



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA – 410.025.03.2017

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. Grzegorz Kapela, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LWA/128/2017 z dnia 19 września 2017 r. 2. Monika Mazurek-Szczepaniak, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LWA/129/2017 z dnia 19 września 2017 r. 3. Grażyna Przywara, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LWA/147/2017 z dnia 19 października 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-6)
Jednostka kontrolowana	Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Golimont, Prezes Zarządu Szpitala Praskiego Sp. z o.o. (dowód: akta kontroli str. 7-15)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Obowiązujące w Szpitalu wewnętrzne regulacje dotyczące organizacji i procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, a także stan techniczno-sanitarny pomieszczeń szpitalnych umożliwiały wykonywanie działalności leczniczej z poszanowaniem prawa pacjenta do intymności i godności³, zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁴.

Jednak pomimo stworzenia w Szpitalu odpowiednich warunków świadczenia usług zdrowotnych, kilkuprocentowa grupa pacjentów negatywnie oceniła pobyt w Szpitalu w zakresie poszanowania ich intymności i godności, głównie z uwagi na: niegrzeczne, aroganckie zachowanie personelu medycznego, udzielanie świadczeń zdrowotnych na salach wieloosobowych bez użycia parawanów, udzielanie informacji na temat ich stanu zdrowia w obecności osób trzecich.⁵

Funkcjonujący w Szpitalu system monitoringu wizyjnego 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 osobowych⁶. Przyczyną tej nieprawidłowości

¹ Dalej: Szpital Praski, Szpital lub Spółka.

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 Dalej również prawa do prywatności.

⁴ Dz. U. 2017 r., poz. 1318 j.t., dalej: ustawa o prawach pacjenta.

⁵ Potwierdzają to wyniki ankiet przeprowadzonych wśród pacjentów (ankieta satysfakcji pacjenta przeprowadzona przez Szpital i ankietę przeprowadzoną w toku kontroli przez NIK) oraz skargi pacjentów skierowane do Szpitala.

⁶ 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 dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać

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 nie odnosiły się do danych osobowych pozyskanych z monitoringu wizyjnego.⁷

W Szpitalu nie wprowadzono również wewnętrznych regulacji dotyczących monitoringu wizyjnego, odnoszących się do kwestii związanych z organizacją i zasadami obsługi systemu monitoringu wizyjnego, zasad postępowania w przypadkach ujawnienia przez monitoring zdarzeń niepożądanych oraz czasu przechowywania nagrań z monitoringu, co ograniczało skuteczność jego funkcjonowania.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Spółka z o.o. pn. Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego powstała w wyniku przekształcenia samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej i została utworzona w celu wykonywania działalności leczniczej. Udziały stanowiące kapitał zakładowy Spółki zostały w całości objęte przez miasto stołeczne Warszawa.

Zgodnie z regulaminem organizacyjnym⁸ Szpitala, świadczenia zdrowotne udzielane są z poszanowaniem praw pacjenta wynikających z przepisów prawa. Pacjent oraz osoby odwiedzające, zobowiązane są do respektowania praw innych pacjentów w szczególności do poszanowania ich prawa do intymności.

(dowód: akta kontroli tom I str. 17-80)

W 2014 roku Szpital Praski uzyskał od Ministra Zdrowia Certyfikat Akredytacyjny⁹. Standardy akredytacyjne zawierają zasady etycznej opieki nad pacjentem, dobrej komunikacji i współpracy z jego bliskimi. Zgodnie z przyjętymi zasadami opieka nad pacjentem powinna być sprawowana z zachowaniem zasady prywatności. Szpital zobowiązany jest do zapewnienia warunków, które minimalizują uczucie skrępowania i ograniczenia prywatności pacjentów. W tym celu powinny być wykorzystywane parawany, zasłony, oddzielne sale i pokoje badań. Zachowanie zasad prywatności dotyczy każdej okoliczności pobytu pacjenta w szpitalu, nie tylko badania lekarskiego, czy realizacji opieki pielęgniarstwa, lecz także przeprowadzania wywiadu i pobierania zgody na zabiegi. Realizując standard akredytacyjny w zakresie praw pacjenta Szpital opracował procedury:

- informowania pacjentów o przysługujących im prawach i obowiązkach oraz regulaminie organizacyjnym,
- zapewnienia poufności danych osobowych,
- ochrony prywatności pacjenta podczas zbierania wywiadu lekarskiego, przeprowadzania badań i zabiegów, obecności osób w trakcie udzielanych świadczeń,
- zasad udziału krewnych, osób wskazanych przez pacjenta w procesie opieki.

(dowód: akta kontroli tom I str. 81-112, 280-306)

urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz.U. Nr 100, poz. 1024), zwane dalej: rozporządzenie w sprawie przetwarzania danych osobowych.

⁷ 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. Nie zastosowano odpowiedniego oznakowania o prowadzonym monitoringu wizyjnym.

⁸ Uchwała Nr 121/2017 Zarządu Spółki z 8 września 2017 r.

⁹ Szpitale, które mają certyfikat akredytacyjny, uzyskują go od Ministra Zdrowia poprzez udział w programie akredytacji, która jest zewnętrzną oceną pracy szpitali, prowadzoną przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia od 1998 roku.

Procedura informowania pacjentów o przysługujących im prawach i obowiązkach określała sposób postępowania personelu medycznego w przekazywaniu informacji przy przyjęciu chorego do oddziału szpitalnego. Zgodnie z tą procedurą każdy pacjent powinien być poinformowany o przysługujących mu prawach i obowiązkach. Obowiązkiem pielęgniarki dyżurnej jest zapoznanie pacjenta z przysługującymi mu prawami i wręczenie mu ich w formie pisemnej.

Zgodnie z procedurą zapewnienia poufności danych osobowych pacjenta w trakcie rejestracji pacjentów ich dane osobowe powinny być pobierane z poszanowaniem zasady braku dostępu osób postronnych do tych informacji. Pacjent proszony jest o okazanie dowodu osobistego, a pozostałe dane przekazywane są w formie pisemnej. Każda osoba podczas pobytu w Szpitalu otrzymuje opaskę identyfikacyjną, umożliwiającą jej identyfikację podczas hospitalizacji. Nie prowadzono kart gorączkowych pacjentów z danymi osobowymi przy łóżkach chorych.

Badanie satysfakcji pacjentów ze świadczonych usług, przeprowadzone przez Szpital w 2016 r. wykazało, że 61% osób ocenia pozytywnie czas załatwienia formalności przy przyjęciu na SOR.

(dowód: akta kontroli tom I str. 94-98, 192-228)

W Procedurze ochrony prywatności pacjenta określono, że zbieranie wywiadu lekarskiego, uzyskiwanie zgody na przeprowadzenie badań, powinno odbywać się wyłącznie w obecności lekarza. Badanie pacjenta powinno się odbywać w pokoju badań, natomiast zabiegi w pokoju zabiegowym. W przypadku gdy stan zdrowia pacjenta wymaga przeprowadzenia zabiegu w sali chorych przyjęto zasadę obowiązku użycia przenośnego parawanu. Przy zabiegu lub badaniu mogą przebywać jedynie pracownicy medyczni, których obecność jest niezbędna ze względu na rodzaj udzielanych świadczeń. Obecność osób postronnych w trakcie wykonywania świadczeń medycznych nie jest możliwa bez uzyskania zgody pacjenta lub przedstawiciela ustawowego w przypadku osób małoletnich lub ubezwłasnowolnionych. Lekarz ma obowiązek nadzoru nad przestrzeganiem prawa pacjenta do intymności przez pozostałych członków personelu medycznego podczas prowadzonych czynności. Ponosi również odpowiedzialność za zachowanie osób asystujących w trakcie wykonywania świadczeń medycznych.

(dowód: akta kontroli tom I str. 99-102)

W regulaminie odwiedzin określono m.in., że pacjenta mogą odwiedzać równocześnie najwyżej dwie osoby, zabroniono siadania na łóżkach chorych, prowadzenia głośnych rozmów i poruszania tematów, które mogłyby wprowadzić pacjentów w stan niepokoju oraz chodzenia po salach, w których przebywają inni pacjenci niż osoba odwiedzana. W czasie obchodu lekarskiego odwiedzający nie mogą przebywać w salach chorych.

W Szpitalu określone zostały także zasady udziału krewnych lub osób wskazanych przez pacjenta, w procesie opieki¹⁰. Procedura ta zakładała, że udział rodziny i bliskich w opiece nad chorym przebywającym w Szpitalu, zwiększa poczucie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego pacjenta.

W celu zapewnienia prawidłowego udzielania informacji o pobycie pacjentów w Szpitalu, opracowano Procedurę informowania o stanie zdrowia i planie opieki medycznej. Procedura określała komu i w jakich okolicznościach przekazywane są informacje na temat pacjenta. Wykluczała możliwość udzielania informacji o stanie zdrowia pacjenta w formie telefonicznej.

W Szpitalu nie ustalono szczegółowych zasad regulujących sposób zachowywania się lekarzy i pielęgniarek w czasie obchodu lekarskiego.

¹⁰ Procedura – zasady udziału krewnych, osób wskazanych przez pacjenta w procesie opieki.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że nie wprowadzono szczegółowych zasad w tym zakresie, ponieważ wynikają one z przepisów ustawy o prawach pacjenta, ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty oraz korporacyjnych przepisów etyki lekarskiej opracowanych przez Naczelna Izbę Lekarską.

(dowód: akta kontroli tom I str. 99-107, 229-234, 254-255, tom II str. 66)

1.2. Informacje o prawach pacjenta, obowiązkach osób odwiedzających oraz regulamin odwiedzin dostępne były na tablicach informacyjnych oddziałów a w salach chorych znajdowały się informatory o prawach pacjenta.

(dowód: akta kontroli tom I str. 108-111, tom II str. 1-10)

Analiza dokumentacji medycznej, w tym historii chorób 75 pacjentów, przebywających w Szpitalu Praskim w latach 2015 – 2017 na oddziałach: SOR¹¹, Urologicznym i Urologii Onkologicznej¹², Chorób Wewnętrznych¹³, Ginekologiczno-położniczym¹⁴, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej¹⁵ wykazała, że pacjenci poświadczali fakt zapoznania się z ich prawami i obowiązkami poprzez złożenie podpisu na odpowiednim dokumencie¹⁶. Ustalono jednak, że dziewięciu pacjentów nie potwierdziło zapoznania z ich prawami, w tym pięciu pacjentów było pod wpływem alkoholu a jeden oddalił się ze szpitala przed badaniem. Pozostali trzej pacjenci, z którymi był możliwy kontakt słowno-logiczny¹⁷, odmówili podpisania oświadczenia bądź nie mogli go podpisać.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że pacjenci pod wpływem alkoholu przebywający na SOR nie są informowani o przysługującym im prawach i obowiązkach ze względu na towarzyszące im zaburzenia świadomości. Próby wymuszania na pacjentach w takim stanie oświadczeń są niewiarygodne. Pozostałe przypadki spowodowane były: przeniesieniem dokumentu z podpisem pacjenta do historii choroby z innego oddziału szpitalnego, brakiem woli złożenia podpisu przez pacjenta lub brakiem możliwości podpisania, co zostało odnotowane w dokumentacji.

(dowód: akta kontroli tom II str. 63-64, 204-205)

1.3. W toku kontroli dokonano oględzin warunków organizacyjno-technicznych pięciu oddziałów Szpitala¹⁸ pod kątem zapewnienia pacjentowi prawa do prywatności, w tym poszanowania intymności i godności. Wyniki oględzin wykazały, że:

- warunki techniczno-sanitarne pomieszczeń spełniały wymogi określone w art. 22 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej,
- 85% sal chorych było jedno lub dwuosobowych,
- wieloosobowe sale chorych tzw. wzmożonego nadzoru i SOR wyposażone były w zamontowane na stałe parawany/kotary zasłaniające pacjentów, w każdym przypadku dostęp do łóżka chorego był możliwy z trzech stron (w tym dwóch dłuższych),
- nie stwierdzono przypadków hospitalizowania pacjentów na korytarzu,
- pomieszczenia wyposażone były w nowe urządzenia, umożliwiające zapewnienie intymności i prywatności pacjentom podczas pobytu w Szpitalu, m.in. rolety w oknach, matowe szyby, zabezpieczenia uniemożliwiające wstęp osobom nieuprawnionym,

¹¹ Księga główna poz.: 1,3,15, 220, 20000 w 2015,2016,2017 r.

¹² Księga głównej poz.: 19, 26, 74, 118 w 2015; 7502, 7514, 7490, 7493, 7487 w 2016 r., 765, 768, 871,1705, 2766, 6728, 7289 w 2017 r.

¹³ Księga główna poz.: 16, 28, 29, 34, 38 w 2015 r, 7503, 7506 ,7543, 7565, 7569 w 2016 r., 263, 1435, 2260, 3694, 5551 w 2017 r.

¹⁴ Księga główna poz.: 15, 32, 52, 71, 80 w 2015r., 2 ,4 ,9, 16, 20 w 2016 r., 275, 307, 325, 7358, 8742 w 2017 r.

¹⁵ Księga główna poz.: 1,3,5,8, 35 w 2015 r., 7498, 7500, 7536, 7568, 7578 w 2016 r., 7968, 8194, 8496, 8777 w 2017 r.

¹⁶ Oświadczeniu o zapoznaniu się z prawami pacjenta określonymi w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz z obowiązkami pacjenta.

¹⁷ Pacjenci podpisywali inne dokumenty przedkładane im przez personel szpitala: nr ks. głównej 2260/2017 i 1/2017.

¹⁸ SOR, Oddział Urologiczny i Urologii Onkologicznej, Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Ginekologiczno-położniczy, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

- na każdym oddziale znajdowały się parawany przenośne,
- gabinety zabiegowe zabezpieczone były przed dostępem osób postronnych, poprzez ograniczenie wstępu tylko dla personelu posiadającego odpowiednie karty magnetyczne lub posiadały ostrzegającą informację świetlną,
- na oddziałach wydzielono miejsca (wyposażone w fotele, z dostępem do kuchni), wykorzystywane w trakcie odwiedzin pacjentów oraz sale narad personelu medycznego, służące także do rozmów z pacjentami i ich rodzinami,
- łazienki wyposażone były w ubikację, kabinę prysznicową oraz umywalkę i były przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.

(dowód: akta kontroli tom II str. 1-10)

1.3. W latach 2015-2017 (do 27 listopada) do Szpitala wpłynęło 45 skarg¹⁹ związanych z jego funkcjonowaniem, w tym 21 (46,6 %) ²⁰ dotyczących naruszenia praw pacjentów do poszanowania intymności i godności przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Naruszenie (zdaniem skarżących) tych praw wystąpiło w SOR (14 skarg), w Oddziale Ginekologii i Położnictwa (3 skargi), w Zakładzie Radiologii (3 skargi) i w III Oddziale Chorób Wewnętrznych (1 skarga). Skarżący wskazywali m.in. na aroganckie zachowanie personelu, brak zainteresowania lub lekceważenie pacjenta przez lekarza, długie oczekiwanie na udzielenie pomocy w SOR²¹, umieszczenie pacjentów różnych płci za jednym parawanem, nieudostępnienie toalety dla niepełnosprawnych. Zasadność skarg była badana w wewnętrznych postępowaniach wyjaśniających, tj. pobierano wyjaśnienia od osób, na które złożono skargę, od zwierzchników służbowych tych osób oraz współpracowników, badano dokumentację Szpitala, w tym medyczną. Wszystkie skargi zostały rozpatrzone terminowo. Wszystkim pacjentom udzielono odpowiedzi. W treści odpowiedzi przedstawiano ustalony w postępowaniach wyjaśniających stan faktycznych, natomiast w odniesieniu do zasadności skarg na zachowanie personelu stwierdzano, że jest to „kwestia ocenna relacji interpersonalnych i zachowania lekarza, relacji wysoce subiektywnych i niedających się w sposób jednoznaczny skodyfikować.” Jednak w każdej z takich sytuacji, Dyrektor do spraw medycznych przeprowadzał rozmowy z pracownikami, wskazując na konieczność stosownego zachowania i podejścia do pacjentów, tak aby odczuwali oni zadowolenie z wysokiej jakości świadczeń medycznych udzielanych przez Szpital.

(dowód: akta kontroli tom I str. 434-435)

W latach 2015 – 2017 (do 31.10) w Szpitalu nie były prowadzone kontrole lub audyty zewnętrzne dotyczące przestrzegania prawa pacjenta do prywatności.

(dowód: akta kontroli tom II str. 16)

Wśród pacjentów Szpital przeprowadził ankietę satysfakcji pacjenta, w której ocenie pacjentów poddawano m.in. sposób przyjęcia do Szpitala, warunki pobytu na oddziałach i pracę lekarzy i pielęgniarek. Badanie satysfakcji pacjenta wykazało, że w 2015 r. wszyscy ankietowani pacjenci ocenili warunki pobytu w oddziałach oraz utrzymanie na nich czystości jako bardzo dobre i dobre. W 2016 r. - 2% pacjentów oceniło źle warunki pobytu w oddziałach szpitalnych. Jako kryterium oceny przyjęto wyposażenie sal chorych, warunki sanitarno-higieniczne, dostosowanie pomieszczeń do potrzeb osób niepełnosprawnych oraz czystość na oddziale. W 2015 r. tylko 72% ankietowanych potwierdziło znajomość praw pacjenta a 21% w ogóle się z nimi nie zapoznało. W badaniu przeprowadzonym w 2016 r.²² 73%

¹⁹ W 2015 r. – 12 skarg; w 2016 r. – 19 skarg; w 2017 r. -14 skarg.

²⁰ W 2015 r. – sześć skarg (50 %); w 2016 r. – 13 skarg (68,4 %); w 2017 r. -dwie skargi (14,2 %).

²¹ Nawet 10-11 godzin.

²² Badania satysfakcji pacjentów w latach 2015 i 2016 zostały przeprowadzone według innych metodologii.

pacjentów przyjmowanych na SOR oceniło bardzo dobrze lub dobrze przekazywanie informacji o prawach pacjenta, natomiast w przypadku innych oddziałów szpitalnych wskaźnik ten wyniósł 84%.

(dowód: akta kontroli tom I str.192-228)

W toku niniejszej kontroli przeprowadzono badanie ankietowe wśród 106 pacjentów pięciu oddziałów Szpitala²³, którzy dokonali oceny Szpitala pod kątem poszanowania prawa do intymności i godności oraz informowania o prawach pacjenta. Analiza wyników wykazała, że:

- 5% ankietowanych pacjentów podczas pobytu w Szpitalu doznała aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel medyczny,
- 6% pacjentów stwierdziło, że informacji na temat ich stanu zdrowia udzielano w obecności osób trzecich, a 19% nie miało zdania, w tym względzie,
- 9% chorych stwierdziła, że świadczenia zdrowotne udzielane były na salach wieloosobowych bez użycia parawanów,
- 1% pacjentów uznało, że warunki pobytu na oddziale, w tym sanitarno-higieniczne są nieodpowiednie i nie uwzględniają prywatności pacjenta
- 87% ankietowanych pacjentów zostało zapoznanych z prawami pacjenta.

(dowód: akta kontroli tom I str. 436-438)

Ocena cząstkowa

Szpital wdrożył wewnętrzne regulacje dotyczące procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, uwzględniające poszanowanie praw pacjenta do intymności i godności. Warunki techniczno-sanitarne pomieszczeń szpitalnych w pięciu kontrolowanych oddziałach spełniały wymogi określone w art. 22 ust. 1 ustawy działalności leczniczej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁴, co umożliwiało przestrzeganie prawa pacjenta do intymności i godności w czasie hospitalizacji. Jednak przeprowadzone przez Szpital badania satysfakcji pacjenta oraz wyniki badania ankietowego, wykonanego w trakcie kontroli NIK, a także skargi skierowane do Szpitala wskazują, na negatywne odczucia części pacjentów (5% - 9%) związane z nieposzanowaniem ich prawa do godności i intymności w czasie hospitalizacji.

2. Organizacja i funkcjonowanie monitoringu wizyjnego.

2.1. Szpital Praski w latach 2008-2016 przeszedł kompleksową modernizację wraz z rozbudową. System monitoringu wizyjnego był elementem projektu budowy nowego obiektu szpitalnego (A) oraz modernizacji zabytkowego budynku (A2). Koszty instalacji i modernizacji systemu monitoringu wyniosły 728,3 tys. zł. W dokumentacji znajdującej się w Szpitalu brak było informacji dotyczącej przeprowadzenia analiz przed podjęciem decyzji o zainstalowaniu monitoringu wizyjnego. Obecny Zarząd Szpitala wprowadził zmiany w organizacji funkcjonowania systemu monitoringu. Podgląd z kamer zainstalowanych na korytarzach poszczególnych oddziałów udostępniono na konsolach usytuowanych w pobliżu pokoi pielęgniarek, zamiast na monitorach znajdujących się w portierni.

(dowód: akta kontroli tom I str. 433, tom II str. 53-67)

²³ SOR, Oddział Urologiczny i Urologii Onkologicznej, Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

²⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 739.

Prezes wyjaśnił, że decyzja o konieczności zainstalowania systemu monitoringu wizyjnego zapadła przed nastaniem obecnego Zarządu, w związku z tym nie są znane dokładne przyczyny jego wprowadzenia ani też ewentualnie podejmowane działania przed jego wprowadzeniem. Decyzje dotyczące zmiany organizacji monitoringu związane były z potrzebą zapewnienia intymności pacjentom w obrębie ciągów komunikacyjnych, poprzez ograniczenie dostępu do obrazu wyłącznie personelowi medycznemu oraz spowodowane były względami bezpieczeństwa.

(dowód: akta kontroli tom II str. 57-58)

W Szpitalu nie wprowadzono wewnętrznych regulacji dotyczących monitoringu wizyjnego odnoszących się do kwestii związanych z ochroną prywatności pacjenta, organizacją i zasadami obsługi systemu monitoringu wizyjnego m.in. miejsc rozmieszczenia kamer, obowiązków osób obsługujących monitoring, zasad postępowania w przypadkach ujawnienia przez monitoring zdarzeń niepożądanych oraz czasu przechowywania nagrań z monitoringu.

(dowód: akta kontroli tom II str. 57-58, 204-205)

Dyrektor ds. administracyjno-technicznych podał, że obraz z kamer ulega nadpisaniu po około 14 dniach.

(dowód: akta kontroli tom II str. 57-58)

W skład monitoringu w Szpitalu wchodziło 131 kamer oraz 21 atrap kamer zlokalizowanych na klatkach schodowych.

Dyrektor ds. administracyjno-technicznych wyjaśniła, że w Szpitalu zainstalowano atrapy kamer w celu spełnienia funkcji straszaka. Część wschodnia budynku A była wyremontowana i oddana do użytkowania, w tym m.in. zainstalowany był monitoring na oddziałach. Nie zamontowano jednak kamer na klatkach schodowych. W związku z tym podjęto decyzję o zainstalowaniu atrap kamer na klatkach schodowych. Instalacja atrap była tańsza i prostsza w montażu od instalacji kamer.

(dowód: akta kontroli tom II str. 18)

Przed 2015 r. zainstalowano 28²⁵ kamer, pozostałe 103 zamontowano w latach 2015-2016²⁶. Kamery zlokalizowane były tylko w ciągach komunikacyjnych²⁷ Szpitala. Nie instalowano kamer w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, salach chorych lub łazienkach. Podgląd z kamer znajdujących się na korytarzach oddziałów szpitalnych możliwy był w konsolach pielęgniarskich danego oddziału.

Obraz z monitoringu nagrywano na rejestratory znajdujące się w pomieszczeniu zamkniętym, do którego dostęp mieli pracownicy działu informatyki oraz firmy zewnętrznej zajmującej się serwisem monitoringu wizyjnego. Rejestracja obrazu odbywała w sposób ciągły, w trybie pętli.

(dowód: akta kontroli tom I str. 433, II str. 1-10, 18, 53-67)

W Szpitalu nie było odpowiedniego oznakowania o prowadzonym monitoringu wizyjnym. W trakcie trwania kontroli NIK przy dwóch wejściach do Szpitala zostały umieszczone informacje o prowadzonym w obiekcie monitoringu. Nie było natomiast takiego oznakowania w miejscach prowadzenia monitoringu oraz w bezpośrednim ich sąsiedztwie. Ankieta przeprowadzona w trakcie kontroli NIK wykazała, że tylko 54% pacjentów przebywających w Szpitalu stwierdziło, że zostali poinformowani o prowadzonym monitoringu i 52% pacjentów uważa, że instalowanie kamer w szpitalu jest potrzebne.

(dowód: akta kontroli tom I str. 436-438, tom II str. 1-10, 53-67)

²⁵ W budynku A.

²⁶ W budynku A2-39 kamer, w budynku A-64 kamery.

²⁷ Z wyjątkiem dwóch kamer znajdujących się na oddziale ginekologiczno-położniczym, w sali w której przebywały pacjentki po cesarskim cięciu. Kamery były skierowane na urządzenia monitorujące stan zdrowia pacjentek po przeprowadzonym zabiegu. Nie były one połączone do systemu monitoringu wizyjnego, a podgląd obrazu był możliwy tylko w czasie rzeczywistym. Monitor z podglądem znajdował się w konsoli bloku poporodowego, a jego usytuowanie gwarantowało dostęp do obrazu tylko personelowi medycznemu.

2.2. Zgodnie z *Polityką bezpieczeństwa przetwarzania i ochrony danych osobowych wraz z instrukcją zarządzania systemem informatycznym*²⁸ administratorem danych osobowych w jednostce był Prezes Zarządu Szpitala, który był obowiązany zastosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych. W *Polityce bezpieczeństwa* nie zawarto żadnych informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego. W Szpitalu nie został powołany administrator bezpieczeństwa informacji (ABI), mimo iż w *Polityce bezpieczeństwa* opisano funkcje i zadania ABI.

(dowód: akta kontroli tom I str. 134-191)

V-ce Prezes Zarządu wyjaśnił, że powołanie ABI jest uprawnieniem a nie obowiązkiem Szpitala. Zgodnie z regulacjami obecnie wszystkie obowiązki ABI realizuje administrator danych, którym jest kierownik jednostki.

(dowód: akta kontroli tom II str. 197-198)

System informatyczny monitoringu wizyjnego nie był połączony z innymi systemami informatycznymi Szpitala. Dostęp do systemu monitoringu posiadali pracownicy działu informatyki oraz firmy zewnętrznej zajmującej się serwisem systemu. Pracownicy Szpitala zostali upoważnieni do przetwarzania danych osobowych pracowników oraz pacjentów, zgodnie z art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych.

Szpital zawarł umowę²⁹ z firmą ADW Projekt Sp. z o.o., na podstawie której zlecono usługodawcy prowadzenie przeglądów, konserwacji oraz dokonywanie napraw w systemie urządzeń technicznych Szpitala, w tym instalacji monitoringu wizyjnego. Na podstawie umowy usługodawca zobowiązał się by dane osobowe oraz dane mogące mieć wpływ na bezpieczeństwo Szpitala, zawarte w naprawianym sprzęcie, były należycie zabezpieczone przed osobami trzecimi. W okresie objętym kontrolą Szpital zawarł podobne umowy z dwiema innymi firmami: Inwemer System Sp. z o.o.³⁰ oraz BMS Serwis Sp. z o.o.³¹ Z żadną z wyżej wymienionych firm Szpital nie zawarł umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych w myśl art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych.

(dowód: akta kontroli tom II str. 18, 53-67, 143-192, 204-205)

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

(dowód: akta kontroli tom II str 57-67, 204-205)

W trakcie oględzin przeprowadzonych 6 grudnia 2017 r. w pokoju serwerowni systemu monitoringu (budynek A pokój P20) ustalono, że w skład systemu wchodziły trzy serwery/rejestratory, na których zapisywany był obraz z kamer oraz urządzenie zewnętrzne³² z monitorem umożliwiające połączenie z systemem rejestracji obrazu. Dostęp do systemu był możliwy po wpisaniu loginu i wprowadzeniu hasła. Stwierdzono, że liczba kamer zarejestrowanych w systemie (138) jest niezgodna z liczbą zamontowanych kamer (131). Na podstawie zapisów z 13 losowo wybranych kamer, ustalono że ostatnie nagrania zarejestrowane na dwóch serwerach (z 10 kamer) pochodziły z okresu od 18 listopada 2017 r. do 29 listopada 2017 r. Okres przechowywania tych nagrań wynosił od dziewięciu do 19 dni. Natomiast najstarsze zapisy w rejestratorze trzecim (trzy kamery) były dokonane w dniu oględzin. Ustalono także, że w systemie zarejestrowane były cztery loginy użytkowników, z których wykorzystywano tylko jeden. Ponadto

²⁸ Procedura Z11 wersja obowiązująca od dnia 20 czerwca 2017 r. (pierwsza wersja z 12 maja 2014 r.)- dalej zwana też *Polityką bezpieczeństwa*.

²⁹ Umowa nr 165/2017/ZP z 16 maja 2017 r.

³⁰ Umowa nr 200/2016/ZP/DNTiE zawarta w dniu 16 maja 2016 r.

³¹ Umowa nr 317/Serwis/DNTiE/2015 zawarta 31 lipca 2015 r.

³² Konsola KVM.

pracownik działu informatyki uzyskał dostęp do systemu (hasło) przed dwoma laty i od tego czasu nie było ono zmieniane.

(dowód: akta kontroli tom II str. 68-70, 206-208)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że aktywne loginy i hasła posiada obecnie wyłącznie firma serwisująca oraz pracownik działu IT. W systemie odnotowane są także – o charakterze historycznym – dane dostępowe firmy instalującej system na zlecenie Budimex S.A. – Generalnego Wykonawcy inwestycji. Są one jednak nieaktywne.

(dowód: akta kontroli tom II str. 201-203)

2.3. W Szpitalu nie prowadzono udokumentowanych analiz skuteczności monitoringu wizyjnego ani analiz kosztów i korzyści poprzedzających zainstalowanie monitoringu.

(dowód: akta kontroli tom II str. 204-205)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala wpłynęło 19 pism z Policji z prośbą o udostępnienie nagrań z monitoringu w związku z prowadzeniem postępowań. Tylko w sześciu przypadkach Szpital udostępnił Policji zapis z monitoringu wizyjnego³³. Nieudostępnienie pozostałych nagrań spowodowane było utraceniem zapisu w wyniku nadpisania na nagraniu nowego obrazu. Analiza dokumentacji wykazała, że w trzech przypadkach Szpital nie udostępnił Policji nagrania z monitoringu pomimo, że od daty danego zdarzenia do wpływu do Szpitala pisma w sprawie przekazania nagrania nie upłynął okres dwóch tygodni. Dotyczyło to następujących spraw:

- wpływ pisma do Szpitala w dniu 23 maja 2016 r. z prośbą o przekazanie nagrania z 18 maja 2016 r.
- wpływ pisma 5 lipca 2016 r. z prośbą o nagranie z 25 czerwca 2016 r.
- wpływ pisma 13 września 2016 r. z prośbą o nagranie z 7 września 2016 r.

(dowód: akta kontroli tom II str. 24-52)

Prezes Zarządu wyjaśnił, że szacowany czas rejestracji obrazu wynosi od 14-31 dni w zależności od ilości źródeł (kamer) na danym serwerze/rejestratorze.

(dowód: akta kontroli tom II, 57-67)

W latach 2014 – 2017 (do 13 października) w Komendzie Rejonowej Policji Warszawa VI przeprowadzono łącznie 38 postępowań dotyczących zdarzeń mających wpływ na bezpieczeństwo osób przebywających na terenie Szpitala, w tym: w 2014 r. – osiem, w 2015r. – osiem, w 2016 r. – 19, w 2017 r. – trzy. Prowadzone postępowania dotyczyły w większości kradzieży (60%).

(dowód: akta kontroli tom II str. 209-210)

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

(dowód: akta kontroli tom II str. 204-205)

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

(dowód: akta kontroli tom II str. 204-205)

2.6. Prezes Zarządu Szpitala wyjaśnił, że w połowie maja 2017 r. dokonał roboczej analizy zgodności posiadanych rozwiązań z RODO. Ustalono trzy najważniejsze obszary koniecznych działań:

- powołanie ABl (biorąc pod uwagę zasoby kadrowe Spółki zakłada się uczynienie tego w oparciu o wyspecjalizowany podmiot zewnętrzny)
- dokonanie aktualizacji Polityki Bezpieczeństwa do norm RODO
- przeprowadzenie szkoleń przypominających w zakresie ochrony danych dla wszystkich pracowników

³³ W jednym przypadku sprawa dotyczyła przychodni przyszpitalnej, w której nie został zamontowany monitoring wizyjny.

Przyjęto, iż powyższe działania przeprowadzone zostaną w drugiej połowie I kwartału 2018 r. tak, by sfinalizować je do końca kwietnia 2018 roku.

(dowód: akta kontroli tom II str. 203)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie wprowadzono wewnętrznych regulacji określających zasady działania monitoringu wizyjnego oraz nie prowadzono bieżących analiz pod kątem jego skuteczności, zasad funkcjonowania, okresów przechowywania nagrań i zasad ich udostępniania oraz obowiązków osób obsługujących system, co skutkowało m.in.:
 - zarejestrowaniem w systemie informatycznym monitoringu większej liczby kamer od faktycznie zamontowanych,
 - zainstalowaniem na klatkach schodowych 21 atrap kamer, które z jednej strony wprowadzają u osób monitorowanych poczucie ingerencji w sferę ich prywatności, a z drugiej dają mylne poczucie zwiększonego bezpieczeństwa,
 - nieudostępnieniem Policji 12 nagrań z monitoringu, ponieważ okresy przechowywania zarejestrowanego obrazu wynikały z możliwości technicznych urządzeń, a nie z celów, dla których zainstalowano monitoring (bezpieczeństwo).

Prezes Zarządu wyjaśnił, że wobec braku zapisów ustawowych nie wprowadzono takich regulacji w formie pisemnej. Przyjęto jednak zasadę, iż materiał z monitoringu udostępniany jest wyłącznie organom ścigania na ich pisemne wystąpienie. Różnica pomiędzy rzeczywistością i zarejestrowaną w systemie liczbą kamer wynikała z faktu pozostawiania w serwerach jako opisanych slotów po pierwotnych konfiguracjach systemu. Dla czystości przyszłych działań kontrolnych Prezes Zarządu zobowiązał serwisanta do dokonania „przeczyszczenia” slotów.

(dowód: akta kontroli tom II str. 60, 201-203)

2. Nie zastosowano odpowiedniego oznakowania o prowadzonym monitoringu wizyjnym, co było niezgodne z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych. Dopiero w trakcie trwania kontroli NIK przy dwóch wejściach do Szpitala zostały umieszczone informacje o prowadzonym w obiekcie monitoringu wizyjnym. Przeprowadzone badanie ankietowe pacjentów, wykazało że tylko 54% z nich uznało, że zostali poinformowani o prowadzonym w obiekcie monitoringu.

Prezes Zarządu wyjaśnił, że mimo braku rozwiązań ustawowych, poprzedzając ewentualne rozwiązania legislacyjne w tym zakresie, polecił umieścić tablice informujące o zastosowaniu monitoringu wizyjnego przy wejściach do Szpitala, a więc w taki sposób, by wszyscy wchodzący mogli je zauważyć. Nadmienić należy, iż wszystkie kamery wykorzystywane w Szpitalu umieszczone są w sposób widoczny dla osób przebywających w placówce (brak tzw. „urządzeń ukrytych”).

(dowód: akta kontroli tom II str. 57-67)

NIK wskazuje, że zgodnie z art. 24 ustawy o ochronie danych osobowych podmiot, który wprowadza monitoring wizyjny i za jego pomocą zbiera dane osobowe, powinien poinformować o tym każdą osobę, której dane zbiera, w tym o celu ich zbierania.

3. W Szpitalu nie zagwarantowano pełnej ochrony przetwarzania danych osobowych uzyskanych z monitoringu wizyjnego, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Wynikało to głównie z nieuznawania zbioru obrazów pochodzących z monitoringu wizyjnego za zbiór danych osobowych. W związku z powyższym, obowiązujące w Szpitalu *Polityka bezpieczeństwa przetwarzania i ochrony danych osobowych wraz z instrukcją zarządzania systemem informatycznym* 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. Nie określono również poziomu bezpieczeństwa oraz środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych do zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzania tych danych, co było niezgodne z § 6 ww. rozporządzenia. W systemie informatycznym monitoringu wizyjnego zarejestrowane były loginy czterech użytkowników, z których wykorzystywano jeden. Ponadto pracownik działu informatyki posługiwał się przez dwa lata tym samym hasłem dostępu do systemu, co było niezgodne z częścią A pkt IV ust. 1 i 2 załącznika do ww. rozporządzenia.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił, że kwestia ta była przedmiotem analizy w toku kontroli GIODO. Kontrolujący podzielili wówczas opinię Szpitala, iż biorąc pod uwagę fakt niegromadzenia danych z monitoringu – wymóg ten nie jest niezbędny w obecnym stanie prawnym. Potwierdzeniem tego faktu jest brak stwierdzenia w tym zakresie nieprawidłowości w protokole pokontrolnym. Aktywne loginy i hasła posiada obecnie wyłącznie firma serwisująca oraz pracownik działu IT. W systemie odnotowane są także dane dostępowe firmy instalującej system, które są nieaktywne.

(dowód: akta kontroli tom II str. 62)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień, należy zauważyć, że zgodnie z art. 6 ustawy o ochronie danych osobowych, za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej. Osobą możliwą do zidentyfikowania jest osoba, której tożsamość można określić bezpośrednio lub pośrednio np. na podstawie jej cech fizycznych. W związku z tym dane osobowe mogą mieć również formę obrazu utrwalanego za pomocą kamer. W przypadku zapisu tych danych na twardym dysku komputera bądź innym nośniku, dochodzi do przetwarzania danych osobowych. Stosowany w Szpitalu system monitoringu tworzy zbiory w rozumieniu art. 7 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych i w związku z tym przetwarzanie ich jest dopuszczalne tylko według zasad ustalonych w ustawie.

Ponadto wspomniana kontrola Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych (GIODO)³⁴ nie dotyczyła funkcjonowania monitoringu wizyjnego. Jej przedmiotem było przetwarzanie danych osobowych w związku z rejestracją pacjentów w przychodni przyszpitalnej, która nie była objęta systemem monitoringu wizyjnego, a rejestracja pacjentów w przychodni przyszpitalnej nie była utrwalana za pomocą urządzeń rejestrujących obraz.

(dowód: akta kontroli tom I str. 112-133)

³⁴ Kontrola przeprowadzona w okresie 19-23 czerwca 2017 r.

4. Z firmami zewnętrznymi przeprowadzającymi przeglądy instalacji monitoringu i jej naprawy nie zawarto umów powierzenia przetwarzania danych osobowych, mimo iż miały one dostęp do danych z monitoringu wizyjnego, co było niezgodne z art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych.

Prezes Zarządu Spółki wyjaśnił: że Szpital zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych z jednym podmiotem – profesjonalnym archiwum przechowującym papierowe historie chorób z okresu ostatnich 20 lat. Szpital nie traktował zbioru danych z monitoringu wizyjnego za zbiór danych osobowych.

Ocena częściowa

Sposób funkcjonowania monitoringu wizyjnego w Szpitalu zapewniał pacjentom poszanowanie prawa do prywatności. Kamery wchodzące w skład systemu monitoringu, z których obraz zapisywano i przechowywano nie były umieszczane w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych. Ich lokalizacja uwzględniała ochronę prawa do prywatności pacjentów. Szpital nie uregulował zasad funkcjonowania monitoringu wizyjnego, nie posiadał analiz kosztów i korzyści zainstalowania kamer oraz jego skuteczności w kontekście założonych dla niego celów. W wyniku nieuznawania zbioru obrazów pochodzących z monitoringu wizyjnego za zbiór danych osobowych nie zagwarantowano pełnej ochrony przetwarzanych danych osobowych uzyskanych z monitoringu wizyjnego. Obowiązująca w Szpitalu *Polityka bezpieczeństwa przetwarzania i ochrony danych osobowych wraz z instrukcją zarządzania systemem informatycznym* nie odnosiły się do danych osobowych pozyskanych w związku z funkcjonowaniem monitoringu wizyjnego.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz pełnej skuteczności jego funkcjonowania.
2. Zawarcie umowy powierzenia przetwarzania danych z firmą dokonującą przeglądów i napraw systemu monitoringu wizyjnego.

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 Kontroli³⁵ 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.

³⁵ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

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 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
Grzegorz Kapela
główny specjalista k.p.

.....
podpis

Monika Mazurek - Szczepaniak
główny specjalista k.p.

.....
podpis

.....
podpis

Grażyna Przywara
doradca prawny

.....
podpis