



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA – 410.025.01.2017

P/17/103

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 57 72, F +48 22 444 57 62

lwa@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

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 Warszawie
Kontrolerzy	1. Wanda Dąbrowska, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LWA/119/2017 z dnia 7 września 2017 r. 2. Monika Mazurek - Szczepaniak, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LWA/118/2017 z dnia 7 września 2017 r. (dowód: akta kontroli tom I, str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Szpital Bielański im. Ks. J. Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie, ul. Ceglowska 80; 01-809 Warszawa ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dorota Gałczyńska - Zych, Dyrektor Szpitala Bielańskiego. (dowód: akta kontroli tom I, str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Obowiązujące w Szpitalu regulacje wewnętrzne, określające organizację oraz proces udzielania świadczeń zdrowotnych, uwzględniały prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności zagwarantowane w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta².

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pacjenci byli informowani o przysługujących im prawach. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności osób trzecich, uzyskiwano ustną lub pisemną zgodę pacjenta na ich obecność. Warunki organizacyjno-techniczne udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu umożliwiały zachowanie prawa pacjenta do prywatności, za wyjątkiem przypadków umieszczania łóżek na korytarzach szpitalnych. W ocenie NIK, leczenie oraz pielęgnacja pacjenta na korytarzu, na którym przebywali inni pacjenci bądź osoby postronne mogło wywołać u pacjenta poczucie naruszenia jego prawa do intymności.

W ocenie części ankietowanych przez NIK pacjentów Szpitala, prawo do prywatności w Szpitalu naruszane było m.in:

- w czasie udzielania informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu (19,7% ankietowanych pacjentów),
- w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów (17,5% ankietowanych pacjentów).

Regulacje wewnętrzne dotyczące funkcjonowania monitoringu wizyjnego w szpitalu odnosiły się do kwestii związanych z ochroną prywatności pacjenta oraz ochroną danych osobowych. Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego było zgodne z ustawą z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych³. Zastosowane środki

¹ Dalej: Szpital Bielański lub Szpital.

² Dz. U. 2017 r., poz. 1318 j.t.

³ Dz. U. 2016 r., poz. 922 j.t, zwana dalej ustawą o ochronie danych.

techniczne i organizacyjne gwarantowały ochronę przetwarzanych danych osobowych uzyskanych z monitoringu wizyjnego.

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości polegały na:

- nieprzestrzeganiu regulacji wewnętrznych⁴ w zakresie czasu przechowywania nagrań z monitoringu zapisanych na nośnikach (rejestratorach),
- braku analiz skuteczności funkcjonującego systemu monitoringu wizyjnego pod kątem postawionych mu celów oraz jego wpływu na prawa pacjentów do prywatności.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Obowiązujące w Szpitalu Bielańskim wewnętrzne regulacje, określające organizację i proces udzielania świadczeń zdrowotnych odnosiły się do zagadnień związanych z poszanowaniem prawa do prywatności pacjenta, w tym godności i intymności pacjenta⁵. Zgodnie z ww. regulacjami pacjent Szpitala Bielańskiego ma prawo m.in. do intymności i poszanowania godności w szczególności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych dopuszczono uczestnictwo osób innych niż udzielające tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Do uczestnictwa lub obecności innych osób wymagana była zgoda pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego – zgoda jego przedstawiciela ustawowego. Pracownicy Szpitala zostali zobowiązani m.in. do przestrzegania ogólnie przyjętych form grzecznościowych w bezpośrednich kontaktach z pacjentem i jego rodziną; traktowania z szacunkiem każdego pacjenta i jego rodziny.

(dowód: akta kontroli tom I str. 6-47)

Obowiązki osób odwiedzających pacjentów Szpitala Bielańskiego zostały uregulowane w „Prawach i obowiązkach pacjenta oraz obowiązkach osób odwiedzających”. Osoby odwiedzające pacjentów zostały zobowiązane m.in. do opuszczania sal chorych podczas wizyt lekarskich, zabiegów pielęgnarskich oraz czynności higieniczno – porządkowych. Zgodnie z ww. regulacją jednocześnie przy pacjencie może przebywać nie więcej niż dwie osoby lub jedna osoba w salach o wzmożonym nadzorze oraz w każdym innym przypadku, kiedy takie postępowanie zleci personel medyczny.

(dowód: akta kontroli tom I str. 29, 37 i 44)

W obowiązujących procedurach nie ustalono godzin odwiedzin pacjentów hospitalizowanych, ponieważ jak wyjaśniła Dyrektor Szpitala, stanowi to realizację prawa pacjenta do kontaktu osobistego i/lub dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

(dowód: akta kontroli tom II str. 500)

⁴ Zarządzenia Dyrektora Szpitala Nr 74/2009 z 31 grudnia 2009 r. w sprawie objęcia monitoringiem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Centralnego Bloku Operacyjnego oraz Zarządzenia Nr 65/2014/2 z 20 sierpnia 2014 r. w sprawie powołania Komisji ds. nadzoru nad systemami monitorującymi w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i uchylenia Zarządzenia nr 73/2009.

⁵ Regulamin organizacyjny Szpitala Bielańskiego z 12.02.2015 ujednolicony w grudniu 2016 r., Prawa i obowiązki pacjenta oraz obowiązki osób odwiedzających, Kodeks etyki pracownika Szpitala Bielańskiego, Prawa pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.

Regulacje wewnętrzne nie regulowały zagadnień dotyczących miejsca i sposobu udzielania świadczeń medycznych, zachowania lekarzy w czasie obchodu oraz prowadzenia wywiadu lekarskiego i badań w wieloosobowych salach chorych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 6-47)

1.2. Prawa i obowiązki pacjentów zostały zamieszczone na stronie internetowej Szpitala oraz były dostępne na tablicach ogłoszeń i w punktach pielęgniarskich oddziałów oraz we wszystkich stanowiskach rejestracyjnych SOR⁶.

(dowód: akta kontroli tom I str. 54-84)

Analiza dokumentacji 75 pacjentów⁷ wykazała, że pacjenci przyjmowani do Szpitala składali pisemne oświadczenia o zapoznaniu się z prawami pacjenta. Dwóch pacjentów⁸ nie złożyło takich oświadczeń z powodu braku kontaktu z pacjentem.

(dowód: akta kontroli tom I str. 48-51)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że pacjent po odzyskaniu świadomości, słuchający lub czytający ze zrozumieniem jest informowany o jego prawach przez lekarza prowadzącego.

(dowód: akta kontroli tom II str. 500)

W latach 2015-2017 na terenie Szpitala Bielańskiego były realizowane praktyki studenckie⁹. Przy wejściu do SOR oraz w punktach pielęgniarskich zamieszczono informację o prowadzeniu praktyk zawodowych studentów na SOR. Dodatkowo zgody pacjenta na uczestnictwo studentów przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych były pobierane przez opiekunów praktyk w formie ustnej.¹⁰

(dowód: akta kontroli tom I str. 54-57, tom II str. 500)

Analiza dokumentacji 75 pacjentów¹¹ wykazała, że dziewięciu pacjentów Oddziału Urologicznego¹² wyraziło pisemną zgodę na obecność osób trzecich (np. studentów odbywających praktyki) przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W pozostałych 66 przypadkach nie było obecności osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 48-49 i 52-53)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że Oddział Urologiczny posiada akredytację dla prowadzenia staży specjalizacyjnych z zakresu urologii dla lekarzy innych specjalności - wielokrotnie wiąże się to z obecnością lekarza stażysty na sali operacyjnej. Większość zabiegów urologicznych odbywa się w znieczuleniu lędźwiowym podczas którego pacjent ma świadomość tego co dzieje się na sali operacyjnej. Aby zapewnić pacjentowi komfort psychiczny w tak trudnej i stresującej dla niego sytuacji uprzedzamy o ewentualnej obecności "obserwatora" na sali operacyjnej, co wiąże się z koniecznością podpisania rozszerzonej zgody.

(dowód: akta kontroli tom II str. 500)

⁶ Ustalono na podstawie oględzin przeprowadzonych w pięciu wybranych oddziałach Szpitala: Urologicznym, Otolaryngologicznym, I Oddział Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej i SOR.

⁷ Nr pacjenta z Księgi Oddziałowej: SOR, Oddziału Urologicznego, Oddziału Otolaryngologicznego, Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – 7/2015; 19/2015; 33/2015; 61/2015; 100/2015; 7/2016; 19/2016; 33/2016; 61/2016; 100/2016; 7/2017; 19/2017; 33/2017; 61/2017; 100/2017 oraz I Oddział Chorób Wewnętrznych - 7/2015; 19/2015; 33/2015; 61/2015; 100/2015; 7/2016; 19/2016; 33/2016; 61/2016; 100/2016; 7/2017; 20/2017; 33/2017; 61/2017; 100/2017.

⁸ Nr 33/2016 SOR i Nr 20/2016 I Oddziału Chorób Wewnętrznych.

⁹ Studenckie praktyki zawodowe realizowane były na podstawie umów lub porozumień zawartych między szpitalem a uczelnią.

¹⁰ Zgodnie z art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2017 r. poz. 125, ze zm.) na obecność studentów nauk medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie jest potrzebna zgoda pacjenta.

¹¹ Nr pacjenta z Księgi Oddziałowej: SOR, Oddziału Urologicznego, Oddziału Otolaryngologicznego, Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej – 7/2015; 19/2015; 33/2015; 61/2015; 100/2015; 7/2016; 19/2016; 33/2016; 61/2016; 100/2016; 7/2017; 19/2017; 33/2017; 61/2017; 100/2017 oraz I Oddział Chorób Wewnętrznych - 7/2015; 19/2015; 33/2015; 61/2015; 100/2015; 7/2016; 19/2016; 33/2016; 61/2016; 100/2016; 7/2017; 20/2017; 33/2017; 61/2017; 100/2017.

¹² Nr z Księgi Oddziałowej: 61/2015; 100/2015; 61/2016; 19/2016; 100/2016; 7/2017; 19/2017; 33/2017 i 61/2017.

1.3. W toku kontroli dokonano oględzin warunków organizacyjno–technicznych pięciu Oddziałów Szpitala¹³ pod kątem zapewnienia pacjentowi prawa do prywatności. Wyniki oględzin wykazały, że zastosowane na oddziałach rozwiązania umożliwiały przestrzeganie praw pacjentów do poszanowania ich intymności i godności.

Stanowiska rejestracyjne SOR zorganizowane zostały w formie „boksów” i oddalone od pozostałych pacjentów oczekujących na rejestrację lub na konsultację lekarską. Stanowiska na salach wstępnej intensywnej terapii (strefa czerwona) oraz stanowiska w wieloosobowych salach obserwacyjno – konsultacyjnych strefy żółtej i zielonej zostały odizolowane sufitowo - naściennymi i przenośnymi parawanami, uniemożliwiającymi bezpośrednią obserwację pacjentów. Wejścia na sale obserwacji, sale zabiegowe i konsultacyjne wyposażone w sygnalizację „nie wchodzić”.

W przypadku pozostałych oddziałów szpitalnych poddanych oględzinom, punkty przyjęć pacjentów oraz pomieszczenia, w których prowadzone były wywiady lekarskie czy rozmowy z rodziną zorganizowane zostały w sposób zapewniający zachowanie intymności i poufności. Wszystkie sale chorych tych oddziałów wyposażone były w węzły sanitarne przystosowane dla osób niepełnosprawnych. Wieloosobowe sale chorych były oddzielne dla kobiet i mężczyzn. Wejście do sal chorych znajdowało się bezpośrednio z korytarza. Wieloosobowe sale chorych Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej zostały wyposażone w zamocowane na stałe kotary oddzielające od siebie sąsiadujące łóżka pacjentów. Wszystkie oddziały posiadały do dyspozycji parawany przenośne w celu osłonięcia pacjenta w trakcie udzielania świadczeń pacjentom oraz do oddzielenia i zasłonięcia pacjentów leżących na korytarzu. Wyniki oględzin wykazały, że na korytarzach dwóch¹⁴ z pięciu kontrolowanych oddziałów umieszczono ośmiu pacjentów, których łóżka, odgródzone były od siebie parawanami. Od strony korytarza pacjenci nie byli odsłonięci parawanami.

(dowód: akta kontroli tom I str. 54-84)

Ordynatorzy Oddziałów, wyjaśnili, że ustawienie łóżek na korytarzach wynikało z braku miejsc w salach chorych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 77,81)

1.4. W okresie objętym kontrolą do Rzecznika Praw Pacjenta wpłynęły dwa wnioski o wszczęcie postępowania wyjaśniającego w związku z naruszeniem przez personel Szpitala praw pacjenta do intymności i godności¹⁵. Jedno postępowanie wyjaśniające¹⁶, potwierdziło naruszenie prawa do intymności i godności pacjentki w wyniku przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i prowadzenia rozmowy z psychologiem na sali chorych w obecności innych pacjentów przy jednoczesnym braku zgody pacjenta na udzielanie informacji o jego stanie zdrowia w obecności osób trzecich.

W związku z ww. ustaleniami, Rzecznik Praw Pacjenta zalecił Szpitalowi m.in: pouczenie personelu medycznego o prawidłowej realizacji prawa do poszanowania intymności pacjenta; przypomnienie personelowi o konieczności przekazywania pacjentowi informacji o jego stanie zdrowia w odpowiedni sposób oraz pouczenie personelu Szpitala o obowiązujących przepisach w zakresie prawa do informacji oraz intymności i godności.

¹³ Oddział Urologiczny, Oddział Otolaryngologiczny, Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, I Oddział Chorób Wewnętrznych i SOR.

¹⁴ Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, I Oddziału Chorób Wewnętrznych.

¹⁵ Wniosek z dnia 17.03.2015 r. (sygnatura RzPP-ZPR.432.55.2015) – w postępowaniu wyjaśniającym nie stwierdzono naruszenia praw pacjenta, Wniosek z dnia 09.11.2015 r. (sygnatura RzPP-ZPR.431.2778.2015) – w postępowaniu wyjaśniającym stwierdzono naruszenia praw pacjenta.

¹⁶ RzPP-ZPR.431.2778.2015.

Dyrekcja Szpitala Bielańskiego pismem z dnia 10.10.2016 r. poinformowała Rzecznika Praw Pacjenta o pełnej realizacji zaleceń.

W latach 2015 – 2017 (do 31.08) do Szpitala Bielańskiego nie wpłynęły skargi na naruszenie prawa do intymności i godności pacjentów.

(dowód: akta kontroli tom I str. 98-99 i 114-115)

W latach 2015 – 2017 (do 31.08) w Szpitalu nie były prowadzone kontrole lub audyty zewnętrzne w zakresie przestrzegania prawa pacjenta do prywatności. Wyniki pięciu audytów wewnętrznych¹⁷, przeprowadzonych m.in. w zakresie przestrzegania zasad prywatności oraz praw pacjenta przez personel szpitala nie wykazały nieprawidłowości.

(dowód: akta kontroli tom I str. 116-125)

Corocznie wśród pacjentów przeprowadzano ankietę satysfakcji, w której ocenie pacjentów poddawano m.in. zapewnienie dyskrecji przy rejestracji pacjenta, uprzejmość i kulturę osobistą, okazywanie zainteresowania i empatii przez personel Szpitala, zapewnianie intymności przez personel lekarski i pielęgniarski podczas wykonywanych badań i zabiegów oraz informowanie pacjenta o jego prawach i obowiązkach. Analizy ankiet (przeprowadzonych w latach 2015 i 2016) wykazały, zagrożenie¹⁸ lub konieczność podjęcia działań zapobiegawczych¹⁹ w obszarze poinformowania pacjenta o jego prawach i obowiązkach oraz obowiązkach osób odwiedzających, natomiast w pozostałych obszarach zadowolenie. Do dnia zakończenia kontroli nie dokonano analizy badania zadowolenia pacjenta za 2017 r.

(dowód: akta kontroli tom I str. 126-216)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że wyniki z analiz stanowią element oceny jakości usług medycznych świadczonych przez Szpital. Pozwalają również zidentyfikować ewentualne słabe punkty i obszary do doskonalenia, np. po przedstawieniu wyników badania za rok 2016 zwrócono szczególną uwagę na obowiązek noszenia identyfikatorów oraz zapoznania pacjentów z ich prawami oraz topografią Szpitala. Zakończenie analiz badania zadowolenia/satysfakcji pacjenta za 2017 r. przewiduje się na styczeń 2018 r.

(dowód: akta kontroli tom II str. 500)

W toku niniejszej kontroli przeprowadzono badanie ankietowe wśród 91 pacjentów pięciu Oddziałów Szpitala Bielańskiego²⁰, którzy dokonali oceny Szpitala pod kątem zachowania intymności i godności oraz informowania o prawach pacjenta, Analiza wyników wykazała, że:

- 60,4% pacjentów stwierdziło, że zostali poinformowani o przysługujących prawach i obowiązkach, 20,8% ankietowanych pacjentów przyznało, że nie zostali poinformowani o przysługujących prawach i obowiązkach, a pozostali pacjenci nie pamiętali o ich poinformowaniu;
- 91,2% pacjentów stwierdziło, że nie doznali aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel medyczny, 6,6% ankietowanych pacjentów przyznało, że podczas pobytu w szpitalu doznała aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel medyczny;
- 90,1% badanych pacjentów stwierdziło, że nie naruszono ich intymności poprzez przeprowadzenie wywiadu przy innych pacjentach; 7,7% ankietowanych

¹⁷ W 2015 r. przeprowadzono trzy audyty: nr 5/1/2015 – Oddział Pediatryczny; 3/2015 – I Oddział Chorób Wewnętrznych i 18/2015 – Zespół Leczenia Środowiskowego i Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny. W 2016 r. przeprowadzono dwa audyty: 2/1/2016 – II Oddział Wewnętrzny i 8/2016 – Oddział Kardiologiczny (Poradnia Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Pracownia Elektrofizjologii i Elektroterapii Kardiologicznej, Pracownia Holterów i Testów Wysiłkowych, Pracownia Echo i Pracownia Hemodynamiki).

¹⁸ Za okres od 01.01.2015 do 30.06.2016 r.

¹⁹ Za II półrocze 2016 r.

²⁰ W tym: 22 pacjentów Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej; 33 pacjentów I Oddziału Chorób Wewnętrznych; 10 pacjentów Oddziału Urologicznego; 13 pacjentów Oddziału Otolaryngologicznego i 13 pacjentów SOR.

pacjentów przyznało, że naruszono ich prywatność poprzez przeprowadzanie wywiadu przy innych osobach / pacjentach;

- 72,5% ankietowanych stwierdziło, że nie naruszano ich prywatności podczas udzielania informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich; 19,7% ankietowanym pacjentów przyznało, że naruszano ich prywatność w czasie udzielania informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu;
- 84,6% pacjentów stwierdziło, że gabinety, w których udzielano świadczeń zdrowotnych były zabezpieczone przed dostępem osób trzecich, 5,4% ankietowanych przyznało, że nie zabezpieczano gabinetów, przed dostępem osób trzecich;
- 81,3% pacjentów stwierdziło, że nie udzielano świadczeń zdrowotnych na salach wieloosobowych bez użycia parawanów, 17,5% pacjentów przyznało, że udzielano świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów;
- 71,4% ankietowanych pozytywnie oceniło warunki pobytu oraz warunki higieniczno– sanitarne w oddziałach w zakresie zapewnienia prywatności oraz poczucia intymności i godności, a zdaniem 14,2% ankietowanych pacjentów warunki sanitarno-higieniczne nie zapewniały prywatności.

(dowód: akta kontroli tom I str. 217)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK dostrzegając działania Szpitala podejmowane w celu wyeliminowania przypadków naruszania prawa pacjentów do intymności i godności stwierdzonych w wyniku analizy ankiet satysfakcji zwraca uwagę, że ankieta przeprowadzona w toku kontroli wykazała, że nadal kilkanaście procent pacjentów odczuwa dyskomfort spowodowany wkraczaniem w sferę ich intymności i godności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Ponadto umieszczenie pacjentów na dodatkowych łóżkach na korytarzach, bez osłonięcia ich od strony korytarza, uniemożliwia zachowanie prawa do intymności.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Regulacje wewnętrzne określające organizację i proces udzielania świadczeń zdrowotnych odnosiły się do zagadnień związanych z poszanowaniem prawa do prywatności pacjenta. Analiza dokumentacji 75 pacjentów wykazała, że byli oni informowani o przysługujących im prawach, jednak 20,8% ankietowanych pacjentów stwierdziło, że nie zostali poinformowani w tym zakresie. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności osób trzecich uzyskiwano ustną lub pisemną zgodę pacjenta na ich obecność.

Regulacje nie uwzględniały kwestii dotyczących miejsca i sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz prowadzenia obchodu lub wywiadu lekarskiego. Warunki organizacyjno-techniczne w Szpitalu w zasadzie umożliwiały zachowanie prawa do prywatności pacjenta. Jednakże leczenie oraz pielęgnacja pacjenta umieszczonego na dodatkowym łóżku na korytarzu szpitalnym, na którym przebywają inni pacjenci bądź osoby postronne mogło wywoływać u pacjenta uzasadniony dyskomfort psychiczny.

Wyniki ankiet przeprowadzonych przez NIK wśród pacjentów szpitala wykazały, że w ocenie części pacjentów prawo do prywatności w Szpitalu naruszane było m.in: w czasie udzielania informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu (19,7% ankietowanych pacjentów) lub podczas udzielania

świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów (17,5% ankietowanych pacjentów).

2. Organizacja i funkcjonowanie monitoringu wizyjnego oraz rejestracji rozmów między pacjentami i lekarzami (monitoring głosowy).

Opis stanu
faktycznego

2.1. W celu zabezpieczenia bezpieczeństwa osób i mienia w 2002 r. zainstalowano system monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli tom I str. 218, tom II str. 500)

Zarządzeniem²¹ Dyrektora Szpitala określono zasady funkcjonowania monitoringu wizyjnego oraz przechowywania i dostępu do nagrań z kamer. Ustalono, że prowadzenie monitoringu nie może naruszać praw i godności pacjentów oraz uwzględniać prawa do tajemnicy informacji z nim związanych. Kamery monitoringu nie mogły być umieszczone w miejscach, w których mogłaby zostać naruszona prywatność pracowników i pacjentów. Nadzór nad wykonaniem zarządzenia został powierzony Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa.

(dowód: akta kontroli tom I str. 219-221)

2.2. W skład systemu monitoringu wizyjnego wchodzi 48 kamer, w tym 36 zainstalowanych w szpitalnym oddziale ratunkowym²², siedem na oddziale pediatrycznym, cztery w oddziale psychiatrycznym oraz jedna na oddziale neurochirurgii²³. W toku kontroli dokonano oględzin pięciu Oddziałów Szpitala²⁴ w zakresie funkcjonowania monitoringu wizyjnego. Stwierdzono, że na oddziale SOR działa 36 kamer, w tym z siedmiu kamer obraz nie był dostępny. Wyłączone kamery znajdowały się w pomieszczeniach personelu SOR²⁵, w sali zabiegowej, w punkcie rejestracyjnym szpitalnego oddziału ratunkowego w części pediatrycznej i części ginekologiczno położniczej. Jedna z kamer została wyłączona z powodu trwającego remontu.

(dowód: akta kontroli tom I str. 54-71)

Ordynator SOR wyjaśnił, że decyzję o wyłączeniu kamer podjęła Dyrekcja Szpitala przed 2015 r., po doniesieniach medialnych dotyczących naruszenia intymności personelu i pacjenta w innym warszawskim szpitalu. Kamer nie zdemontowano ze względów estetycznych.

(dowód: akta kontroli tom I, str. 254)

Z włączonych 29 kamer, 10 kamer zainstalowano w ciągach komunikacyjnych, dziewięć w salach obserwacyjnych, cztery w rejestracji pacjentów, po jednej kamerze zainstalowano w gabinecie konsultacyjnym ortopedy, w sali zabiegowej, w gabinecie lekarskim, w sali triażowej, w części pediatrycznej oraz na podjazd dla karetek

(dowód: akta kontroli tom I str. 54-71)

Ordynator Oddziału wyjaśnił, że w salach obserwacyjno-konsultacyjnych, w których znajdują się kamery monitoringu wykonywane są procedury diagnostyczne – terapeutyczne (trwające nawet do kilkunastu godzin) np. ocena skali bólu, pomiar

²¹ nr 74/2009 z 31 grudnia 2009 r., w sprawie objęcia monitoringiem szpitalnego oddziału ratunkowego oraz centralnego bloku operacyjnego.

²² Dalej SOR.

²³ 36 kamer wchodzących w skład monitoringu wizyjnego SOR (w tym 33 w strefie czerwonej, żółtej i zielonej SOR, 2 w strefie SOR Oddziału pediatrycznego i 1 w strefie SOR Oddziału Ginekologiczno – Położniczego), 7 kamer działających lokalnie w Oddziale Pediatrycznym, 4 kamery działające lokalnie w Oddziale Psychiatrycznym i 1 kamera na Sali operacyjnej Oddziału Neurochirurgii.

²⁴ Oddział Urologiczny, Oddział Otolaryngologiczny, Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, I Oddział Chorób Wewnętrznych i SOR.

²⁵ Cztery.

ciśnienia tętniczego, podanie leków drogą doustną lub dożylną, kontrola parametrów życiowych. W każdej sali znajdują się parawany (sufitowe, naścienne i przenośne), które są wykorzystywane podczas tych czynności i które umożliwiają zachowanie intymności pacjentów. Obraz z zainstalowanych kamer daje możliwość bieżącego podglądu stanu pacjenta. Biorąc pod uwagę zakres świadczeń w nich wykonywanych nie naruszają intymności pacjentów.

(dowód: akta kontroli tom I str. 253-255)

Odnosząc się do zasadności umieszczenia kamer w sali triażowej, pokoju lekarskim, w gabinecie konsultacyjnym ortopedy Ordynator SOR wyjaśnił, że w czasie kiedy te kamery były montowane pomieszczenia te były przeznaczone do innych celów. W obecnej sali triażowej była sala obserwacji przeznaczona dla chirurgii dzieci, w pokoju lekarskim oraz w gabinecie konsultacyjnym ortopedy były pokoje obserwacyjne. Po zmianie przeznaczenia tych pomieszczeń kamery zostały pozostawione ze względu na bezpieczeństwo pacjenta i personelu. W pokoju lekarskim nie są wykonywane żadne zabiegi, w gabinecie konsultacyjnym ortopedy wykonuje się np. pomiar ciśnienia tętniczego, podanie leków drogą doustną lub dożylną, kontrolę parametrów życiowych. W pomieszczeniu triażowym wykonywane są zabiegi wstępnej oceny medycznej (np. ocena skali bólu, pomiar ciśnienia i tętna). W pomieszczeniu tym nie jest wykonywane pełne badanie lekarskie przez ratownika lub pielęgniarkę.

(dowód: akta kontroli tom I str. 254)

Wszystkie zamontowane kamery są nieobrotowe, działają w trybie analogowym i nie posiadają funkcji „strefa prywatności” i nagrywania dźwięku.

Podgląd obrazu z 29 działających kamer możliwy był na monitorze znajdującym się w zamkniętym na klucz pomieszczeniu Pielęgniarki Oddziałowej SOR. Ponadto na dwóch monitorach umieszczonych w punktach pielęgniarskich dostępny był podgląd z 15 kamer. Ustawienie monitorów uniemożliwiało podgląd osobom trzecim.

Obraz z kamer był niskiej jakości, ale pozwalał na zidentyfikowanie osoby.

(dowód: akta kontroli tom I str. 54-67)

Z 29 zainstalowanych kamer 17²⁶ działało w trybie rejestracji zapisu, 12²⁷ umożliwiało podgląd obrazu w czasie rzeczywistym.

W dniu oględzin pod rejestrator nr 1 podłączonych było 16 kamer z czego 7 działało w trybie zapisu, pod rejestrator nr 2 – 11 kamer z czego 8 działało w trybie zapisu, a pod rejestrator nr 3 podłączone były 2 kamery rejestrujące obraz.

(dowód: akta kontroli tom I str. 234-246)

W okresie objętym kontrolą²⁸ koszt utrzymania, obsługi, modernizacji i napraw systemu monitoringu wizyjnego wyniósł ogółem 3.593 zł. W planie finansowym Szpitala na 2017 r. zarezerwowano kwotę 97.000 zł, w związku z planowanym wykonaniem nowej instalacji monitoringu wizyjnego (opartego na kamerach cyfrowych z sygnałem przekazywanym przez dedykowaną sieć komputerową).

(dowód: akta kontroli tom I str. 218)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że aktualny system monitoringu wizyjnego zamontowany w pomieszczeniach SOR oparty jest na kamerach analogowych, nagrywających obraz w standardzie TV – PAL (650 linii). System ten jest już mocno wyeksploatowany i przestarzały technologicznie. Dlatego też nie jest możliwe rozpoznanie niektórych szczegółów. Dodatkowo, aktualna przestrzeń dyskowa jest zbyt mała. Planowana modernizacja zapewni przestrzeń dyskową o wielkości 98 TB - aktualnie – 7 TB.

²⁶ W tym dziewięć w ciągach komunikacyjnych, cztery w rejestracji pacjentów SOR, po jednej w gabinecie konsultacyjnym ortopedy, w gabinecie lekarskim, w sali triażowej, miejscu podjazdu karetek.

²⁷ W tym dziewięć w sali obserwacyjnej, jedna w sali zabiegowej i jedna w ciągu komunikacyjnym, jedna przy rejestracji SOR w części pediatrycznej.

²⁸ Według stanu na 29 września 2017 r.

Istniejące rozwiązanie oparte na dyskach SATA, a nie na macierzy RAID, nie posiada odpowiedniej redundancji²⁹. Może to doprowadzić do utraty części zarchiwizowanych danych, w przypadku awarii jednego z dysków. Nowe - pozwoli odtworzyć istotną część nagrań, dzięki odpowiedniej kopii zapasowej.

(dowód: akta kontroli tom I str. 218, tom II str. 500-501)

Zgodnie z umową zawartą 26 października 2017 r. z wykonawcą na modernizację systemu monitoringu wizyjnego zakończenie całości robót i odbiór przedmiotu zamówienia przewidziano do 17.11.2017 r.

(dowód: akta kontroli tom I str. 261-272)

2.3. Na drzwiach wejściowych oraz wewnątrz Szpitala umieszczono tablice informujące o funkcjonującym monitoringu wizyjnym o następującej treści: „Monitoring prowadzony jest przez Szpital Bielański im. Ks. Jerzego Popiełuszki, ul. Ceglowska 80 w celu zapewnienia bezpieczeństwa osób i mienia oraz obejmuje w SOR obszar segregacji medycznej i przyjęć w tym kryty podjazd dla karettek, strefę przyjęć i segregacji medycznej pacjentów, poczekalnię dla pacjentów i rodzin, obszar konsultacyjny w zakresie punktów pielęgniarstwa, ciągi komunikacyjne.

(dowód: akta kontroli tom I str. 54-84 i 222-233)

2.4. Sposób przetwarzania danych oraz środki zapewniające ochronę przetwarzania danych, w tym pochodzących z monitoringu wizyjnego określa polityka bezpieczeństwa oraz instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych³⁰. Zgodnie z polityką bezpieczeństwa przetwarzanie danych osobowych pochodzących z monitoringu wizyjnego odbywa się m.in. w obszarze SOR, w punkcie konsultacyjnym SOR przy Oddziale Pediatrycznym oraz w punkcie konsultacyjnym SOR przy Oddziale Ginekologiczno-Położniczym, które objęte zostały monitoringiem wizyjnym. Zbiór danych pn. „Monitoring wizyjny” został wpisany 30 marca 2017 r. do „Rejestru zbiorów danych osobowych przetwarzanych w Szpitalu Bielańskim przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji”

(dowód: akta kontroli tom I str. 291-360)

Dyrektor Szpitala zarządzeniem nr 21/2013 z 11 marca 2013 r. wyznaczyła Administratora Bezpieczeństwa Informacji (ABI), do zadań którego należy nadzorowanie przestrzegania zasad ochrony danych osobowych oraz stosowanych środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych osobowych, a w szczególności zabezpieczenie danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych³¹.

ABI został zarejestrowany w ogólnopolskim, jawnym rejestrze administratorów bezpieczeństwa informacji prowadzonym przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 273-279)

W skład informatycznego systemu monitoringu wizyjnego SOR wchodziło 36 kamer, trzy rejestratory, trzy monitory oraz program do przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego „PSS – Pro Sureillance System”. W instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych ustalono wysoki poziom bezpieczeństwa danych osobowych dla wszystkich systemów informatycznych wykorzystywanych w Szpitalu do przetwarzania danych osobowych, w tym dla monitoringu wizyjnego. W opisie struktury zbiorów danych

²⁹ Czyli podwojenia elementów systemu - tak, aby w razie awarii jednego z nich element rezerwowo natychmiast przejął jego rolę bez utraty danych.

³⁰ Polityka bezpieczeństwa Szpitala Bielańskiego im. Ks. Jerzego Popiełuszki SP ZOZ w Warszawie oraz Instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych Szpitala Bielańskiego im. Ks. Jerzego Popiełuszki SP ZOZ w Warszawie wprowadzone w życie zarządzeniem nr 61/2013/5 z 03.10.2013 r. i zmienione zarządzeniem nr 16/2015 z 12.02.2015 r. i zarządzeniem nr 17/2017 z 27.02.2017 r.

³¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

wskazujących zawartość poszczególnych pól informatycznych i powiązania między nimi oraz sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami nie uwzględniono opisu struktury zbioru danych dla programu PSS – Pro Sureillance System.

(dowód: akta kontroli tom I str. 302, 316 i 322)

Kierownik Działu Informatycznego wyjaśnił, że funkcjonujący system monitoringu wizyjnego jest systemem informatycznym odseparowanym od innych systemów funkcjonujących w Szpitalu. Biorąc pod uwagę zagrożenia oraz kategorie przetwarzanych danych zastosowano wysoki poziom bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych we wszystkich systemach informatycznych. Ponadto o poziomie decyduje bezpieczeństwa charakter oraz rodzaj danych osobowych przetwarzanych w Szpitalu ze szczególnym uwzględnieniem tzw. danych sensytywnych (szczególnie chronionych).

(dowód: akta kontroli tom I str. 251-252)

Funkcjonujący system informatyczny monitoringu wizyjnego nie spełnia wymagań określonych w § 7 ust. 1 pkt 2,3,4,5 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 osobowych³².

W § 29 ust. 5 „Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych Szpitala Bielańskiego”, Szpital zagwarantował sobie możliwość odnotowywania informacji o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 3,4,5 w formie pisemnej (w postaci papierowej lub elektronicznej), jeżeli system informatyczny nie spełnia wszystkich wymogów, o których mowa w § 7 ust. 1. Zapisy te zostały zaakceptowane podczas kontroli GİODO.

(dowód: akta kontroli tom I str. 251-252)

Kierownik Działu Informatyki wyjaśnił, że system nie posiada możliwości wprowadzenia identyfikatora użytkownika wprowadzającego dane osobowe do systemu (ust. 1 pkt 2), ponieważ dane wizyjne rejestrują automatycznie kamery (bez udziału użytkownika). W przypadku funkcjonującego systemu nigdy nie wystąpi sytuacja określona w ust. 1 pkt 3, ponieważ dane osobowe zbierane są zawsze od osób, których dotyczą. W Szpitalu Bielańskim nie odnotowano przypadku udostępnienia danych odbiorcom w rozumieniu art. 7 pkt 6 ustawy o ochronie danych osobowych. Sprzeciw o którym mowa w art. 32 ust. 1 pkt 8, w świetle obowiązujących przepisów prawa, jest nierealny do zrealizowania.

System nie umożliwia wygenerowania raportu o którym mowa w ust. 3, ponieważ wymogi określone w § 7 ust 1 pkt 2-5 są niemożliwe do zrealizowania.

(dowód: akta kontroli tom I str. 251-252)

W okresie objętym kontrolą ABI sprawował nadzór nad stosowanymi środkami technicznymi i organizacyjnymi zapewniającymi ochronę przetwarzanych danych osobowych oraz nadzór nad funkcjonowaniem systemu zabezpieczeń wdrożonym w celu ochrony danych osobowych; nad obiegiem, przechowywaniem i odpowiednim zabezpieczaniem dokumentów zawierających dane osobowe oraz nad udostępnianiem danych osobowych. Ww. czynności realizowane były głównie poprzez sprawdzanie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz opracowanie w tym zakresie sprawozdania dla administratora danych, nadzorowanie opracowania i aktualizowania dokumentacji. Ponadto ABI prowadził bieżącą współpracę w Kierownikiem Działu Informatycznego, kierownikami komórek organizacyjnych i osobami zajmującymi samodzielne stanowiska w Szpitalu; prowadził kontrole i oględziny zabezpieczania dokumentów

³² Dz. U. z 2004 r. Nr 100, poz. 1024.

zawierających dane osobowe przed dostępem osób nieuprawnionych oraz dokonywał bieżącej weryfikacji przesyłania danych osobowych w ramach sieci publicznej (Internet).

(dowód: akta kontroli tom II str. 384-397)

Monitor podglądu wszystkich 29 działających kamer, rejestratory obrazu oraz komputer służący do zgrywania danych z rejestratorów znajduje się w zamkniętym na klucz pomieszczeniu Pielęgniarki Oddziałowej SOR. Komputer podłączony pod rejestratory zabezpieczony był hasłem. Hasła dostępu do komputera posiadają cztery osoby³³. Maksymalny okres ważności hasła wynosi 30 dni. Możliwość wstecznego podglądu z zapisu oraz zgrania danych na nośnik przenośny posiada m.in. Członek Komisji ds. nadzoru nad systemami informatycznymi – Kierownik Działu Informatycznego oraz firma zewnętrzna wykonująca konserwację systemu na podstawie umowy.

(dowód: akta kontroli tom I str. 54-56 i 234-246)

2.5. W okresie objętym kontrolą pomiędzy Administratorem danych, a podmiotem zewnętrznym³⁴ została zawarta umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych, w celu niezbędnym do realizacji umowy na wykonanie konserwacji nad systemami kontroli przejścia i monitoringu wizyjnego. Zakres powierzonych do przetwarzania danych obejmował wizerunek osób znajdujących się na obszarze objętym monitoringiem oraz miejsce i czas zdarzenia. Wykonawca nie został uprawniony do przekazywania danych osobom trzecim, z wyjątkiem osób współpracujących lub pracujących dla Administratora danych. W ww. umowie Administrator danych zastrzegł sobie prawo do kontroli zgodności przetwarzania danych osobowych w odniesieniu do postanowień umowy oraz prawo przeprowadzenia niezapowiedzianej kontroli, stosownie do brzmienia art. 24 ust. 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

(dowód: akta kontroli tom I str. 366-371, 376-381)

W okresie objętym kontrolą Administrator danych nie przeprowadzał kontroli przetwarzania danych przez podmiot któremu powierzono ich przetwarzanie.

(dowód: akta kontroli tom I str. 366-371, 376-381)

2.6. Dyrektor Szpitala Bielańskiego zarządzeniem³⁵ w sprawie powołania Komisji ds. nadzoru nad systemami monitorującymi w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym upoważniła członków ww. Komisji do przetwarzania danych zawartych w systemie monitorującym. W Szpitalu Bielańskim nie były nadawane odrębne upoważnienia do przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego. ABI wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą, na podstawie udzielonego upoważnienia przez Administratora danych nadawał upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, zgodnie z indywidualnym zakresem obowiązków wraz z zobowiązaniem do zachowania w tajemnicy danych osobowych oraz sposobów ich zabezpieczania. Upoważnienia do przetwarzania danych osobowych nadawane są w oparciu o 26 wzorów (w tym 15 wariantowych dla osób wykonujących zawód medyczny albo dla osób niewykonujących zawodu medycznego), w zależności od stosunku prawnego łączącego osobę upoważnioną ze Szpitalem Bielańskim będącym Administratorem danych, czy też na podstawie umów z innymi Administratorami danych (podmiotami zewnętrznymi). Upoważnienia nadawane są na bieżąco niezwłocznie po otrzymaniu przez ABI aktualnych informacji odnośnie osób, z którymi nawiązano lub rozwiązano stosunek pracy w Szpitalu, osób rozpoczynających lub kończących świadczenie usług na podstawie umów cywilnoprawnych oraz dotyczących wolontariuszy i osób,

³³ Pielęgniarka Oddziałowa SOR, Zastępca Pielęgniarki Oddziałowej SOR, Kierownik Działu Informatycznego oraz Pracownik Działu Informatycznego wchodzący w skład Komisji ds. monitoringu.

³⁴ Umowa z 01.09.2016 r. i z 01.09.2017 r.

³⁵ Nr 65/2014/2 z 20 sierpnia 2014 r. w sprawie powołania Komisji ds. nadzoru nad systemami monitorującymi w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i uchylecia zarządzenia nr 73/2009.

które odbywają w Szpitalu staże lub praktyki, a także o nadanych lub cofniętych identyfikatorach, jeżeli dane osobowe są przetwarzane w systemie informatycznym. Jednocześnie osoby, o których wyżej mowa, wpisywane są na bieżąco przez ABI do ewidencji osób upoważnionych do ich przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Bielańskim³⁶, zgodnie z wymaganiami przewidzianymi w art. 39 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych. Zapoznanie osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami odbywa się podczas indywidualnego szkolenia, w zakresie niezbędnym do wykonywanej pracy lub świadczonych usług na rzecz Szpitala. Powyższy fakt potwierdzany jest pisemnie przez osobę szkoloną na odpowiednim formularzu. Ponadto ABI prowadzi planowane szkolenia wewnętrzne w ramach poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala lub szkolenia podjęte z własnej inicjatywy. Na stronie internetowej Szpitala zostały zamieszczone m.in.: prezentacje i opracowania ABI z zakresu odpowiedzialności prawnej za naruszenie przepisów o ochronie danych i praktyczne aspekty ochrony danych osobowych w podmiocie leczniczym; wybrane zagadnienia z procedur dotyczących ochrony danych osobowych; akty prawne w zakresie ochrony danych osobowych oraz najważniejsze wystąpienia oraz stanowiska Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 221, tom II str. 382-436)

2.7. W Szpitalu nie opracowano procedur wewnętrznych dotyczących postępowania przy przekazywaniu zgranego nagrania instytucją uprawnioną.

(dowód: akta kontroli tom I str. 249-250)

Ordynator SOR wyjaśnił, że wypracowana i stosowana praktyka w tym zakresie jest następująca: po otrzymaniu pisma o zabezpieczenie i wydanie nagrania z monitoringu wizyjnego uprawnionym podmiotom (policja, prokuratura), osoba z Komisji ds. nadzoru nad systemami monitorującymi odszukuje w zbiorze informatycznym nagrany fragment, zgrywa na dysk przenośny i przekazuje do Działu Statystyki Medycznej, który przygotowuje pismo przewodnie i przekazuje cały materiał Dyrektorowi Szpitala do podpisu i wysłania zainteresowanym instytucjom.

(dowód: akta kontroli tom I str. 254-255)

Uprawnienia do zgrywania zarejestrowanego obrazu posiadają Pracownicy Działu Informatycznego, którzy wchodzili w skład Komisji ds. nadzoru nad systemami monitoringu. W przypadku konieczności udostępnienia zapisów z monitoringu upoważnionym podmiotom (np. prokuratura) upoważniony pracownik (posiadający login i hasło dostępu) dokonuje zgrania danych na dysk twardy komputera dedykowanego, który posiada specjalistyczne oprogramowanie, a następnie na płytę CD.

(dowód: akta kontroli tom I str. 249-250)

W okresie objętym kontrolą Szpital Bielański na prośbę upoważnionych podmiotów czterokrotnie udostępniał zapis z monitoringu wizyjnego³⁷.

dowód: akta kontroli tom I str. 256-260)

2.8. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki skorzystania z prawa do kontroli przetwarzania danych przez pacjentów, o którym mowa w art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

(dowód: akta kontroli tom II str. 540-542)

2.9. Zgodnie Zarządzeniami Dyrektora Szpitala³⁸ czas przechowywania informacji zapisanych na nośnikach wynosi 90 dni od chwili nagrania. Po tym czasie dane kasowane są automatycznie, bez możliwości ich ponownego odtworzenia.

(dowód: akta kontroli tom I str. 219-221)

³⁶ Od 01.01.2015 r. do 31.08.2017 r. nadano łącznie 3775 upoważnień.

³⁷ 25.03.2015 r. zapis z monitoringu przekazano Prokuraturze Rejonowej Warszawa Praga Południe; 21.12.2015 r. – Rzecznikowi Praw Pacjenta oraz 02.03.2016 r. i 02.05.2016 r. – Prokuraturze Rejonowej Warszawa Żoliborz.

³⁸ Nr 74/2009 z 31 grudnia 2009 r. oraz Nr 65/2014/2 z 20 sierpnia 2014 r.

Na podstawie zapisów poszczególnych rejestratorów ustalono faktyczne okresy przechowywania nagrań z monitoringu:

- Rejestrator 1 na dzień 19 października 2017 r. zachował nagrania od 30 marca 2017 r., (203 dni)
- Rejestrator 2 na dzień 19 października 2017 r. zachował nagrania od 13 sierpnia 2017 r., (67 dni)
- Rejestrator 3 na dzień 19 października 2017 r. zachował nagrania od 19 września 2017 r., (30 dni)

(dowód: akta kontroli tom I str. 234-246)

Obraz z kamer SOR zapisywany i przechowywany jest na dyskach twardych trzech rejestratorów. Szpital nie tworzy kopii i nie archiwizuje obrazu z kamer na innych nośnikach lub macierzach poza dyskami rejestratorów.

(dowód: akta kontroli tom I, str. 249)

2.10. Zarówno w okresie objętym kontrolą jak i wcześniej Szpital nie prowadził analiz skuteczności monitoringu wizyjnego. Analizowano natomiast aspekt prawidłowości i skuteczności technicznej i stąd też decyzja o modernizacji systemu.

(dowód: akta kontroli tom II str. 501)

Ordynator SOR oświadczył, że przed zainstalowaniem monitoringu wizyjnego średnio co trzy, cztery miesiące zdarzały się różnego rodzaju niebezpieczne incydenty pomiędzy pacjentami, np. kradzieże portfeli, telefonów itp. Od czasu funkcjonowania systemu takie zjawiska mają miejsce średnio co pięć, sześć miesięcy.

(dowód: akta kontroli tom I str. 55)

Dyrektor szpitala wyjaśniła, że już sama informacja o zainstalowaniu monitoringu wizyjnego ma charakter prewencyjny. Natomiast zapisy z ciągów komunikacyjnych i podjazdu dla karetok były przedmiotem zabezpieczenia przez Policję na zlecenie Prokuratury oraz przez inne uprawnione instytucje. Nagrania były również wykorzystywane w wewnętrznych postępowaniach wyjaśniających. Nie prowadzimy statystyk dotyczących zapobiegania zdarzeniom nieporządnym i/lub wykrycia sprawcy przy wykorzystaniu systemu monitoringu.

(dowód: akta kontroli tom II str. 501)

Z informacji z Policji³⁹ wynika, że na terenie Szpitala Bielańskiego, w okresie objętym kontrolą, odnotowano 80⁴⁰ zdarzeń niebezpiecznych, w tym m.in. 27⁴¹ zdarzeń dotyczyło kradzieży dokumentów lub mienia, 26⁴² zgonu, 12 narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu zdarzeń, oraz 15⁴³ innych zdarzeń.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 493-494)

Komendant Policji poinformował m.in., że w większości przypadków gdzie dochodzi do przestępstwa są to pomieszczenia medyczne tj. sale lub gabinety lekarskie, gdzie monitoringu nie można instalować a monitoring będący na wejściach do Szpitala nie pozwala na identyfikację potencjalnego sprawcy, gdyż rejestruje wszystkie osoby wchodzące i wychodzące ze Szpitala.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 493-494)

2.11. W okresie objętym kontrolą nie było kontroli, audytów wewnętrznych i zewnętrznych oraz skarg dotyczących funkcjonowania monitoringu wizyjnego. Ponadto w ww. okresie nie było kontroli przetwarzania danych przez pacjentów.

³⁹ D-I-7930/7499/17 z 20 października 2017 r.

⁴⁰ W tym w 2015 r. – 19, w 2016 r. – 34 w 2017 – 27.

⁴¹ W 2015 – siedem, w 2016 – 10, w 2017 -10.

⁴² W tym w 2015 sześć, w 2016- 12, w 2017 r.-osiem.

⁴³ W tym w 2015 r. – dwa, w 2016 r. – sześć, w 2017 r. – siedem.

(dowód: akta kontroli tom I str. 98-99)

2.12. W Szpitalu Bielańskim nie wprowadzono rejestracji rozmów telefonicznych pomiędzy lekarzami i pacjentami.

(dowód: akta kontroli tom II str. 501)

2.13. W celu wdrożenia od 25 maja 2017 r. RODO⁴⁴ w Szpitalu Bielańskim podjęto m.in., następujące działania:

- prowadzona jest ocena i analiza operacji przetwarzania danych w Szpitalu,
- dokonywana jest analiza formularzy zawierających klauzule w zakresie dopełnienia obowiązku informacyjnego pod kątem dostosowania do nowych wymogów wynikających z RODO,
- prowadzone są analizy nowych definicji wprowadzonych przez RODO, w tym np. danych dotyczących zdrowia, które stanowią szczególną kategorię danych osobowych oraz dokumentacji dotyczącej ochrony danych osobowych pod kątem dostosowania do nowych wymogów wynikających z RODO,
- dokonywany jest przegląd umów powierzenia przetwarzania danych osobowych pod kątem zgodności z wymogami wynikającymi z RODO i dostosowania do nich.
- ABI na bieżąco uczestniczy w szkoleniach, konferencjach, seminariach lub warsztatach z zakresu ochrony danych osobowych (RODO), zarówno jako uczestnik szkoleń, ale także w charakterze prelegenta,
- na wewnętrznym serwisie intranetowym Szpitala Bielańskiego zamieszczone zostały między innymi: akty prawne w zakresie ochrony danych osobowych, w tym dotyczące RODO,
- na stronie internetowej Szpitala zamieszczono wykonane przez ABI porównanie stanu prawnego w zakresie odpowiedzialności prawnej za naruszenie przepisów o ochronie danych osobowych w świetle aktualnie obowiązujących przepisów prawa, ze stanem prawnym wynikającym z RODO,
- ABI prowadzi działalność szkoleniową, edukacyjną, czy też uświadamiającą, w tym na bieżąco informuje oraz doradza Administratorowi Danych oraz osobom upoważnionym do przetwarzania danych osobowych w zakresie ich obowiązków,
- dokonano zmian w procedurach dotyczących ochrony danych osobowych⁴⁵, między innymi w zakresie dostosowania definicji naruszenia ochrony danych osobowych do wymogów RODO.

(dowód: akta kontroli tom II str. 501-503)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Okres przechowywania informacji zapisanych na rejestratorach był dłuższy lub krótszy niż określony w Zarządzeniach Dyrektora Szpitala⁴⁶. Zgodnie z Zarządzeniami czas przechowywania nagrań wynosił 90 dni od chwili nagrania. Po tym czasie dane powinny być kasowane automatycznie, bez możliwości ich ponownego odtworzenia. Kontrola wykazała, że czas przechowywania nagrań na

⁴⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

⁴⁵ Na podstawie zarządzenia nr 17/2017 Dyrektora Szpitala Bielańskiego z dnia 27 lutego 2017 r. w sprawie ustalenia treści Polityki bezpieczeństwa i Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych Szpitala Bielańskiego.

⁴⁶ Nr 74/2009 z 31 grudnia 2009 r. oraz Nr 65/2014/2 z 20 sierpnia 2014 r.

rejestratorze pierwszym wynosił 203, na rejestratorze drugim 67 dni a na rejestratorze trzecim 30 dni.

(dowód: akta kontroli tom I str. 219-221)

Ordynator Oddziału wyjaśnił, że dłuższy czas przechowywania zapisu na rejestratorach jest uwarunkowany jakością rejestrowanego obrazu oraz pojemnością zapisanych danych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 255)

W ocenie NIK, warunki techniczno-organizacyjne funkcjonowania monitoringu wizyjnego powinny być dostosowane do zasad określonych w obowiązujących Zarządzeniach Dyrektora, przy czym zarówno rejestracja obrazu z kamer, jak i czas jego przechowywania powinny zależeć, od celu w jakim te kamery zostały zainstalowane.

2 Nieprzeprowadzanie analiz potrzeb, celowości oraz skuteczności funkcjonującego systemu monitoringu wizyjnego w kontekście postawionych mu celów.

Kontrola wykazała:

- rejestrowanie obrazu z czterech kamer umieszczonych w sali triażowej, gabinecie konsultacyjnym ortopedy oraz gabinecie lekarskim, w których mogą być udzielane świadczenia lekarskie,
- umieszczenie 10 kamer umożliwiających podgląd obrazu w czasie rzeczywistym z sal obserwacyjno-konsultacyjnych oraz gabinetu zabiegowego. Stwierdzono również, że w jednym gabinecie zabiegowym wyłączono zainstalowaną kamerę z powodu możliwości naruszenia intymności personelu i pacjenta,
- niezdemontowanie siedmiu wyłączonych kamer.

(dowód: akta kontroli tom I str. 54-71, 218, 234-246, 253-255, tom II str. 500-501)

Odnosząc się do zasadności umieszczenia kamer w sali triażowej, w pokoju lekarskim w gabinecie konsultacyjnym ortopedy Ordynator SOR wyjaśnił, że w czasie kiedy te kamery były montowane pomieszczenia te były przeznaczone do innych celów. (...) W salach obserwacyjno-konsultacyjnych, wykonywane są procedury diagnostyczno-terapeutyczne (trwające nawet do kilkunastu godzin) np. ocena skali bólu, pomiar ciśnienia tętniczego, podanie leków drogą doustną lub dożylną, kontrola parametrów życiowych. W każdej sali znajdują się parawany (sufitowe, naścienne i przenośne), które są wykorzystywane podczas tych czynności i które umożliwiają zachowanie intymności pacjentów. Obraz z zainstalowanych kamer daje możliwość bieżącego podglądu stanu pacjenta. Biorąc pod uwagę zakres świadczeń w nich wykonywanych nie naruszają intymności pacjentów.

(dowód: akta kontroli tom I str. 253-255)

Zainstalowanie kamery i rejestracja obrazu w gabinecie lekarskim, triażowym konsultacyjnym może naruszać prywatność i intymność pacjentów oraz personelu Szpitala. Pozostawienie niedziałających kamer (atrap) w sali zabiegowej, pomieszczeniach socjalnych może wprowadzać u potencjalnie monitorowanych poczucie ingerencji w strefę prywatności, a także mylne poczucie zwiększonego bezpieczeństwa.

Ocena częściowa

W Szpitalu Bielańskim wprowadzono regulacje wewnętrzne dotyczące funkcjonowania monitoringu wizyjnego, które odnosiły się do kwestii związanych z ochroną prywatności pacjenta oraz ochrony danych osobowych pozyskiwanych z monitoringu wizyjnego. Zastosowane środki techniczne i organizacyjne gwarantowały ochronę przetwarzanych danych osobowych uzyskanych z monitoringu wizyjnego i były odpowiednie do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną. W Szpitalu prowadzona była ewidencja osób upoważnionych do

przetwarzania danych osobowych. Umowa powierzenia przetwarzania danych zawarta pomiędzy Szpitalem a podmiotem zewnętrznym zawierała elementy gwarantujące zabezpieczenie powierzonych danych osobowych.

Brak przeprowadzania okresowych analiz skuteczności funkcjonującego systemu monitoringu wizyjnego w kontekście postawionych mu celów, spowodował m.in. rejestrowanie obrazu z kamer umieszczonych w pomieszczeniach, w których mogą być udzielane świadczenia zdrowotne.

W ocenie NIK, okresowe oceny realizacji celów monitoringu wizyjnego, pozytywnie wpłynęłyby na jego skuteczność i umożliwiłyby weryfikację rozmieszczenia kamer oraz okresów przechowywania nagrań.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy wnosi o:

1. Zweryfikowanie ustalonego czasu przechowywania nagrań z monitoringu wizyjnego adekwatnie do celu, w jakim monitoring został zainstalowany i następnie jego przestrzeganie.
2. Dokonywanie okresowych analiz funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego pod kątem jego ingerencji w prawa pacjenta do intymności i godności oraz osiągania celów, dla których został zainstalowany.

V. 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 Kontroli⁴⁷ 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 Warszawie.

Warszawa, dnia listopada 2017 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

Dyrektor

Kontrolerzy
Wanda Dąbrowska
główny specjalista k.p.

.....
Podpis

.....
Podpis

Monika Mazurek - Szczepaniak
specjalista k.p.

.....
podpis

⁴⁷ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.