



LWA.430.001.2018

Nr ewid. 14/2018/P/17/103/LWA

Informacja o wynikach kontroli

OCHRONA INTYMNOŚCI I GODNOŚCI PACJENTÓW W SZPITALACH

DELEGATURA W WARSZAWIE

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli

Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach

Dyrektor Delegatury

Andrzej Panasiuk

Akceptuję

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Ewa Polkowska

Zatwierdzam

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Krzysztof Kwiatkowski

Warszawa, dnia 9.04.18v.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	5
2. OCENA OGÓLNA	8
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	9
4. WNIOSKI.....	14
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	15
5.1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, w kontekście zagwarantowania pacjentom prawa do prywatności.....	15
5.1.1. Rozwiązania organizacyjno-proceduralne w kontrolowanych podmiotach dotyczące poszanowania prawa pacjenta do intymności i godności.....	15
5.1.2. Zapoznavanie pacjentów z prawami pacjenta.....	16
5.1.3. Warunki organizacyjno-techniczne szpitali	17
5.1.4. Skargi dotyczące prawa pacjenta do intymności i godności	22
5.1.5. Wyniki ankiet przeprowadzonych wśród pacjentów.....	23
5.2. Organizacja i funkcjonowanie monitoringu wizyjnego.....	25
5.2.1. Rozwiązania organizacyjno-proceduralne oraz działania poprzedzające wdrożenie monitoringu wizyjnego w szpitalach.....	25
5.2.2. Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego	26
5.2.3. Przechowywanie zarejestrowanych obrazów z monitoringu wizyjnego. Skuteczność monitoringu.....	28
5.2.4. Ochrona danych osobowych pochodzących z monitoringu wizyjnego	30
6. ZAŁĄCZNIKI	32
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	32
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	34
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	40
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	41
6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	42
6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	45

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Dane osobowe	Informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej (art. 6 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych).
Monitoring wizyjny	Zdalny odbiór obrazu prowadzony w sposób systematyczny w przestrzeni znajdującej się w polu widzenia kamer zainstalowanych w określonych punktach na obszarze monitorowanym lub w jego pobliżu.
Przetwarzanie danych osobowych	Operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalenie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie, a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych (art. 7 pkt 2 ustawy o ochronie danych osobowych).
Szpital	Zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.
System monitoringu wizyjnego	Instalacja składająca się ze sprzętowych i programowych elementów służąca do odbioru obrazu, jego rejestracji, odtwarzania lub przetwarzania w celu osiągnięcia określonej funkcjonalności.
Świadczenia zdrowotne	Działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania.
Ustawa o ochronie danych osobowych	Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
Ustawa o prawach pacjenta	Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
Ustawa o NIK	Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach zapewniają ochronę prawa pacjenta do prywatności (tj. intymności i godności)?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy sposób udzielania świadczeń zdrowotnych oraz organizacja systemu monitoringu wizyjnego i rejestracji rozmów, w tym telefonicznych uwzględniały poszanowanie prawa do prywatności pacjenta?
2. Czy funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, w tym czy gromadzenie, przekazywanie i przetwarzanie danych zebranych w procesie monitoringu zapewniało ochronę danych osobowych pacjentów?

Jednostki kontrolowane

- dwa szpitale kliniczne
- 10 szpitali prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego

Okres objęty kontrolą

2015–2017 z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych istotnych dla kontrolowanej działalności

Godność i prywatność są prawami przynależnymi każdej osobie wynikającymi z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej¹.

Prywatność pacjenta w szpitalu to w szczególności poszanowanie jego sfery czysto osobistej, a temu służy przestrzeganie jego praw do intymności i godności. Prawa te w obszarze ochrony zdrowia zagwarantowane zostały przede wszystkim w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta², poprzez nakaz poszanowania prawa do intymności i godności pacjenta, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych³. Prawo to jest w praktyce jednym z trudniejszych do przestrzegania. Związane jest to m.in. z nieostrością pojęć „intymność” i „godność”. Przyjmuje się, że intymność pacjenta należy odnieść do wszelkich uczuć i działań związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Składa się na nią dbanie o dobro pacjenta, szacunek dla pacjenta, zrozumienie jego sytuacji⁴. Z prawa do godności wynika obowiązek podmiotowego traktowania pacjenta, zapewniającego mu poczucie wartości i szacunku.

Jednym z warunków poszanowania prywatności pacjenta jest obecność w trakcie wykonywania świadczeń jedynie osób wykonujących zawód medyczny, niezbędnych ze względu na rodzaj udzielanego świadczenia zdrowotnego – uczestnictwo innych osób wymaga zgody pacjenta.

Prawo pacjenta do prywatności oznacza również, że wszystkie informacje o stanie zdrowia pacjenta, diagnozach, rokowaniu, przeprowadzonych czynnościach leczniczych, rehabilitacyjnych muszą być traktowane jako poufne i nie mogą być ujawnione przez osoby wykonujące zawód medyczny osobom nieupoważnionym⁵. Informacje związane ze stanem zdrowia pacjenta mogą zostać ujawnione, gdy pacjent (lub osoba sprawująca nad nim opiekę prawną) wyrazi na to zgodę. Wyjątki od tej reguły są określone w ustawie o prawach pacjenta.

Dla poszanowania prawa do intymności i godności niezbędne jest stworzenie pacjentowi przez szpital właściwych warunków pobytu. Pacjent ma prawo oczekiwać, aby świadczenie zdrowotne było udzielane w osobnym pomieszczeniu lub w miejscu osłoniętym.

Analiza doniesień prasowych oraz skarg kierowanych do Rzecznika Praw Pacjenta wskazuje na narastający problem naruszeń intymności i godności pacjentów w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w jednym pomieszczeniu, w tym samym czasie, więcej niż jednemu pacjentowi oraz przyjmowanie pacjentów w obecności osób nieuprawnionych, w tym nie biorących udziału w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. W 2016 r. w porównaniu do 2015 r. wzrosła z trzech do ośmiu liczba postępowań,

¹ Art. 30 i 47 Konstytucji RP.

² Dz.U. 2017, poz. 1318 ze zm.

³ Art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

⁴ Dorota Karkowska *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Komentarz*, Wolters Kluwer Polska, rok wydania 2016, wydanie trzecie, str. 430.

⁵ Art. 13 i 14 ustawy o prawach pacjenta.

w których Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził praktyki naruszające zbiorowe prawa pacjentów. W latach 2015–2016 odnotowano wzrost z 31 do 40 przypadków naruszeń prawa do poszanowania intymności i godności w sprawach indywidualnych⁶.

W konstytucyjnie chronione prawo jednostki do prywatności (w tym intymności i godności) ingeruje coraz powszechniej stosowany w miejscach publicznych, w tym w szpitalach, system monitoringu wizyjnego. Obecność kamer w przestrzeni publicznej wywołuje poważne konsekwencje zarówno prawne jak i społeczne. Dlatego wszelkie działania ograniczające to prawo powinny być dokonywane rozważnie i z poszanowaniem obowiązujących przepisów. Tymczasem obowiązujące przepisy nie regulują w sposób jednoznaczny i kompleksowy zasad funkcjonowania monitoringu wizyjnego oraz wykorzystywania i przetwarzania danych z niego uzyskanych⁷.

Monitorowanie stanu pacjentów w szpitalu przy użyciu kamer zostało jedynie fragmentarycznie uregulowane rozporządzeniami Ministra Zdrowia: z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁸ oraz z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii⁹. Należy podkreślić, że przepisy tych rozporządzeń dopuszczają obserwację pacjentów przy użyciu kamer tylko w niektórych oddziałach i pomieszczeniach szpitala (oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział dziecięcy, oddział psychiatryczny, pomieszczenie dla położnic i noworodka, stacja dializ) i nie przewidują rejestracji obrazu z kamer.

Istotnym problemem związanym z funkcjonowaniem w szpitalach monitoringu wizyjnego (poza wkraczaniem w sferę intymności pacjenta) jest również przetwarzanie w systemach informatycznych zbiorów danych osobowych, za które, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, uznawane są zbiory danych w postaci plików stanowiących nagranie obrazów (wizerunków osób) zarejestrowanych przez kamery. Zatem odpowiedzialni za gromadzenie i przechowywanie obrazów z kamer muszą stosować się wprost do przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych¹⁰.

W wyniku analizy przedkontrolnej Najwyższa Izba Kontroli jako wysokie oceniła ryzyko występowania nieprawidłowości w obszarze poszanowania prawa pacjenta do prywatności (intymności i godności).

⁶ Sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące przestrzegania praw pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej za 2015 i 2016 rok.

⁷ Od 2013 r. prowadzone były prace nad ustawowym uregulowaniem monitoringu wizyjnego. Projekt założeń do ustawy przygotowany został w grudniu 2013 r. W połowie 2014 r. przygotowano jego drugą wersję, a w 2015 r. trzecią wersję. Ostatecznie jednak przepisy szczegółowo regulujące monitoring wizyjny, nie zostały uchwalone przez Sejm VII kadencji. W przeciwieństwie do Polski, w państwach Unii Europejskiej rozwiązania dotyczące monitoringu wizyjnego zostały uregulowane albo w oddzielnym akcie prawnym (Belgia, Dania, Hiszpania, Szwecja) lub są rozproszone w zapisach kilku aktów prawnych (Holandia, Niemcy, Norwegia, Szwajcaria, Węgry).

⁸ Dz. U. z 2012 r. poz. 739, zwane dalej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r.

⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 2218, zwane dalej rozporządzeniem Ministra zdrowia z 16 grudnia 2016 r.

¹⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 922, ze zm.

Przeprowadzona w 2015 r. kontrola doraźna pt. „Funkcjonowanie Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Józefa Piłsudskiego w Płońsku” (S/15/003) wykazała szereg nieprawidłowości dotyczących funkcjonującego systemu monitoringu wizyjnego oraz nagrywania rozmów telefonicznych między pacjentami i lekarzami. Wyniki kontroli „Funkcjonowanie miejskiego monitoringu wizyjnego” (P/13/154) oraz „Wykorzystywanie monitoringu wizyjnego w szkołach i jego wpływ na bezpieczeństwo uczniów” (P/16/076) wykazały brak kompleksowych unormowań zasad instalowania i prowadzenia systemów monitoringu przez instytucje państwowe, samorządowe oraz podmioty prywatne.

2. OCENA OGÓLNA

Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach nie zapewniają pacjentom pełnej ochrony ich prywatności (intymności i godności)

W skontrolowanych szpitalach warunki udzielania świadczeń zdrowotnych nie zapewniają pacjentom pełnej ochrony ich intymności i godności¹¹.

Przyczynami tego była przestarzała infrastruktura szpitali, nieprawidłowe zachowanie personelu medycznego wobec pacjentów oraz niewłaściwa organizacja systemu monitoringu wizyjnego.

Większość skontrolowanych szpitali dysponowała wieloosobowymi salami chorych, w których – w obecności innych pacjentów – odbywały się obchody i wywiady lekarskie, udzielano świadczeń zdrowotnych oraz wykonywano zabiegi pielęgnacyjne. Przedmiotem wielu skarg pacjentów było naruszające ich godność niegrzeczne, aroganckie i lekceważące zachowanie personelu medycznego.

Wobec braku ustawowych uregulowań, dotyczących funkcjonowania monitoringu w miejscach publicznych, szpitale w sposób uznaniowy rozmieszczały kamery w pomieszczeniach szpitalnych. Monitoringiem wizyjnym objęte były również pomieszczenia¹², w których obowiązujące przepisy nie przewidują obecności kamer¹³. Żaden ze skontrolowanych szpitali nie dokonał analizy wdrożenia i funkcjonowania monitoringu pod kątem poprawy bezpieczeństwa pacjentów.

W większości badanych szpitali, wbrew przepisom ustawy o ochronie danych osobowych, nie zagwarantowano pełnej ochrony przetwarzania danych uzyskanych z monitoringu wizyjnego. Wynikało to głównie z nieuznawania przez szpitale zbiorów obrazów pochodzących z monitoringu wizyjnego za zbiory danych osobowych.

W ocenie NIK, bez radykalnej poprawy infrastruktury szpitali i uwrażliwienia personelu medycznego na potrzeby i uczucia hospitalizowanych osób, intymność i godność pacjenta pozostanie tylko formalną deklaracją. NIK zauważyła również, że brak kompleksowych uregulowań dotyczących funkcjonowania monitoringu w podmiotach leczniczych stwarza wysokie ryzyko nadmiernej ingerencji w prywatność pacjentów i niedostatecznej ochrony ich danych osobowych.

¹¹ Poszanowanie prawa do intymności i godności gwarantuje pacjentom art. 20 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta.

¹² Np.: w salach chorych, izolatkach lub gabinetach szpitalnego oddziału ratunkowego, pomieszczeniu rezonansu magnetycznego lub salach nadzoru innych niż sale nadzoru oddziałów anestezjologii/intensywnej terapii), a nawet w pokoju odwiedzin.

¹³ Rozporządzenia Ministra Zdrowia: z 26 czerwca 2012 r. oraz z dnia 16 grudnia 2016 r.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Wdrożone w szpitalach wewnętrzne regulacje, określające organizację i proces udzielania świadczeń zdrowotnych, stwarzały ogólne ramy przestrzegania prawa pacjenta do prywatności, natomiast z różną szczegółowością odnoszono się w nich do zagadnień związanych z poszanowaniem intymności i godności. We wszystkich szpitalach uregulowano zasady odwiedzania chorych. W procedurach wewnętrznych przyjętych przez osiem szpitali określono sposób zachowania wobec pacjentów lekarzy i innych pracowników¹⁴. Jedynie w dwóch szpitalach wprowadzono procedury ochrony prywatności pacjenta uwzględniające m.in. sposób zbierania wywiadu lekarskiego, uzyskiwanie zgody na przeprowadzenie badań, wskazanie miejsc przeprowadzenia badań i zabiegów¹⁵. [pkt 5.1.1, str. 15–16]

Regulacje
wewnętrzne

We wszystkich szpitalach umożliwiano pacjentom zapoznanie się z informacją o prawach pacjenta. Zgodnie z art. 11 ustawy o prawach pacjenta kontrolowane jednostki udostępniały pacjentom informacje o prawach i obowiązkach pacjentów w formie pisemnej na tablicach ogłoszeń, w punktach pielęgniarskich oddziałów oraz przy stanowiskach rejestracyjnych. Dyrektorzy dziewięciu szpitali w przyjętych procedurach wewnętrznych uregulowali tryb i zasady informowania pacjentów o ich prawach¹⁶. Analiza dokumentacji pacjentów wykazała, że w przeważającej większości byli oni informowani o przysługujących im prawach¹⁷. [pkt 5.1.2, str. 16–17]

Zapoznavanie
pacjenta z jego
prawami

W 10 na 12 skontrolowanych szpitali warunki pobytu pacjentów i sposób udzielania im świadczeń zdrowotnych nie zapewniały pełnej realizacji prawa do poszanowania ich intymności i godności. W tych szpitalach pacjenci przebywali w wieloosobowych salach chorych (nawet ośmioosobowych), a w czterech szpitalach pacjenci umieszczani byli również poza salami chorych na dostawionych w korytarzach łóżkach¹⁸. Przyczynami tego stanu rzeczy były ograniczenia wynikające z przestarzałej infrastruktury szpitali oraz konieczność zapewnienia opieki medycznej większej liczbie pacjentów niż pozwalała na to liczba miejsc. Natomiast w dwóch szpitalach, które przeszły gruntowną modernizację, (dzięki czemu pacjenci mogli przebywać w salach jedno, bądź dwu osobowych, wyposażonych w węzeł sanitarny), problem przeprowadzania wywiadów lekarskich i zabiegów

Niepełne
poszanowanie
prawa pacjenta
do intymności
i godności podczas
udzielania świadczeń
zdrowotnych

¹⁴ Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie, zwany dalej Szpital Bielański, Szpital Solec Spółka z o.o., zwany dalej Szpital Solec, Szpital Miejski w Zabrzu Spółka z o.o., zwany dalej Szpital w Zabrzu, Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, zwany dalej Szpital w Dąbrowie Górniczej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie, zwany dalej Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, zwany dalej Szpital w Bełchatowie, Miejskie Centrum Medyczne im. dr. Karola Jonschera w Łodzi, zwany dalej Szpital Miejski w Łodzi Szpital im. dr. Władysława Biegańskiego w Łodzi, zwany dalej Wojewódzki Szpital w Łodzi.

¹⁵ Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Spółka z o.o., zwany dalej Szpitalem Praskim oraz Szpital w Zabrzu.

¹⁶ Szpital Praski, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, zwany dalej Szpitalem w Częstochowie, Szpital w Dąbrowie Górniczej, Szpital nr 4 w Lublinie, Wojewódzki Szpital w Białej Podlaskiej, zwany dalej Szpitalem w Białej Podlaskiej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie, zwany dalej Szpital nr 1 w Lublinie, Szpital w Bełchatowie, Szpital Miejski w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

¹⁷ Wyniki ankiet przeprowadzonych przez NIK wśród hospitalizowanych pacjentów wskazują, że 16% nie miało informacji o przysługujących im prawach.

¹⁸ Szpital Bielański, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital Miejski w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

oraz udzielania informacji w obecności innych pacjentów występował sporadycznie, a naruszanie intymności i godności pacjentów związane było głównie z niewłaściwym zachowaniem się personelu¹⁹.

W wyniku kontroli stwierdzono również, że:

- w trzech szpitalach gabinety zabiegowe, w których udzielano świadczeń zdrowotnych, nie były zabezpieczone przed wejściem osób nieuprawnionych²⁰;
- w jednym szpitalu czynności rejestracyjne w izbie przyjęć prowadzone były w obecności innych osób²¹;
- w dziewięciu szpitalach węzły sanitarno-higieniczne usytuowane były w korytarzach²², a ich liczba nie zawsze zaspakajała potrzeby pacjentów. W czterech szpitalach toalety pozbawione były możliwości zamknięcia ich od wewnątrz²³, a w jednym nie zabezpieczono okien w łazienkach przed oglądem z zewnątrz²⁴;
- w dwóch szpitalach łazienki były niedostosowane do potrzeb pacjentów niepełnosprawnych²⁵. [pkt 5.1.3, str. 17–22]

Wyniki ankiet Naruszanie praw pacjentów do prywatności podczas udzielania świadczeń zdrowotnych w skontrolowanych szpitalach potwierdziły wyniki ankiet przeprowadzonych przez Najwyższą Izbę Kontroli wśród pacjentów tych szpitali. Z 1104 ankietowanych pacjentów:

- 127 (12%) zwracało uwagę na udzielanie im świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów;
- 143 (13%) stwierdziło, że udzielano im informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu;
- 55 (5%) było badanych w gabinetach zabiegowych niezabezpieczonych przed dostępem osób trzecich;
- 55 (5%) skarżyło się na aroganckie, nieuprzejme traktowanie przez personel medyczny i obsługowy;
- 52 (5%) stwierdziło że przeprowadzano z nimi wywiad lekarski w obecności innych pacjentów;
- 95 (9%) skarżyło się na brak właściwych warunków sanitarno-higienicznych. [pkt 5.1.5, str. 23–25]

¹⁹ Szpital Praski, Szpital w Białej Podlaskiej.

²⁰ Szpital w Bełchatowie, Szpital Miejski w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

²¹ Wojewódzki Szpital w Łodzi.

²² Szpital Solec, Szpital w Zabrze, Szpital w Częstochowie, Szpital w Dąbrowie Górniczej, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital nr 1 w Lublinie, Szpital w Bełchatowie, Wojewódzki Szpital w Łodzi, Szpital Miejski w Łodzi.

²³ Szpital Solec, Szpital w Częstochowie, Szpital w Bełchatowie, Szpital nr 1 w Lublinie.

²⁴ Szpital Solec.

²⁵ Szpital Solec, Szpital w Częstochowie.

Pacjenci 10 szpitali złożyli do dyrekcji tych szpitali 59 skarg, w tym dwie za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, dotyczących naruszenia ich godności i intymności²⁶, z których 47 (80%) uznano za zasadne. W skargach podnoszono w szczególności problem nietaktownego, lekceważącego bądź aroganckiego zachowania się lekarzy wobec pacjentów, czy też uporczywania poddawanych hospitalizacji pacjentów przez personel medyczny. [pkt 5.1.4, str. 22–23]

Skargi dotyczące naruszenia prawa do intymności i godności

W ocenie NIK, kierując się zasadą gospodarności, Dyrektorzy szpitali przed zainstalowaniem monitoringu wizyjnego powinni dokonać analizy potrzeb i celowości wprowadzenia systemu monitoringu wizyjnego wraz z rozpoznaniem miejsc, w których powinny zostać zamontowane kamery oraz kosztów wdrożenia i funkcjonowania monitoringu. Jednak w żadnym ze skontrolowanych szpitali nie przeprowadzono takich analiz. Nie dokonano też analizy rozmieszczenia kamer pod kątem ingerencji monitoringu w prawo pacjentów do prywatności.

Działania poprzedzające wprowadzenie systemu monitoringu wizyjnego

W trzech spośród 12 badanych szpitali nie wprowadzono regulacji wewnętrznych dotyczących funkcjonowania monitoringu wizyjnego, określających organizację i zasady obsługi systemu np. miejsca rozmieszczenia kamer, obowiązków osób obsługujących monitoring, zgłaszania awarii czy też określenia czasu przechowywania zapisów z kamer²⁷. W sześciu szpitalach procedury wewnętrzne dotyczące funkcjonowania monitoringu wizyjnego nie odnosiły się do ochrony prawa pacjenta do prywatności²⁸. [pkt 5.2.1, str. 25–26]

Monitoring wizyjny

W skontrolowanych szpitalach NIK stwierdziła następujące nieprawidłowości dotyczące wdrażania i funkcjonowania monitoringu wizyjnego, w odniesieniu do naruszania praw pacjentów do prywatności:

Ingerencja monitoringu wizyjnego w prawo pacjentów do prywatności

- w 11 szpitalach²⁹ umieszczono kamery w pomieszczeniach innych, niż wskazane w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. oraz z 16 grudnia 2016 r.³⁰;
- w jednym ze szpitali kamery, umieszczone na korytarzu szpitalnego oddziału ratunkowego, obejmowały pacjentów leżących na łóżkach nieosłoniętych parawanami³¹;

²⁶ Szpital Bielański, Szpital Solec, Szpital Praski, Szpital w Dąbrowie Górniczej, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital w Białej Podlaskiej, Szpital nr 1 w Lublinie, Szpital w Bełchatowie, Miejski Szpital w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

²⁷ Szpital Praski, Szpital w Częstochowie, Szpital Nr 4 w Lublinie.

²⁸ Szpital Solec, Szpital w Zabrzu, Szpital w Białej Podlaskiej, Szpital w Bełchatowie, Miejski Szpital w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

²⁹ Szpital Bielański, Szpital Solec, Szpital w Zabrzu, Szpital w Częstochowie, Szpital w Dąbrowie Górniczej, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital w Białej Podlaskiej, Szpital nr 1 w Lublinie, Szpital w Bełchatowie, Miejski Szpital w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

³⁰ Tj. w gabinetach zabiegowych, salach chorych i obserwacyjnych, pokojach odwiedzin, izolatkach, w punktach rejestracji pacjenta, czy też w miejscach wykonywania badań rezonansem magnetycznym. W jednym przypadku kamera została zainstalowana w sali chorych oddziału psychiatrycznego, tj. w pomieszczeniu innym niż przewiduje to rozporządzenie Ministra Zdrowia, a ponadto obraz z tej kamery był przekazywany do monitora znajdującego się w portierni.

³¹ Szpital nr 4 w Lublinie.

- w dwóch szpitalach, oprócz czynnych kamer, umieszczono ich atrapy, co mogło wzbudzać u pacjentów poczucie ingerencji w ich sferę prywatności, a także powodować błędne poczucie bezpieczeństwa³².

[pkt 5.2.2, str. 26–28]

Brak analiz skuteczności monitoringu wizyjnego

W pięciu szpitalach w procedurach wewnętrznych nie określono czasu przechowywania zarejestrowanych nagrań³³, zaś w dwóch szpitalach, które w swoich procedurach określiły taki czas, nie przestrzegano zasad w tym zakresie³⁴. W trzech szpitalach zbyt krótki okres przechowywania zarejestrowanych nagrań z monitoringu wizyjnego uniemożliwił w 17 przypadkach przekazanie materiału dowodowego Policji, która zwróciła się o udostępnienie nagrań z monitoringu dokumentujących dokonanie czynów zabronionych³⁵.

Żaden z 12 szpitali nie przeprowadzał analizy skuteczności działania monitoringu wizyjnego pod kątem postawionych mu celów, takich jak poprawa bezpieczeństwa pacjentów czy też zabezpieczenie materiału dowodowego w przypadkach zarejestrowania czynów zabronionych, popełnianych na terenie szpitala. W czterech szpitalach, pomimo zainstalowania monitoringu, liczba zdarzeń niebezpiecznych wzrosła³⁶. [pkt 5.2.3, str. 28–30]

Niepełna ochrona danych osobowych pochodzących z monitoringu wizyjnego

W większości badanych szpitali, wbrew przepisom o ochronie danych osobowych, nie zagwarantowano pełnej ochrony przetwarzania danych uzyskanych z monitoringu wizyjnego. Wynikało to z nieuznawania przez szpitale zbiorów obrazów pochodzących z monitoringu wizyjnego za zbiory danych osobowych. W siedmiu szpitalach, mimo wdrożenia polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, w wykazie zbiorów danych osobowych nie uwzględniono zbiorów danych osobowych z monitoringu wizyjnego³⁷. W konsekwencji nie określono w polityce bezpieczeństwa również programów zastosowanych do przetwarzania tych danych a także poziomu bezpieczeństwa i środków technicznych oraz organizacyjnych niezbędnych do zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych, co było niezgodne z §§ 4 i 6 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r.³⁸ Jeden z badanych szpitali dopiero w kwietniu 2017 r. wdrożył dokumentację wewnętrzną opisującą sposób przetwarzania danych osobowych

³² Szpital Praski (21 atrap kamer), Szpital Bielański (siedem atrap kamer).

³³ Szpital Praski, Szpital w Częstochowie, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital nr 1 w Lublinie, Szpital w Białej Podlaskiej.

³⁴ Szpital Bielański, Szpital Solec.

³⁵ Szpital Praski, Szpital Bielański, Szpital w Zabrze.

³⁶ Szpital Bielański, Szpital Bełchatów, Wojewódzki Szpital w Łodzi, Szpital nr 4 w Lublinie.

³⁷ Szpital Solec, Szpital Praski, Szpital w Częstochowie, Szpital w Dąbrowie Górniczej, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital w Bełchatowie, Szpital Miejski w Łodzi.

³⁸ 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 urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024), zwane dalej rozporządzeniem w sprawie przetwarzania danych osobowych.

oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych tych danych³⁹, pomimo że taki wymóg wynikał z art. 36 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych.

W trzech szpitalach nie zawarto umów powierzenia przetwarzania danych osobowych z firmami zewnętrznymi, mimo iż miały one dostęp do danych z monitoringu wizyjnego⁴⁰, co było niezgodne z art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych.

Z kolei w czterech szpitalach w ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych nie zaewidencjonowano upoważnień pracowników do przetwarzania danych w systemie informatycznym monitoringu wizyjnego⁴¹, mimo takiego obowiązku określonego w art. 39 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych.

[pkt 5.2.4, str. 30–31]

W skontrolowanych szpitalach nie prowadzono rejestracji rozmów między pacjentami i lekarzami, odbywających się zarówno w gabinetach, jak i przez telefon.

Rejestracja rozmów
między pacjentem
i lekarzem (monitoring
głosowy)

³⁹ Szpital w Zabrze.

⁴⁰ Szpital Praski, Szpital Solec, Szpital w Bełchatowie.

⁴¹ Szpital Solec, Szpital w Częstochowie, Miejski Szpital w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia Kontrola wykazała, że warunki hospitalizacji pacjentów w szpitalach o przestarzałej infrastrukturze, a także niewłaściwe postępowanie personelu nie pozwalają na pełną realizację ich prawa do intymności i godności, zagwarantowanego w ustawie o prawach pacjenta. W tym celu, zdaniem Najwyższej Izby Kontroli, konieczne jest:

- **wypracowanie przez Ministra Zdrowia standardów w zakresie infrastruktury i warunków organizacyjnych szpitala, a także prawidłowego postępowania personelu oraz doprowadzenie do ich obowiązkowego wdrożenia przez wszystkie szpitale, tak aby prawo to nie pozostawało tylko formalną deklaracją.**

Wobec powszechności stosowania monitoringu wizyjnego w szpitalach i związanego z tym zagrożenia naruszenia prywatności pacjentów oraz bezpieczeństwa ich danych osobowych, Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- **uregulowanie zasad i warunków prowadzenia obserwacji i rejestracji wizerunku osób i obrazu zdarzeń w podmiotach leczniczych, w tym w szpitalach.**

Prezes Rady Ministrów Wyniki kontroli wskazują na ograniczenie konstytucyjnie chronionego prawa obywateli do prywatności, spowodowane stosowaniem monitoringu wizyjnego. Na ten fakt NIK zwracała uwagę już we wcześniejszych kontrolach nt. „Funkcjonowanie miejskiego monitoringu wizyjnego” (P/13/154) oraz „Wykorzystywanie monitoringu wizyjnego w szkołach i jego wpływ na bezpieczeństwo uczniów” (P/16/076). Skierowane wówczas do Rady Ministrów wnioski o ustawowe uregulowanie zasad funkcjonowania monitoringu nie zostały zrealizowane.

W związku z powyższym Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

- **doprowadzenie do kompleksowego uregulowania zasad funkcjonowania monitoringu wizyjnego w przestrzeni publicznej.**

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, w kontekście zagwarantowania pacjentom prawa do prywatności

Wdrożone we wszystkich skontrolowanych szpitalach regulacje wewnętrzne stwarzały ogólne ramy udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom z poszanowaniem ich prawa do prywatności. Jednym z ważnych elementów mających wpływ na przestrzeganie tych praw był stan techniczny i warunki lokalowe szpitali oraz potrzeba zapewnienia opieki medycznej większej liczbie pacjentów niż pozwalała na to liczba miejsc. Istotne znaczenie miał również sposób zachowania się lekarzy oraz personelu medycznego w stosunku do pacjentów.

5.1.1. Rozwiązania organizacyjno-proceduralne w kontrolowanych podmiotach dotyczące poszanowania prawa pacjenta do intymności i godności

Zasadniczy wpływ na zapewnienie intymności i godności pacjentów w szpitalu mają warunki pobytu i organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych. We wszystkich szpitalach obowiązywały wewnętrzne regulacje określające organizację i proces udzielania świadczeń zdrowotnych. Zagadnienia dotyczące ochrony prywatności pacjenta ujmowane były z różną szczegółowością. Poza przywołaniem zapisów ustawowych, w regulacjach określano zasady przyjęcia do szpitala, miejsce i sposób udzielania świadczeń medycznych, zasady zachowania lekarzy i personelu medycznego oraz odwiedzin pacjentów.

We wszystkich skontrolowanych szpitalach określono prawa i obowiązki pacjentów oraz osób odwiedzających, godziny odwiedzin oraz przypadki ich ograniczenia. W sześciu szpitalach określono, że przy pacjencie, ze względu na prawo do intymności i spokoju innych chorych, mogą przebywać nie więcej niż dwie osoby lub jedna – w sali o wzmożonym nadzorze. Zakazano odwiedzin osobom będącym pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających oraz osobom z objawami infekcji bądź choroby zakaźnej (w dwóch szpitalach). W pięciu szpitalach osoby odwiedzające pacjentów zostały zobowiązane do opuszczania sal chorych podczas wizyt lekarskich, zabiegów pielęgnacyjnych oraz czynności higieniczno-porządkowych, a także zakazano prowadzenia głośnych rozmów i poruszania tematów, które mogą wprowadzić pacjentów w stan niepokoju.

W 10 szpitalach, pomimo określenia godzin odwiedzin pacjentów, dopuszczono możliwość odwiedzin w innym czasie, po uzgodnieniu z kierownikiem oddziału. W dwóch szpitalach brak określenia godzin odwiedzin pacjentów hospitalizowanych uzasadniano potrzebą zapewnienia im nieograniczonego kontaktu osobistego z odwiedzającymi. Ograniczanie odwiedzin możliwe było w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemiologicznego oraz ze względu na bezpieczeństwo pacjentów.

Zapisy dotyczące zachowania lekarzy i personelu medycznego znalazły się w procedurach wewnętrznych ośmiu szpitali⁴². Pracownicy zostali zobowiązani do przestrzegania ogólnie przyjętych form grzecznościowych w kontaktach z pacjentem i jego rodziną oraz traktowania ich z szacunkiem, a w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych – do postępowania w sposób zapewniający poszanowanie prawa pacjenta do intymności i godności. W Wojewódzkim Szpitalu w Łodzi, w zakresach czynności lekarzy, zawarto obowiązek przestrzegania praw pacjenta i etyki lekarskiej. Zakres czynności pielęgniarek obejmował: kierowanie się dobrem pacjenta i poszanowaniem jego godności osobistej przy planowaniu i realizowaniu indywidualnego programu opieki, zachowania szacunku dla indywidualnych upodobań pacjenta podczas wykonywania czynności, wykonywanie zabiegów w atmosferze intymności, chronienie pacjenta przed niekorzystnym, nieetycznym i bezprawnym działaniem innych osób.

W pięciu szpitalach, w dokumentacji wewnętrznej dotyczącej zasad i sposobu przyjmowania pacjenta do szpitala, zobowiązano personel medyczny do przeprowadzenia wywiadu i badania pacjenta w pomieszczeniu zapewniającym poczucie intymności.

W szczególny sposób przestrzeganie prawa pacjenta do prywatności uregulowano w Szpitalu Praskim oraz w Szpitalu w Zabrze. W szpitalach tych opracowano i wdrożono szczegółowe procedury dotyczące ochrony prywatności pacjenta. Zgodnie z nimi, pracownik wykonujący zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający pacjentowi poszanowanie intymności i godności w każdej sytuacji jego pobytu w szpitalu, nie tylko w trakcie badania lekarskiego czy opieki pielęgniarskiej, lecz także w sytuacji przeprowadzania wywiadu i pobierania zgody na zabiegi. Pracownikom szpitala, w celu zapewnienia pacjentowi prywatności, nakazano wykorzystywać parawany, zasłony, oddzielne sale i pokoje badań. Dane osobowe pacjentów powinny być pobierane w sposób uniemożliwiający dostęp osób postronnych do tych informacji. Zbieranie wywiadu lekarskiego i 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, obowiązkowo należy używać przenośnego parawanu. Lekarz ma obowiązek nadzoru nad przestrzeganiem prawa pacjenta do intymności przez pozostałych członków personelu medycznego oraz ponosi odpowiedzialność za zachowanie osób asystujących w trakcie wykonywania świadczeń medycznych.

5.1.2. Zapoznavanie pacjentów z prawami pacjenta

Stosownie do wymogów określonych w art. 11 ustawy o prawach pacjenta kontrolowane jednostki udostępniały pacjentom informacje o prawach i obowiązkach pacjentów w formie pisemnej. Na tablicach ogłoszeń, w punktach pielęgniarskich oddziałów, stanowiskach rejestracyjnych oraz

⁴² Szpital Bielański, Szpital Solec, Szpital w Zabrze, Szpital w Dąbrowie Górniczej, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital w Bełchatowie, Miejski Szpital w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

w salach chorych dostępne były informatory o prawach pacjenta. Tylko w Szpitalu nr 1 w Lublinie karta praw pacjenta dostępna była również w języku Braillea.

Procedury wewnętrzne dotyczące sposobu zapoznawania pacjentów z ich prawami przyjęło dziewięć spośród 12 skontrolowanych szpitali⁴³. Zgodnie z tymi regulacjami personel medyczny podczas przyjmowania pacjenta na oddział jest zobowiązany udzielić informacji o prawach pacjenta, a w przypadku pacjenta nieprzytomnego – po odzyskaniu przez niego świadomości. W większości szpitali pacjenci potwierdzali zapoznanie się z prawami pacjenta poprzez złożenie podpisu w dokumentacji medycznej.

Analiza dokumentacji 900 pacjentów wykazała, że w skontrolowanych szpitalach pacjenci byli informowani o przysługujących im prawach. Tylko w trzech szpitalach stwierdzono łącznie 15 przypadków (1,6%), w których pacjenci nie potwierdzili zapoznania się z tymi prawami podpisem w dokumentacji medycznej. Wynikało to głównie z braku kontaktu słowno – logicznego z pacjentem, odmowy podpisania oświadczenia przez pacjenta lub z powodu przeoczenia.

Wyniki przeprowadzonych przez NIK wśród 1104 hospitalizowanych pacjentów badań ankietowych wskazują natomiast, że 106 pacjentów (10%) nie poinformowano o przysługujących im prawach, a 108 nie pamiętało o fakcie poinformowania o przysługujących prawach i obowiązkach. Świadczy to o wyłącznie formalnym podejściu personelu szpitali w tych przypadkach do informowania pacjentów o ich prawach, bez uświadomienia pacjentom znaczenia tych praw w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

5.1.3. Warunki organizacyjno-techniczne szpitali

Dziesięć na 12 skontrolowanych szpitali (83 %) mieściło się w budynkach o przestarzałej infrastrukturze technicznej, co utrudniało lub wręcz uniemożliwiało zapewnienie pacjentom prawa do intymności i godności⁴⁴.

Pacjenci tych szpitali umieszczani byli w wieloosobowych salach chorych, w których, w obecności innych osób, prowadzone były z hospitalizowanymi wywiady lekarskie, dokonywano obchodów, informowano pacjentów o ich stanie zdrowia oraz wykonywano badania i zabiegi ingerujące w intymność pacjentów. Badania te oraz zabiegi często prowadzono bez użycia parawanów, np. w dwóch szpitalach liczba przenośnych parawanów była dalece niewystarczająca w stosunku do liczby pacjentów na oddziale⁴⁵.

Na brak możliwości zapewnienia pacjentowi intymności i godności zwracali uwagę również pracownicy szpitali.

⁴³ Szpital Praski, Szpital w Częstochowie, Szpital w Dąbrowie Górniczej, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital w Białej Podlaskiej, Szpital nr 1 w Lublinie, Szpital w Bełchatowie, Miejski Szpital w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

⁴⁴ W toku kontroli przeprowadzono oględziny w 60 oddziałach znajdujących się w skontrolowanych szpitalach, których celem było zbadanie prawidłowości realizacji obowiązku zapewnienia pacjentom prawa do prywatności.

⁴⁵ W Szpitalu na Solcu oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Proktologii dysponował tylko dwoma parawanami na 28 łózek, zaś w Szpitalu w Bełchatowie dwa oddziały Wewnętrzne posiadały tylko po jednym parawanie.

Przykłady

- Szpital Solec

Pełnomocnik Szpitala ds. pacjenta stwierdził, że nie miał, ze względu na warunki lokalowe, możliwości zapewnienia intymności pacjentom. Jedynym rozwiązaniem było każdorazowe pytanie pacjenta o zgodę, czy o jego chorobie można mówić w sali chorych przy innych pacjentach. Nie było też możliwe zapewnienie pacjentom leżącym na wieloosobowych salach intymności po zabiegach operacyjnych.

- Szpital nr 1 w Lublinie

Dyrektor Szpitala podkreślił, że zasada nieprzewodzenia wywiadu lekarskiego i badań pacjenta w wieloosobowej sali chorych, która miałyby stanowić wyraz przestrzegania prawa pacjenta do intymności i godności, jest niewykonalna w istniejących warunkach infrastruktury szpitalnej.

- Szpital w Częstochowie

Dyrektor Szpitala stwierdził, że szpital nie posiada możliwości lokalowych pozwalających na zachowanie pełnej intymności każdemu badanemu pacjentowi.

Poszanowanie prawa pacjenta do intymności wiąże się również z zapewnieniem mu przez szpital odpowiednich warunków sanitarno-higienicznych. W większości szpitali węzły sanitarno-higieniczne znajdowały się na korytarzach, przy czym liczba toalet i pryszniców często była za mała w stosunku do liczby korzystających z nich pacjentów.

W czterech szpitalach węzły sanitarne były bez zamków umożliwiających ich zamykanie od wewnątrz, co narażało pacjentów na wtargnięcie osób trzecich podczas korzystania z nich⁴⁶. W dwóch szpitalach łazienki były niedostosowane do korzystania przez pacjentów niepełnosprawnych⁴⁷.

Przykłady

- Szpital Solec

32 pacjentów z ośmiu sal Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej korzystało z trzech węzłów sanitarnych, w tym jednego przeznaczonego dla kobiet, jednego dla mężczyzn oraz jednej łazienki wspólnej dla mężczyzn i kobiet. We wspólnej łazience dla mężczyzn i kobiet znajdowały się dwa prysznice oddzielone od siebie tylko ścianką działową i zasłoną. Drzwi każdej z trzech łazienek nie były wyposażone w zamki.

- Szpital nr 4 w Lublinie

Na 11 pacjentek przebywających na oddziale Ginekologii Operacyjnej przypadała tylko jedna toaleta, a na 16 pacjentek tylko jeden prysznic.

- Miejski Szpital w Łodzi

Pacjenci Oddziału Chirurgiczno-Ogólnego korzystali tylko z dwóch węzłów sanitarnych.

W Szpitalu Solec okna w łazience na parterze nie były zasłonięte, przez co nie zapewniono intymności pacjentom z niej korzystającym.

⁴⁶ Szpital Solec, Szpital w Częstochowie, Szpital w Bełchatowie, Szpital nr 1 w Lublinie.

⁴⁷ Szpital Solec, Szpital w Częstochowie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Zdjęcie nr 1

Niezasłonięte okna w ogólnodostępnej łazience na parterze w Szpitalu Solec



Źródło: Dokumentacja własna NIK sporządzona podczas kontroli przeprowadzonej w Szpitalu.

Zdjęcie nr 2

Niezasłonięte okna w ogólnodostępnej łazience na parterze w Szpitalu Solec



Źródło: Dokumentacja własna NIK sporządzona podczas kontroli przeprowadzonej w Szpitalu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Tylko w tych szpitalach, w których w ostatnim czasie przeprowadzono generalny remont, zapewniono pacjentom warunki hospitalizacji gwarantujące poszanowanie ich intymności i godności⁴⁸. Pacjenci w tych szpitalach przebywali w salach jedno lub dwuosobowych, wyposażonych w węzeł sanitarny, dostosowany do potrzeb niepełnosprawnych. W wyremontowanych oddziałach pomieszczenia wyposażone były w nowe urządzenia, przysufitowe stelaże z kotarami lub przenośne parawany. W oknach zamontowane były rolety lub matowe szyby zabezpieczające przed oglądem z zewnątrz. W czterech szpitalach, z powodu braku miejsc w salach chorych umieszczano pacjentów na korytarzach⁴⁹. Nawet w takich przypadkach nie zapewniano chorym intymności, stosując np. parawany zabezpieczające przed obserwacją osób trzecich.

Zdjęcie nr 3

Łóżka pacjentów umieszczonych na korytarzach oddziałów w Szpitalu Bielańskim



Źródło: Dokumentacja własna NIK sporządzona podczas kontroli przeprowadzonej w Szpitalu.

W jednym ze skontrolowanych szpitali nie było możliwości dostosowania warunków organizacyjno-technicznych oddziałów do bieżących potrzeb – hospitalizacji większej liczby chorych⁵⁰. Dlatego jako stałą praktykę przyjęto wykorzystywanie do tego celu korytarza, mimo braku możliwości zapewnienia pacjentom intymności⁵¹. Mając na uwadze fakt, że szpital nie może odmówić udzielenia świadczeń zdrowotnych, szczególnie w sytuacjach zagrożenia życia i zdrowia pacjentów i trzeba umieszczać ich na korytarzach, to jednak powinno to być rozwiązanie awaryjne, a nie standardowe.

⁴⁸ Szpital Praski, Szpital w Białej Podlaskiej.

⁴⁹ Szpital Bielański, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital Miejski w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi. W trakcie kontroli, na korytarzach tych szpitali przebywało ogółem 49 pacjentów.

⁵⁰ Wojewódzki Szpital w Łodzi.

⁵¹ Co potwierdzała procedura wewnętrzna przyjęta w szpitalu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W trzech szpitalach, w niektórych gabinetach zabiegowych, w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych, nie zapewniono pacjentom prawa do intymności⁵². Gabinety nie były zabezpieczone przed dostępem osób postronnych (drzwi nie były zamykane od wewnątrz, a także brak było jakiegokolwiek sygnalizacji przed wejściem do gabinetów o wykonywaniu w danym momencie badania czy zabiegu).

Przykłady

- Szpital w Bełchatowie

W trakcie oględzin prowadzonych przez kontrolera NIK, do niezamkniętego gabinetu weszła w czasie zabiegu osoba postronna.

- Wojewódzki Szpital w Łodzi

Drzwi i okna gabinetów do badań i zabiegów dwóch oddziałów nie były zabezpieczone przed możliwością oglądu z zewnątrz.

W 11 szpitalach punkty rejestracji pacjentów zorganizowane były w sposób umożliwiający zabezpieczenie przed dostępem osób trzecich do informacji przekazywanych podczas rejestracji chorych. Tylko w Wojewódzkim Szpitalu w Łodzi nie zapewniono prywatności rejestrowanym pacjentom, ponieważ odbywało się to w obecności innych osób oczekujących, znajdujących się w bliskiej odległości od stanowisk rejestracji pacjenta.

Jedynie w czterech szpitalach wydzielono pokoje odwiedzin lub wyodrębniono miejsca wykorzystywane podczas odwiedzin pacjentów, co pozwalało na zachowanie prywatności pacjentom w trakcie spotkań z odwiedzającymi.

Przykłady

- Szpital Praski

W każdym oddziale wydzielono odrębne miejsca służące do spotkań chorych z odwiedzającymi (wyposażone w stolik, fotele, czajnik, naczynia stołowe).

- Wojewódzki Szpital w Łodzi

W trzech oddziałach na korytarzach ustawiono stoliki z krzesłami, w miejscach pozwalających na swobodne spotkania chorych z odwiedzającymi.

- Szpital w Częstochowie

Na oddziale chorób wewnętrznych wyodrębniono pokój odwiedzin wyposażony w stół, krzesła i lodówkę.

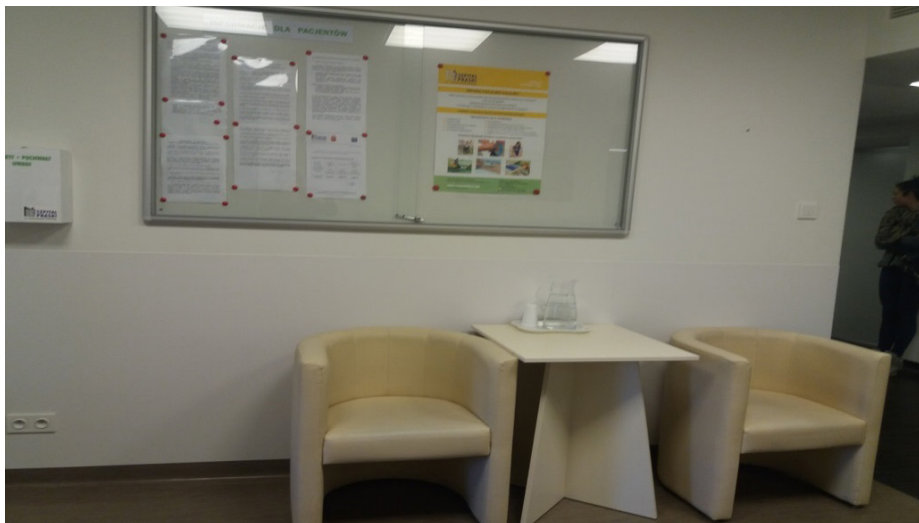
- Szpital w Białej Podlaskiej

Pokoje odwiedzin znajdowały się w wyodrębnionych pomieszczeniach, zlokalizowanych przed wejściem na oddział wewnętrzny i kardiologiczny

⁵² Szpital w Bełchatowie, Wojewódzki Szpital w Łodzi, Miejski Szpital w Łodzi.

Zdjęcie nr 4

Wydzielone miejsce odwiedzin w Szpitalu Praskim



Źródło: Dokumentacja własna NIK sporządzona podczas kontroli przeprowadzonej w Szpitalu.

5.1.4. Skargi dotyczące prawa pacjenta do intymności i godności

W latach 2015–2017 do dyrekcji dziesięciu kontrolowanych szpitali wpłynęło 59 skarg, w tym dwie za pośrednictwem Rzecznika Praw Pacjenta, dotyczących naruszenia prawa pacjenta do intymności i godności⁵³. Pacjenci skarżyli się przede wszystkim na aroganckie zachowanie personelu, brak zainteresowania lub lekceważenie pacjenta przez lekarza, długie oczekiwanie na udzielenie pomocy w szpitalnym oddziale ratunkowym, przekazywanie informacji o stanie zdrowia w obecności osób trzecich bez zgody pacjenta.

Przykłady

- Szpital Praski

Skargi dotyczyły m.in. aroganckiego zachowania personelu, długiego (nawet 10–11 godzin) oczekiwania na udzielenie pomocy w szpitalnym oddziale ratunkowym, umieszczenia pacjentów różnych płci za jednym parawanem, braku zainteresowania lekarza pacjentem.

- Szpital Bielański

Skargi dotyczyły przekazywania informacji o stanie zdrowia pacjenta i prowadzenia rozmowy z psychologiem w obecności innych pacjentów.

- Szpital w Dąbrowie Górniczej

Skarga dotyczyła braku przebieralni w Zakładzie Rehabilitacji. Pacjenci zmuszani byli do korzystania z toalety z niesprawnym zamkiem.

- Szpital nr 4 w Lublinie

Skargi dotyczyły naruszenia intymności przez pielęgniarkę, umieszczenia łóżka pacjentki na korytarzu przy toalecie.

⁵³ Szpital Bielański, Szpital Solec, Szpital Praski, Szpital w Dąbrowie Górniczej, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital w Białej Podlaskiej, Szpital nr 1 w Lublinie, Szpital w Bełchatowie, Szpital Miejski w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- Szpital nr 1 w Lublinie

Skargi dotyczyły udzielania świadczeń zdrowotnych w izbie przyjęć w obecności innych osób, bez zgody pacjenta.

- Miejski Szpital w Łodzi

Skargi dotyczyły braku zainteresowania pacjentem, nieetycznego i niewłaściwego zachowania personelu.

- Szpital w Bełchatowie

Skargi dotyczyły nietaktownego i lekceważącego zachowania lekarza, braku profesjonalizmu i lekceważącej obsługi, upokorzenia pacjentki przez lekarza.

Wszystkie skargi, z wyjątkiem jednej, zostały rozpatrzone terminowo⁵⁴. Za zasadne uznano 47 (80%) skarg. Zasadność skarg była badana w wewnętrznych postępowaniach wyjaśniających. Pobierano wyjaśnienia od osób, na które złożono skargę, od zwierzchników służbowych tych osób oraz współpracowników, badano dokumentację szpitala, w tym medyczną. Wszystkim skarżącym udzielono odpowiedzi.

5.1.5. Wyniki ankiet przeprowadzonych wśród pacjentów

W toku kontroli NIK przeprowadziła badanie ankietowe wśród 1104 pacjentów 12 szpitali, którzy dokonali oceny funkcjonowania szpitala pod kątem poszanowania prawa do intymności i godności oraz informowania o prawach pacjenta. Analiza wyników ankiet wskazuje, że w skontrolowanych szpitalach naruszane było prawo pacjenta do intymności i godności.

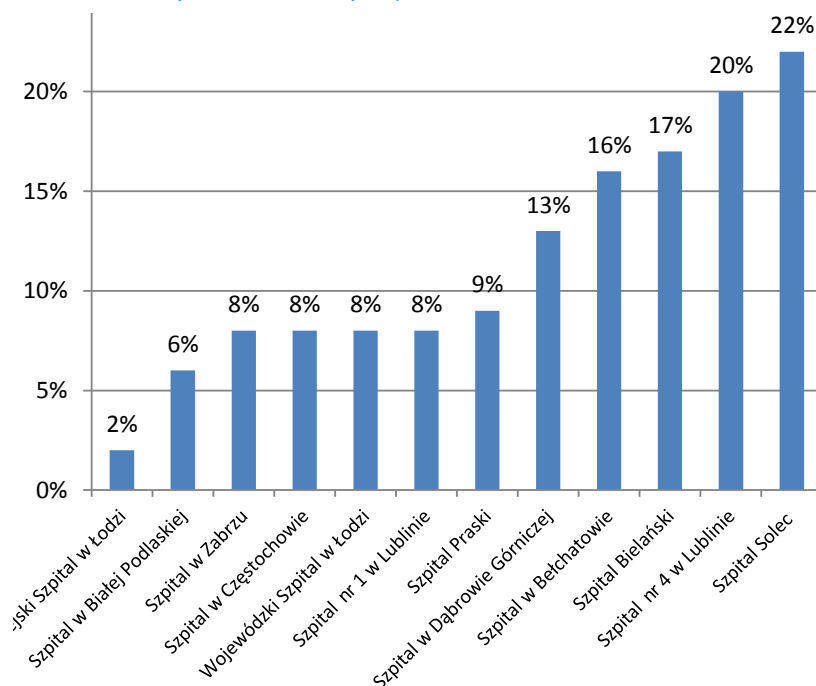
Zdaniem 12% ankietowanych pacjentów prawo to naruszone było przez udzielanie świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów. Na takie przypadki wskazało od 2% pacjentów w Miejskim Szpitalu w Łodzi do 22% w Szpitalu Solec.

⁵⁴ W Szpitalu Solec nie rozpatrzono jednej skargi z powodu przeoczenia.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Wykres nr 1

Udział ankietowanych pacjentów potwierdzających udzielanie świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach bez użycia parawanów

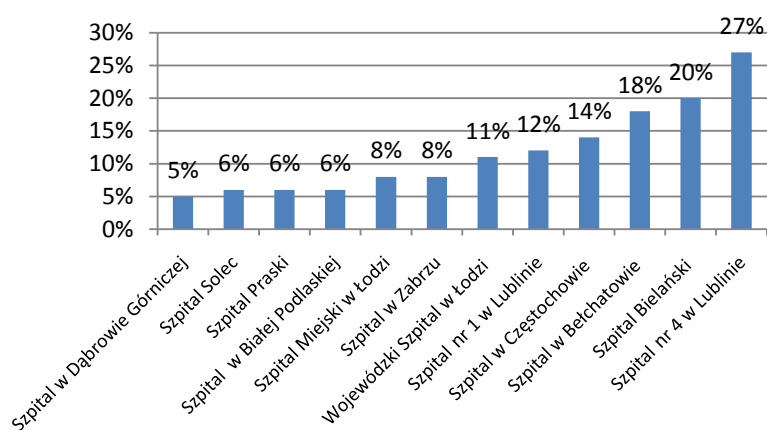


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników badania ankietowego.

Na udzielanie informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu wskazało 13% ankietowanych pacjentów, najmniej w Szpitalu w Dąbrowie Górniczej – 5%, najwięcej w Szpitalu nr 4 w Lublinie – 27%.

Wykres nr 2

Udział ankietowanych pacjentów potwierdzających udzielanie informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników badania ankietowego.

Na niezabezpieczenie gabinetów przed dostępem osób trzecich wskazało 5% wszystkich ankietowanych: od 2% w Szpitalu Praskim do 9% w Szpitalu nr 4 w Lublinie. W Szpitalu Miejskim w Łodzi ankietowani pacjenci nie zgłaszali tego problemu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

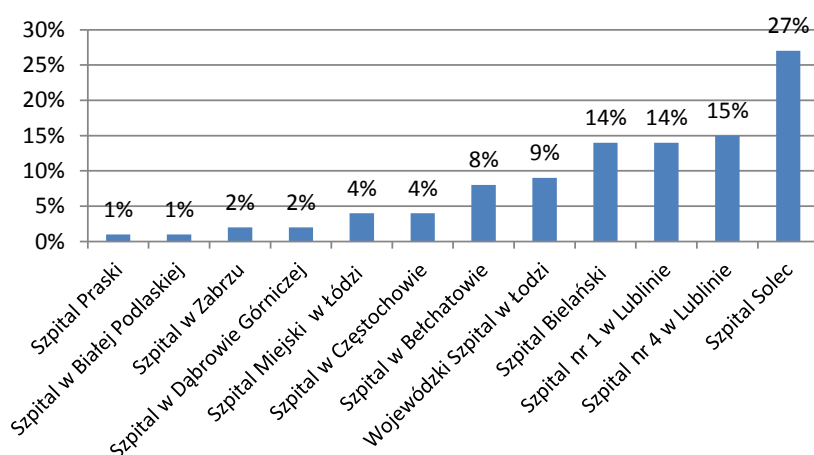
Przeprowadzanie wywiadu lekarskiego przy innych pacjentach zgłosiło łącznie 5% ankietowanych (od 1% pacjentów Miejskiego Szpitala w Łodzi do 10% w Szpitalu nr 4 w Lublinie).

Aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel medyczny i obsługowy doświadczyło ogółem 5% ankietowanych pacjentów (od 1% w Miejskim Szpitalu w Łodzi do 13% w Szpitalu w Bełchatowie).

W opinii 9% ankietowanych pacjentów warunki sanitarno-higieniczne w Szpitalu nie zapewniały poszanowania ich intymności i godności (od 1% w Szpitalach: Praskim i Białej Podlaskiej do 27% w Szpitalu Solec).

Wykres nr 3

Udział ankietowanych pacjentów stwierdzających nieodpowiednie warunki higieniczno-sanitarne



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników badania ankietowego.

5.2. Organizacja i funkcjonowanie monitoringu wizyjnego

Naruszanie praw pacjentów do godności i intymności związane jest również z funkcjonowaniem monitoringu wizyjnego w szpitalach. Wiąże się z tym w szczególności nierozwiązany problem legalności powszechnego stosowania monitoringu wizyjnego w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych. Powoduje to, że szpitale w sposób uznaniowy rozmieszczają kamery w pomieszczeniach szpitalnych. Nierzadko montuje się je w miejscach, gdzie przebywający pacjenci niejednokrotnie pozostają w stanie zdrowia uniemożliwiającym im świadome wyrażanie zgody na stosowanie obserwacji wizyjnej.

5.2.1. Rozwiązania organizacyjno-proceduralne oraz działania poprzedzające wdrożenie monitoringu wizyjnego w szpitalach

We wszystkich skontrolowanych szpitalach funkcjonował system monitoringu wizyjnego. Według dyrektorów szpitali, kamery instalowano przede wszystkim w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom szpitala oraz ochrony mienia. O zainstalowaniu kamer w dwóch szpitalach

zdecydowały też inne cele: w Szpitalu w Zabrze kamery umieszczono w sali operacyjnej w celach szkoleniowych, natomiast w Szpitalu w Bełchatowie – w celu nadzorowania należytego wykonania obowiązków przez pracowników, przestrzegania przez nich przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zapewnienia przejrzystości działań w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych.

W żadnym ze skontrolowanych szpitali, przed wdrożeniem (modernizacją) systemu monitoringu wizyjnego, nie przeprowadzono analizy potrzeb oraz kosztów jego wdrożenia i funkcjonowania.

Decyzje o wprowadzeniu monitoringu wizyjnego, w części szpitali podejmowane były zazwyczaj na podstawie zgłaszanych przez pracowników informacji o zdarzeniach niebezpiecznych. Przykładowo, w Miejskim Szpitalu w Łodzi decyzja o wprowadzeniu monitoringu wizyjnego została podjęta po odnotowaniu jednego zdarzenia w izbie przyjęć, w wyniku którego, na skutek agresywnego zachowania pacjenta, uszczerbek na zdrowiu poniósł jeden z pracowników Szpitala. Nie dokonywano identyfikacji miejsc występowania zjawisk niebezpiecznych, którym ma przeciwdziałać monitoring, czy też analizy alternatywnych rozwiązań w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa. Nie dokonywano również oceny, czy a jeżeli tak, to w jakim zakresie zainstalowanie monitoringu będzie ingerowało w prywatność pacjentów.

Instalacja monitoringu wizyjnego nie była również wynikiem realizacji wniosków wynikających z kontroli np. zapewnienia bezpieczeństwa warunków korzystania z obiektów szpitalnych bądź dokonanych przeglądów stanu bezpieczeństwa.

W dziewięciu szpitalach wdrożono procedury wewnętrzne dotyczące funkcjonowania monitoringu wizyjnego. Określono w nich organizację i zasady obsługi systemu, miejsca rozmieszczenia kamer, obowiązki osób obsługujących monitoring, zasady zgłaszania awarii. Tylko w trzech z nich odniesiono się do zagadnień związanych z prawem pacjenta do prywatności dokonując zapisów, że rozmieszczenie kamer powinno minimalizować ryzyko naruszenia prywatności pacjentów, osób odwiedzających, pracowników i innych osób przebywających w monitorowanym obszarze⁵⁵.

W trzech szpitalach nie wprowadzono regulacji wewnętrznych funkcjonowania monitoringu wizyjnego określających organizację i zasady obsługi systemu dotyczących np. miejsca rozmieszczenia kamer, obowiązków osób obsługujących monitoring, zgłaszania awarii czy też określenia czasu przechowywania zapisów z kamer⁵⁶.

5.2.2 Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego

W 12 skontrolowanych szpitalach funkcjonujące systemy monitoringu wizyjnego obejmowały łącznie 962 kamery oraz 28 atrap⁵⁷. Kamery instalowano w latach 2000–2017.

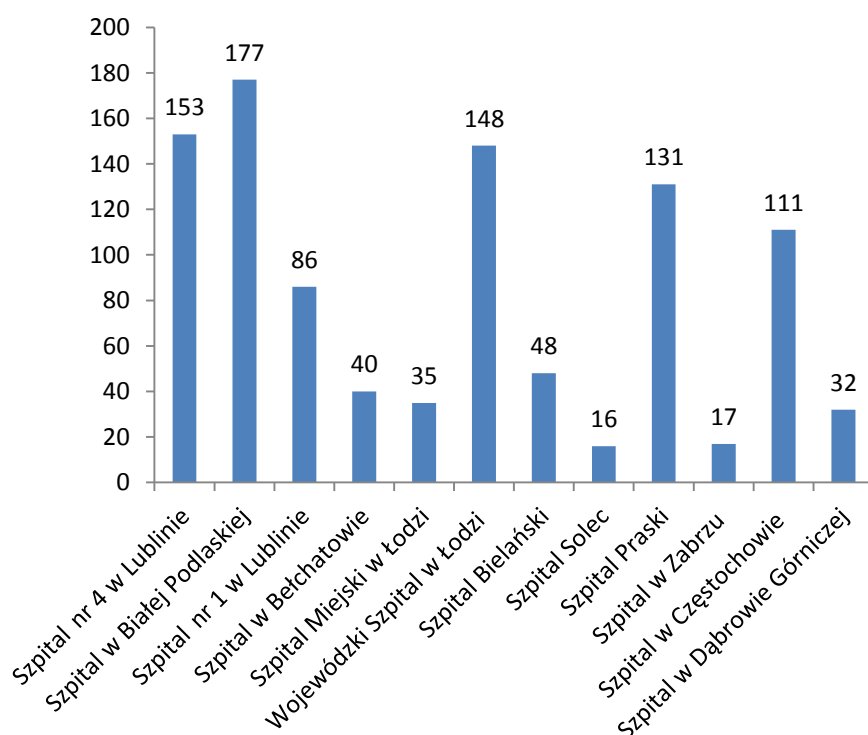
⁵⁵ Szpital Bielański, Szpital w Dąbrowie Górniczej, Szpital nr 1 w Lublinie.

⁵⁶ Szpital Praski, Szpital w Częstochowie, Szpital nr 4 w Lublinie.

⁵⁷ Szpital Praski, Szpital Bielański.

Wykres nr 4

Liczba kamer zainstalowanych w skontrolowanych Szpitalach



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników badania ankietowego.

W 11 szpitalach, przy wejściu umieszczono informacje o funkcjonującym w budynku monitoringu wizyjnym. W Szpitalu Praskim tablicę z taką informacją zamontowano przed wejściem dopiero w trakcie trwania kontroli NIK. Pomimo umieszczenia przy wejściach do szpitali takiej informacji, większość pacjentów nie miała świadomości funkcjonowania monitoringu wizyjnego⁵⁸.

W szpitalach, większość kamer zainstalowano w miejscach ogólnodostępnych: w korytarzach, na klatkach schodowych, w windach, a także na parkingach.

W 11 szpitalach zainstalowano kamery w pomieszczeniach szpitalnych, w których, według rozporządzeń Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. i z 16 grudnia 2016 r., nie było dopuszczone monitorowanie stanu pacjenta, tj. w gabinetach zabiegowych, salach chorych i obserwacyjnych, izolatkach, gabinetach rezonansu magnetycznego, pokoju odwiedzin oraz w punktach rejestracji pacjenta. W czterech szpitalach rejestrowano obraz z kamer znajdujących w salach chorych, izolatkach, gabinetach konsultacyjnych. W siedmiu szpitalach obraz był rejestrowany z kamer umieszczonych w punktach rejestracji pacjentów.

⁵⁸ Brak wiedzy o zainstalowaniu kamer w szpitalach potwierdziło 48% (z 1104) ankietowanych pacjentów.

Przykłady

- Szpital Bielański

Kamery umieszczono m.in. w miejscach ogólnodostępnych oraz w pomieszczeniach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (gabinecie zabiegowym, w gabinecie konsultacyjnym ortopedy, w salach obserwacyjnych).

- Szpital nr 4 w Lublinie

Kamery umieszczono m.in. w miejscach ogólnodostępnych, salach chorych Oddziału Torakochirurgii i Oddziału Kardiologii oraz w pokoju odwiedzin Oddziału Położnictwa i Perinatologii. Kamery w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym obejmowały pacjentów, leżących na nieosłoniętych parawanami łóżkach umieszczonych na korytarzu.

- Szpital w Zabrzu

Kamery umieszczono m.in. w miejscach ogólnodostępnych oraz sali operacyjnej bloku operacyjnego Centrum Zdrowia Kobiety i Dziecka oraz salach intensywnego nadzoru Kardiologicznego

- Szpital nr 1 w Lublinie

Kamery umieszczono m.in. w miejscach ogólnodostępnych, w sali chorych Oddziału Podśladnego.

- Szpital w Bełchatowie

Obraz z kamer obejmujący sale chorych oddziału psychiatrycznego wyświetlał się na monitorze umieszczonym w portierni.

W Szpitalu Praskim i Szpitalu Bielańskim zainstalowano atrapy kamer. NIK zwraca uwagę, że może to wywołać u pacjentów mylne poczucie bezpieczeństwa.

5.2.3. Przechowywanie zarejestrowanych obrazów z monitoringu wizyjnego. Skuteczność monitoringu

Ustawa o ochronie danych osobowych (art. 26 ust. 1 pkt 4) nakłada na administratora danych obowiązek przechowywania danych w postaci umożliwiającej identyfikację osób, których dotyczą, nie dłużej, niż to jest niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania. Biorąc pod uwagę fakt, że deklarowanym przez dyrektorów szpitali celem monitoringu było przede wszystkim zapewnienie bezpieczeństwa osób i mienia szpitala, czas przechowywania danych powinien zapewniać realizację tego celu, np. umożliwić wykrycie sprawców zdarzeń niebezpiecznych. Tymczasem zbyt krótki okres przechowywania nagrań z monitoringu wizyjnego w trzech szpitalach spowodował brak możliwości udostępnienia nagrań Policji, a tym samym brak możliwości osiągnięcia celu, dla którego został zainstalowany.

Kontrola wykazała, że okresy przechowywania zarejestrowanego obrazu w części szpitali wynikały z możliwości technicznych urządzeń (w zależności od pojemności dysku twardego) a nie z celów, dla których zainstalowano monitoring. Natomiast nie znajduje żadnego uzasadnienia duża roz-

piętość czasu przechowywania zarejestrowanych obrazów z monitoringu wizyjnego w poszczególnych szpitalach wynoszącą od czterech do 282 dni.

Czas przechowywania zapisanych nagrań określono w siedmiu szpitalach, jednak trzy z nich nie przestrzegały własnych regulacji w tym zakresie. W dwóch szpitalach czas przechowywania nagrań był dłuższy lub krótszy od czasu określonego w dokumentacji wewnętrznej⁵⁹. W jednym szpitalu nie prowadzono z administratorem danych konsultacji dotyczących okresów przechowywania danych z monitoringu szpitalnego, wbrew postanowieniom wynikającym z polityki bezpieczeństwa informacji⁶⁰.

Przykłady

- Szpital Bielański

Czas przechowywania nagrań na rejestratorach wynosił od 30 do 203 dni, pomimo że w procedurach wewnętrznych określono 90-dniowy czas ich przechowywania.

- Szpital Solec

Czas przechowywania nagrań wynosił 10 dni, pomimo, że procedurach wewnętrznych określono czterodniowy lub 17-dniowy czas przechowywania.

W żadnym z 12 szpitali nie przeprowadzano analizy skuteczności działania monitoringu wizyjnego w kontekście realizacji postawionych mu celów, m.in. pod kątem poprawy bezpieczeństwa pacjentów, zabezpieczenia materiału dowodowego w przypadkach zarejestrowania czynów zabronionych, popełnianych na terenie monitorowanych pomieszczeń czy też zmiany miejsc rozmieszczenia kamer bądź sposobu organizacji reakcji na zaobserwowane zdarzenia.

W opinii dyrektorów szpitali, monitoring miał przyczynić się do poprawy bezpieczeństwa i ograniczenia dewastacji na terenie szpitala. Jednak wyniki analizy danych dotyczących bezpieczeństwa na terenie kontrolowanych szpitali, uzyskane z Policji⁶¹, nie potwierdzają tej opinii, co do wszystkich szpitali – tylko w czterech szpitalach w 2017 r. odnotowano tendencję zniżkową zdarzeń niebezpiecznych w stosunku do liczby tych zdarzeń stwierdzonych w 2015 r. (m.in. kradzieży, uszkodzenia mienia, włamania, narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia, oddalenia pacjenta ze szpitala, interwencji w związku z awanturującym się pacjentem). W czterech szpitalach liczba zdarzeń niebezpiecznych wzrosła w roku 2017 w stosunku do 2015 r.⁶², a w jednym nie uległa zmianie⁶³. Znaczna część odnotowanych zdarzeń niebezpiecznych wystąpiła w miejscach nieobjętych systemem monitoringu wizyjnego.

⁵⁹ Szpital Bielański, Szpital Solec.

⁶⁰ Szpital nr 1 w Lublinie.

⁶¹ O które kontrolerzy NIK zwrócili się w toku prowadzonej kontroli.

⁶² Szpital Bielański, Szpital nr 4 w Lublinie, Szpital w Bełchatowie, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

⁶³ Szpital w Białej Podlaskiej.

Przykłady

- Szpital Bielański

W latach 2015–2017 ogółem odnotowano 80 zdarzeń niebezpiecznych, w tym 2015 r. – 19, w 2016 r. – 34, w 2017 r. (do października 2017 r.) – 27.

- Wojewódzki Szpital w Łodzi

W latach 2015–2017 odnotowano ogółem siedem zdarzeń niebezpiecznych, w tym w 2015 r. – dwa, w 2016 r. – dwa, w 2017 r. – trzy.

- Szpital w Białej Podlaskiej

W latach 2015–2017 odnotowano ogółem osiem zdarzeń niebezpiecznych, w tym w 2015 r. – trzy, w 2016 r. – dwa, w 2017 r. – trzy.

- Szpital nr 4 w Lublinie

W latach 2015–2017 odnotowano ogółem 40 zdarzeń niebezpiecznych, w tym w 2015 r. – 12, w 2016 r. – 14, w 2017 r. – 14.

- Szpital w Bełchatowie

W latach 2015–2017 odnotowano łącznie 377 interwencji, tym w 2015 r. – 92, w 2016 r. – 169, w 2017 r. – 116.

Policja lub Prokuratura wystąpiły do szpitali o udostępnienie nagrań z monitoringu wizyjnego z 83 odnotowanych zdarzeń (3,8%)⁶⁴. Szpitale przekazały 66 zarejestrowanych nagrań. Nie przekazano nagrań pozostałych 17 zdarzeń, bowiem w 14 przypadkach nagrania były przechowywane zbyt krótko i zostały już skasowane, a w trzech – z powodu braku kamer w miejscu zdarzenia. W większości przypadków przekazane nagrania nie przyczyniły się do wykrycia sprawcy z powodu np. niskiej ich jakości, co nie pozwalało na identyfikację potencjalnego sprawcy.

Skuteczność monitoringu wizyjnego obniżał również stan techniczny kamer. W trzech szpitalach stwierdzono 27 uszkodzonych kamer, a z 17 kamer obraz nie był przekazywany do rejestratora i nie był widoczny na monitorze.

5.2.4. Ochrona danych osobowych pochodzących z monitoringu wizyjnego

Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego wiąże się z przetwarzaniem danych osobowych w systemach informatycznych. Szpital zobowiązany jest do zapewnienia bezpieczeństwa danych, zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych. Jeżeli monitoring służy jedynie do podglądu danego miejsca, a nagranie nie jest zachowywane na twardym dysku lub innym nośniku, to wówczas nie mamy do czynienia z przetwarzaniem danych osobowych.

We wszystkich skontrolowanych szpitalach obrazy pochodzące z kamer były rejestrowane. W 10 z nich stwierdzono przy tym naruszenia przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

⁶⁴ W latach 2015–2017 w na terenie 12 skontrolowanych szpitali odnotowano 2202 zdarzenia niebezpieczne.

W większości badanych szpitali nie zagwarantowano pełnej ochrony przetwarzania danych osobowych, uzyskanych z monitoringu wizyjnego. Przyczyną tego było nieuznawanie przez szpitale zbiorów obrazów pochodzących z monitoringu wizyjnego za zbiory danych osobowych. W siedmiu szpitalach, mimo wdrożenia polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, w wykazie zbiorów danych osobowych nie uwzględniono zbiorów danych osobowych z monitoringu wizyjnego⁶⁵. W konsekwencji nie określono w polityce bezpieczeństwa również programów zastosowanych do przetwarzania tych danych a także poziomu bezpieczeństwa i środków technicznych oraz organizacyjnych niezbędnych do zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych, co było niezgodne z §§ 4 i 6 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. W Szpitalu w Zabrze dokumentację wewnętrzną, opisującą sposób przetwarzania danych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych, wprowadzono dopiero w kwietniu 2017 r., pomimo że taki wymóg wynikał z art. 36 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych (system monitoringu wizyjnego funkcjonował w Szpitalu od 2009 r.).

W siedmiu szpitalach umowy dotyczące konserwacji, przeglądów instalacji, napraw i obsługi monitoringu wizyjnego zawarto z firmami zewnętrznymi⁶⁶. Tylko w czterech przypadkach została zawarta umowa pomiędzy administratorem danych a firmą o powierzenie przetwarzania danych osobowych w celu niezbędnym do realizacji danej umowy. W trzech szpitalach nie zawarto takich umów, mimo iż firmy te miały dostęp do danych z monitoringu wizyjnego⁶⁷. Było to niezgodne z art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych.

W Szpitalu w Dąbrowie Górniczej nie prowadzono pełnej kontroli nad przekazywaniem danych osobowych z monitoringu wizyjnego, co było niezgodne z art. 38 ustawy o ochronie danych osobowych. W tym Szpitalu nie dokumentowano przekazania Policji danych osobowych z monitoringu wizyjnego.

W szpitalach, w których nadawano pracownikom upoważnienia do przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego, prowadzono ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych. W czterech szpitalach w prowadzonej ewidencji osób nie zaewidencjonowano upoważnień pracowników mających prawo do przetwarzania w systemie informatycznym danych z monitoringu wizyjnego, co było niezgodne z art. 39 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych⁶⁸.

⁶⁵ 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 urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024), zwane dalej rozporządzeniem w sprawie przetwarzania danych osobowych.

⁶⁶ Szpital Bielański, Szpital Solec, Szpital Praski, Szpital w Bełchatowie, Szpital w Zabrzu, Szpital nr 1 w Lublinie, Szpital Miejski w Łodzi.

⁶⁷ Szpital Praski, Szpital Solec, Szpital w Bełchatowie.

⁶⁸ Szpital Solec, Szpital w Częstochowie, Miejski Szpital w Łodzi, Wojewódzki Szpital w Łodzi.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli	Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach zapewniają ochronę prawa pacjenta do prywatności (intymności i godności)?
Cele szczegółowe	Cele szczegółowe kontroli to udzielenie odpowiedzi na pytania: 1. Czy sposób udzielania świadczeń zdrowotnych oraz organizacja systemu monitoringu wizyjnego i rejestracji rozmów, w tym telefonicznych, uwzględniały poszanowanie prawa pacjenta do prywatności? 2. Czy funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, w tym czy gromadzenie, przekazywanie i przetwarzanie danych zebranych w procesie monitoringu zapewniało ochronę danych osobowych pacjentów?
Zakres podmiotowy	Kontrolą objęto dwa szpitale kliniczne oraz 10 szpitali prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego.
Kryteria kontroli	Kontrolę przeprowadzono: – w szpitalach klinicznych na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy NIK pod względem legalności, gospodarności, rzetelności oraz celowości; – w szpitalach samorządowych na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK pod względem legalności, gospodarności i rzetelności
Okres objęty kontrolą	Kontrolą objęto lata 2015–2017 (do czasu zakończenia kontroli) z uwzględnieniem zdarzeń wcześniejszych istotnych dla kontrolowanej działalności.
Termin realizacji kontroli	Kontrolę rozpoczęto 12 września 2017 r., a ostatnie wystąpienie podpisano 15 stycznia 2018 r.
Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK	W ramach przygotowania do kontroli, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 1 ustawy o NIK, uzyskano informacje dotyczące funkcjonujących w szpitalach systemów monitoringu wizyjnego oraz rejestracji rozmów pomiędzy lekarzami oraz lekarzami i pacjentami. Skierowano także pisma do Rzecznika Praw Pacjenta oraz Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych dotyczące skarg, które wpływały do tych organów, związanych z naruszeniem prawa pacjentów do poszanowania intymności i godności oraz życia prywatnego i rodzinnego, w tym skarg w sprawie naruszenia prawa do intymności i prywatności w wyniku wykorzystania systemów monitoringu wizyjnego, jak również naruszenia prawa do ochrony danych osobowych.
Udział innych organów kontroli na podstawie art. 12 ustawy o NIK	
Pozostałe informacje	W ramach czynności kontrolnych przeprowadzono, wśród pacjentów hospitalizowanych w kontrolowanych oddziałach, anonimowe ankiety dotyczące przestrzegania przez szpital prawa do prywatności.
Stan realizacji wniosków pokontrolnych	Wyniki kontroli przedstawiono w 12 wystąpieniach pokontrolnych. W dziewięciu wystąpieniach pokontrolnych sformułowano ogółem 29 wniosków pokontrolnych. Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych wynika, że pięć wniosków zrealizowano a sześć znajduje się w trakcie realizacji, a 18 nie zrealizowano. Szpital w Bełchatowie wystąpił o odstąpienie od realizacji wniosku dotyczącego przeprowadzania okresowych analiz

ZAŁĄCZNIKI

funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego z uwagi na braki kadrowe. Szpital w Dąbrowie Górniczej złożył zastrzeżenia do oceny ogólnej zawartej w wystąpieniu pokontrolnym.

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Katowicach	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Marii Panny w Częstochowie	Dariusz Kaczmarek
2.	Delegatura NIK w Katowicach	Szpital Miejski w Zabrze sp. z o.o.	Mariusz Wójtowicz
3.	Delegatura NIK w Katowicach	Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej	Zbigniew Grzywnowicz
4.	Delegatura NIK w Lublinie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie	Adam Borowicz
5.	Delegatura NIK w Lublinie	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie	Radosław Starownik
6.	Delegatura NIK w Lublinie	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	Dariusz Oleński
7.	Delegatura NIK w Łodzi	Miejskie Centrum Medyczne im. dr. Karola Jonschera w Łodzi	Konrad Łukaszewski
8.	Delegatura NIK w Łodzi	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Biegańskiego	Elżbieta Szklarek
9.	Delegatura NIK w Łodzi	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie	Paweł Skoczylas
10.	Delegatura NIK w Warszawie	Szpital Bielański ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie	Dorota Gałczyńska-Zych
11.	Delegatura NIK w Warszawie	Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego sp. z o. o	Andrzej Golimont
12.	Delegatura NIK w Warszawie	Szpital Solec sp. z o.o.	Ewa Więckowska

Wykaz jednostek kontrolowanych

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Prawo do prywatności jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka.

Prawa pacjenta zostały uregulowane w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶⁹. Zgodnie z art. 20 ust. 1 ustawy pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych. W celu realizacji tego prawa, osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie intymności i godności pacjenta. Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego.

Pacjent ma również prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Wyjątki od tej reguły są precyzyjnie określone w ustawie i dotyczą w szczególności przypadków gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw,
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (art. 14 ust. 2 ustawy).

Przepisy te oznaczają, że wszystkie informacje o stanie zdrowia pacjenta, diagnozach, rokowaniu, przeprowadzonych czynnościach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych muszą być traktowane jako poufne i nie mogą być ujawnione osobom nieupoważnionym. Obowiązek zachowania w poufności wszelkich informacji trwa również po śmierci pacjenta. Informacje związane ze stanem zdrowia pacjenta mogą zostać ujawnione, gdy pacjent (lub osoba sprawująca nad nim opiekę prawną) wyrazi się na to zgodzi.

Te prawa pacjenta oznaczają, że ma on prawo oczekiwać, aby świadczenie zdrowotne było wykonywane w osobnym pomieszczeniu lub w miejscu osłoniętym, w którym nie można go z zewnątrz ani oglądać ani podsłuchiwać. Pacjent przebywający w wieloosobowej sali lub na szpitalnym korytarzu

⁶⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.

ma prawo oczekiwać, że badania lub zabiegi zostaną przeprowadzone z poszanowaniem intymności i godności, przy wykorzystaniu parawanów lub innych osłon.

Przestrzeganie praw pacjenta należy do obowiązków organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, osób wykonujących zawód medyczny oraz innych osób uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 2 ustawy).

Do zakresu działań Rzecznika Praw Pacjenta należy m.in. prowadzenie postępowań w sprawach praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów oraz w przypadku powzięcia wiadomości co najmniej uprawdopodobniającej naruszenie praw pacjenta. Zgodnie z art. 50 ustawy o prawach pacjenta Rzecznik Praw Pacjenta wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli poweźmie wiadomość co najmniej uprawdopodobniającą naruszenie praw pacjenta. Rzecznik Praw Pacjenta może również wszcząć postępowanie wyjaśniające z własnej inicjatywy.

Obowiązujące przepisy nie regulują w sposób jednoznaczny i kompleksowy zasad instalowania i wykorzystywania monitoringu wizyjnego w szpitalach.

Regulacje dotyczące stosowania monitoringu wizyjnego w szpitalach

Dostępność monitoringu w pomieszczeniach, w których są udzielane świadczenia medyczne uregulowane zostało w rozporządzeniach Ministra Zdrowia: z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego stosowania⁷⁰ oraz z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii⁷¹. Zgodnie załącznikiem nr 1 do ww. rozporządzenia z dnia 26 czerwca 2012 r. w zespole porodowym powinno znajdować co najmniej jedno pomieszczenie przeznaczone dla położnic i noworodka w pierwszych godzinach życia, po porodach powikłanych, w którym zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcję autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy. Na oddziale dziecięcym dopuszczono obserwację dzieci za pomocą kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu. Na oddziale psychiatrycznym w części obserwacyjno-diagnostycznej przewidziano możliwość systemu monitoringu wizyjnego z kamerą, posiadającą rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu, niedostępna dla osoby izolowanej, zabezpieczona przed uszkodzeniem. Ponadto w załączniku 7 szczegółowe wymagania, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia stacji dializ określono, że stanowisko nadzoru pielęgniarskiego powinno zapewniać możliwość bezpośredniej obserwacji pacjentów lub przy użyciu

⁷⁰ Dz. U. poz. 740

⁷¹ Obowiązuje od 1 stycznia 2017 r. Wcześniej obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałach anestezjologii (Dz. U. z 2013 r. poz. 15).

Zasady przetwarzania danych osobowych pochodzących z monitoringu wizyjnego

kamer posiadających rezerwowe zasilanie z funkcją autostartu, w szczególności możliwość obserwacji twarzy. Ponadto zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddziałach anestezjologii w szpitalu zapewnia się możliwość obserwacji bezpośredniej lub przy użyciu kamer wyposażonych w funkcję autostartu, w szczególności możliwości obserwacji twarzy⁷². Powyższe przepisy nie przewidują jednak możliwości rejestracji obrazu.

Proces przetwarzania danych osobowych w szpitalu reguluje ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁷³ oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie. Za dane osobowe uważa się wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej, pozwalające na określenie jej tożsamości (art. 6 ustawy o ochronie danych osobowych).

Zbiorem danych, w rozumieniu art. 7 pkt 1 ustawy, jest każdy posiadający strukturę zestaw danych o charakterze osobowym, dostępnych według określonych kryteriów, niezależnie od tego, czy zestaw ten jest rozproszony lub podzielony funkcjonalnie. Zbiorem danych jest zestaw informacji charakteryzujący się następującymi cechami:

- a) jest to zestaw danych osobowych, tj. informacji o charakterze osobowym;
- b) posiada ustaloną strukturę, co oznacza, że dane są uporządkowane i ułożone w odpowiedni sposób;
- c) dane w nim zawarte są dostępne według określonych kryteriów, co oznacza, że istnieje pewien klucz ich wyszukiwania w zbiorze, pozwalający na w miarę szybkie i bezpośrednie odszukanie interesujących danych osobowych, bez konieczności przeglądania całego zbioru lub znacznej jego części; nie ma przy tym znaczenia liczba ani rodzaje kryteriów – może to być zarówno kryterium osobowe (np. imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL) lub nieosobowe (np. data zamieszczenia danych w zbiorze, liczba porządkowa).

Pojęcie zbioru danych obejmuje swym zakresem zarówno zbiory zautomatyzowane, przetwarzane przy użyciu aplikacji bazujących na systemach zarządzających bazami danych, jak i nieautomatyzowane (manualne, tradycyjne). Zbiorami danych mogą być więc np. ręcznie tworzone zbiory ewidencyjne, zgromadzone akta osobowe (teczki, kartoteki), a także formularze czy kwestionariusze, uporządkowane i ułożone w odpowiedni sposób.

Jednym ze szczególnych rodzajów zbiorów danych przetwarzanych przy użyciu systemów informatycznych są zbiory danych w postaci plików danych stanowiących nagranie obrazów zarejestrowanych przez kamery systemu monitoringu wizyjnego.

Przez przetwarzanie danych rozumie się jakiegokolwiek operacje wykonywane na danych osobowych, takie jak zbieranie, utrwalenie, przechowywanie, opracowywanie, zmienianie, udostępnianie i usuwanie a zwłaszcza te, które wykonuje się w systemach informatycznych (art. 7 pkt 2 ustawy o ochronie danych osobowych).

⁷² Podobna regulacja znajdowała się w rozporządzeniu wcześniejszym z 2012 r.

⁷³ Dz. U. z 2016 r. poz. 922, ze zm.

Na podstawie przepisów ustawy o ochronie danych można wyróżnić dane tzw. zwykłe, takie jak np. Imię, nazwisko, adres zamieszkania, data i miejsce urodzenia itp. oraz dane szczególnie chronione (tzw. dane wrażliwe sensytywne) wymienione w art. 27 ust. 1 ustawy. Dane o stanie zdrowia są danymi szczególnie chronionymi, których przetwarzanie jest co do zasady zabronione. Przetwarzanie danych wrażliwych wiąże się z koniecznością wypełnienia dodatkowych gwarancji ich ochrony (art. 27 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych). Art. 27 ust. 2 pkt 7 ustawy dopuszcza przetwarzanie danych szczególnie chronionych, w tym danych o stanie zdrowia, gdy jest to prowadzone w celu ochrony stanu zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo leczeniem lub świadczeniem innych usług medycznych, zarządzania udzielaniem usług medycznych i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych. Jednakże powoływanie się na ten przepis uprawnione jest jedynie w odniesieniu do realizacji wymienionych celów i nie może następować w celu uzasadniania udostępniania tych danych innym osobom.

Główne zasady postępowania przy przetwarzaniu danych osobowych wyznacza art. 26 ustawy o ochronie danych osobowych, ujmując je w formę podstawowych obowiązków administratora danych. Administrator danych powinien dołożyć szczególnej staranności w celu ochrony interesów osób, których dane dotyczą. Powinien zapewnić aby te dane były przetwarzane zgodnie z prawem, zbierane do oznaczonych, zgodnych z prawem celów i nie-poddawane dalszemu przetwarzaniu niezgodnemu z tymi celami, merytorycznie poprawne i adekwatne w stosunku do celów, w jakich są przetwarzane i przechowywane w postaci umożliwiającej identyfikację osób, których dotyczą, nie dłużej niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania.

Realizacja zasad przetwarzania danych osobowych należy do obowiązków administratora danych osobowych, którym zgodnie z art. 7 pkt 4 ustawy o ochronie danych jest organ, jednostka organizacyjna, podmiot lub osoba decydująca o celach i środkach przetwarzania danych. Administrator danych osobowych może powołać administratora bezpieczeństwa informacji, którego zgłasza do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych (art. 36a ustawy o ochronie danych osobowych). Na administratorze bezpieczeństwa informacji spoczywa prawny obowiązek zapewnienia przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych, w tym za zabezpieczenie danych osobowych.

Głównym zadaniem ABI jest zapewnianie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych (zgodnie z art. 36a ust. 2 pkt 1 ustawy), w szczególności przez:

- sprawdzanie zgodności przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych oraz opracowanie w tym zakresie sprawozdania dla administratora danych;
- nadzorowanie opracowania i aktualizowania dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, oraz przestrzegania zasad w niej określonych;

- zapewnianie zapoznania osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z przepisami o ochronie danych osobowych.

Na podstawie art. 31 ust. 1 ustawy administrator danych (np. pracodawca) może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie danych. Niezbędnymi elementami tej umowy jest określenie celu, w jakim podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych, może je przetwarzać, oraz zakresu powierzonych do przetwarzania danych. Podmiot ten może bowiem przetwarzać dane wyłącznie w zakresie i celu przewidzianym w umowie. Powierzenie przetwarzania danych na podstawie umowy, o której stanowi art. 31 ustawy, w określonym w niej celu, jest działaniem prawnie dopuszczalnym i nie stanowi nieuprawnionego udostępnienia danych przez ich administratora innemu podmiotowi.

Stosownie do art. 31 ust. 3 ustawy, podmiot podejmujący się przetwarzania danych na podstawie umowy powierzenia jest zobowiązany zastosować środki zabezpieczające powierzony zbiór danych, gdyż w zakresie zabezpieczenia danych osobowych podmiot ten ponosi odpowiedzialność jak administrator danych. Musi zatem dbać o to, aby powierzone mu dane osobowe nie dostały się w ręce osób nieupoważnionych bądź nie zostały uszkodzone lub zniszczone. Ponadto podmiot, któremu administrator danych powierzył ich przetwarzanie, odpowiada wobec administratora danych za przetwarzanie danych niezgodnie z zawartą umową. Zawarcie takiej umowy nie zmienia statusu ich administratora – jest w całości odpowiedzialny za ich prawidłowe przetwarzanie.

Administrator danych jest obowiązany zastosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną, a w szczególności powinien zabezpieczyć dane przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranieniem przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem (art. 36 ust. 1 ustawy). Administrator prowadzi dokumentację opisującą sposób przetwarzania danych oraz zastosowane środki techniczne i organizacyjne, a także ewidencję osób upoważnionych do ich przetwarzania. Jeśli uzna za wskazane, może też powołać administratora bezpieczeństwa informacji (ABI), który będzie odpowiedzialny za zapewnienie przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych w działalności szkoły i prowadzenie rejestru zbiorów danych przetwarzanych przez administratora danych. Do przetwarzania danych, o ile tak zdecyduje ich administrator, mogą być dopuszczone wyłącznie osoby posiadające upoważnienie nadane przez administratora (art. 37 ustawy). Osoby te są zobowiązane zachować w tajemnicy te dane osobowe oraz sposoby ich zabezpieczenia (art. 39 ust. 2 ustawy).

Ustawa o ochronie danych osobowych zawiera także katalog przepisów karnych (art. 49–54a). Wśród nich spenalizowane zostało m.in. przetwarzanie w zbiorze danych osobowych, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo do których przetwarzania brak jest uprawnienia, przetwarzanie w takich warunkach danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową,

partyjną lub związkową, danych o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nałogach lub życiu seksualnym (czyli danych wrażliwych, inaczej sensytywnych), naruszenie przez administratora obowiązku zabezpieczenia danych przed zabraniem przez osobę nieuprawnioną, uszkodzeniem lub zniszczeniem, czy też niezgłoszenie do rejestracji zbioru danych.

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji rozporządzeniem z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych określił sposób prowadzenia i zakres dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną; podstawowe warunki techniczne i organizacyjne, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych; wymagania w zakresie odnotowywania udostępniania danych osobowych i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, j.t. ze zm.).
3. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.).
4. Ustawa z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, j.t. ze zm.).
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 j.t.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii (Dz. U. z 2016 r. poz. 2218).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego stosowania (Dz. U. poz. 740).
9. 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 urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024).
10. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 11 grudnia 2008 r. w sprawie wzoru zgłoszenia zbioru danych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych (Dz. U. Nr 229, poz. 1536).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Rzecznik Praw Pacjenta
8. Generalny Inspektor Danych Osobowych
9. Minister Zdrowia
10. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
11. Sejmowa Komisja Zdrowia
12. Senacka Komisja Zdrowia

6.5. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

Warszawa, 26-04-2018

DNM.093.6.2018.3.KCZ



Pan
Krzysztof Kwiatkowski
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa

Szanowny Panie Prezeme

w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli P/17/103 „*Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach*” i Informacji o wynikach kontroli z dnia 11 kwietnia 2018 r. o znaku: LWA.430.001.2018, poniżej przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

Część 4, Wnioski, str. 12, wniosek nr 1.

Standardy w zakresie infrastruktury są już określone w przepisach prawa budowlanego oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹. Problemem jest brak środków finansowych na ich realizację. Dodawanie nowych „standardów” do już istniejących (nie w pełni realizowanych) niczego nie zmienia. Zapewnienie wysokich standardów cywilizacyjnych wymaga wysokich nakładów finansowych. Natomiast właściwe zachowanie personelu szpitali powinno wynikać z wysokiego poziomu kultury osobistej oraz organizacyjnej. Standardem zachowania tych pracowników powinny być (m.in.) uprzejmość, życzliwość i empatia. Jednakże trudno zadekretować dobre postępowanie. W tym przypadku także ograniczone zasoby finansowe i kadrowe w służbie zdrowia utrudniają sytuację. Rozwiązaniem mogą być szkolenia dla

¹ Dz. U. poz. 739.

personelu medycznego, o których przeprowadzenie powinni zadbać kierownicy podmiotów leczniczych, jako osoby nadzorujące i bezpośrednio odpowiedzialne za właściwe wykonywanie zadań przez podległych im pracowników.

Część 4, Wnioski, str. 12, wniosek nr 2.

W kwestii monitoringu wizyjnego w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych, kluczowe znaczenie mają przepisy Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta². Z przepisów tych jednoznacznie wynika prawo do poszanowania intymności i godności pacjenta, w szczególności w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych. Przywołane przepisy, z uwagi na ich cel, powinny być interpretowane restrykcyjnie. Przepisy te, co do zasady, określają zakaz prowadzenia monitoringu wizyjnego w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych. Od tej zasady przepisy kilku aktów prawnych dotyczących ochrony zdrowia psychicznego oraz przywołanego w pkt 1 niniejszego pisma rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, wprowadzają wyjątki, tj. dopuszczają stosowanie obserwacji pacjentów za pośrednictwem urządzeń do monitoringu wizyjnego. W każdym z tych przypadków prowadzenie monitoringu uwzględnia kryteria określone w przepisie art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych³, tj. dopuszczalne jest przetwarzanie danych osobowych (w omawianym wypadku prowadzenie monitoringu pacjentów), jeżeli jest ono prowadzone w celu ochrony zdrowia, świadczenia usług medycznych lub leczenia pacjentów przez osoby trudniące się zawodowo udzielaniem usług medycznych, zarządzaniem usługami i są stworzone pełne gwarancje ochrony danych osobowych. Z analizy ww. przepisów wynika „restrykcyjna” zasada ochrony życia prywatnego i poszanowania godności i intymności pacjentów, od której dopuszczono ściśle określone wyjątki wynikające z potrzeb, o których mowa w przywołanym przepisie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych. Prowadzenie monitoringu w miejscach udzielania świadczeń zdrowotnych w celach innych niż wyżej wymienione, np. zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz personelowi medycznemu i zagwarantowania porządku oraz ochrony osób i mienia, jest niezgodne z prawem jako naruszające prawa obywatelskie i prawa pacjenta wskazane

² Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.

³ Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.

na wstępie. Natomiast monitoring w innych pomieszczeniach (niezwiązanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych), np. na korytarzach, może być prowadzony na zasadach ogólnych. Jednakże regulacja tego zagadnienia wykracza poza kompetencje Ministra Zdrowia.

z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józef Szczurek-Zelazko
Józef Szczurek-Zelazko

6.6. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

LWA.430.001.2018

Warszawa, dnia 11 maja 2018 r.

**Opinia Prezesa Najwyższej Izby Kontroli
do stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie Informacji o wynikach kontroli
„Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach”**

Kontrola przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli wykazała, że warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w szpitalach nie zapewniały pacjentom pełnego poszanowania ich konstytucyjnie i ustawowo chronionego prawa do prywatności (intymności i godności), co wynikało głównie z przestarzałej infrastruktury szpitali, niewłaściwego postępowania personelu, a także niewłaściwej organizacji systemu monitoringu wizyjnego.

W związku z powyższym, Najwyższa Izba Kontroli uznała za konieczne wypracowanie i wdrożenie przez Ministra Zdrowia standardów w zakresie infrastruktury i warunków organizacyjnych szpitala, oraz prawidłowego postępowania personelu, a także uregulowania zasad i warunków prowadzenia obserwacji i rejestracji wizerunku osób i obrazu zdarzeń w podmiotach leczniczych, w tym w szpitalach.

Minister Zdrowia, w stanowisku do przedstawionej Informacji, zakwestionował *de facto* zasadność sformułowanych wniosków pokontrolnych, stwierdzając m.in., że obowiązujące przepisy prawa w sposób wystarczający regulują ww. kwestie, a ich niepełna realizacja wynika z ograniczonych zasobów finansowych i kadrowych w służbie zdrowia.

Znając uwarunkowania finansowe i kadrowe funkcjonowania służby zdrowia, pozwolę sobie jednak nie zgodzić się ze stanowiskiem Pana Ministra.

Wskazane przez Pana Ministra uregulowania prawne w zakresie infrastruktury szpitali (przepisy prawa budowlanego i rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹) wyznaczają standardy techniczne, których wdrożenie bez wątpienia poprawi warunki hospitalizacji pacjentów, jednak nie zapewni pełnej realizacji ich prawa do intymności i godności. Do tego niezbędne jest wypracowanie takich standardów funkcjonowania szpitali i postępowania personelu, które zagwarantują przestrzeganie konstytucyjnie chronionych praw osób hospitalizowanych w każdych warunkach, niezależnie od posiadanej infrastruktury. W żadnym wypadku ograniczone zasoby finansowe i kadrowe w służbie zdrowia nie mogą usprawiedliwiać naruszania tych praw.

Nie podzielam również stanowiska Pana Ministra w kwestii braku konieczności uregulowania zasad funkcjonowania monitoringu w podmiotach leczniczych (w tym w szpitalach). Wyniki kontroli wskazały, że przywołane przez Pana Ministra przepisy odnoszące się do poszanowania godności i intymności pacjenta (Konstytucja RP, ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²) oraz ochrony zdrowia psychicznego, a także określające standardy infrastruktury podmiotów leczniczych

¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 739, zwane dalej rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r.

² Dz. U. z 2017 r., poz. 1318, ze zm.

ZAŁĄCZNIKI

(rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 r.) nie są wystarczające dla zapewnienia ochrony prywatności pacjentów. Dyrektorzy szpitali w sposób uznaniowy decydują o wprowadzeniu monitoringu, uzasadniając to koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom oraz personelowi medycznemu, a także ochrony mienia, co jak podkreślił Pan Minister w swoim stanowisku, jest niezgodne z prawem, jako naruszające prawa obywatelskie i prawa pacjenta.

W związku z powyższym oraz z uwagi na brak ustawowych uregulowań dotyczących funkcjonowania monitoringu w miejscach publicznych, oczywistym jest, że uregulowanie zasad i warunków prowadzenia obserwacji i rejestracji wizerunku osób i obrazu zdarzeń w podmiotach leczniczych leży w kompetencjach Ministra Zdrowia.

Pragnę zwrócić uwagę Pana Ministra również na fakt, iż kwestia uregulowania zasad i warunków prowadzenia obserwacji i rejestracji wizerunku osób nabiera szczególnego znaczenia w związku z wejściem w życie z dniem 25 maja 2018 r. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 (RODO).

