



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA.410.026.03.2017
P/17/103

TEKST UJEDNOLICONY

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
Kontroler	Witold Wilk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli nr: LKA/237/2017 z 15 września 2017 r. i LKA/317/2017 z 8 grudnia 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1 – 4)
Jednostka kontrolowana	Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej ¹ , ul. Szpitalna 13, 41 – 300 Dąbrowa Górnicza
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zbigniew Grzywnowicz, p.o. Dyrektora Szpitala ² (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności.

Ocena ogólna

Warunki i rozwiązania organizacyjne obowiązujące w Szpitalu w okresie objętym kontrolą (lata 2015–2017 do dnia zakończenia kontroli) nie w pełni gwarantowały przestrzeganie praw pacjenta do prywatności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

W Szpitalu wdrożono wewnętrzne regulacje, uwzględniające prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności, jednakże nie określono formy w jakiej należy uzyskać zgodę pacjenta na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W części pomieszczeń stworzono warunki organizacyjno-techniczne, zapewniające pacjentom prawo do prywatności i zachowania intymności, niemniej jednak warunki w salach wieloosobowych bez węzłów sanitarno-higienicznych nie sprzyjały zapewnieniu w pełni tego prawa. Sposób rozmieszczenia kamer wchodzących w skład systemu monitoringu wizyjnego nie zakłócał pacjentom korzystania z prawa do prywatności. Zapewniono środki techniczne i organizacyjne w celu ochrony przetwarzanych danych z monitoringu wizyjnego. W latach 2015–2016 środki te nie były jednak wystarczające, gdyż nie uwzględniono w polityce bezpieczeństwa zbioru danych osobowych z monitoringu wizyjnego, jak również nie zapewniono kontroli nad przekazaniem tych danych, a regulacje wewnętrzne dotyczące funkcjonowania monitoringu wizyjnego wprowadzono dopiero 3 stycznia 2017 r.

¹ Zwane dalej „Szpitalem”.

² Zwany dalej „Dyrektorem Szpitala”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego.

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

1.1. W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala³ uwzględniono zagadnienia związane z poszanowaniem prawa do prywatności i godności pacjenta. Zgodnie z § 68 Regulaminu, pacjent miał prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. Prawo do poszanowania godności obejmowało także prawo do umierania w spokoju i godności. Stosownie do postanowień § 69 Regulaminu, przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych mogła być obecna osoba bliska, przy czym osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych mogła odmówić pacjentowi skorzystania z tego prawa w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta.

Postanowienia Regulaminu zobowiązywały osoby wykonujące zawód medyczny do postępowania w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta, a osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, mogły uczestniczyć przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy było to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. Uczestnictwo, a także obecność innych osób, wymagały zgody pacjenta i osoby wykonującej zawód medyczny udzielającej świadczenia zdrowotnego (§ 70 Regulaminu).

Ponadto, w procedurach dotyczących: przyjęcia pacjenta do szpitala w trybie planowym i nagłym, postępowania wobec ofiar przemocy lub zaniedbania i osób pod wpływem substancji psychotropowych, zasad pobytu pacjentów w stanach terminalnych⁴ zawarto postanowienie, iż podczas przeprowadzania wywiadu (zbierania informacji od chorego) należy stworzyć warunki intymności.

(dowód: akta kontroli str. 128, 170 – 171, 189, 195, 199)

W wewnętrznych regulacjach nie określono zasad odnoszących się do poszanowania prawa pacjenta do prywatności w trakcie udzielania świadczeń medycznych, w tym miejsca i sposobu udzielania świadczeń oraz zachowania lekarza w czasie tzw. obchodu. Administrator Bezpieczeństwa Informacji⁵ i Starszy Inspektor w Dziale Kontraktowania i Statystyki Medycznej⁶, działający z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśnili, że sposób udzielania świadczeń zdrowotnych z poszanowaniem intymności, prywatności i godności pacjenta wynika z powszechnie obowiązujących przepisów prawa⁷, a także z deontologii zawodowych, np. kodeks etyki lekarskiej, a zatem tworzenie kolejnych procedur

³ Zarządzenia Dyrektora Szpitala: nr 44/2014 z 18 sierpnia 2014 r. w sprawie wprowadzenia zmian do Regulaminu organizacyjnego oraz zatwierdzenia tekstu jednolitego Regulaminu organizacyjnego wyd. VII; nr 12/2017 z 22 lutego 2017 r. w sprawie wprowadzenia zmian do Regulaminu organizacyjnego oraz zatwierdzenia tekstu jednolitego Regulaminu organizacyjnego wyd. XII; nr 62/2017 z 19 października 2017 r. w sprawie wprowadzenia zmian do Regulaminu Organizacyjnego i zatwierdzenia tekstu jednolitego Regulaminu organizacyjnego wyd. XIII.

⁴ Procedura QP-06-PL – Przyjęcie pacjenta do Szpitala w trybie planowym i nagłym oraz identyfikacja z 10 września 2015 r., procedura QP-23-PL – Postępowanie wobec ofiar przemocy lub zaniedbania oraz osób pod wpływem substancji psychotropowych z 10 września 2015 r., procedura QS-39-PL – Zasady pobytu pacjentów w stanach terminalnych z 23 lutego 2012 r.

⁵ Zwana dalej „ABI”.

⁶ Zwany dalej „Starszym Inspektorem”.

⁷ W szczególności z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.) i ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017 r., poz. 125 ze zm.).

wewnętrznych i recypowanie w nich przepisów prawa powszechnie obowiązujących nie jest celowe i prowadziłoby do nadmiernej regulacji procedur wewnętrznych. Odnosząc się do nieokreślenia rodzajów świadczeń, których nie można wykonywać w salach chorych, wskazali, że w procedurach można ujmować sytuacje typowe i powtarzalne a proces diagnostyczno-terapeutyczny przebiega w sposób dynamiczny i często nie można przewidzieć jak zmieni się stan zdrowia pacjenta. Wyjaśnili, iż oczywistym jest, że w przypadku nagłego zatrzymania krążenia czynności resuscytacyjne będą prowadzone również w sali wieloosobowej, gdyż ratowanie życia ludzkiego jest dobrem nadrzędnym nad prawem do prywatności. Ponadto, każdy oddział szpitalny ma swoją specyfikę i nie jest możliwe jednolite unormowanie tych kwestii, przykładem może być Oddział Intensywnej Opieki Medycznej, na którym nie jest możliwe transportowanie pacjenta podłączonego do aparatury medycznej podtrzymującej życie na każdą iniekcję do gabinetu zabiegowego.

(dowód: akta kontroli str. 439 – 445)

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala określono również czas i miejsce odwiedzin pacjentów (codziennie w godzinach 11⁰⁰ – 20⁰⁰, w wyjątkowych sytuacjach, za zgodą ordynatora lub lekarza dyżurnego, odwiedziny mogły odbyć się poza wyznaczonymi godzinami). W uzasadnionych przypadkach (np. zagrożenie epidemiczne, bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów) dostępność odwiedzin mogła być ograniczona w całym Szpitalu lub na poszczególnych jego oddziałach. W sali chorych jednego pacjenta mogły odwiedzić jednocześnie nie więcej niż dwie osoby.

(dowód: akta kontroli str. 124 – 125, 167)

1.2. Zgodnie z § 59 Regulaminu Organizacyjnego Szpitala, informacje o prawach pacjenta winny być udostępnione w formie pisemnej, poprzez ich zamieszczenie w Szpitalu w miejscu ogólnodostępnym. W przypadku pacjenta niemogącego się poruszać, informacje o prawach pacjenta winny być udostępnione w sposób umożliwiający zapoznanie się z nimi w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

ABI i Starszy Inspektor, działający z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśnili, że pacjenci niemogący poruszać się mają możliwość zapoznania się z informacją o prawach pacjenta, gdyż każdy oddział szpitalny posiada „mobilną” wersję informacji (w formie broszury). Podali, że fakt zapoznania się z informacją o prawach pacjenta zostaje odnotowany w karcie pacjenta.

Procedury wewnętrzne obowiązujące w Szpitalu nie precyzowały w jakiej formie należy uzyskać zgodę pacjenta na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

ABI i Starszy Inspektor, działający z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśnili, że w przypadku udzielania świadczeń w obecności osób trzecich, pacjent pytany jest o zgodę, którą wyraża ustnie, gdyż obowiązujące przepisy nie wymagają zgody pacjenta udzielonej w formie pisemnej, jak również dokumentowania takiej zgody w karcie pacjenta. Wskazali, że przy udzielaniu świadczeń medycznych są obecne, za zgodą pacjenta, osoby odbywające praktyki w Szpitalu.

W wyniku przeprowadzonych oględzin pięciu oddziałów szpitalnych⁸ ustalono, że na tablicach informacyjnych znajdujących się na korytarzach tych oddziałów była zamieszczona informacja o prawach pacjenta. Ponadto, informacja o prawach pacjenta w formie broszury dostępna była w dyżurkach pielęgniarek.

⁸ Były to następujące oddziały szpitalne: Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddział Onkologii Klinicznej, Oddział Wewnętrzny, Oddział Diabetologii i Szpitalny Oddział Ratunkowy.

Na podstawie przeglądu dokumentacji medycznej 75 pacjentów (teczek pacjentów)⁹, ustalono, że złożyli oni pisemne oświadczenia o zapoznaniu się z prawami pacjenta. Stwierdzono również, że w dokumentacji tej brak było informacji o wyrażeniu albo niewyrażeniu przez pacjentów zgody na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń medycznych.

W wyniku badania ankietowego, przeprowadzonego w toku niniejszej kontroli wśród pacjentów Szpitala¹⁰, 72% pytanych potwierdziło, a 5% zaprzeczyło, iż zostali poinformowani o prawach pacjenta, natomiast 23% nie pamiętało czy takie działanie miało miejsce.

(dowód: akta kontroli str. 6, 127, 170, 201 – 212, 439 – 445, 446 – 452)

1.3. W wyniku przeprowadzonych 13 października 2017 r. oględzin pięciu oddziałów¹¹ ustalono, że sale chorych liczyły od jednego do sześciu łóżek (nie stwierdzono pacjentów umieszczonych na korytarzach). Część tych sal była wyposażona w węzły higieniczno-sanitarne, a w pozostałych przypadkach węzły higieniczno-sanitarne były dostępne z korytarza. Oddziały szpitalne wyposażono w parawany. Gabinety zabiegowe i węzły higieniczno-sanitarne zabezpieczono przed dostępem osób trzecich (drzwi zamykane od wewnątrz, wywieszka o treści: „zajęte/wolne”, matowe szyby lub rolety w oknach), a, jak poinformowały pielęgniarki oddziałowe, w gabinetach lekarskich nie udziela się świadczeń medycznych. W oddziałach szpitalnych poddanych oględzinom zainstalowano po jednej kamerze (przy wejściu na oddział), która rejestrowała jedynie obraz części korytarza. Informacja o funkcjonowaniu monitoringu wizyjnego znajdowała się przy wejściu do oddziału (piktogram – obrazek kamery z napisem obiekt monitorowany).

Przeprowadzone w toku niniejszej kontroli badanie ankietowe wykazało, że 90% pacjentów uważało, iż warunki pobytu oraz higieniczno-sanitarne były odpowiednie, tj. uwzględniały prywatność oraz zapewniały poczucie intymności i godności, a 8% pacjentów nie miało zdania na ten temat.

(dowód: akta kontroli str. 6, 201 – 205)

W dniu 29 października 2012 r. Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny w Dąbrowie Górniczej 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 leczniczą¹², wyrażając jednocześnie zgodę na czasowe odstępstwa od wymogów, które pod względem sanitarnym nie spowodują zagrożenia dla życia i zdrowia pacjentów i pracowników Szpitala. W programie tym wymieniono 23 odstępstwa, z których do 13 października 2017 r. wyeliminowano 12, Pozostałych 11 nie usunięto¹³. Zgodnie z art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.

⁹ Doboru próby do badania dokonano w sposób losowy, wybierając po pięć teczek z każdego z ww. pięciu oddziałów szpitalnych, z każdego roku objętego kontrolą (2015 r., 2016 r. i 2017 r.).

¹⁰ Badanie ankietowe przeprowadzono wśród pacjentów, którym w trakcie niniejszej kontroli udzielono świadczeń zdrowotnych w ww. pięciu oddziałach szpitalnych (łącznie wypełniono 39 ankiet).

¹¹ Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddziału Onkologii Klinicznej, Oddziału Wewnętrzznego i Oddziału Diabetologii.

¹² Dz. U. poz. 739, zwanego dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2012 r.”

¹³ Były to następujące odstępstwa: 1) Oddział Pediatriczny – izolotka, brak wentylacji wymuszonej działającej na zasadzie podciśnienia w taki sposób, że ciśnienie w izolotce jest niższe niż na korytarzu i w służbie; 2) Oddział Onkologii Klinicznej – sale łóżkowe, brak wentylacji nawiewno-wywiewnej lub klimatyzacji zapewniającej parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji pomieszczeń przeznaczonych dla pacjentów o obniżonej odporności; 3) Szpitalny Oddział Ratunkowy – izba przyjęć dzieci, brak pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla dzieci na izbie przyjęć SOR; 4) Brudowniki w Szpitalu, brak płuczek – dezynfektorów lub

o działalności leczniczej¹⁴, Szpital winien dostosować pomieszczenia i urządzenia do obowiązujących wymagań do 31 grudnia 2017 r. ABI i Starszy Inspektor, działający z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśnili, że odstępstwa są systematycznie likwidowane w miarę posiadanych środków, a termin usunięcia wszystkich odstępstw jest zależny od sytuacji finansowej Szpitala. Dodali, że ostateczny termin dostosowania infrastruktury szpitali do wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2012 r. był już kilkakrotnie prolongowany.

(dowód: akta str. 213 – 222, 446 – 452)

1.4. W okresie objętym kontrolą w Szpitalu przeprowadzono w poszczególnych komórkach organizacyjnych (oddziały, zakłady, przychodnie) 10 audytów wewnętrznych w zakresie świadczenia usług medycznych. W *Liście pytań audytowych* zamieszczono pytanie czy zapewniona jest intymność pacjentów. Audytorzy odpowiadając na to pytanie wskazywali, że w oddziałach używa się parawanów, w oknach pokoiów zabiegowych znajdują się rolety/żaluzje oraz że w razie potrzeby wypraszane były osoby trzecie. Nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie zapewnienia pacjentom prywatności.

(dowód: akta kontroli str. 223 – 281)

Przeprowadzone w Szpitalu w 2015 r. i w 2016 r. ankietowe badania satysfakcji pacjentów Szpitala¹⁵ wykazały, że:

- zapewnienie intymności w Szpitalu 44%–58% pacjentów oceniało bardzo dobrze, a 35%–40% dobrze;
- 72%–78% ankietowanych stwierdziło, że poinformowano ich o prawach pacjenta;
- 91%–97% ankietowanych stwierdziło, że nigdy nie zdarzyło się, aby ktoś z personelu lekarskiego lub pielęgniarskiego zwracał się do nich lub innych pacjentów w sposób obraźliwy, ośmieszający czy upokarzający;
- 82%–95% pacjentów uznało, że zawsze zapewniono im dyskrecję i intymność ze strony personelu lekarskiego i pielęgniarskiego podczas badań, zabiegów, wizyt i procesów pielęgnacyjnych;
- 89%–93% ankietowanych było zadowolonych z udostępnionych możliwości i warunków odwiedzin, mając na uwadze poszanowanie stanu zdrowia, prywatności i komfortu swojego, jak również innych pacjentów.

urządzeń do dekontaminacji oraz utylizacji wkładów jednorazowych wraz z zawartością, które powinny być zainstalowane w sposób eliminujący zagrożenie dla pacjentów – w przypadku stosowania basenów i kacek jednorazowych (z wyjątkiem Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej, Oddziału Udarowego, Oddziału Neurologicznego, Oddziału Pediatrycznego, Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego); 5) Oddział Pediatryczny, brak śluzu umywalkowo-fartuchowej w odcinku dzieci młodszych; 6) Oddział Psychiatryczny, w pokojach łóżkowych drzwi otwierają się do wewnątrz, a ich konstrukcja uniemożliwia otwarcie w przypadku zablokowania od wewnątrz pomieszczenia; 7) Centralna sterylizatornia, brak ubikacji przy śluzie między stroną czystą i brudną; 8) Centralna sterylizatornia, brak odrębnego pomieszczenia do suszenia mytych dezynfekowanych manualnie sprzętów transportowych; 9) Poradnia specjalistyczna proktologiczna, brak pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego w bidet w poradni proktologicznej połączonej bezpośrednio z gabinetem badań; 10) Zakład Rehabilitacji, brak zabezpieczenia przed szkodliwym oddziaływaniem na otoczenia diatermii krótkofalowej; 11) Zakład Rehabilitacji, brak natrysku w pomieszczeniu higieniczno-sanitarnym.

¹⁴ Dz. U. z 2016 r., poz. 1638 ze zm.

¹⁵ Badanie satysfakcji pacjentów w 2017 r. realizowane było w trakcie niniejszej kontroli. Do 22 grudnia 2017 r. nie sporządzono jeszcze raportu końcowego.

Przeprowadzone w toku niniejszej kontroli badanie ankietowe wykazało, że 97% pacjentów nie doznało aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel medyczny i niemedyczny, a 3% nie pamiętało, czy takie zdarzenie miało miejsce. Zdecydowana większość pacjentów stwierdziła, że nie naruszono w Szpitalu ich prywatności, w związku z:

- przeprowadzaniem wywiadu przy innych osobach (97% ankietowanych);
- niezabezpieczeniem gabinetów zabiegowych, w których udzielano im świadczeń zdrowotnych przed dostępem osób trzecich (92% ankietowanych);
- udzielaniem informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich, np. podczas obchodu (90% ankietowanych);
- udzielaniem świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów (81% ankietowanych).

Odpowiednio 3%, 3%, 5% i 14% ankietowanych stwierdziło, że w ww. sytuacjach naruszono ich prywatność, a pozostali nie pamiętali takich sytuacji lub udzielili odpowiedzi niejasnych.

(dowód: akta kontroli str. 6, 282 – 305)

W latach 2015–2017 (do 30 września) do Szpitala wpłynęła (27 kwietnia 2017 r.) jedna skarga, w której podnoszone zarzuty związane były z ochroną prawa do prywatności pacjentów. Skarżąca podniosła, że w dziennym Zakładzie Rehabilitacji brak było przebieralni i pacjenci byli zmuszeni do korzystania z toalety z niesprawnym zamkiem w drzwiach. Zdaniem skarżącej takie warunki nie zapewniały ochrony intymności pacjentów w trakcie przebierania się. W ramach prowadzonego postępowania wyjaśniającego Kierownik Zakładu Rehabilitacji wskazała, że istnieje wydzielone miejsce służące jako przebieralnia, a drugim takim miejscem jest toaleta przystosowana do osób niepełnosprawnych, w której znajduje się ławka. Wyjaśniła, że zepsuty w ostatnim czasie zamek w drzwiach do toalety został naprawiony. Zarzuty podnoszone w skardze zostały częściowo uwzględnione. Skarżącej udzielono odpowiedzi pismem z dnia 12 maja 2017 r., w którym przeproszono za niedogodności związane z brakiem oczekiwanych przez nią warunków realizacji świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 306 – 313)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że występowanie w Szpitalu wieloosobowych sal chorych 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. Stwarzało to zagrożenie naruszenia godności pacjenta i jego prawa do zachowania intymności. Na zasadność sformułowania uwagi NIK wskazują również wyniki badania ankietowego, w którym 5% 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 w przypadku 14% ankietowanych – w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów.

Ocena cząstkowa

W regulacjach wewnętrznych, dotyczących organizacji i procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, uwzględniono prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności, jednakże nie określono sposobu jego zapewnienia podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. 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, co nie jest równoznaczne z brakiem takiej zgody, bowiem 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 bez węzłów sanitarno-higienicznych.

2. Organizacja i funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego

Opis stanu
faktycznego

2.1. System monitoringu wizyjnego funkcjonował od 2008 r. Jak wyjaśniły ABI i Naczelna Pielęgniarka, działające z upoważnienia Dyrektora Szpitala, system ten został wprowadzony, aby podnieść poziom bezpieczeństwa, zapewnić bezpieczne korzystanie z infrastruktury Szpitala. Wyjaśniły dalej, że system monitoringu wizyjnego ma działanie prewencyjne, pomaga zapobiegać aktom wandalizmu i wykroczeniom.

Wprowadzenie systemu monitoringu wizyjnego było poprzedzone zgłoszeniami incydentów naruszających standardy bezpieczeństwa (od 1997 r. do 2008 r. zanotowano 10 przypadków aktów wandalizmu lub kradzieży). Przed wdrożeniem systemu monitoringu wizyjnego, dodatkowy pracownik dozoru dokonywał obchodów oddziałów szpitalnych, klatek schodowych i pomieszczeń socjalnych. W związku z rozległą zabudową Szpitala i rozległym terenem przekazanym do dozoru, obchody okazały się niewystarczające, by skutecznie sprawować kontrolę nad przekazanym mieniem, dlatego podjęto decyzję o sukcesywnym wprowadzaniu monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 431 – 445)

Jak wyjaśniły ABI i Naczelna Pielęgniarka, przed zainstalowaniem kamer została przeprowadzona dokładna analiza terenu Szpitala, która wskazała newralgiczne punkty. Jakość obrazu została dostosowana do technologii urządzeń dostępnych na rynku w okresie uruchamiania monitoringu wizyjnego (system analogowy). Koszt zainstalowania monitoringu wyniósł 19,5 tys. zł i po przeprowadzonej analizie stwierdzono, że kwota ta była niższa niż koszt zatrudnienia dodatkowych osób dozoru (montaż i bieżąca obsługa systemu monitoringu była prowadzona przez pracowników służb technicznych Szpitala). Jak wskazały dalej, szacowane zatrudnienie dodatkowych pięciu pracowników dozoru podniosłoby koszty o 11,7 tys. zł brutto miesięcznie (140,4 tys. zł brutto w skali roku).

(dowód: akta kontroli str. 431 – 438)

2.2. W Szpitalu, z dniem 3 stycznia 2017 r, wprowadzono regulacje wewnętrzne dotyczące funkcjonowania monitoringu wizyjnego, tj. *Instrukcję zarządzania systemem monitoringu wizyjnego*, w której odniesiono się do kwestii związanych z ochroną prywatności pacjentów i ochroną danych osobowych pozyskanych z monitoringu wizyjnego przy ich przetwarzaniu, jak również do organizacji i zasad obsługi systemu. Uregulowano w niej m.in. obowiązki użytkowników systemu monitoringu wizyjnego oraz zasady nadawania, zmiany lub usuwania uprawnień do systemu; rejestracji obrazów; monitorowania, przeglądu i konserwacji systemu, a także przetwarzania danych poza obszarem systemu.

ABI i Starszy Inspektor, działający z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśnili, że sposób postępowania w przypadku wystąpienia i ujawnienia przez monitoring wizyjny zdarzeń niepożądanych jest taki sam, jak sposób postępowania podczas ujawnienia czy zaobserwowania zdarzeń oraz incydentów niepożądanych i został uregulowany w procedurach ogólnoszpitalnych¹⁶.

(dowód akta kontroli str. 314 – 328, 446 – 452)

2.3. Sposób rozmieszczenia kamer wchodzących w skład monitoringu wizyjnego w Szpitalu zapewniał pacjentom poszanowanie prawa do prywatności. Kamery (nieobrotowe, bez funkcji nagrywania głosu i funkcji „stref prywatności”), wchodzące w skład monitoringu wizyjnego w liczbie 32 (dwa zestawy po 16 kamer i jednym rejestratorze), obejmowały ogólnodostępne obszary Szpitala, tj.: korytarze, hole, windy, szatnie. Nie zainstalowano kamer w salach chorych, węzłach higieniczno-sanitarnych, gabinetach diagnostyczno-zabiegowych czy gabinetach lekarskich.

W wyniku przeprowadzonych oględzin w pięciu oddziałach szpitalnych¹⁷, ustalono, że kamery zainstalowane przy wejściu na dany oddział obejmowały część korytarza.

Dostęp do nagrań z tych kamer posiadali upoważnieni pracownicy Szpitala, natomiast podgląd w czasie rzeczywistym – osoby wykonujące usługi dozoru i ochrony mienia.

Ponadto, w pomieszczeniu rezonansu magnetycznego oraz na bokach bunkrów akceleratorów umieszczono osiem kamer umożliwiających bieżącą obserwację (bez funkcji nagrywania) pacjenta podczas badania wykonanego przy użyciu rezonansu oraz w trakcie seansu radioterapii. Zainstalowanie tych kamer podyktowane było zapewnieniem bezpieczeństwa pacjenta podczas udzielania świadczeń medycznych. Podgląd w czasie rzeczywistym był wykonywany przez personel medyczny.

(dowód: akta kontroli str. 201 – 207, 314 – 328, 379 – 407, 431 – 438, 446 – 452)

2.4. Przy wejściach do Szpitala oraz na korytarzach umieszczono informację o funkcjonującym monitoringu wizyjnym (piktogram – obrazek kamery z napisem obiekt monitorowany).

(dowód: akta kontroli str. 201 – 207)

Zgodnie z art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹⁸ 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 osobowych¹⁹, w Szpitalu obowiązywały *Polityka bezpieczeństwa informacji*

¹⁶ Instrukcja QI-08-O – Reagowanie kryzysowe Szpitala na wypadek wystąpienia zdarzeń mnogich, masowych i katastrof, w tym zdarzeń związanych z zagrożeniem incydem bombowym oraz atakiem terrorystycznym, Instrukcja QI-04-O – Instrukcja bezpieczeństwa pożarowego dla obiektu użyteczności publicznej, Instrukcja QI-11-O – Instrukcja bezpieczeństwa pożarowego dla Oddziału Psychiatrycznego, Instrukcja QI-02-B – Postępowanie w przypadku uwolnienia preparatu chemicznego do środowiska, Standard QS-07-O – Plan ewakuacji oddziałów szpitalnych na wypadek pożaru oraz zdarzeń nadzwyczajnych na terenie Szpitala, Procedura QP-35-O – Nadzorowanie dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej oraz zasady postępowania w sytuacjach krytycznych dotyczące informacji medycznej, Procedura QP-45-O – Postępowanie w przypadkach awarii technicznej, Procedura QP-01-B – Zapobieganie wypadkom i urazom.

¹⁷ Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Oddziale Wewnętrznym, Oddziale Diabetologii, Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Oddziale Onkologii Klinicznej.

¹⁸ Dz. U. z 2016 r., poz. 922, zwanej dalej „ustawą o ochronie danych osobowych”.

¹⁹ Dz. U. Nr 100, poz. 1024, zwanym dalej „rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r.”

i *Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi w zakresie wymogów bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych*, 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 dokumentach tych nie uwzględniono jednakże przetwarzania danych osobowych pozyskanych z systemu monitoringu wizyjnego, co opisano poniżej w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 329 – 378)

Zgodnie z art. 39 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, ABI prowadziła 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 do przetwarzania danych osobowych. Do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego upoważnione zostały dwie osoby, które, stosownie do art. 39 ust. 2 ww. ustawy, złożyły pisemne oświadczenia o zachowaniu w tajemnicy danych pozyskanych z monitoringu wizyjnego. Osoby te zostały ujęte w powyższej ewidencji.

(dowód: akta kontroli str. 393 – 407)

W Szpitalu nie powierzono przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego podmiotom zewnętrznym.

(dowód: akta kontroli str. 206 – 207, 379 – 392, 446 – 452)

W Szpitalu pisma wychodzące i przychodzące, w tym dotyczące przekazanych danych osobowych, rejestrowane były w dzienniku korespondencyjnym oraz w elektronicznym obiegu dokumentów. Jak wskazała ABI, działając z upoważnienia Dyrektora Szpitala, pisma wychodzące dotyczące danych osobowych są ewidencjonowane w ww. rejestrach z adnotacją co zawierają, np. płyta CD-R z nagraniem z monitoringu.

(dowód: akta kontroli str. 458 – 460)

Z informacji otrzymanych od Komendanta Miejskiego Policji w Dąbrowie Górniczej wynika, że w latach 2015–2017 (do 30 września) w dwóch przypadkach udostępniono Policji dane z monitoringu wizyjnego zainstalowanego w Szpitalu (obydwa przypadki miały miejsce w 2016 r.). Dane te przekazano w związku z prowadzonymi postępowaniami w sprawie wyłudzenia pieniędzy (wszczęte w związku z zawiadomieniem złożonym przez Dyrektora Szpitala) oraz w sprawie kradzieży portfela i dokumentów na terenie Szpitala (wszczęte na wniosek poszkodowanego).

Odnosnie do pierwszego postępowania, zawiadomienie o popełnieniu przestępstwa Dyrektor Szpitala złożył 16 grudnia 2016 r., załączając na płycie CD-R nagranie z monitoringu wizyjnego. Przekazana dokumentacja została zarejestrowana w dzienniku korespondencyjnym. Na okoliczność przekazania dokumentacji funkcjonariusz Policji sporządził 24 stycznia 2017 r. spis rzeczy. Następnie, postanowieniem w przedmiocie dowodów rzeczowych z 31 marca 2017 r. podjęto decyzję o przechowywaniu dowodów rzeczowych w aktach sprawy.

Natomiast w odniesieniu do drugiego postępowania w toku niniejszej kontroli nie przedłożono żadnej dokumentacji stwierdzającej okoliczności przekazania (w szczególności kto, kiedy, w jakiej formie) Policji danych z monitoringu wizyjnego, co opisano poniżej w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 409 – 420)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala nie wpłynęły wnioski pacjentów o udostępnienie ich danych z monitoringu wizyjnego, jak również nie wystąpiły przypadki kontroli przez pacjentów przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 439 – 445)

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 19 grudnia 2017 r. oględzin dwóch rejestratorów ustalono, że przechowywały one zarejestrowany obraz przez okres wskazany w *Instrukcji zarządzania systemem monitoringu wizyjnego*, tj. jeden rejestrator przez dziewięć, a drugi – 12 dni. Dostęp do rejestratorów zabezpieczony był loginem i hasłem. ABI i Starszy Inspektor, działający z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśnili, że okres przechowywania danych na rejestratorach podyktowany jest właściwościami technicznymi urządzeń. W okresie funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego nie stwierdzono, aby okres przechowywania danych był niewystarczający.

(dowód: akta kontroli str. 206 – 207, 323, 446 – 452)

2.6. W sprawie skuteczności systemu monitoringu wizyjnego ABI, działając z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśniła, że system pełnił rolę prewencyjną, tj. zapobiegał występowaniu zdarzeń niepożądanych. Nie posiadała jednak informacji w ilu przypadkach system zapobiegł aktom wandalizmu, kradzieży czy innym przestępstwom/wykroczeniom. Dodała, że rozmieszczenie kamer monitoringu w ciągach komunikacyjnych nie może wyeliminować wszystkich zdarzeń niepożądanych, do których może dochodzić również na oddziałach, w tym w salach chorych, gdzie zainstalowanie kamer jest niemożliwe ze względu na ochronę prywatności pacjentów.

Przeprowadzone w trakcie niniejszej kontroli badanie ankietowe wykazało, że instalowanie kamer w Szpitalu w ocenie 58% pacjentów jest potrzebne, 3% – niepotrzebne, a 39% pacjentów nie miało na ten temat zdania.

(dowód: akta kontroli str. 6, 453 – 457)

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

(dowód: akta kontroli str. 453 – 457)

2.8. Funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego nie było przedmiotem innych kontroli i audytów. Zarzuty jakie podnoszono w skargach, które wpłynęły do Szpitala w okresie objętym kontrolą, nie dotyczyły monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 306 – 307)

2.9. Jak wyjaśnili ABI i Starszy Inspektor, działający z upoważnienia Dyrektora Szpitala, 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, analizowane są formularze/druki dokumentów służących gromadzeniu danych pod kątem ich zgodności z wymogami ww. rozporządzenia. W dalszej kolejności, do wymogów RODO zostanie dostosowana dokumentacja ochrony danych

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

osobowych, w tym *Polityka bezpieczeństwa informacji* i *Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi*, która zostanie uzupełniona m.in. o instrukcję postępowania w sytuacjach naruszenia ochrony danych osobowych.

Ponadto, 12–16 grudnia 2016 r.²¹ oraz 1–2 marca 2017 r.²² ABI uczestniczyła w dwóch szkoleniach dotyczących zagadnień związanych z postanowieniami RODO, a następnie, 30 marca 2017 r., przeprowadziła w tym zakresie szkolenie wśród kierowników komórek organizacyjnych Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 421 – 427, 439 – 445)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W obowiązującej w okresie objętym kontrolą polityce bezpieczeństwa nie uwzględniono zbioru danych osobowych z monitoringu wizyjnego, w sytuacji gdy, zgodnie z § 4 pkt 2 i 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r., polityka bezpieczeństwa zawiera w szczególności wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych oraz opis struktury zbiorów danych wskazujący zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi. Dopiero z dniem 3 stycznia 2017 r. wprowadzono regulacje wewnętrzne dotyczące funkcjonowania monitoringu wizyjnego (*Instrukcja zarządzania systemem monitoringu wizyjnego*), w których odniesiono się do kwestii związanych z ochroną danych osobowych pozyskanych z monitoringu wizyjnego oraz organizacji i zasad obsługi systemu.

ABI, działając z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśniła, że dane osobowe z monitoringu wizyjnego stanowią integralną część danych osobowych pozyskiwanych w Szpitalu i obligatoryjnie podlegają obowiązującej polityce bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych. Wyjaśniła ponadto, że *Instrukcja zarządzania systemem monitoringu wizyjnego* została wprowadzona w 2017 r. w związku z wdrażaniem RODO.

NIK zauważa, że zgodnie z art. 36 ust. 2 i art. 39a ustawy o ochronie danych osobowych, administrator danych osobowych winien prowadzić dokumentację, opisującą sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych, w zakresie określonym w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r. Skoro, jak wyjaśniła ABI, dane osobowe z monitoringu wizyjnego podlegały obowiązującej polityce bezpieczeństwa, nie powinna ona pomijać tego zbioru danych i dotyczących go informacji, wymaganych w § 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r.

(dowód: akta kontroli str. 314 – 377, 446 – 457)

2. W Szpitalu nie posiadano dokumentów dotyczących jednego z dwóch przypadków przekazania w okresie objętym kontrolą danych osobowych

²¹ Szkolenie i warsztaty z RODO oraz ochrony danych osobowych dla administratorów danych osobowych i administratorów bezpieczeństwa informacji (organizowane przez Krajowe Stowarzyszenie Ochrony Informacji Niejawnych).

²² Nowa rola administratorów bezpieczeństwa informacji w sektorze ochrony zdrowia w świetle krajowych i unijnych przepisów o ochronie danych osobowych (szkolenie organizowane przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych).

z monitoringu wizyjnego do Komendy Miejskiej Policji w Dąbrowie Górniczej, co świadczy o braku wystarczającej kontroli nad przekazywaniem tych danych, która, w myśl art. 38 ustawy o ochronie danych osobowych, winna być zapewniona przez administratora danych osobowych.

ABI, działając z upoważnienia Dyrektora Szpitala, wyjaśniła, że nie posiada wiedzy na temat zdarzenia kradzieży, jak również przekazanych Policji danych z monitoringu wizyjnego. Wskazała, że do Szpitala nie wpłynęło żadne pismo/wniosek w tej sprawie, nie stwierdzono również skargi od poszkodowanego. Podała, że w tym okresie jedynym pracownikiem poza ABI i Dyrektorem Szpitala upoważnionym do przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego był Starszy Inspektor w Sekcji Utrzymania Obiektu.

Starszy Inspektor w Sekcji Utrzymania Obiektu wyjaśnił, że nie pamięta, czy w 2016 r. przekazał funkcjonariuszom Policji dane z monitoringu wizyjnego, w związku z brakiem dokumentów na tę okoliczność przypuszcza jednak, że tego nie zrobił. Wyjaśnił ponadto, że przekazanie danych z monitoringu wizyjnego następuje wyłącznie po uzyskaniu zgody Dyrektora Szpitala.

NIK wskazuje, że z informacji uzyskanych w toku niniejszej kontroli z Komendy Miejskiej Policji w Dąbrowie Górniczej wynika jednoznacznie, że przekazanie danych osobowych z monitoringu wizyjnego miało miejsce. Funkcjonariusze Policji uzyskali te dane w wyniku czynności przeprowadzonych w Szpitalu w dniu 25 września 2016 r., w związku ze zgłoszeniem kradzieży portfela i dokumentów, która miała miejsce 23 września 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 409 – 420, 458 – 463)

Ocena częściowa

Sposób rozmieszczenia kamer wchodzących w skład monitoringu wizyjnego zapewniał pacjentom poszanowanie prawa do prywatności. W obiekcie umieszczono informacje o jego funkcjonowaniu. W celu zapewnienia ochrony danych osobowych, dostęp do rejestratorów obrazu był zabezpieczony loginem i hasłem. Prowadzono ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych (w tym danych osobowych z monitoringu wizyjnego), zawierającą wymagane elementy. Okres przechowywania zarejestrowanych obrazów zdarzeń nie był dłuższy niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania danych. Nagrania te były udostępnione wyłącznie Policji, jednakże nie zapewniono wystarczającej kontroli nad ich przekazaniem. W polityce bezpieczeństwa nie uwzględniono ponadto zbioru danych osobowych z monitoringu wizyjnego, a zasady funkcjonowania monitoringu wizyjnego uregulowano dopiero 3 stycznia 2017 r.

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 Kontroli²³ kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie

²³ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

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**