medyczne i chęć uniknięcia przez szpitale odpowiedzialności za wadliwe przetwarzanie danych osobowych przemawiają za tym, że liczba pokoi jednoosobowych w nowobudowanych i remontowanych szpitalach będzie rosła.

Wykaz literatury

Biermann E., Ulsenheimer K., Weißauer, *Liquidation wahlärztlicher Leistungen. Rechtliche Grundlagen*, „Anästhesiologie & Intensivmedizin” 2000.

- Brest A., *Das Bußgeldverfahren im Datenschutzrecht*, Nomos, Baden-Baden 2023.
- Bunnenberg J.N., *Privates Datenschutzrecht. Über Privatautonomie im Datenschutzrecht – unter besonderer Berücksichtigung der Einwilligung und ihrer vertraglichen Kopplung nach Art. 7 Abs. 4 DS-GVO*, Nomos, Baden-Baden 2020.
- Dierkesmann R., Waldmann W., *Ärztliche Visite im Krankenhaus – Lernen aus der Vergangenheit?*, „Der Klinikarzt” 2010, vol. 39.
- Eichenhofer J., *Die elektronische Patientenakte – aus sozial-, datenschutz- und verfassungsrechtlicher Sicht*, „NVwZ” 2021.
- Freund B., Schmidt B., Heep S., Roschek A.K. (red.), *Praxis-Kommentar. DSGVO*, Deutscher Fachverlag GmbH, Frankfurt am Main 2023.
- Glanowski G., *Umowa o świadczenie zdrowotne*, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Goldberg B., *Schweigepflicht und Datenschutz in der sozialen Arbeit und Beratung*, Ev. Hochschule Rheinland-Westphalen, Lippe 2021.
- Hauser A., Haag I., *Datenschutz im Krankenhaus*, Kohlhammer, Stuttgart 2021.
- Helm A., Fruth J., Klanten U., Rönnebeck S., Meyer F., *Relevantes interprofessionelles Wissen des (Allgemein/Viszeral-)Chirurgen-Informationssicherheit und Datenschutz im chirurgischen Klinikalltag*, „Chirurgie (Heidelberg)” 2023, vol. 94(3).
- Janiszewska B., *Ochrona poufności pacjenta z perspektywy prawa cywilnego*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2020, nr 2.
- Jäschke Th., Richard N., *Digitalisierung und Informationssicherheit – ein Kräftenessen*, [w:] Ch. Stoffers, N. Krämer, Ch. Heitmann (red.), *Digitale Transformation im Krankenhaus. Thesen, Potenziale, Anwendungen*, Mediegruppe Oberfranken, Bamberg 2019.
- Kircher P., *Das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG) und die elektronische Patientenakte (ePA) – Regelungsüberblick und Vereinbarkeit mit der DS-GVO*, „GuP” 2021.
- Kościuk D., *General Data Protection Regulation (GDPR). The EU law strengthening the information society in Poland*, „Białostockie Studia Prawnicze” 2018, nr 2.
- Kowalska A., *Prawa pacjenta w czasie pandemii – wybrane zagadnienia*, „Studia Prawnoustrojowe” 2022, nr 56.
- Kowalska A., *Zadośćuczynienie za naruszenie prawa pacjenta*, „Studia Prawnoustrojowe” 2020, nr 48.
- Krönke Ch., *Die elektronische Patientenakte (ePA) im europäischen Datenschutzrechtsvergleich*, „NZS” 2021.
- Laoutoumai S., *Privacy Litigation. Datenschutzrechtliche Ansprüche durchsetzen und verteidigen*, Deutscher Fachverlag GmbH, Frankfurt am Main 2021.
- Langkeit J., *Umfang und Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht gemäß § 203 I Nr 1 StGB*, „NStZ” 1994.
- Łukańko B., *Kościelne modele ochrony danych osobowych*, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Mannino A., *Wen rette ich – und wenn ja, wie viele? Über Triage und Verteilungsgerechtigkeit*, Reclam, Ditzingen 2021.
- Münchener Kommentar, *BGB*, § 630a, C.H. Beck, München 2020.
- Papenheim H.-G., *Datenschutz in caritativen Einrichtungen insbesondere Weitergabe von Daten mit/ohne Einwilligung der Betroffenen*, „Sozialrecht Aktuell” 2018, vol. 6.
- Rieser S., *Symposium für Juristen und Ärzte – Ärztliche Schweigepflicht: Druck von allen Seiten*, Detsches Ärzteblatt, Köln 1999.
- Roßbruch R., *Die Schweigepflicht des Pflegepersonals*, <https://www.htwsaar.de/sowi/fakultaet/personen/professoren/prof-dr-robert-rossbruch/veroeffentlichungen/schweigepflicht.pdf>.

- Schaar P., *Schutz der Privatsphäre im Gesundheitswesen. Zu den rechtlichen Grenzen der Überwachung in der Medizin*, „Zeitschrift für medizinische Ethik” 2016.
- Schwartmann R., Jaspers A., Thüsing G., Kugelman D. (red.), *DS-GVO/BDSG. Datenschutz-Grundverordnung. Bundesdatenschutzgesetz. Kommentar*, C.F. Müller, Heidelberg 2020.
- Wolff H.A., Brink S. (red.), *Datenschutzrecht. DS.-GVO, BDSG, Grundlagen. Bereichsspezifischer Datenschutz. Kommentar*, C.H. Beck, München 2022.
- Wypior S., Knorr M.M., *Risiken und Nebenwirkungen der Digitalisierung aus rechtlicher Perspektive*, [w:] Ch. Stoffers, N. Krämer, Ch. Heitmann (red.), *Digitale Transformation im Krankenhaus. Thesen, Potenziale, Anwendungen*, Mediegruppe Oberfranken, Bamberg 2019.

Summary

Right of a hospital patient to be accommodated in a single room under statutory health insurance – some comments on the case law of German courts and the General Data Protection Regulation

Keywords: patients' rights, hospital treatment, data protection, special categories of personal data, single room, statutory health insurance.

The purpose of this study is to present and analyse the rulings of German courts on the issue of hospital accommodation of a patient in a single room under the statutory health insurance (*Gesetzliche Krankenversicherung* – GKV). The paper discusses situations in which a patient has a claim under German law on medical grounds for accommodation in a single room and the reasoning applied by the courts when dismissing the patient's claim in the absence of such grounds. The second part of the paper analyses practical limitations stemming from GDPR concerning the protection of a special category of personal data, which is health data for a patient accommodated in a multi-bed room in a hospital. Then, arguments have been put forward in support of the right to single room accommodation of a patient in a hospital under statutory health insurance based both on the provisions of the General Data Protection Regulation and the national law on liability for breach of the duty of confidentiality by medical personnel (§ 203 of the German Criminal Code). Ensuring the protection of personal data, including its special category of health status, is feasible in a hospital without requiring additional organisational measures, essentially only in single-occupancy rooms. Therefore, the restrictive case law of German courts to date, which denies patients treated under statutory health insurance the right to accommodation in a single-occupancy room, raises doubts. On the other hand, ensuring the protection of patients' data during medical procedures in multi-occupancy rooms requires numerous organisational measures, such as the

use of screens and limiting doctor-patient conversations about the patient's health status to situations where the patient has voluntarily consented or when other patients are temporarily absent from the room. Efforts to increase the availability of hospital spaces in single-occupancy rooms do not preclude the purpose of maintaining and creating multi-occupancy rooms. Accommodation in a multi-occupancy room should be preceded by obtaining the patient's consent to discuss their health condition with medical staff in the presence of other patients.