



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA.410.026.02.2017
P/17/103

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach
ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice
T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30
lka@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/103 – Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	Mirosław Sekuła, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LKA/252/2017 z 3 października 2017 r. Monika Kopczyk, doradca ekonomiczny, legitymacja służbowa nr 18944 (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Miejski w Zabrze Sp. z o.o. ul. Zamkowa 4 41-800 Zabrze ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Mariusz Wójtowicz, Prezes Zarządu Szpitala ² (dowód: akta kontroli str. 15-20)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W Szpitalu wdrożono wewnętrzne regulacje, uwzględniające prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności, jak również określające sposób zapewnienia tego prawa podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. W części pomieszczeń stworzono warunki organizacyjno-techniczne, zapewniające pacjentom prawo do prywatności i zachowania intymności, niemniej jednak warunki w salach wieloosobowych (powyżej trzech łóżek) bez węzłów sanitarno-higienicznych nie sprzyjały zapewnieniu w pełni tego prawa, co potwierdzają wyniki badań ankietowych przeprowadzonych przez Szpital oraz w toku kontroli NIK (8% ankietowanych pacjentów stwierdziło, że naruszono w Szpitalu ich prywatność poprzez udzielenie informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich oraz udzielenie świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów).

W Szpitalu wprowadzono wewnętrzne regulacje, określające zasady funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego. Sposób rozmieszczenia kamer wchodzących w jego skład nie zakłócał pacjentom korzystania z prawa do prywatności. Zapewniono środki techniczne i organizacyjne w celu ochrony przetwarzanych danych z monitoringu wizyjnego. Przez większą część okresu objętego kontrolą środki te nie były jednak wystarczające, gdyż politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych wprowadzono dopiero 4 kwietnia 2017 r. W Szpitalu zapewniono, aby nagrania z monitoringu wizyjnego nie były przekazywane podmiotom nieuprawnionym. W jednym na cztery przypadki złożenia przez Policję wniosków o udostępnienie nagrań, realizacja wniosku nie była możliwa, z uwagi na automatyczne usunięcie nagrania po 14 dniach, co wskazuje, że okres ten był za krótki dla skutecznego wykorzystania zapisu.

¹ Zwany dalej „Szpitalem”.

² Od 22 czerwca 2011 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

Szpital prowadził działalność leczniczą przez udzielanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych, a także opiekuńczo-leczniczych oraz ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, diagnostyki laboratoryjnej, radiologii i diagnostyki obrazowej, medycyny pracy oraz rehabilitacji medycznej³.

W Szpitalu (w ramach zakładu leczniczego Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka) występowały następujące komórki organizacyjne: I Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Chirurgii Ogólnej; Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej; Oddział Neurologii; Oddział Dermatologii (do 5 października 2017 r.); Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej; Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej; I Izba Przyjęć ; I Blok Operacyjny; Apteka Szpitalna; Prosektorium; Dział Centralnej Sterylizacji; Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Patologii Ciąży, Ginekologii Onkologicznej, Endokrynologii Ginekologicznej; Oddział Neonatologii; Blok Porodowy; Blok Operacyjny Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka.

(dowód: akta kontroli str. 4-14, 27-32, 110-111, 126-140, 156, 269)

1.1. W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala przytoczono prawa pacjenta określone w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, w tym w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴. Regulacje, dotyczące prawa pacjenta do poszanowania jego intymności i godności, rozwinęto w procedurze systemu zarządzania jakością *Zasady sprawowania opieki z zachowaniem zasad prywatności*, w której postanowiono, że:

- pracownik wykonujący zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta, w sytuacjach takich jak: badanie i zabiegi lekarskie, obchody, wizyty lekarsko-pielęgniarskie, badania w pracowniach diagnostycznych, konsultacje lekarskie i psychologiczne, wywiady lekarskie i pielęgniarskie, zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne, zabiegu rehabilitacyjne, pobieranie świadomej zgody na planowane zabiegi;
- w celu zapewnienia prywatności należy wykorzystać: parawany i zasłony, pokoje badań, pokoje diagnostyczno-zabiegowe, oddzielne pokoje;
- prawo do umierania w spokoju i godności winno być realizowane poprzez umieszczenie pacjenta w osobnej sali chorych, stworzenie atmosfery spokoju i prywatności a także stworzenie warunków, by przy pacjencie mogła być obecna osoba mu bliska.

(dowód: akta kontroli str. 99-104, 162-164)

³ W obecnej formie organizacyjnej Szpital został ustanowiony aktem notarialnym z dnia 5 września 2008 r. Szpital posiada certyfikat ISO 9001:2015 na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, diagnostyki obrazowej, endoskopii, rehabilitacji leczniczej ambulatoryjnej oraz dezynfekcji i sterylizacji. W 2016 r. Spółce przyznano *Certyfikat Szpitala Przyjaznego Pacjentom* a w 2017 r. – *Certyfikat szpitala promującego zdrowie*.

⁴ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.

Prawo pacjentów do prywatności zostało również uwzględnione w Regulaminie Odwiedzin Pacjentów⁵, w którym postanowiono, że:

- odwiedziny od poniedziałku do piątku mogą się odbywać w godzinach od 14:00 do 20:00, w dni wolne od pracy – od 9:00 do 20:00, a w szczególnych przypadkach – w innym czasie uzgodnionym indywidualnie z kierownikiem oddziału, w którym pacjent przebywa (odwiedziny w szpitalu mogą zostać ograniczone ze względów epidemiologicznych lub innych ważnych przyczyn);
- osoby odwiedzające winny opuścić salę chorych na czas wizyty lekarskiej i pielęgniarskiej, jak również na czas udzielania świadczeń zdrowotnych, z uwagi na poszanowanie prywatności, godności i intymności pacjentów;
- na życzenie pacjenta, prawo do jego odwiedzin może być ograniczone lub zniesione w stosunku do wskazanych przez niego osób;
- ze względu na prawo do intymności i spokoju innych chorych, u jednego pacjenta mogą przebywać jednocześnie dwie osoby odwiedzające;
- osoby odwiedzające mają obowiązek zachowania ciszy i spokoju oraz kulturalnego zachowania wobec innych pacjentów, nieuciążliwego dla osoby odwiedzanej;
- osoby odwiedzające nie mogą prowadzić głośnych rozmów i zachowywać się w sposób naruszający dobre obyczaje.

(dowód: akta kontroli str. 270-275)

1.2. Prawo do uzyskania informacji o prawach pacjenta uwzględniono w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala. W praktyce informacji tych udzielały pielęgniarki i położne podczas przyjmowania na oddział, a pacjenci potwierdzali zapoznanie się z powyższymi prawami na stosownym druku.

W wyniku przeprowadzonych oględzin Izby Przyjęć i czterech oddziałów szpitalnych⁶ ustalono, że tablice z informacjami o prawach pacjenta umieszczone były w widocznych miejscach. Tablice te zawierały również informacje o osobach kierujących danym oddziałem oraz o pełnomocniku praw pacjenta. Informacje o prawach pacjenta były również dostępne w dyżurkach pielęgniarek w wersji drukowanej. W sytuacji gdy pacjent był nieprzytomny, informacje te były udzielane pacjentowi po odzyskaniu świadomości.

W wyniku zbadanych dokumentacji medycznych 75 pacjentów⁷ ustalono, że w 73 przypadkach złożyli oni pisemne oświadczenia o poinformowaniu ich o prawach pacjenta, a dwóch przypadkach nie złożyli takich oświadczeń, w tym w jednym przypadku pacjent był nieprzytomny. Prezes Zarządu Szpitala nie był w stanie wskazać przyczyn braku oświadczenia w drugim przypadku.

⁵ Wprowadzonego uchwałą Zarządu Szpitala nr 16/2015 r. z dnia 26 stycznia 2015 r. w sprawie wprowadzenia do obowiązywania Regulaminu Odwiedzin Pacjentów w Szpitalu Miejskim w Zabrze sp. z o.o., zmienionego uchwałą Zarządu Szpitala nr 55/2015 z dnia 30 marca 2015 r.

⁶ Były to następujące oddziały szpitalne: I Oddział Chorób Wewnętrznych (6 października 2017 r. włączono do niego Oddział Dermatologii), Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddział Położniczo-Ginekologiczny.

⁷ Doboru próby do badania dokonano w sposób losowy, wybierając po pięć teczek z każdego z ww. pięciu oddziałów (w tym zlikwidowanego Oddziału Dermatologii) szpitalnych, z każdego roku objętego kontrolą (2015 r., 2016 r. i 2017 r.).

W wyniku powyższego badania stwierdzono również, że dokumentacja nie zawierała informacji o wyrażeniu albo niewyrażeniu przez pacjentów zgody na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 98-104, 350-352, 334-336, 598, 600)

W Szpitalu nie odbywały się praktyki lub szkolenia wiążące się z obecnością ich uczestników w udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych.

Zastępca Prezesa Zarządu Szpitala wyjaśnił: „Szpital Miejski w Zabrze nie pobiera w formie pisemnej zgody pacjenta w zakresie dotyczącym wyrażenia zgody na obecność osób trzecich w trakcie badania pacjentów. Zgoda ta jest pobierana przez personel medyczny w formie ustnej, jeżeli w wykonywaniu czynności uczestniczą inne osoby aniżeli udzielające świadczeń medycznych, co ma miejsce w wyjątkowych przypadkach...”.

(dowód: akta kontroli str. 337, 345)

W wyniku badania ankietowego, przeprowadzonego w toku niniejszej kontroli wśród pacjentów Szpitala⁸, 88% pytanym potwierdziło, a 7% zaprzeczyło, iż zostali poinformowani o prawach pacjenta, natomiast 5% nie pamiętało czy takie działanie miało miejsce.

(dowód: akta kontroli str. 424)

1.3. W wyniku przeprowadzonych 18 października 2017 r. oględzin czterech oddziałów⁹ ustalono, że na jednym oddziale sale były wieloosobowe; na jednym oddziale – dwu, trzy i czteroosobowe; na dwóch oddziałach – dwu i trzyosobowe (nie stwierdzono pacjentów umieszczonych na korytarzach). Część tych sal (37%) była wyposażona w węzły higieniczno-sanitarne, a w pozostałych przypadkach węzły higieniczno-sanitarne były dostępne z korytarza. Oddziały szpitalne wyposażono w parawany. Jak poinformowały pielęgniarki oddziałowe, w salach chorych udziela się świadczeń medycznych jedynie w wyjątkowych sytuacjach i używa się wówczas parawanów. Gabinety lekarskie i diagnostyczno-zabiegowe oraz węzły higieniczno-sanitarne zabezpieczono przed dostępem osób trzecich (drzwi zamykane od wewnątrz, wywieszka o treści: „zajęte/wolne”, matowe szyby w oknach).

(dowód: akta kontroli str. 346-352)

W wyniku oględzin stwierdzono, że faktyczna liczba łóżek na oddziałach różni się od liczb podanych w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala. Zastępca Prezesa Szpitala wyjaśnił, że liczba łóżek zmienia się w zależności od potrzeb oraz kontraktów podpisywanych z Narodowym Funduszem Zdrowia, natomiast aktualizacje Regulaminu Organizacyjnego Szpitala są dokonywane następczo.

(dowód: akta kontroli str. 30-32, 350-352)

W dniu 21 grudnia 2012 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Gliwicach zaopiniował pozytywnie program dostosowania Szpitala do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹⁰, wyrażając jednocześnie zgodę

⁸ Badanie ankietowe przeprowadzono wśród pacjentów, którym w trakcie niniejszej kontroli udzielono w Szpitalu świadczeń zdrowotnych (łącznie wypełniono 80 ankiet).

⁹ Były to następujące oddziały szpitalne: I Oddział Chorób Wewnętrznych (w tym włączony do niego Oddział Dermatologii), Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddział Położniczo-Ginekologiczny.

¹⁰ Dz. U. poz. 739, zwanego dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2012 r.”

na czasowe odstępstwa od wymogów, które pod względem sanitarnym nie spowodują zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów i pracowników Szpitala. W programie tym wymieniono 39 odstępstwa, z których do końca 2017 r. wyeliminowano 29, Pozostałych 10 nie usunięto¹¹. Zgodnie z art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹², Szpital winien dostosować pomieszczenia i urządzenia do obowiązujących wymagań do 31 grudnia 2017 r. Prezes Zarządu Szpitala, wyjaśnił, że likwidacja wszystkich odstępstw nie była możliwa z uwagi na brak środków finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 394-413, 598, 600, 758-760)

Przeprowadzone w toku niniejszej kontroli badanie ankietowe wykazało, że 94% pacjentów uważało, iż warunki pobytu oraz higieniczno-sanitarne były odpowiednie, tj. uwzględniały prywatność oraz zapewniały poczucie intymności i godności, 2% uważało, że nie były odpowiednie, a 4% pacjentów nie miała zdania na ten temat.

(dowód: akta kontroli str. 424)

1.4. Przestrzeganie praw pacjenta do prywatności nie było przedmiotem innych kontroli i skarg. W ramach audytów certyfikujących i nadzorujących system zarządzania jakością uwzględniano ankietowe badanie satysfakcji pacjentów.

W wyniku badania ankietowego przeprowadzonego przez Szpital w okresie od listopada 2016 r. do stycznia 2017 r. (wypełniono 449 ankiet) stwierdzono m.in., że:

- tylko jeden pacjent wskazał, że nie odczuł, by zadbano o zapewnienie mu intymności, a 60% ankietowanych nie miało żadnych zastrzeżeń w tej kwestii;
- 70% ankietowanych wskazało, że poinformowano ich o dostępności Karty Praw Pacjenta;
- ponad 70% pacjentek Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka (zakład leczniczy wchodzący w skład Szpitala) czuło się komfortowo w trakcie badania.

W odpowiedzi na prośbę o dokończenie zdania sformułowanego w ankietach „Podczas pobytu na oddziale najbardziej nie podobało mi się” pacjenci wymieniali m.in. brak toalet i łazienek w salach chorych oraz brak zamków w toaletach.

Wyniki ankiet były prezentowane i omawiane na zebraniach kierowników a następnie na spotkaniach kierowników oddziałów z ich pracownikami. Były one wykorzystywane do określania kierunków szkolenia personelu oraz planowania zmian organizacyjnych i inwestycji.

(dowód: akta kontroli str. 141-157, 194-268)

¹¹ Odstępstwa polegały na tym, że : 1) Zespoły pomieszczeń stanowiących oddziały łóżkowe są przechodnie; 2) Łóżka w pokojach łóżkowych nie są dostępne z trzech stron; 3) Izolatka w Izbie Przyjęć nie posiada wentylacji wymuszonej, działającej na zasadzie podciśnienia w taki sposób, że ciśnienie w izolacie jest niższe, niż na korytarzu i w służbie; 4) Meble nie umożliwiają ich mycia i dezynfekcji; 5) Podłogi nie są wykonane z materiałów umożliwiających ich mycie i dezynfekcję; 6) Połączenia ścian z podłogami nie są wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję; 7) Pomieszczenia i urządzenia wymagające utrzymania aseptyki i wyposażenie tych pomieszczeń uniemożliwiają ich mycie i dezynfekcję; 8) W pomieszczeniach o podwyższonych wymaganiach higienicznych sufity podwieszane nie są wykonane w sposób zapewniający szczelność powierzchni oraz nie umożliwiają mycia i dezynfekcji; 9) Brak punktu pielęgniarskiego z pokojem przygotowawczym pielęgniarskim; 10) Brak brudownika wyposażonego w wentylację mechaniczną, wyciągową oraz myjnię – dezynfektor.

¹² Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.

Przeprowadzone w toku niniejszej kontroli badanie ankietowe wykazało, że nikt z pacjentów nie stwierdził, że doznał aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel medyczny i niemedyczny, 4% nie pamiętało, czy takie zdarzenie miało miejsce a 96% pacjentów stwierdziło, że nie doznało takiego traktowania. Zdecydowana większość pacjentów stwierdziła, że nie naruszono w Szpitalu ich prywatności, w związku z:

- przeprowadzaniem wywiadu przy innych osobach (94% ankietowanych);
- udzielaniem informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich, np. podczas obchodu (88% ankietowanych);
- niezabezpieczeniem gabinetów zabiegowych, w których udzielano im świadczeń zdrowotnych przed dostępem osób trzecich (90% ankietowanych);
- udzielaniem świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów (80% ankietowanych).

Odpowiednio 0%, 8%, 3% i 8% ankietowanych stwierdziło, że naruszono ich prywatność, a pozostali stwierdzili, że nie pamiętają ww. sytuacji lub udzielili niejasnej odpowiedzi.

(dowód: akta kontroli str. 424)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że występowanie w Szpitalu wieloosobowych sal chorych, powyżej trzech łóżek, nie sprzyjało zapewnieniu w pełni prawa do prywatności, w sytuacji przeprowadzania wywiadów w trakcie obchodów lekarskich lub braku możliwości udzielenia świadczenia w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym (pacjent nieporuszający się). Ponadto, poczucie dyskomfortu mógł wywoływać u pacjentów brak przy salach chorych węzłów sanitarno-higienicznych oraz niezamykane od wewnątrz toalety/lazienki na korytarzach oddziałów (zabezpieczone jedynie wywieszką „zajęte”). Stwarzało to zagrożenie naruszenia godności pacjenta i jego prawa do zachowania intymności. Na zasadność sformułowania uwagi NIK wskazują również wyniki badania ankietowego przeprowadzonego przez Szpital, jak również wyniki badania ankietowego przeprowadzonego w toku kontroli NIK, w którym 8% ankietowanych pacjentów stwierdziło, że naruszono w Szpitalu ich prywatność, w związku z udzieleniem informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich, np. podczas obchodu, a również w przypadku 8% ankietowanych – w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów.

Ocena częściowa

W regulacjach wewnętrznych, dotyczących organizacji i procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, uwzględniono prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności, jak również określono sposób jego zapewnienia. Pacjenci byli informowani o przysługujących im prawach. W Szpitalu nie posiadano dokumentów stwierdzających wyrażenie/niewyrażenie zgody przez pacjenta na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (stanowisko w tej sprawie pacjenci mogli wyrazić ustnie). Podjęto działania w celu dostosowania pomieszczeń i urządzeń Szpitala do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2012 r. Stworzone warunki organizacyjno-techniczne nie sprzyjały jednak zapewnieniu prawa do prywatności i zachowania intymności pacjentom przebywającym w salach wieloosobowych (powyżej trzech łóżek) bez węzłów sanitarno-higienicznych.

2. Organizacja i funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego.

Opis stanu
faktycznego

2.1. Monitoring wizyjny w Szpitalu został zainstalowany w 2009 r. Na dzień kontroli w Szpitalu było zamontowanych 17 kamer, których rozmieszczenie było uzasadnione celami funkcjonowania monitoringu wizyjnego (w salach intensywnego nadzoru kardiologicznego, w celu monitorowania życia i zdrowia pacjenta; na sali operacyjnej w celu przesyłu obrazu do sali szkoleniowej; na korytarzu Izby Przyjęć, w Punkcie Obsługi Pacjenta i przy bramie wjazdowej na teren Szpitala, w celu ochrony mienia oraz zapewnienia bezpieczeństwa pracownikom i pacjentom Szpitala).

(dowód: akta kontroli str. 276, 279, 280, 288-292, 299-307)

Zastępca Prezesa Zarządu Spółki wyjaśnił: „Szpital przed wdrożeniem monitoringu wizyjnego podejmował działania mające na celu zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i pracowników spółki oraz ochrony mienia polegające na zapewnieniu odpowiedniej liczby pracowników ochrony. Tym niemniej dotychczasowa praktyka funkcjonowania Izby Przyjęć w tym również pomoc pracowników ochrony, zdaniem kierownictwa Szpitala, nie spełniały swojej roli”. Wyjaśnił również, że instalacja monitoringu wizyjnego była poprzedzona rozeznaniem kosztów z tym związanych, jednakże nie przeprowadzono w tym zakresie szczegółowej analizy z uwagi na fakt, że uruchomienie monitoringu było podyktowane koniecznością monitorowania parametrów życiowych pacjentów, jak również zapewnienia bezpieczeństwa w Szpitalu.

(dowód: akta kontroli str. 276, 279)

W związku z funkcjonowaniem systemu monitoringu wizyjnego, w okresie objętym kontrolą poniesiono wydatki na zainstalowanie dwóch kamer i rejestratora wizji z monitorem w kwocie 9.999,90. zł (20 kwietnia 2017 r.), podłączenie i konfigurację kamer w kwocie 153,75 zł (11 kwietnia 2017 r.) oraz przegląd i konserwację systemów alarmowych (w tym monitoringu wizyjnego) w kwocie 2.273,04 zł (14 czerwca i 27 września 2017 r.). Wcześniej, zadania związane z przeglądem i konserwacją, jak również zadania związane z obsługą monitoringu wizyjnego wykonywali pracownicy Szpitala w ramach obowiązków służbowych.

(dowód: akta kontroli str. 598-601, 750-757)

2.2. W Szpitalu obowiązywał *Regulamin Monitoringu Wizyjnego*¹³. Określono w nim m.in.: miejsca instalacji kamer, sposób ich funkcjonowania, obowiązek odpowiedniego oznaczenia monitorowanego budynku tablicami informacyjnymi, zasady udostępniania nagrań z monitoringu wizyjnego (w przypadku podejrzenia naruszenia prawa i w razie złożenia stosownego wniosku), okres ich przechowywania (10 dni), osoby posiadające dostęp do danych z monitoringu wizyjnego (pracownicy Działu Informatyki), osobę odpowiedzialną za realizację regulaminu (Kierownik Działu Informatyki). Postanowiono również, że administrator danych przetwarzający dane osobowe winien dołożyć szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą.

(dowód: akta kontroli str. 284-294)

¹³ Wprowadzony uchwałą Zarządu Spółki nr 9/2017 z 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wprowadzenia do obowiązywania i stosowania Polityki Bezpieczeństwa Danych Osobowych oraz Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych oraz Regulaminu Monitoringu Wizyjnego w Szpitalu Miejskim w Zabrze sp. z o.o., zmienioną uchwałą Zarządu Spółki nr 27/2017 z dnia 9 sierpnia 2017 r.

Wcześniej obowiązywały *Zasady Monitoringu Wizyjnego* z dnia 25 listopada 2014 r., w których określono m.in.: miejsca instalacji kamer, sposób ich funkcjonowania, obowiązek odpowiedniego oznaczenia monitorowanego budynku tablicami informacyjnymi, zasady udostępniania nagrań z monitoringu wizyjnego (w przypadku podejrzenia naruszenia prawa i w razie złożenia stosownego wniosku), okres ich przechowywania (14 dni). Postanowiono również, że wszelkie czynności związane z funkcjonowaniem monitoringu wizyjnego podejmowane są w oparciu o obowiązujące przepisy prawa, w szczególności ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 294-308)

2.3. Sposób funkcjonowania monitoringu wizyjnego w Szpitalu zapewniał pacjentom poszanowanie prawa do prywatności. W skład monitoringu wizyjnego wchodziło 17 kamer, z tego:

- osiem zamontowanych w salach intensywnego nadzoru kardiologicznego, służących do monitorowania życia i zdrowia pacjenta (bez rejestracji obrazu);
- jedna umieszczona na sali operacyjnej bloku operacyjnego Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka, umożliwiająca podgląd obrazu w sali szkoleniowej, wykorzystywana w przypadkach nowatorskich operacji (bez rejestracji obrazu);
- osiem (z których obraz był rejestrowany) rozmieszczonych: na korytarzu Izby Przyjęć w segmencie H (sześć), w Punkcie Obsługi Pacjenta (jedna)¹⁵, przy bramie wjazdowej na teren Szpitala przy budynku prosektorium (jedna)¹⁶, w celu ochrony mienia (w szczególności gotówki uiszczanej w Punkcie Obsługi Pacjenta) oraz zapewnienia bezpieczeństwa pracownikom i pacjentom Szpitala.

System monitoringu wizyjnego nie posiadał funkcji „stref prywatności”¹⁷.

(dowód: akta kontroli str. 276, 279, 280, 288-292, 299-307)

Ponadto, przy wjazdach na teren Szpitala (od ul. Zamkowej i od ul. Drzymały) zainstalowano kamery będące własnością firmy świadczącej usługi ochrony i dozoru mienia Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 372- 387)

Spośród pomieszczeń poddanych oględzinom (o których mowa w pkt 1.3. niniejszego wystąpienia), kamery stwierdzono na Izbie Przyjęć.

(dowód: akta kontroli str. 350- 352)

2.4. Informację o prowadzonym monitoringu zamieszczono przy bramach wjazdowych na teren Szpitala oraz przy wejściu do budynku głównego (segment H), w którym znajduje się Izba Przyjęć i przy punkcie rejestracji pacjentów w Izbie Przyjęć, a zatem w miejscach objętych monitoringiem wizyjnym z rejestracją obrazów.

(dowód: akta kontroli str. 280, 350, 762-765)

W wyniku badania ankietowego, przeprowadzonego w toku niniejszej kontroli wśród pacjentów Szpitala, 28% ankietowanych potwierdziło, a 52% zaprzeczyło,

¹⁴ Dz. U. z 2016 r., poz. 922, zwaną dalej „ustawą o ochronie danych osobowych”.

¹⁵ Wprowadzona uchwałą Zarządu Szpitala nr 27/2017 z dnia 9 sierpnia 2017 r.

¹⁶ Jw.

¹⁷ Dowolne konfigurowanie przez użytkownika obszaru obrazu, na który nakładana jest maska powodująca wyłączenie spod monitoringu. Dzięki „strefom prywatności” możliwe jest nagrywanie fragmentów obrazu z poszanowaniem prawa do prywatności.

że poinformowano ich o zainstalowaniu kamer w szpitalu, natomiast 20% nie pamiętało tego faktu.

(dowód: akta kontroli str. 424 - 586)

W dniu 5 kwietnia 2017 r., stosownie do wymogu określonego w art. 36 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych oraz § 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych¹⁸, w Szpitalu wprowadzono *Politykę Bezpieczeństwa Danych Osobowych* i *Instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych*, które zawierały elementy określone odpowiednio w § 4 i 5 ww. rozporządzenia. W pierwszym z ww. dokumentów, stosownie do § 6 ust. 1 pkt 3 i ust. 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r., ustalono wysoki poziom bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych.

W okresie wcześniejszym, w Szpitalu nie obowiązywały dokumenty określone w § 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r., co opisano poniżej w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 602-661)

Zgodnie z art. 39 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, w Szpitalu prowadzono ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych, która zawierała wymagane elementy, tj. imię i nazwisko osoby upoważnionej, identyfikator, datę nadania i ustania oraz zakres upoważnienia. W okresie objętym kontrolą, do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego upoważnionych było 15 osób, które, stosownie do art. 39 ust. 2 ww. ustawy, złożyły pisemne oświadczenia o zachowaniu w tajemnicy danych osobowych. Osoby te zostały ujęte w powyższej ewidencji.

(dowód: akta kontroli str. 662-744)

W okresie objętym kontrolą, zgodnie z art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych, w Szpitalu powierzono odpowiednio 27 grudnia 2016 r. i 20 lutego 2017 r., w formie pisemnej umowy, przetwarzanie danych osobowych:

- konsorcjum dwóch firm, świadczącemu od 31 grudnia 2016 r. m.in. usługi ochrony osób i mienia z wykorzystaniem urządzeń systemu monitoringu wizyjnego;
- firmie świadczącej od 20 lutego 2017 r. usługi przeglądów i konserwacji systemów alarmowych (w tym monitoringu wizyjnego).

(dowód: akta kontroli str. 369-392, 587-592, 602-604)

Każdorazowy dostęp do nagrań z monitoringu wizyjnego wymaga uwierzytelnienia z wykorzystaniem identyfikatora użytkownika oraz hasła. W celu zabezpieczenia serwerowni, w której znajduje się rejestrator obrazów, Szpital zastosował takie środki jak: drzwi wzmocnione, system alarmowy przeciwwłamaniowy, system przeciwpożarowy, całodobowy nadzór służby ochrony.

(dowód: akta kontroli str. 276-277, 280, 655-656)

¹⁸ Dz. U. Nr 100, poz. 1024, zwanym dalej „rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r.”

W okresie objętym kontrolą Zarząd Szpitala trzykrotnie powoływał administratora bezpieczeństwa informacji¹⁹. W ostatnim przypadku ABI powołano 29 września 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 414, 746-749)

Według *Zasad monitoringu wizyjnego* z 25 listopada 2014 r. oraz *Regulaminu Monitoringu Wizyjnego* z 5 kwietnia 2017 r. nagrania mogły być udostępnione na pisemny wniosek właściwych organów w przypadku, gdy zachodziło podejrzenie naruszenia prawa, a osoby trzecie (np. pokrzywdzony w wyniku popełnienia czynu zabronionego) mogły złożyć wniosek o zabezpieczenie nagrań (zapobieżenie ich automatycznemu usunięciu w celu udostępnienia organom ścigania). W razie zaistnienia innych przyczyn, decyzję w sprawie przekazania nagrań mógł podjąć wyłącznie Zarząd Szpitala. W toku niniejszej kontroli nie stwierdzono przekazania nagrań osobom/podmiotom nieuprawnionym. O ich udostępnienie wnioskowała Policja (czterokrotnie), z tego w dwóch przypadkach nagrania przekazano, a w dwóch przypadkach nie były one dostępne, z uwagi na wpływ wniosku po 15 dniach od wskazanej daty nagrania (automatyczne usunięcie po 14 dniach poprzez nadpisanie kolejnych nagrań) lub wskazanie miejsca nieobjętego monitoringiem (toalety). Zgodnie z pkt 3.3. *Regulaminu Monitoringu Wizyjnego*, przypadki udostępnienia nagrań były rejestrowane.

(dowód: akta kontroli str. 284-308, 315-332, 745)

W okresie objętym kontrolą, został złożony (pocztą elektroniczną) wniosek o udzielenie, w ramach kontroli przetwarzania danych, informacji, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1-5 ustawy o ochronie danych osobowych. Na zwrotny adres mailowy udzielono odpowiedzi, że przedstawione przez wnioskodawcę dane uniemożliwiają przekazanie żądanych informacji. Z powyższego przepisu wynika bowiem, że uprawnienie do kontroli przetwarzania danych przysługuje osobie, której dane te dotyczą, a w tym przypadku wnioskodawca podał wyłącznie imię i nazwisko i na tej podstawie nie można było stwierdzić, czy był osobą za którą się podawał, mając na uwadze sposób złożenia wniosku (pocztą elektroniczną).

(dowód: akta kontroli str. 282, 333, 418-420)

2.5. Stosownie do art. 26 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych, w Szpitalu zapewniono, aby okres przechowywania zarejestrowanych obrazów zdarzeń z monitoringu wizyjnego nie był dłuższy niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania danych. W wyniku przeprowadzonych 10 stycznia 2018 r. oględzin programu, służącego do obsługi nagrań z monitoringu wizyjnego, ustalono, że po wprowadzeniu nazwy użytkownika i hasła dostępne były obrazy zarejestrowane w okresie od 1 do 10 stycznia 2018 r., tj. ostatnich 10 dni, zgodnie z *Regulaminem Monitoringu Wizyjnego*.

(dowód: akta kontroli str. 761)

2.6. W sprawie analizy skuteczności monitoringu w kontekście realizacji postawionych mu celów, Zastępca Prezesa Zarządu Szpitala wyjaśnił „*Od instalacji monitoringu wizyjnego zauważalna jest poprawa zachowania pacjentów w Izbie Przyjęć, zmniejszenie agresji, a ponadto w okresie tym nie doszło do przypadku naruszenia nietykalności cielesnej personelu medycznego, zmniejszyła się ilość informacji dotyczących zgłaszanych kradzieży*”.

(dowód: akta kontroli str. 282)

¹⁹ Zwanego dalej „ABI”.

Według informacji uzyskanych z Komendy Miejskiej Policji w Zabrzu, w latach 2015–2017 interwencje policyjne na terenie Szpitala były związane przede wszystkim z kradzieżami (pieniędzy, dokumentów, telefonów), awanturami wywołanymi przez nietrzeźwych pacjentów i oddaleniem się pacjenta z placówki. Nie podano przypadków wykorzystania nagrań z monitoringu wizyjnego w prowadzonych postępowaniach, wskazując na brak danych w tym zakresie w policyjnych bazach.

(dowód: akta kontroli str. 421)

Przeprowadzone w trakcie niniejszej kontroli badanie ankietowe wykazało, że instalowanie kamer w Szpitalu w ocenie 48% pacjentów jest potrzebne, 12% – niepotrzebne, a 40% pacjentów nie miało na ten temat zdania.

(dowód: akta kontroli str. 424)

2.7. W Szpitalu nie rejestrowano rozmów prowadzonych między lekarzami a pacjentami.

(dowód: akta kontroli str. 277, 283)

2.8. W okresie objętym kontrolą, funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego nie było przedmiotem innych kontroli i audytów oraz skarg.

(dowód: akta kontroli str. 276, 278)

2.9. W celu wdrożenia od 25 maja 2018 r. 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/WE²⁰, dokonano weryfikacji obowiązującej dokumentacji dotyczącej ochrony danych osobowych oraz opracowano harmonogram wdrażania RODO na 2018 r. Na styczeń zaplanowano m.in. spotkanie kierownictwa Szpitala w sprawie ww. rozporządzenia oraz przegląd zbiorów danych osobowych, a na luty – powołanie zespołu wdrożeniowego i ds. analizy ryzyka.

(dowód: akta kontroli str. 417, 594, 596-597)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W okresie objętym kontrolą (do 4 kwietnia 2017 r.) w Szpitalu nie wprowadzono do stosowania polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, pomimo, że taki wymóg wynikał z art. 36 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych i § 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że pomimo braku ww. dokumentów, w Szpitalu stosowano obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa.

(dowód: akta kontroli str. 602-661)

Zdaniem NIK, oprócz stosowania przepisów prawa powszechnie obowiązujących, w Szpitalu winny być stosowane rozwiązania przyjęte w polityce bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, tj. dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych, odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii

²⁰ Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r., zwanego dalej „RODO”.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

danych objętych ochroną, występujących w tego rodzaju jednostce. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu obowiązywały wprawdzie regulacje wewnętrzne dotyczące monitoringu wizyjnego, jednakże dokumentację, zawierającą wszystkie elementy określone w § 4 i 5 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r., dotyczącą również innych zbiorów danych osobowych, wprowadzono dopiero 5 kwietnia 2017 r.

NIK zwraca uwagę, że w jednym na cztery przypadki złożenia przez Policję wniosków o udostępnienie nagrań, realizacja wniosku nie była możliwa, z uwagi na automatyczne usunięcie nagrania po 14 dniach, co wskazuje, że okres ten był za krótki dla skutecznego wykorzystania zapisu z monitoringu przez Policję.

Ocena częściowa

Sposób rozmieszczenia kamer wchodzących w skład monitoringu wizyjnego zapewniał pacjentom poszanowanie prawa do prywatności. W miejscach zainstalowania kamer umieszczono informacje o jego funkcjonowaniu. Prowadzono ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych (w tym danych osobowych z monitoringu wizyjnego), zawierającą wymagane elementy, jak również, w stosownych przypadkach, powierzono firmom zewnętrznym, w formie pisemnej umowy, przetwarzanie danych osobowych. Zapewniono aby nagrania z monitoringu wizyjnego nie były przekazywane podmiotom nieuprawnionym. Każdorazowy dostęp do nagrań z monitoringu wizyjnego wymagał uwierzytelnienia z wykorzystaniem identyfikatora użytkownika oraz hasła. Okres przechowywania zarejestrowanych obrazów zdarzeń nie był dłuższy niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania danych, przy czym w jednym na cztery przypadki był on zbyt krótki dla skutecznego wykorzystania zapisu z monitoringu przez Policję. W Szpitalu uregulowano zasady funkcjonowania monitoringu wizyjnego, jednakże do dnia 4 kwietnia 2017 r. nie wprowadzono polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²¹ kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach.

Katowice, dnia 15 stycznia 2018 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler
Mirosław Sekuła
doradca techniczny**

²¹ Dz. U. z 2017 r., poz. 524.

