



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA – 410.025.02.2017

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. Urszula Klimska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/144/2017 z 10 października 2017 r. 2. Monika Mazurek - Szczepaniak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/145/2017 z 10 października 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Szpital Solec Spółka z o.o., ul. Solec 93, 00-382 Warszawa ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dr n. med. Ewa Więckowska, Prezes Zarządu Spółki. (dowód: akta kontroli str. 5-7)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Obowiązujące w Szpitalu wewnętrzne regulacje, dotyczące organizacji i procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, uwzględniały poszanowanie prawa pacjenta do intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³.

Jednak poszanowanie tego prawa nie było w Szpitalu w pełni realizowane w dwóch oddziałach⁴ (na pięć skontrolowanych)⁵, co wynikało m.in. z:

- nieużywania parawanów podczas udzielania świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych,
- zbyt małej liczby węzłów sanitarnych oraz ich niedostosowania do potrzeb pacjentów niepełnosprawnych,
- braku możliwości zamknięcia sanitariatów oraz niezabezpieczenia okien w łazienkach przed oglądem z zewnątrz⁶.

Funkcjonujący w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym system monitoringu wizyjnego⁷ nie naruszał praw pacjentów do prywatności, jednak Szpital nie zagwarantował pełnej ochrony danych osobowych uzyskanych z tego monitoringu, do czego zobowiązany był przepisami prawa dotyczącymi ochrony danych osobowych⁸.

¹ Zwany dalej Szpitalem lub Spółką.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

³ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318, dalej zwana ustawą o prawach pacjenta.

⁴ Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii i Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

⁵ W pozostałych trzech skontrolowanych Oddziałach przeprowadzono prace remontowe modernizacyjne, które poprawiły warunki pobytu pacjentów, m.in. w zakresie poszanowania ich prawa do prywatności.

⁶ Powyższe ustalenia potwierdzają również wyniki ankiet przeprowadzonych wśród pacjentów (ankieta satysfakcji pacjenta przeprowadzona przez Szpital w 2016 r. oraz ankietę przeprowadzoną w toku kontroli przez NIK) oraz skargi pacjentów skierowane do Szpitala.

⁷ Zainstalowany w 2016 r. w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów, ochrony mienia oraz gromadzenia materiału w celach dowodowych.

⁸ M.in. ustawa z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922), zwana dalej ustawą o ochronie danych osobowych oraz rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie

Przyczyną tej nieprawidłowości było nieuznawanie przez Szpital zbioru obrazów pochodzących z kamer za zbiór danych osobowych. W związku z powyższym *Polityka bezpieczeństwa i Instrukcja Zarządzania Zbiorem Danych Osobowych Szpitala*⁹ nie odnosiły się do danych osobowych pozyskanych z monitoringu wizyjnego.¹⁰

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

1.1. Obowiązujące w Szpitalu wewnętrzne regulacje, określające organizację i proces udzielania świadczeń zdrowotnych, odnosiły się do zagadnień związanych z poszanowaniem prawa do prywatności pacjenta, w tym intymności i godności pacjenta¹¹.

Regulaminy organizacyjne Szpitala zawierały wszystkie elementy wymagane art. 24 ust. 1 pkt 4, 5 i 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹², w tym m.in. zakres, miejsce i przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych. Nie określały jakiego rodzaju świadczeń nie wykonuje się w salach chorych, w jaki sposób udziela się świadczeń (czy w odrębnych gabinetach, bez obecności osób trzecich) oraz jak powinni zachowywać się lekarze wobec pacjentów np. w czasie obchodu. Sposób zachowania personelu medycznego (pielęgniarek i położnych odcinkowych) wskazano w regulaminie organizacyjnym z 2012 r.¹³. Zapisano w nim m.in. iż pielęgniarka/położna przedstawia się choremu imieniem i nazwiskiem oraz podaje pełnioną funkcję, przeprowadza wywiad stwarzając warunki intymności oraz informuje o prawach i obowiązkach pacjenta. W regulaminie wprowadzonym od 4 sierpnia 2017 r. nie uwzględniono zasad zachowania personelu medycznego.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła, iż obecny regulamin organizacyjny uwzględnia wszystkie obowiązkowe elementy z ustawy o działalności leczniczej, a zasady opisane w regulaminie z 2012 roku są nadal stosowane i będą ujęte podczas aktualizacji regulaminów oddziałowych. Podczas obchodów lekarskich na wieloosobowych salach chorych pacjenci są obchodzeni na wszystkich salach i badani z zachowaniem intymności. Natomiast do badania, gdzie wymagana jest ingerencja w sferę intymną, pacjent zapraszany jest do gabinetu zabiegowego.

(dowód: akta kontroli str. 15-139, 395-436, 478-487)

Odnosnie możliwości zapewnienia intymności pacjentom podczas obchodów lekarskich na wieloosobowych salach chorych, Pełnomocnik Szpitala ds. Praw Pacjenta wyjaśnił: „Rozwiązaniem jest każdorazowe pytanie pacjenta o zgodę czy o jego chorobie można mówić na sali chorych przy innych pacjentach. Przeważnie

dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz.U. Nr 100, poz. 1024), zwane dalej: rozporządzenie w sprawie przetwarzania danych osobowych.

⁹ W Polityce bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Solec Sp. z o.o. oraz w Instrukcji Zarządzania Zbiorem Danych Osobowych przyjętych uchwałą 13/2011.

¹⁰ M.in. w wykazie zbiorów danych osobowych nie ujęto zbiorów pochodzących z monitoringu wizyjnego oraz programów zastosowanych do ich przetwarzania. Nie określono poziomu bezpieczeństwa oraz środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych do zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzania tych danych. W ewidencji upoważnień do przetwarzania danych osobowych nie zaewidencjonowano upoważnień do przetwarzania danych pochodzących z monitoringu wizyjnego.

¹¹ Regulamin organizacyjny Spółki Szpital Solec sp. z o.o. stanowiący załącznik nr 1 do Uchwały nr 99/2012 Zarządu Spółki Szpital Solec sp. z o.o. z dnia 31 grudnia 2012 r. zwany dalej regulaminem z 2012 r., Regulamin Organizacyjny Szpitala przyjęty uchwałą nr 2/08/2017 Zarządu Szpitala Solec Sp. z o.o. z dnia 4 sierpnia 2017 r. w sprawie zmiany Regulaminu Organizacyjnego Spółki Szpital Solec Sp. z o.o. (obowiązujący od dnia podjęcia uchwały) zwany dalej regulaminem z 2017 r.; regulaminy wewnętrzne oddziałów: Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii, Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii, Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, Oddziału Ginekologii i Położnictwa; Księga Zintegrowanego Systemu Zarządzania, przyjęta do stosowania 1 kwietnia 2016 r.; dokumentacja „historia choroby” pacjenta z pięciu oddziałów.

¹² Dz.U. z 2016 r., poz. 1638 tj.

¹³ Obowiązującym do 4 sierpnia 2017 r.

pacjent zgadza się. Nie ma innej możliwości, np. wywożenia pacjentów z sali. Brakuje personelu i warunków technicznych, aby tak postępować. Na wieloosobowej sali, gdzie np. jak na Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii, odstawiamy brzuchy pacjentów po operacji, nie jest możliwe w pełni zachowanie intymności. Często ja sam, czy pielęgniarka obecna przy obchodzie przykrywa miejsca intymne pacjentów, jeżeli oni sami o to nie zadbają (np. poprzez brak bielizny). Oczywiście najbardziej intymne świadczenia nie odbywają się na salach chorych, ale w osobnej sali zabiegowej”.

(dowód: akta kontroli str. 395-397)

Prawa i obowiązki pacjenta oraz osób odwiedzających chorych w Szpitalu zostały uregulowane szczegółowo w regulaminie organizacyjnym z 2012 roku. W regulaminie wprowadzonym w roku 2017 - poza stwierdzeniem, iż „Szpital na Solcu udziela świadczeń zdrowotnych z poszanowaniem praw pacjenta wynikających z przepisów prawa” (§ 59 pkt. 7 regulaminu) oraz: „pacjent oraz osoby go odwiedzające zobowiązani są do respektowania praw innych pacjentów, w szczególności do poszanowania ich prawa do intymności” (§ 71 ust. 1), nie opisano szczegółowo praw pacjenta w Szpitalu.

W obowiązujących regulaminach wewnętrznych oddziałów, poza jednym wyjątkiem¹⁴, nie ustalono godzin odwiedzin pacjentów hospitalizowanych, ponieważ - jak wyjaśniła Prezes Zarządu Szpitala - *odwiedziny w szpitalu mogą być realizowane bez ograniczeń, z zastrzeżeniem § 71 ust. 1 regulaminu organizacyjnego.*

(dowód: akta kontroli str. 15-107, 109-134)

1.2. Informacja o prawach i obowiązkach pacjentów była dostępna¹⁵ na tablicach ogłoszeń i w punktach pielęgniarskich oddziałów oraz w stanowiskach rejestracyjnych SOR.

Pacjenci Szpitala w sposób pisemny (na formularzu "Karty indywidualnej pielęgnacji - Wywiad"), potwierdzali zapoznanie z Kartą Praw Pacjenta. Ponadto pacjentki Oddziału Ginekologii i Położnictwa podpisywały oświadczenie o poinformowaniu „o prawach pacjenta, a w szczególności o prawie do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych”. Analiza dokumentacji medycznej pacjentów szpitala (75 historii choroby z lat 2015-2017 z pięciu oddziałów szpitala) wykazała, że w czterech przypadkach nie odnotowano w formularzu "Karty indywidualnej pielęgnacji - Wywiad", pisemnego potwierdzenia pacjenta, iż został zapoznany z Kartą Praw Pacjenta. W jednym z tych czterech przypadków na dokumentacji widniała adnotacja „wywiad niemożliwy do zebrania”, w pozostałych przypadkach takiej adnotacji nie było.

(dowód: akta kontroli str. 135-139, 159-190)

W latach 2015-2017 na terenie Szpitala były realizowane praktyki studenckie na podstawie 11 umów zawartych pomiędzy Szpitalem a podmiotami zewnętrznymi na zajęcia dydaktyczne, badawcze, stażowe, ćwiczenia kliniczne. Umowy te dotyczyły m.in. następujących oddziałów: SOR, Oddziału Chorób Wewnętrznych, Oddziału Chirurgii Ogólnej, Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła, iż: „Lekarz prowadzący przed przystąpieniem do badania pytał każdego pacjenta z osobna czy wyraża zgodę na uczestniczenie

¹⁴ W regulaminie Oddziału Chorób Wewnętrznych określono iż odwiedziny odbywają się „w godz. 10.00-22.00 bez ograniczeń”.

¹⁵ Ustalono na podstawie oględzin przeprowadzonych w pięciu wybranych oddziałach Szpitala: Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (dalej: SOR), Oddziale Ginekologii i Położnictwa, Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii, Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii oraz Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

studentów w jego badaniu lub czy pacjent wyraża zgodę na wykonanie badania przez studenta. Zgody były udzielane ustnie¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 109-114, 135, 447-448, 464)

1.3. W toku kontroli dokonano oględzin warunków organizacyjno-technicznych pięciu oddziałów Szpitala¹⁷ pod kątem zapewnienia pacjentowi prawa do prywatności, w tym poszanowania intymności i godności. Wyniki oględzin wykazały, że w oddziałach: Ginekologii i Położnictwa oraz Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii trwały prace remontowe. Przyjęcia na oddziały Szpitala odbywały się poprzez SOR. Stanowiska rejestracyjne na SOR zorganizowane zostały w formie „lady” oddalonej od pozostałych pacjentów oczekujących na rejestrację lub na konsultację lekarską. W izbie przyjęć Oddziału Ginekologii i Położnictwa zamontowano na stałe przysufitowe stelaże z kotarami osłaniającymi miejsca badania pacjentek.

W gabinetach zabiegowych kontrolowanych oddziałów, poza Oddziałem Chirurgii Ogólnej, nie zainstalowano sygnalizacji informującej o trwającym badaniu, a gabinet zabiegowy Oddziału Chorób Wewnętrznych¹⁸ nie posiadał zamknięcia od wewnątrz uniemożliwiającego przypadkowe wejście osoby trzeciej w trakcie badania. Okna wszystkich gabinetów zabiegowych były zabezpieczone przed dostępem z zewnątrz.

W SOR pacjenci umieszczani byli m.in. na jednoosobowej sali segregacji lub czterostanowiskowej sali obserwacyjnej, w której łóżka oddzielone były od siebie ściankami działowymi oraz przysufitowymi parawanami zamontowanymi na stałe, co uniemożliwiało bezpośrednią obserwację pacjentów przez osoby postronne.

Wielooosobowe sale chorych na pozostałych czterech oddziałach były oddzielne dla kobiet i mężczyzn. Wejście do sal chorych znajdowało się bezpośrednio z korytarza. Wszystkie sale chorych kontrolowanych oddziałów wyposażono w umywalki, a niektóre w węzły sanitarne z prysznicem, toaletą i umywalką. Pacjenci z sal niewyposażonych w pełne węzły sanitarne korzystali z ogólnodostępnych łazienek na korytarzach oddziałów.

Na Oddziale Ginekologii i Położnictwa znajdowało się sześć sal porodowych¹⁹ oraz 11 sal chorych²⁰, z których dwie jednoosobowe nie posiadały odrębnych węzłów sanitarnych, a pacjentki z tych sal korzystać mogły z węzła na korytarzu. Na trakcie porodowym dwie sale porodowe jednoosobowe posiadały własne węzły sanitarne. Dwie pozostałe sale porodowe jednoosobowe były w trakcie remontu. Pacjentki z sali porodowej dwustanowiskowej mogły korzystać z węzła sanitarnego w przylegającej do sali izbie przyjęć. Wyposażenia sal porodowych (m.in. przysufitowe stelaże z kotarami przy wejściach do sal porodowych²¹ oraz parawany) umożliwiały w pełni przestrzeganie prawa pacjentek do prywatności.

Na Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii znajdowały się cztery sale chorych²², z których jedna czteroosobowa wyposażona była w pełny węzeł sanitarny. Pacjenci z trzech sal korzystali z jednej wyremontowanej łazienki na korytarzu, która posiadała zamek umożliwiający zamknięcie od wewnątrz i mleczne szkło w oknach.

¹⁶ Zgodnie z art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz.U. z 2017 r. poz. 125, ze zm.) na obecność studentów nauk medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie jest potrzebna zgoda pacjenta.

¹⁷ Szpitalny Oddział Ratunkowy, Oddział Ginekologii i Położnictwa, Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii, Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii, Oddział Chirurgii Urazowo Ortopedycznej.

¹⁸ Będący w czasie oględzin w trakcie remontu.

¹⁹ Jedna dwustanowiskowa i cztery jednoosobowe, w tym dwie w remoncie.

²⁰ Dwie jednoosobowe, siedem dwuosobowych, dwie czteroosobowe.

²¹ W dniu oględzin będące w trakcie montażu.

²² Jedna dwuosobowa, jedna trzyosobowa, dwie czteroosobowe.

Na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz na Oddziale Chirurgii Ogólnej pacjenci z sal chorych²³ korzystali z łazienek ogólnodostępnych na korytarzach oddziałów (po trzy na każdym z oddziałów). W żadnej z łazienek Oddziału Chirurgii Ogólnej nie zamontowano zasłon, rolet, mlecznego szkła ani folii zabezpieczającej przed oglądem z zewnątrz. W żadnej z łazienek Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz w jednej łazience Oddziału Chirurgii Ogólnej nie zamontowano zamków umożliwiających zamknięcie się pacjenta od wewnątrz. Na drzwiach wejściowych zawieszono tabliczki z napisem: „wolne”, „zajęte”. Ponadto łazienki dla pacjentów na tych dwóch oddziałach nie były przystosowane dla potrzeb osób niepełnosprawnych.

Wszystkie oddziały posiadały do dyspozycji parawany przenośne²⁴ w celu osłonięcia pacjenta w trakcie udzielania świadczeń pacjentom na salach chorych.

Na korytarzach żadnego z oddziałów nie umieszczono pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 159-190, 451-453)

1.4. W latach 2015-2017 (do 5 grudnia) na działalność Szpitala wpłynęły 34 skargi²⁵, w tym pięć (14,7%)²⁶ dotyczyło naruszenia praw pacjentów do poszanowania intymności i godności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Skarżący wskazywali na: aroganckie zachowanie personelu, brak zainteresowania lub lekceważenie pacjenta przez lekarza, obecność osoby trzeciej (ratownika medycznego) w trakcie udzielania świadczeń na SOR. Zasadność skarg była badana w wewnętrznych postępowaniach wyjaśniających, tj. pobierano wyjaśnienia od osób, na które złożono skargę, od ich zwierzchników i współpracowników, badano dokumentację Szpitala, w tym medyczną. Cztery z pięciu skarg zostało rozpatrzonych w terminie - pacjentom udzielono odpowiedzi. Jedna z pięciu skarg nie została załatwiona²⁷.

(dowód: akta kontroli str. 346-394)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła m.in., że „Ponieważ skarga nie została zarejestrowana przez pracownika sekretariatu, przeoczono jej rozpatrzenie i wysłanie odpowiedzi. W wyniku powstałej nieprawidłowości rozpoczęto działania nad utworzeniem nowej procedury „Postępowanie w sprawie skarg i wniosków Szpital Solec sp. z o.o. Nową procedurę wydano 11 grudnia 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 346-347, 390-391, 480, 486,499-503)

W okresie objętym kontrolą Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził w jednym przypadku²⁸ naruszenie przez Szpital prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności tj. art. 20 ust. 1 oraz art. 22 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta poprzez niewłaściwe zachowanie lekarza na SOR. W związku z ww. ustaleniami Rzecznik Praw Pacjenta wniósł o podjęcie działań, aby podobne zdarzenia nie miały miejsca w przyszłości, w szczególności poprzez m.in. stałe monitorowanie przez kierownictwo szpitala stopnia realizacji przestrzegania praw pacjenta oraz skierowanie do pacjenta pisemnych przeprosin. W odpowiedzi Prezes Zarządu Spółki poinformowała Rzecznika Praw Pacjenta o stałym monitorowaniu stopnia realizacji przestrzegania praw pacjentów oraz przeprosiła pacjenta²⁹.

(dowód: akta kontroli str. 346-347, 355-379)

²³ Na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej - z ośmiu sal, w tym z dwóch trzyosobowych, dwóch czteroosobowych oraz czterech pięcioosobowych, na Oddziale Chirurgii Ogólnej - z ośmiu sal, w tym jednej dwuosobowej, trzech trzyosobowych, czterech czteroosobowych.

²⁴ W dniu oględzin: Oddział Chirurgii Ogólnej – dwa parawany, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – trzy parawany, Oddział Chorób Wewnętrznych – sześć parawanów. SOR i Oddział Ginekologii i –Pokoju porodowego posiadały parawany zamontowane na stałe (przysufitowe) w liczbie odpowiednio pięć i 12 szt. oraz przenośne w liczbie odpowiednio dwa i 10 szt.

²⁵ W 2015 r. – 17 skarg; w 2016 r. – 10 skarg; w 2017 r. - siedem skarg.

²⁶ W 2015 r. – trzy skargi (17,6 %); w 2016 r. – jedna skarga (10 %); w 2017 r. -jedna skarga (14,2 %).

²⁷ Skarga pacjenta z 24 lipca 2016 r. na postępowanie lekarza SOR.

²⁸ Wniosek zarejestrowany w rejestrze skarg Szpitala pod poz. 23, 28, 43 w 2015 r., wniosek do Biura Rzecznika Praw Pacjenta wpłynął 30 kwietnia 2015 r. Stwierdzenie naruszenia praw pacjenta, po przeprowadzonym postępowaniu wyjaśniającym, nastąpiło 20 listopada 2015 r. (pismo RzPP-ZPR.431.681.2015.MPO).

²⁹ Odpowiedź Szpitala z 7 stycznia 2016 r. pismo Solec/Sekr./3945/2015

W latach 2015 – 2017 (do 7 listopada) w Szpitalu nie były prowadzone kontrole lub audyty zewnętrzne ani wewnętrzne w zakresie prawa pacjenta do prywatności.

(dowód: akta kontroli str. 340, 457-459)

We wrześniu 2016 r. Szpital po raz pierwszy przeprowadził ankietę satysfakcji, na którą odpowiedziało 134 pacjentów. Wyniki ankiety dotyczące zapewnienia intymności podczas wykonywania badania (obecność tylko uprawnionych osób, oddzielenie parawanem podczas krępujących zabiegów) wykazały, że 35% ankietowanych nie miało poczucia zapewnienia intymności w czasie badania.

Odnosnie wykorzystania wyników ankiety w działalności Szpitala, Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła, iż o wynikach ankiety informowała personel medyczny. Corocznie kupuje odzież jednorazową chroniącą intymność pacjentów podczas badań. W kontrolowanych latach czterokrotnie dokonywano zakupu parawanów³⁰.

(dowód: akta kontroli str. 148-158, 398-437, 467-477)

W toku niniejszej kontroli przeprowadzono badanie ankietowe wśród 63 pacjentów pięciu Oddziałów Szpitala³¹, którzy dokonali oceny Szpitala pod kątem zachowania intymności i godności oraz informowania o prawach pacjenta. Analiza wyników wykazała, że:

- 75% pacjentów stwierdziło, że zostali poinformowani o przysługujących prawach i obowiązkach, 17% ankietowanych przyznało, że nie zostali o nich poinformowani, a pozostali pacjenci nie pamiętali takiej informacji (8%);
- 92% pacjentów stwierdziło, że nie doznali aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel medyczny, 8% ankietowanych - doznało;
- 94% badanych pacjentów stwierdziło, że nie naruszono ich prywatności poprzez przeprowadzenie wywiadu przy innych pacjentach; 6% ankietowanych przyznało, że do takiego naruszenia doszło;
- 90% ankietowanych stwierdziło, że nie naruszano ich prywatności podczas udzielania informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich, np. podczas obchodu, 6% ankietowanych przyznało, że naruszano ich prywatność;
- 89% pacjentów stwierdziło, że gabinety, w których udzielano świadczeń zdrowotnych były zabezpieczone przed dostępem osób trzecich, 3% ankietowanych przyznało, że nie zabezpieczano gabinetów, przed dostępem osób trzecich;
- 73% pacjentów stwierdziło, że nie udzielano świadczeń zdrowotnych na salach wieloosobowych bez użycia parawanów, 22% pacjentów przyznało, że udzielano świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów;
- 67% ankietowanych pozytywnie oceniło warunki pobytu oraz warunki higieniczno– sanitarne w oddziałach w zakresie zapewnienia prywatności oraz poczucia intymności i godności, a zdaniem 27% ankietowanych pacjentów warunki sanitarno-higieniczne nie zapewniały prywatności.

Część ankietowanych pacjentów, szczególnie dwóch oddziałów, doceniała pracę personelu medycznego, mimo trudnych warunków techniczno-organizacyjnych dla zapewnienia intymności. Z opinii wyrażanych przez pacjentów oddziałów wynikało m.in., że mimo małej liczby sanitariatów oraz niezbędnego remontu, personel stara się chronić prywatność oraz że pokoje 4-6 osobowe nie zapewniają poczucia intymności osobom po operacjach i zabiegach chirurgicznych, pomimo ogromnego wkładu pracy i troski o chorych okazywanego przez personel medyczny.

³⁰ 18 czerwca 2015 r. - sześć sztuk, 25 maja 2016 – parawany przysufitowe na SOR- pięć sztuk, parawany przenośne – dwie sztuki, przełom września i października 2017 r. – rozpoczęcie prac nad zainstalowaniem systemu zasłon zapewniających intymność pacjentkom w salach porodowych i położniczej izbie przyjęć; 19 października 2017 r. - 10 sztuk parawanów przenośnych.

³¹ W tym: SOR- 11 pacjentów, Oddział Ginekologii i Położnictwa - dziewięć, Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii - osiem, Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii - 14, Oddział Chirurgii Urazowo Ortopedycznej - 21.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

(dowód: akta kontroli str. 140-147)

NIK zwraca uwagę, że w trzech na 75 badanych przypadków w formularzu "Karty indywidualnej pielęgnacji - Wywiad" nie odnotowano pisemnego potwierdzenia pacjenta o zapoznaniu pacjenta z Kartą Praw Pacjenta lub adnotacji o braku możliwości potwierdzenia.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła, iż: „*błąd powstał w trakcie zbierania wywiadu od pacjenta. Pielęgniarka nie przedstawiła choremu dokumentu do podpisu z powodu przeoczenia*”.

(dowód: akta kontroli str. 135, 463-464)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono, że istniejące w dwóch oddziałach Szpitala warunki organizacyjno-techniczne nie pozwalały na przestrzeganie w pełni praw pacjentów do poszanowania intymności i godności. Kontrola wykazała:

– brak możliwości używania parawanów na wieloosobowych salach chorych w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej w dniu przeprowadzonych przez NIK oględzin dysponował trzema parawanami (na 33 łóżka), a Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii tylko dwoma parawanami (na 28 łóżek)³². Mimo niemożności zastosowania parawanów personel medyczny udzielał w wieloosobowych salach chorych świadczeń zdrowotnych pacjentom, m.in. zmieniał opatrunki, wykonywał iniekcje, wlewy, pobierał krew, oraz przeprowadzał toaletę pacjentów leżących. W ankietach przeprowadzonych przez NIK wśród pacjentów Szpitala hospitalizowanych na ww. oddziałach, skarżą się oni także na brak użycia parawanów podczas wykonywania badań lekarskich. Na ten fakt wskazywało 33% ankietowanych pacjentów przebywających na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz 29% przebywających na Oddziale Chirurgii Ogólnej.

– niezabezpieczenie przed oglądem z zewnątrz okien trzech łazienek dla pacjentów przebywających na Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii. Okna wychodziły na kolejny most średnicowy i biurowiec. W trakcie kontroli, po oględzinach okna zabezpieczono mleczną folią.

– zbyt mała liczba łazienek oraz niedostosowanie istniejących toalet do potrzeb osób niepełnosprawnych czy też brak możliwości zamknięcia od wewnątrz łazienek pacjentów Oddziałów Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej oraz Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii. Potwierdzają to wyniki ankiet przeprowadzonych podczas kontroli oraz komentarze ankietowanych³³.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła m.in. że *Szpital może w każdej chwili zakupić dodatkowe parawany, ale i tak nie będą one używane, ponieważ nie w każdej sali wieloosobowej jest to możliwe technicznie. Brak możliwości zamknięcia łazienki od wewnątrz wynika ze specyfiki oddziałów oraz chęci zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom będących po zabiegach. Pacjenci nie składali skarg na brak możliwości zasłonięcia okien w łazienkach.*

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła ponadto, że *od ponad trzech lat w Szpitalu prowadzi się sukcesywnie prace remontowe i modernizacyjne komórek organizacyjnych (SOR, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Ośrodek Dzienny*

³² Na dzień 11.12.2017 r. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej dysponował dwoma parawanami (jeden poddano skasowaniu), a Oddział Chirurgii Ogólnej siedmioma parawanami (pięcioma przeniesionymi z Oddziału Ginekologii i Położnictwa).

³³ Na Oddziale Chirurgii Ogólnej 21% pacjentów zwróciło uwagę na brak warunków organizacyjno-technicznych uwzględniających prywatność na oddziale, w tym na niezamykające się drzwi łazienki, niezasłonięte okna w łazienkach. Na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej 52% pacjentów zwróciło uwagę na brak takich warunków, w tym na brak możliwości zamknięcia łazienek od wewnątrz oraz nieprzystosowanie ich dla potrzeb osób niepełnosprawnych.

Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, Pracownia Histopatologii, Pracownia Endoskopii, Oddział Chorób Wewnętrznych i Pododdział Kardiologii, Izba Przyjęć Ginekologiczno – Położnicza i Trakt Porodowy, Pododdział Intensywnej Terapii i Nadzoru Kardiologicznego. Obecnie trwają prace związane z informatyzacją. Kolejnym etapem będą remonty i ewentualne modernizacje Oddziałów Chirurgii Ogólnej i Oddziału Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej. W celu zachowania intymności i godności pacjentów łazienki będą dostosowane dla osób niepełnosprawnych. W chwili obecnej nie jest ustalony konkrety czas przewidziany na prace remontowe, w czasie których tam gdzie będzie to wskazane i możliwe zostaną zamontowane parawany podwieszane. Ponadto zgodnie z wydanymi decyzjami przez Państwowy Inspektorat Sanitarny Szpital sukcesywnie dostosowuje pomieszczenia podmiotu leczniczego do wymogów prawa. Ze względu na ilość i równoczesność prowadzonych inwestycji oraz ograniczone środki finansowe nie jest możliwe szybsze zrobienie wszystkich prac.

(dowód: akta kontroli str. 140-141,146-147,165-177, 454-456, 466, 479, 484-485, 495, 497)

Ocena cząstkowa

Obowiązujące w Szpitalu wewnętrzne regulacje określające organizację i proces udzielania świadczeń zdrowotnych uwzględniały zagadnienia związane z poszanowaniem prawa pacjenta do intymności i prywatności, określone w art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta. Analiza dokumentacji 75 pacjentów wykazała, że (z wyjątkiem trzech przypadków) byli oni informowani o przysługujących im prawach.

Wyniki kontroli NIK wykazały, że mimo działań podejmowanych w celu poprawy warunków pobytu pacjentów w Szpitalu, w dwóch oddziałach - w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii - przestrzeganie praw pacjentów do poszanowania ich intymności i godności było utrudnione lub nie w pełni możliwe, m.in. ze względu na brak możliwości użycia parawanów na wieloosobowych salach chorych, brak zamknięć w łazienkach pacjentów, niezabezpieczenie okien w łazienkach chorych oraz niedostosowanie łazienek do potrzeb osób niepełnosprawnych. Na problemy w tym zakresie wskazują również sami pacjenci, czemu wyraz dali w ankietach przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą zarówno przez sam Szpital jak i NIK.

2. Organizacja i funkcjonowanie monitoringu wizyjnego oraz rejestracji rozmów między pacjentami i lekarzami.

Opis stanu faktycznego

2.1. System monitoringu wizyjnego zainstalowany na SOR 14 czerwca 2016 r. obejmował 16 kamer. Na drzwiach wejściowych do SOR umieszczono informację o funkcjonującym monitoringu wizyjnym.

W przyjętych³⁴ i zaktualizowanych podczas kontroli³⁵, „Zasadach stosowania i archiwizowania monitoringu wizyjnego w Szpitalu Solec sp. z o.o.”³⁶ podano, że kamery zainstalowano w celu nadzoru nad zachodzącymi zdarzeniami, zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników Szpitala, ochrony mienia oraz w celach dowodowych.

Ponadto w modernizowanym Oddziale Chorób Wewnętrznych zainstalowano 11 kamer, które do zakończenia czynności kontrolnych NIK nie zostały uruchomione.

(dowód: akta kontroli str. 159-162, 178-183,321-325, 488-493)

2.2. W Zasadach monitoringu wizyjnego określono zagadnienia dotyczące organizacji i obsługi systemu w tym m.in. miejsca rozmieszczenia kamer, zasady

³⁴ 14 czerwca 2016 r.

³⁵ 11 grudnia 2017 r.

³⁶ Dalej zwane Zasadami monitoringu wizyjnego.

wykorzystywania oraz przekazywania materiałów pochodzących z monitoringu wizyjnego. Nie odniesiono się natomiast do kwestii dotyczących ochrony prywatności pacjenta, zgłaszania awarii oraz zasad postępowania w przypadkach ujawnienia przez monitoring zdarzeń niepożądanych.

(dowód: akta kontroli str. 321-323, 488-493)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła: „*Ponieważ nie ma jednoznacznych wytycznych do postępowania w przypadku stosowania monitoringu, w Zasadach monitoringu wizyjnego zawarto tylko te elementy, które uznane są za podstawowe. W ramach umowy na ochronę, Szpital korzysta z Grupy Interwencyjnej. W związku z tym pracownicy są wyszkoleni w zakresie zachowań w sytuacjach kryzysowych (np. wezwanie Policji). Rejestratorzy w sytuacji zagrożenia życia pacjenta wzywają również ratowników medycznych z sali segregacji*”.

(dowód: akta kontroli str. 321-325, 488-493, 478-480)

2.3. Z 16 kamer zainstalowanych na SOR, dziewięć umieszczono w ciągach komunikacyjnych, po dwie w obszarze przyjęć SOR i w obszarze segregacji pacjentów oraz po jednej kamerze w pokoju segregacji wstępnej, sali zabiegowej, sali intensywnej terapii. Wyniki oględzin SOR w zakresie funkcjonowania monitoringu wizyjnego wykazały, że nie był dostępny obraz z trzech na 16 zamontowanych kamer. W trakcie oględzin usunięto przyczyny braku podglądu obrazu z dwóch kamer znajdujących się w izolatce oraz sali obserwacyjnej. Kamera znajdująca się przed wejściem do SOR została naprawiona w trakcie kontroli.

Prezes Zarządu Spółki w kwestii uszkodzonej kamery wyjaśniła: „*Naprawa wykonana została przez pracownika firmy zewnętrznej w 28 listopada 2017 r. W ramach naprawy poprawione zostało łącze kablowe między rejestratorem a kamerą. Awarię zgłoszono do tej firmy w dniu 13 września 2017 i kilkakrotnie ponaglano wykonawcę w kwestii realizacji naprawy usterki*”. Ponadto odnośnie zaklejenia kamery w pokoju segregacji wstępnej SOR wyjaśniła: „*Kamera w izolatce była zaklejona, gdyż dzień wcześniej wykonywany był serwis kamery. Podgląd z kamery w izolatce jest niezbędny do monitorowania stanu pacjenta oraz zabezpieczenia sprzętu znajdującego się w pomieszczeniu*”. Jak oświadczył Kierownik Działu Utrzymania Ruchu kamera była zaklejona przez ok. 20 godzin w dniu przeglądu 14 listopada 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 159-164, 438-446, 478, 482)

Podgląd obrazu z jedenastu kamer umieszczonych w ciągach komunikacyjnych oraz w punkcie przyjęć SOR możliwy był na monitorze znajdującym się w rejestracji SOR. Podgląd obrazu z pięciu kamer umieszczonych w salach: segregacji pacjentów, zabiegowej i intensywnej terapii możliwy był tylko w czasie rzeczywistym na monitorze ustawionym w dyżurce pielęgniarek i lekarzy. Ustawienie monitora uniemożliwiało podgląd osobom trzecim. Wszystkie zamontowane kamery były nieobrotowe i nie posiadały funkcji „strefa prywatności” i nagrywania dźwięku.

(dowód: akta kontroli str. 160-161)

W okresie objętym kontrolą³⁷ koszt budowy i wdrożenia systemu monitoringu wizyjnego na SOR wyniósł 57,6 tys. zł i stanowił ryczałtową wartość robót teleinformatycznych obejmujących także instalacje informatyczne i przyzywowe. Koszty modernizacji systemu wyniosły 2,0 tys. zł. Koszty funkcjonowania/utrzymania systemu wliczone były w koszty zatrudnienia własnych pracowników. W latach 2015-2017 Szpital nie ponosił kosztów napraw systemu, gdyż był on objęty³⁸ gwarancją jakości wykonywanych robót.

³⁷ Według stanu na 6 listopada 2017 r.

³⁸ Zgodnie z umową nr PN/14RB/07/2015 z dnia 21 sierpnia 2015 r. na roboty budowlane (m.in. modernizację Szpitalnego Oddziału Ratunkowego). Umowa nie określa odrębnej gwarancji dla systemu informatycznego monitoringu wizyjnego, ale dla całości robót budowlanych, w tym teleinformatycznych w ramach których wykonano monitoring wizyjny.

Koszty instalacji monitoringu wizyjnego na modernizowanym Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Kardiologii wyniosły 72,2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 438-446, 449-450)

2.4. W *Polityce bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Solec Sp. z o.o.* oraz w *Instrukcji Zarządzania Zbiorem Danych Osobowych przyjętych uchwałą 13/2011*³⁹ nie zawarto żadnych informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego. Polityka bezpieczeństwa nie była aktualizowana w okresie kontroli, mimo iż pkt 2 pp. 6 polityki stanowi, iż powinna być była ona weryfikowana i modyfikowana nie rzadziej niż raz w roku. Ponadto w Szpitalu nie wyznaczono Administratora Bezpieczeństwa Informacji (ABI), mimo iż w polityce bezpieczeństwa z 2011 r. oraz regulaminie organizacyjnym z 4 sierpnia 2017 r. opisano funkcje i zadania ABI.

(dowód: akta kontroli str. 15-107, 109-114, 192-252)

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła: „*Celem Szpitala jest powołanie ABI, dlatego nowowprowadzony regulamin organizacyjny uwzględnia taką funkcję (...). Polityka bezpieczeństwa będzie aktualizowana w związku z trwającą obecnie informatyzacją. W ramach działań naprawczych były podejmowane różne działania uznane przeze mnie za bardziej priorytetowe, w tym dostosowanie pomieszczeń Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, Pracowni Endoskopii, Pracowni Histopatologii, Traktu Porodowego do wymagań obowiązujących przepisów prawa*”.

(dowód: akta kontroli str. 460-464)

2.5. System informatyczny monitoringu wizyjnego nie był połączony z innymi systemami informatycznymi Szpitala. Do systemu miały dostęp dwie osoby: Kierownik Działu Utrzymania Ruchu oraz Kierownik Działu Informatycznego. W *Zasadach monitoringu wizyjnego*, zobowiązano ich do nieujawniania danych zarejestrowanych przez monitoring. Obraz z kamer umiejscowionych na SOR gromadzony był na dysku twardym jednego rejestratora. Dane obrazowe wyświetlane były na monitorze podłączonym do rejestratora i obsługiwane przez wewnętrzny program rejestratora⁴⁰.

(dowód: akta kontroli str. 159-164, 321-325, 461-462, 480-493)

2.6. W Szpitalu prowadzono ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych, w której nadawano pracownikom upoważnienia do przetwarzania danych we wskazanych systemach informatycznych (np. Esculap, Impuls), wśród których nie wymieniono systemu monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 253-264, 321-325)

2.7. Szpital nie zawierał umów powierzenia przetwarzania danych osobowych z podmiotami zewnętrznymi, mimo iż dostęp do danych z monitoringu wizyjnego miała także firma zewnętrzna, dokonująca przeglądów pogwarancyjnych monitoringu wizyjnego na SOR.

(dowód: akta kontroli str. 330-335, 438-444)

2.8. W *Zasadach monitoringu wizyjnego* określono, iż uprawnienia do zgrywania zarejestrowanego obrazu posiadają: Kierownik Działu Utrzymania Ruchu oraz Kierownik Działu Informatycznego. W przypadku konieczności udostępnienia zapisów z monitoringu uprawnionym podmiotom (np. prokuratura) pracownik zgrywa dane na płytę CD, którą po umieszczeniu i zaklejeniu w kopertach zamyka się w ogniotrwałej szafie.

(dowód: akta kontroli str. 159-160, 321-325, 488-493)

³⁹ Uchwała nr 13/2011 Zarządu Spółki Szpitala Solec Sp. z o.o. w Warszawie z dnia 16 czerwca (bez oznaczenia roku) w sprawie wprowadzenia Polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w Szpitalu SOLEC sp. z o.o.

⁴⁰ Wersja systemu BCS_3.200.0000.0.

W okresie objętym kontrolą Szpital na prośbę uprawnionych podmiotów dwukrotnie udostępniał zapis z monitoringu wizyjnego⁴¹. W jednym przypadku Szpital w dniu 20 lipca 2017 r. udostępnił nagrania z monitoringu SOR z dnia 9-10 kwietnia 2017 r., mimo, iż zgodnie z pkt 6 Zasad stosowania monitoringu nagrany materiał przechowywany jest przez cztery dni, a następnie nadpisywany kolejnym nagraniem, jeżeli nie wystąpiły zdarzenia uzasadniające przechowywanie nagrań. O udostępnienie tych nagrań z 9-10 kwietnia 2017 r. Prokuratura Rejonowa Warszawa Wola wystąpiła pismem z 17 lipca 2017 r.

(dowód: akta kontroli str. 326-329)

Prezes Spółki wyjaśniła: „W dniu 9/10 kwietnia 2017 roku został przywieziony przez Zespół Ratownictwa Medycznego w asyście Policji i przyjęty pacjent który był agresywny, kierował do personelu Szpitala groźby. Zdarzenie, które wystąpiło uzasadniało zabezpieczenie nagrań, zgodnie z przyjętymi w Szpitalu zasadami stosowania monitoringu. Za ustną zgodą Zarządu, zabezpieczono nagranie z kamer w dniu 13.04.2017 r. Następnie, zabezpieczone nagrania zostały zapisane na płytach CD, które po umieszczeniu i zaklejeniu w kopertach, zamknięto w ogniotrwałej szafie. Zasadność tych działań potwierdziło pismo Prokuratury Rejonowej Warszawa Wola z dnia 17 lipca 2017 r.”

(dowód: akta kontroli str. 460-464)

2.9. W Zasadach monitoringu wizyjnego czas przechowywania obrazu z kamer określono na cztery dni (w wersji obowiązującej w dniu oględzin systemu informatycznego monitoringu tj. 15 listopada 2017 r.) oraz na 17 dni w wersji Zasad stosowania monitoringu z dnia 11 grudnia 2017 r. W trakcie oględzin systemu informatycznego monitoringu wizyjnego ustalono, iż rejestrator przechowywał obraz z 11 kamer monitorowania ogólnego znajdujących się w SOR przez 10 dni⁴².

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła: „W dniu 5 listopada 2017 r. rozbudowano rejestrator o dodatkowy dysk, tak aby było możliwe przechowywanie nagrań przez czas dłuższy niż 4 dni. W momencie oględzin czas ten wynosił 10 dni, gdyż dysk rejestratora nie był jeszcze w pełni zapisany. Przy pełnym zapisie dysku, czas przechowywania nagrań wynosi 17 dni i taki czas został wpisany w „Zasadach” zaktualizowanych w dniu 11 grudnia 2017 r. Aktualizacja zasad była możliwa dopiero po całkowitym zapełnieniu dysku (czyli fizycznym potwierdzeniu na ile wystarczy miejsca w rejestratorze). Przesłanką decyzji za wydłużeniem czasu przechowywania nagrań były względy techniczne, poprzedni okres (cztery dni) stwarzał ryzyko niespełnienia przez system celów założonych dla monitoringu. Zgranie obrazu z rejestratora trwa kilkakrotnie dłużej niż nagrania bieżące na rejestratorze, więc np. w przypadku zdarzenia które nastąpi podczas weekendu i konieczności zarchiwizowania tych nagrań pojawi się brak technicznej możliwości wykonania takiej operacji, gdyż bieżące nagrania będą nadpisywać dane przewidziane do zgrania”.

(dowód: akta kontroli str. 159-164, 322-325, 482-483, 487-493)

2.10. 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. Nie wystąpiły również przypadki przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego przez personel szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 338-339, 480, 485)

2.11. Zarówno w okresie objętym kontrolą jak i wcześniej Szpital nie prowadził analiz skuteczności monitoringu wizyjnego zainstalowanego w SOR ani analiz kosztów i korzyści poprzedzających zainstalowanie monitoringu.

(dowód: akta kontroli str. 457-459, 464, 507-509)

⁴¹ W dniu 20 lipca 2017 r. zapis monitoringu wizyjnego przekazano Prokuraturze Rejonowej Warszawa Wola, w dniu 13 września 2017 r. Komendzie Stołecznej Policji.

⁴² W dniu oględzin (15 listopada 2017 r.) najstarsze dostępne nagranie pochodziło z 5 listopada z godz. 14.00.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła: „Decyzja o wprowadzeniu monitoringu wizyjnego została podjęta na podstawie ogólnodostępnych badań i danych, które potwierdzają skuteczność takich rozwiązań, w tym informacji o wynikach kontroli „Funkcjonowanie miejskiego monitoringu wizyjnego” przeprowadzonej przez NIK w 2013 roku. Najpierw wprowadzono w Szpitalu możliwość wezwania przez pracowników SOR grupy interwencyjnej. Podpisano umowę z zewnętrzną firmą, na podstawie której w ciągu 5 minut po wciśnięciu zainstalowanych w SOR przycisków pojawia się patrol. Żeby wzmocnić bezpieczeństwo podjęto decyzję o zainstalowaniu monitoringu. Informacje o zdarzeniach niebezpiecznych przekazywane były na bieżąco do Prezesa Zarządu, Starszego Lekarza Dyżuru, za pomocą Raportów pielęgniarских i lekarskich. Natomiast nie prowadzono statystyk z tego zakresu. Po zainstalowaniu kamer wzrosło poczucie bezpieczeństwa pracowników Szpitala”.

Odnośnie systemu monitoringu na Oddziale Chorób Wewnętrznych Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła, że 10 kamer w salach chorych zainstalowano w celu monitorowania stanu pacjenta przez pielęgniarkę, zgodnie z wytycznymi w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, a kamerę na korytarzu zainstalowano w celu poprawy bezpieczeństwa pacjenta i personelu.

(dowód: akta kontroli str. 457-459, 464)

2.12. Z informacji z Policji⁴³ wynika, że na terenie Szpitala, w okresie objętym kontrolą odnotowano 58 zdarzeń niebezpiecznych⁴⁴, w tym m.in.: 41 przypadków awanturujących się pacjentów⁴⁵, 11 kradzieży⁴⁶, dwie kradzieże z włamaniem⁴⁷, 3 bójk⁴⁸, jeden przypadek naruszenia nietykalności cielesnej i znieważenia lekarza⁴⁹.

Komendant Policji wyraził opinię, iż systemy monitoringu posiadają walor prewencyjny, gdyż obecność kamer oraz świadomość monitorowania przestrzeni może oddziaływać odstraszaingly na potencjalnych sprawców, a w konsekwencji zapobiegać zjawiskom kryminalnym oraz o charakterze przestępczym”.

(dowód: akta kontroli str. 504-506)

2.13. W okresie objętym kontrolą nie było kontroli, audytów wewnętrznych i zewnętrznych oraz skarg dotyczących funkcjonowania monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 336-337, 339-340, 459)

2.14. W Szpitalu nie prowadzono rejestracji rozmów telefonicznych pomiędzy lekarzami i pacjentami.

(dowód: akta kontroli str. 459)

2.15. Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła, że w celu wdrożenia od 25 maja 2017 r. RODO⁵⁰ Szpital jest w trakcie wprowadzenia nowych systemów informatycznych, które będą uwzględniały kwestie związane z zarządzaniem danymi osobowymi. Nowe oprogramowanie będzie dostosowane do wymagań wynikających z RODO. Do tego czasu zaktualizowana będzie także obowiązująca obecnie polityka bezpieczeństwa. Jednocześnie Szpital przygotowuje się do wdrożenia standardów wynikających z RODO między innymi poprzez doszkalanie pracowników.

Do dnia zakończenia kontroli szkolenia odbyło czterech pracowników szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 460-461, 465, 507-509)

⁴³ KRP-KKS-I-2412/2334/17 z 31 października 2017 r.

⁴⁴ W tym w 2015 r. – 19, w 2016 r. – 34 w 2017 – 27.

⁴⁵ W tym w 2015 – 18, w 2016 – 13, w 2017 – 10.

⁴⁶ W 2015 – pięć, w 2016 – trzy, w 2017 – trzy.

⁴⁷ Obie w 2015 roku.

⁴⁸ W 2015 – jedna, w 2016 – dwie.

⁴⁹ W 2015 roku.

⁵⁰ 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.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważa, że w czasie funkcjonowania monitoringu wizyjnego w Szpitalu nie prowadzono analiz skuteczności jego działania, m.in. pod kątem poprawy bezpieczeństwa pacjentów czy też zabezpieczenia materiału dowodowego w przypadkach zarejestrowania czynów zabronionych popełnianych na terenie monitorowanych pomieszczeń. W ocenie NIK, prowadzenie takich analiz mogłoby przyczynić się do rozważenia zasadności wprowadzenia monitoringu wizyjnego na innych oddziałach Szpitala, czy też zmiany zasad przechowywania zarejestrowanego materiału przez już funkcjonujący system monitoringu wizyjnego. To ostatnie potwierdzają działania podjęte w trakcie kontroli NIK w Szpitalu, tj. wydłużenie okresu przechowywania danych z czterech do 17 dni.

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Nie zagwarantowano pełnej ochrony przetwarzania danych osobowych uzyskanych z monitoringu wizyjnego, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych. Wynikało to głównie z nieuznawania zbioru obrazów pochodzących z monitoringu wizyjnego za zbiór danych osobowych. W związku z powyższym przyjęte w Szpitalu dokumenty: *Polityka bezpieczeństwa i Instrukcja Zarządzania Zbiorem Danych Osobowych Szpitala* nie odnosiły się do danych osobowych pozyskanych z monitoringu wizyjnego, bowiem w wykazie zbiorów danych osobowych nie ujęto zbiorów pochodzących z monitoringu wizyjnego oraz programów zastosowanych do ich przetwarzania. Było to niezgodne z § 4 pkt 2 rozporządzenia w sprawie przetwarzania danych osobowych. Ponadto nie określono poziomu bezpieczeństwa oraz środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych do zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzania tych danych, co było niezgodne z § 6 ww. rozporządzenia.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła: „Szpital nie traktował zbioru danych z monitoringu wizyjnego za zbiór danych osobowych. Szpital zamierza uwzględnić zbiór danych osobowych z monitoringu wizyjnego i zgłosić go zgodnie z rozporządzeniem wraz z aktualizacją polityki bezpieczeństwa. Natomiast obecnie podjęto działania aby dostosować się do wymogów rozporządzenia. Polityka Bezpieczeństwa będzie aktualizowana w pierwszym półroczu 2018 roku”.

(dowód: akta kontroli str. 192-252, 460-464)

2. W ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych, nie zaewidencjonowano upoważnień dwóch pracowników⁵¹ do przetwarzania danych w systemie informatycznym monitoringu wizyjnego dla Kierownika Działu Informatycznego oraz Kierownika Działu Utrzymania Ruchu, którzy posiadali dostęp do danych na podstawie upoważnienie nadanego w Zasadach stosowania monitoringu. W *Zasadach stosowania monitoringu* nie zawarto jednak wszystkich informacji, które zgodnie z art. 39 ustawy o ochronie danych osobowych powinna zawierać ewidencja osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych. W zasadach monitoringu wizyjnego nie zawarto informacji dotyczących daty nadania i ustania oraz zakresu upoważnienia do przetwarzania danych osobowych oraz identyfikatora danych przetwarzanych w systemie informatycznym.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła: „Nie prowadzono odrębnej ewidencji upoważnień do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego, ponieważ Szpital nie traktował zbioru danych z monitoringu wizyjnego za zbiór danych osobowych”.

(dowód: akta kontroli str. 253-264, 321-325, 460-464)

⁵¹ Kierownika Działu Utrzymania Ruchu i Kierownika Działu Informatycznego.

3. Nie zawarto umów powierzenia przetwarzania danych osobowych z firmą zewnętrzną, mimo iż miała ona dostęp do danych z monitoringu wizyjnego (przeglądy pogwarancyjne monitoringu zainstalowanego na SOR), co było niezgodne z art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych. W umowie z dnia 21 sierpnia 2015 r. na roboty budowlane m.in. modernizację SOR okres gwarancji jakości wykonywanych robót, w tym systemu monitoringu wizyjnego na SOR ustalono na 60 miesięcy od daty podpisania protokołu odbioru, tj. do czerwca 2021 r.⁵². Przeglądy gwarancyjne, w okresie objętym kontrolą, odbywały się czterokrotnie. Prezes Zarządu Spółki wyjaśniła: „Wszelkie prace serwisowe po oddaniu systemu do użytkowania przez Szpital wykonywane są pod nadzorem pracownika szpitala. Szpital nie traktował zbioru danych z monitoringu wizyjnego za zbiór danych osobowych. Szpital zamierza uwzględnić zbiór danych osobowych z monitoringu wizyjnego i zgłosić go zgodnie z rozporządzeniem wraz z aktualizacją polityki bezpieczeństwa”.

(dowód: akta kontroli str. 330-335, 438-446, 478, 481-482)

Ocena częściowa

Sposób funkcjonowania monitoringu wizyjnego w SOR zapewniał pacjentom poszanowanie prawa do prywatności. Kamery monitorowania ogólnego, z których obraz zapisywano i przechowywano nie były umieszczane w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych. Obraz z kamer monitorujących pacjentów w SOR dostępny był tylko w czasie bieżącym dla lekarzy i pielęgniarek SOR. W zasadach monitoringu wizyjnego ujęto m.in. sposób rozmieszczenia kamer, zasady wykorzystania i udostępniania nagrań z monitoringu wizyjnego oraz listę osób mających dostęp do danych z monitoringu.

Nieprawidłowym, w ocenie NIK było niezagwarantowanie przez Szpital pełnej ochrony przetwarzanych danych osobowych uzyskanych z monitoringu wizyjnego, do czego zobowiązują przepisy prawa dotyczące ochrony danych osobowych. W Szpitalu nie uznano bowiem zbioru obrazów pochodzących z monitoringu wizyjnego za zbiór danych osobowych. W związku z powyższym obowiązujące w Szpitalu: *Polityka bezpieczeństwa* i *Instrukcja Zarządzania Zbiorem Danych Osobowych Szpitala* nie odnosiły się do danych osobowych pozyskanych w związku z funkcjonowaniem monitoringu wizyjnego, gdyż w wykazie zbiorów danych osobowych nie ujęto zbiorów pochodzących z monitoringu wizyjnego oraz programów zastosowanych do ich przetwarzania. Nie określono też poziomu bezpieczeństwa oraz środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych do zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzania tych danych. Powyższe było niezgodne z przepisami rozporządzenia w sprawie przetwarzania danych osobowych.

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. Aktualizację regulacji wewnętrznych dotyczących przetwarzania danych osobowych w celu zapewnienia ochrony danych osobowych pochodzących z monitoringu wizyjnego.
2. Uzupełnienie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego, zgodnie z art. 39 ust 1 ustawy o ochronie danych osobowych.

⁵² Umowa nie określa odrębnej gwarancji dla systemu informatycznego monitoringu wizyjnego, ale dla całości robót budowlanych, w tym teleinformatycznych, w ramach których wykonano monitoring wizyjny.

3. Zawarcie umowy powierzenia przetwarzania danych z firmą dokonującą przeglądów pogwarancyjnych systemu monitoringu wizyjnego.
4. Kontynuowanie działań zmierzających do poprawy warunków pobytu pacjentów w Szpitalu w celu zapewnienia im prawa do prywatności.

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 Kontroli⁵³ 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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, dnia stycznia 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

Dyrektor

Kontrolerzy
Urszula Klimska
główny specjalista k.p.

.....
podpis

.....
podpis

Monika Mazurek - Szczepaniak
główny specjalista k.p.

.....
podpis

⁵³ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.