



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.026.01.2017

P/17/103

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice

T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30

lka@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/103 – Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Wojciech Graca, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/232/2017 z 11 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie, ul. Bialska 104/118 42-200 Częstochowa ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dariusz Kaczmarek, Dyrektor Szpitala ² (dowód: akta kontroli str. 3-11)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

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

W Szpitalu wdrożono wewnętrzne regulacje, uwzględniające prawo pacjenta do poszanowania jego intymności i godności, jednakże nie określono sposobu zapewnienia tego prawa podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. W części pomieszczeń stworzono warunki organizacyjno-techniczne, zapewniające pacjentom prawo do prywatności i zachowania intymności, niemniej jednak warunki w salach wieloosobowych bez węzłów sanitarno-higienicznych nie sprzyjały zapewnieniu w pełni tego prawa. Sposób rozmieszczenia kamer wchodzących w skład systemu monitoringu wizyjnego nie zakłócał pacjentom korzystania z prawa do prywatności. Zapewniono środki techniczne i organizacyjne w celu ochrony przetwarzanych danych z monitoringu wizyjnego oraz prowadzono rzetelną kontrolę nad udostępnianiem tych danych. Środki te nie były jednak wystarczające, gdyż nie wprowadzono regulacji wewnętrznych, dotyczących funkcjonowania monitoringu wizyjnego, a w zarządzeniu wprowadzającym politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych nie uwzględniono zbioru danych osobowych z monitoringu wizyjnego oraz przetwarzania danych we wszystkich obiektach Szpitala. Ponadto, pracownik upoważniony do przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego, do 10 października 2017 r. nie był ujęty w ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych

¹ Zwany dalej: *Szpitałem*. Szpital udzielał świadczeń zdrowotnych z zakresu stacjonarnych i całonocnych świadczeń szpitalnych, świadczeń ambulatoryjnych oraz diagnostyki medycznej. Działalność prowadził w czterech obiektach (przy ul. Bialskiej 104-118, ul. PCK 7, ul. Niepodległości 32 oraz ul. Pokoju 44 w Częstochowie).

² Od 1 października 2017 r., zwany dalej: *Dyrektorem Szpitala*. Wcześniej, od 1 kwietnia 2017 r., obowiązki Dyrektora pełnił Janusz Kapustecki, zwany dalej: *p.o. Dyrektora Szpitala*. Przed 1 kwietnia 2017 r. (od 1 lipca 2014 r.) Dyrektorem Szpitala była Barbara Magnuszewska-Pankiewicz.

osobowych, jak również nie uzyskano od niego pisemnego potwierdzenia zapoznania się z zakresem informacji objętych tajemnicą określoną w obowiązujących ustawach (oprócz takiego potwierdzenia dotyczącego tajemnicy służbowej i tajemnicy przedsiębiorstwa).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności, o którym mowa w art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³ uwzględniono w regulaminie organizacyjnym Szpitala⁴ i w regulaminach wewnątrzoddziałowych⁵ oraz w procedurach dotyczących standardowej opieki pielęgniarskiej i zasad pobytu pacjentów w stanach terminalnych.

W regulaminie organizacyjnym Szpitala postanowiono, że świadczenia zdrowotne winny być udzielane z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta. Do zadań oddziałów należało m.in. zapewnienie właściwych warunków bytowych, a w zakresie opieki pielęgniarskiej – informowanie pacjenta o jego prawach. W regulaminach wewnątrzoddziałowych zawarto zakaz zakłócania spokoju pacjentów i pracowników szpitala, w tym w czasie „ciszy nocnej” (od 22.00 do 6.00, a w Oddziale Pediatrii z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej – od 20.00 do 7.00)⁶. Postanowiono ponadto, że osoba sprawująca dodatkową opiekę pielęgnacyjną nie może naruszać praw pozostałych pacjentów (np. do poszanowania ich intymności i godności)⁷.

W regulaminie organizacyjnym Szpitala określono godziny odwiedzin – od 9:00 do 20:00, jak również postanowiono, że w wyjątkowych przypadkach, za zezwoleniem kierownika lub lekarza dyżurującego, odwiedziny mogą się odbywać w innym czasie. W dniu 12 października 2017 r. dokonano zmiany tego regulaminu⁸ poprzez wprowadzenie możliwości codziennych odwiedzin pacjentów bez wskazywania konkretnych godzin oraz możliwości ograniczenia przez kierownika podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych lub upoważnionego przez niego lekarza korzystania z praw pacjenta w przypadku wystąpienia zagrożenia epidemicznego oraz ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów lub możliwości organizacyjne podmiotu. Odnośnie kwestii odwiedzin, w regulaminach wewnątrzoddziałowych⁹ postanowiono, że:

³ Dz. U. z 2017 r., poz. 1318 ze zm.

⁴ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 96 z dnia 11 września 2017 r. w sprawie wprowadzenia tekstu jednolitego Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP.

⁵ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 111a z 26 września 2017 r. w sprawie wprowadzenia w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym regulaminów organizacyjnych oddziałów i pracowni.

⁶ Dotyczy oddziałów: Chorób Wewnętrznych, Ortopedii i Chirurgii Urazowej, Kardiologii, Nefrologii z Pododdziałem Dializ Otrzewnowych, Pediatrii z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej, Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii, Chirurgii Ogólnym z Pododdziałem Chirurgii Naczyń.

⁷ Dotyczy oddziałów: Chorób Wewnętrznych, Ortopedii i Chirurgii Urazowej, Kardiologii, Nefrologii z Pododdziałem Dializ Otrzewnowych, Pediatrii z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej, Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii, Chirurgii Ogólnego z Pododdziałem Chirurgii Naczyń, Ginekologiczno-Położniczego z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej.

⁸ Uchwała Rady Społecznej Szpitala nr 1118/2017 z 12 października 2017 r.

⁹ Dotyczy oddziałów: Chorób Wewnętrznych, Ortopedii i Chirurgii Urazowej, Ginekologiczno-Położniczego z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej, Kardiologii.

- odwiedziny pacjentów odbywają się codziennie (na Oddziale Kardiologii zalecane godziny to 10:30–19:00, a na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej – 10.00–20.00);
- zakazuje się odwiedzin osobom pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, wykazujących objawy infekcji bądź chorób zakaźnych oraz wykazujących zachowania niezgodne z powszechnie przyjętymi w zakładach leczniczych i miejscach publicznych;
- ograniczeniu podlega liczba osób odwiedzających do dwóch w jednym pomieszczeniu i w tym samym czasie; odwiedziny są ograniczone również w czasie porządkowania oddziału i podczas wizyty lekarskiej; na wniosek kierownika oddziału za zgodą Dyrektora Szpitala można ograniczyć lub wstrzymać wizyty odwiedzających ze względu na sytuację epidemiologiczną lub na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów; ponadto, na Oddziale Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałem Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej nie zaleca się odwiedzin przez dzieci poniżej 10 roku życia, a w salach wzmożonego nadzoru (intensywnej opieki) tego oddziału odwiedziny są ograniczone co do liczby osób i czasu odwiedzin (15 minut).

(dowód: akta kontroli str. 12-79, 319, 337-340)

W wewnętrznych regulacjach nie określono zasad odnoszących się do poszanowania prawa pacjenta do prywatności w trakcie udzielania świadczeń medycznych, w tym miejsca i sposobu udzielania świadczeń oraz zachowania lekarza w czasie tzw. obchodu. Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *„Szpital nie posiada możliwości lokalowych pozwalających na zachowanie pełnej intymności każdemu badanemu pacjentowi. Jeśli stan zdrowia pacjenta na to pozwala, wywiady lekarskie i badania są przeprowadzane w pokojach lekarskich i gabinetach zabiegowych. Kodeks Etyki Lekarza zobowiązuje do poszanowania intymności chorego, dlatego też badania mogące naruszyć intymność pacjenta – jeżeli stan zdrowia chorego na to pozwala - nie są wykonywane w salach łóżkowych, przy innych chorych. Również informowanie o stanie zdrowia, sposobie leczenia czy rokowaniach nie odbywa się przy obecności innych chorych. Nie wyszczególniono wszystkich przypadków których nie można wykonywać w salach chorych, gdyż nie jesteśmy w stanie ich określić. Każdy przypadek jest inny, różnorodność tych przypadków jest ogromna, nie da się przewidzieć wszystkich rodzajów świadczeń i ich opisać. W każdej sytuacji decyzja należy do personelu oddziału znającego chorego i jego stan. Próba stworzenia katalogu takich świadczeń jest skazana na ciągłą „nieaktualność”, z powodu pojawiania się nowych sytuacji zdrowotnych u pacjentów. Uzasadnieniem dla różnorodności przypadków może być liczba leczonych w tuł. Szpitalu pacjentów, która wynosi na 31.12.2016 roku: 43 418 pacjentów + dodatkowo 171 leczonych psychiatrycznie + 21 372 dializ”.*

(dowód: akta kontroli str. 316-325)

Szpital brał udział w projekcie *Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów i jakości bezpieczeństwa opieki część Program Akredytacji Szpitali*¹⁰, w ramach którego opracowywane były i wdrażane standardy akredytacyjne, w tym w obszarze Prawa Pacjenta (PP)¹¹. Do dnia kontroli powołano Zespół ds. Etycznych¹² oraz wdrożono procedury dotyczące m.in.:

¹⁰ Porozumienie nr SZ.PA.0701-47/16 z 6 lipca 2016 r. ze Skarbem Państwa – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

¹¹ Wymagano m.in. wprowadzenia obowiązku odnotowywania w formularzu historii choroby wyrażenia zgody pacjenta na udział studentów lub lekarzy stażystów w badaniu.

¹² Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 20 z 8 marca 2017 r.

- standardowej opieki pielęgniarskiej, w ramach której pielęgniarka winna przekazać pacjentowi pisemną informację o jego prawach i obowiązkach (m.in. o prawie do ochrony danych osobowych oraz zachowania intymności i poszanowania godności osobistej);
- zasad pobytu pacjentów w stanach terminalnych – winny być zapewnione, zgodnie z możliwościami, warunki lokalowe ze szczególnym uwzględnieniem prywatności pacjenta, tj.: osobna sala lub wydzielona część sali, odizolowana parawanem.

(dowód: akta kontroli str. 80-118)

1.2. W regulaminie organizacyjnym Szpitala postanowiono, że informowanie pacjenta o jego prawach należy do zadań oddziałów w zakresie opieki pielęgniarskiej. Pacjent był zobligowany do potwierdzenia faktu poinformowania go o jego prawach podpisem na formularzach *Historia choroby* i *Historia pielęgnowania*. Ponadto, informacje o prawach pacjenta były wywieszone w miejscach ogólnodostępnych oraz dobrze widocznych¹³.

Jak wyjaśnił Dyrektor: „Każdy przytomny pacjent przyjmowany do WSzS jest informowany o przysługujących mu prawach [...] Informacja i komunikacja z pacjentem nieprzytomnym jest możliwa dopiero po ustąpieniu jakościowych i ilościowych zaburzeń. Po uzyskaniu przytomności niezbędne informacje są uzyskiwane przez personel medyczny i wpisywane do dokumentacji medycznej”.

(dowód: akta kontroli str. 18, 45, 119-128, 317, 319-320, 322-325, 332-335)

W wyniku badania ankietowego, przeprowadzonego w toku niniejszej kontroli wśród pacjentów Szpitala¹⁴, 86% pytanych potwierdziło, a 6% zaprzeczyło, iż zostali poinformowani o prawach pacjenta, natomiast 8% nie pamiętało czy takie działanie miało miejsce.

(dowód: akta kontroli str. 362)

W sytuacji gdy w Szpitalu odbywały się praktyki¹⁵ i staże¹⁶, zgoda rodzica/opiekuna/pacjenta na obecność osób trzecich (studentów kierunków medycznych i lekarzy stażystów) przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych była w 2017 r. dokumentowana podpisem na stosownych formularzach na oddziałach leczących dzieci¹⁷ (*Historia choroby*, *Zgoda wyrażona w dniu przyjęcia do Szpitala przez ustawowego opiekuna dziecka*) i Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej (*Plan porodu*). Nie odnotowywano jednak, czy i jakie osoby trzecie były obecne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Na pozostałych oddziałach nie odnotowywano informacji o obecności osób trzecich, jak również o wyrażeniu/niewyrażeniu na to zgody przez pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 119-123, 316-321, 326-327)

¹³ Co stwierdzono w toku oględzin pięciu oddziałów: Chorób Wewnętrznych (przy ul. PCK), Kardiologii, Ortopedii i Chirurgii Urazowej, Ginekologiczno-Położniczego z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (przy ul. Białskiej).

¹⁴ Badanie ankietowe przeprowadzono wśród pacjentów, którym w trakcie niniejszej kontroli udzielono w Szpitalu świadczeń zdrowotnych (łącznie wypełniono 49 ankiet).

¹⁵ W latach 2015–2017 od 150 do 290 studentów rocznie.

¹⁶ W latach 2015–2016 (stan na koniec roku) i w 2017 r. (stan na koniec III kwartału) odpowiednio 13, 8 i 10 stażystów.

¹⁷ Dotyczy oddziałów: Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Pediatrii z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (Izba Pediatryczna oraz Izba Chirurgii Dzieci).

W wyniku badania dokumentacji medycznej 165 pacjentów¹⁸ ustalono, że w ośmiu przypadkach¹⁹ (4,8%) zapewniono dokument, umożliwiający potwierdzenie podpisem wyrażenia zgody na udział w badaniu studentów kierunków medycznych lub lekarzy stażystów (z tego w dwóch przypadkach udzielono, a w sześciu przypadkach nie udzielono takiej zgody). W dokumencie tym nie odnotowywano jednak, czy udział ten miał faktycznie miejsce. W pozostałych przypadkach w zbadanej dokumentacji nie zamieszczono informacji o obecności osób trzecich, jak również o wyrażeniu/niewyrażeniu na to zgody przez pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 331, 336)

W tej sprawie Dyrektor wyjaśnił: „W badaniach i zabiegach uczestniczy personel, którego obecność jest niezbędna do ich prawidłowego wykonania. Pacjent ma prawo zdecydować jakie osoby z personelu medycznego mogą przebywać razem z nim podczas badania lub zabiegu. Informacja o obecności osób trzecich uczestniczących przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych przekazywana jest pacjentowi ustnie. Również ustnie, pacjent wyraża zgodę lub nie wyraża zgody na obecność osób trzecich podczas badania lub zabiegu. W przypadku braku zgody pacjenta, osoby trzecie opuszczają salę, w której odbywa się badanie lub zabieg [...] W pierwszej kolejności, wyrażenie zgody na udział studentów kierunków medycznych i lekarzy stażystów w badaniach uwzględniono w drukach historii choroby na Oddziałach: Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka, Pediatrii z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej. Również w Oddziale Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej w planie porodu znajduje się zapis co do osób towarzyszących podczas porodu/osób obecnych podczas porodu. W pozostałych drukach historii choroby zgody są w trakcie uzupełniania. Ponadto Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „...Pożądanym byłoby [...] aby podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych uzyskał taką zgodę na piśmie, przede wszystkim w celu dodatkowego zabezpieczenia się przed ponoszeniem ewentualnej odpowiedzialności za naruszenie obowiązków [...] Wskazać w tym miejscu należy na przepis art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty [...], który zawiera wyjątek od zasady uzyskania zgody pacjenta na obecność innych osób przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego. Przepis ten umożliwia studentom medycyny oraz doksztalcającym się osobom wykonującym zawód medyczny uczestniczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta. Obecność tych osób ograniczona jest wyłącznie do niezbędnego zakresu uzasadnionego celem dydaktycznym...”.

(dowód: akta kontroli str. 316-325, 346-352)

1.3. Z objętych oględzinami²⁰ 80 sal pacjentów, 64 były wieloosobowe (od trzech do sześciu osób) bez węzła sanitarnego, 15 sal – dwuosobowych z węzłami sanitarnymi, a jedna – jednoosobowa bez węzła sanitarnego (nie stwierdzono hospitalizacji pacjentów na korytarzach). Izba przyjęć znajdowała się na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz Oddziale Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej, a pozostałe oddziały posiadały konsole

¹⁸ Dobrano losowo po 15 pacjentów (po pięciu w 2015 r., 2016 r. i 2017 r.) na oddziałach: Ginekologiczno-Położniczym z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej, Chorób Wewnętrznych (ul. PCK), Ortopedii i Chirurgii Urazowej, Kardiologii oraz siedmiu izbach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (Ogólnej, Chirurgii Ogólnej, Urazowej, Neurologicznej, Okulistycznej, Pediatricznej i Chirurgii Dzieci).

¹⁹ Wszystkie na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (z tego pięć na Izbie Pediatricznej oraz trzy na Izbie Chirurgii Dzieci).

²⁰ Oględzinom poddano oddziały: Chorób Wewnętrznych (przy ul. PCK), Kardiologii, Ortopedii i Chirurgii Urazowej, Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy (przy ul. Bialskiej).

przy dyżurce pielęgniarek, gdzie obsługiwano pacjentów pojedynczo. Oddziały były wyposażone w parawany, zasłony i żaluzje. Wydzielono pomieszczenia lekarskie oraz gabinety diagnostyczne i zabiegowe. Na drzwiach gabinetów diagnostyczno-zabiegowych oraz wydzielonych węzłów sanitarnych (bez możliwości zamykania od środka) umieszczono odpowiednie wywieszki (informujące o trwającym badaniu, o treści: „zajęte”). Jak poinformowały pielęgniarki oddziałowe, w salach chorych udziela się świadczeń medycznych jedynie w wyjątkowych sytuacjach i używa się wówczas parawanów.

(dowód: akta kontroli str. 332-335)

Przeprowadzone w toku niniejszej kontroli badanie ankietowe wykazało, że 71% pacjentów uważało, iż warunki pobytu oraz higieniczno-sanitarne były odpowiednie, tj. uwzględniały prywatność oraz zapewniały poczucie intymności i godności, a 24% pacjentów nie miało zdania na ten temat.

(dowód: akta kontroli str. 362)

Na Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala wyodrębniono pokój odwiedzin (wyposażony w stół, krzesła i lodówkę). Na pozostałych oddziałach nie wyodrębniono takich pomieszczeń. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala: *„W części oddziałów poddawanych remontom planuje się tworzenie sal odwiedzin. Natomiast w większości oddziałów z powodów ograniczeń lokalowych nie mamy takich możliwości. Obłożenie łóżek w tut. szpitalu i wartość corocznych nadwykonań powoduje, że każdą powierzchnię staramy się wykorzystać na sale łóżkowe, aby nie ograniczać dostępności do świadczeń”*.

(dowód: akta kontroli str. 316-325)

W Szpitalu, dla części obiektów (zlokalizowanych przy ul. Bialskiej oraz ul. PCK) obowiązywały programy dostosowawcze realizowane w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²¹. Na dzień kontroli Szpital zrealizował wymogi w 33 spośród 72²² przypadków odstępstw. Przypadki niespełnienia wymogów²³ dotyczyły w szczególności braku: odpowiedniej szerokości pokoi łóżkowych, pomieszczenia porządkowego, mebli umożliwiających ich mycie, odpowiedniego połączenia ścian z podłogami, zabezpieczenia przed nadmiernym naświetlaniem pomieszczeń promieniami słonecznymi, zlewów z baterią w pokojach zabiegowych, wentylacji, węzłów sanitarnych dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych. Zgodnie z art. 207 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej²⁴, Szpital winien dostosować pomieszczenia i urządzenia do obowiązujących wymagań do 31 grudnia 2017 r.

W sprawie podejmowanych działań w celu dostosowania pomieszczeń do wymogów określonych w ww. rozporządzeniu, Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w obiekcie przy ul. Bialskiej zmodernizowano sześć oddziałów²⁵ i Poradnię Onkologii: *„...Dodatkowo na każdej kondygnacji przystosowano węzeł sanitarny [...] do osób niepełnosprawnych. W roku bieżącym rozpoczęto kompleksową modernizację całego SOR oraz części Oddziału Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii*

²¹ Dz. U. poz. 739, zwanym dalej: rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2012 r.

²² W tym 30 w obiektach na ul. Bialskiej oraz 42 na ul. PCK.

²³ 25 w obiektach na ul. Bialskiej oraz 14 na ul. PCK.

²⁴ Dz. U. z 2016 r., poz. 1638.

²⁵ Hematologii, Okulistyki, Onkologii z Pododdziałem Dziennym Chemioterapii, część Ginekologii i Położnictwa z Pododdziałami Patologii Ciąży i Ginekologii Onkologicznej, Chirurgii Onkologicznej z Pododdziałem Chorób Piersi oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii (izolatka).

Naczyniowej i Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Szpital usuwa również bariery architektoniczne dla osób niepełnosprawnych między innymi poprzez wymianę wind szpitalnych". Jak dalej wyjaśnił Dyrektor Szpitala, w obiekcie przy ul. PCK modernizacja objęła dziewięć oddziałów²⁶ oraz trzy pracownice²⁷ „...W roku bieżącym rozpoczęto II etap, będący kontynuacją kompleksowej modernizacji Oddziału Detoksykacyjnego. Szpital usuwa również bariery architektoniczne [...] poprzez modernizację ciągów komunikacyjnych dla umożliwienia swobodnego poruszania się osób niepełnosprawnych. W zakresie wyposażenia szpital w 2015 r. wyposażył wszystkie Oddziały w wymagane programem dostosowawczym myjnie dezynfekторы. Pozyskane przez Szpital środki finansowe pozwalają tylko na częściową realizację Programu Dostosowawczego Ministra Zdrowia”.

(dowód: akta kontroli str. 171-222, 346, 348-349)

1.4. Przestrzeganie prawa pacjenta do prywatności nie było przedmiotem innych kontroli, audytów i skarg.

(dowód: akta kontroli str. 129-155)

Od 2008 r. w Szpitalu prowadzono badania ankietowe za pomocą *Karty Badania Poziomu Satysfakcji Pacjentów*²⁸. Jedno z pytań dotyczyło znajomości praw pacjentów. Z 280 ankiet zebranych w I półroczu 2017 r. wynikało, że na poszczególnych oddziałach średnio 90% ankietowanych znało prawa pacjenta. W maju 2017 r. wprowadzono²⁹ nowe formularze ankietowe pn. *Ankieta Satysfakcji Pacjenta* oraz pn. *Ankieta Satysfakcji Pacjenteń Oddziału Położniczego*, w których zawarto m.in. pytania takie jak: *Czy była zachowana intymność w czasie badania lekarskiego?*, *Czy został Pan(i) zapoznany(a) z prawami pacjenta?*, *Jak ocenia Pan(i) uprzejmość i życzliwość...?* (w okresie prowadzenia niniejszej kontroli nie zakończono opracowania wyników badania ankietowego z wykorzystaniem nowych formularzy).

(dowód: akta kontroli str. 156-170)

Przeprowadzone w toku niniejszej kontroli badanie ankietowe wykazało, że 96% pacjentów nie doznało aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel medyczny i niemedyczny. Zdecydowana większość pacjentów stwierdziła, że nie naruszono w Szpitalu ich prywatności, w związku z:

- przeprowadzaniem wywiadu przy innych osobach (94% ankietowanych);
- udzielaniem informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich, np. podczas obchodu (84% ankietowanych);
- niezabezpieczeniem gabinetów zabiegowych, w których udzielano im świadczeń zdrowotnych przed dostępem osób trzecich (92% ankietowanych);
- udzielaniem świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów (92% ankietowanych).

Odpowiednio 0%, 14%, 4% i 8% ankietowanych stwierdziło, że w ww. sytuacjach naruszono ich prywatność, a pozostali nie pamiętali takich sytuacji.

²⁶ Neurologii, Udarowy, Obserwacyjno-Zakaźny, Pediatriczny z Pododdziałem Hematologii i Nefrologii Dziecięcej, Psychiatrii Całodobowej, Psychiatryczny Dzienny, Psychiatryczny dla chorych somatycznie, Psychiatryczny dla chorych na gruźlicę i inne choroby zakaźne oraz Rehabilitacji Neurologicznej wraz częścią Zakładu Rehabilitacji.

²⁷ Endoskopii, Bronchoskopii i USG.

²⁸ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 35 z 1 października 2008 r.

²⁹ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 35 z 11 maja 2017 r.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że występowanie w Szpitalu wieloosobowych sal chorych nie sprzyjało zapewnieniu w pełni prawa do prywatności, w sytuacji przeprowadzania wywiadów w trakcie obchodów lekarskich lub braku możliwości udzielenia świadczenia w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym (pacjent nieporuszający się). Ponadto, poczucie dyskomfortu mógł wywoływać u pacjentów brak przy salach chorych węzłów sanitarno-higienicznych (w tym dostosowanych do potrzeb osób niepełnosprawnych) oraz niezamykane od wewnątrz toalety/łazienki na korytarzach oddziałów (zabezpieczone jedynie wywieszką „zajęte”). Stwarzało to zagrożenie naruszenia godności pacjenta i jego prawa do zachowania intymności. Na zasadność sformułowania uwagi NIK wskazują również wyniki badania ankietowego, w którym 14% ankietowanych pacjentów stwierdziło, że naruszono w Szpitalu ich prywatność, w związku z udzieleniem informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich, np. podczas obchodu, a w przypadku 8% ankietowanych – w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów.

Ocena częściowa

W regulacjach wewnętrznych, dotyczących organizacji i procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, uwzględniono prawo pacjentów do poszanowania intymności i godności, jednakże nie określono sposobu jego zapewnienia podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Pacjenci byli informowani o przysługujących im prawach. W niektórych oddziałach szpitalnych (leczących dzieci, Ginekologiczno-Położniczym) dokumentowano wyrażenie/niewyrażenie zgody przez pacjenta lub jego opiekuna prawnego na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a w innych oddziałach stanowisko w tej sprawie pacjenci mogli wyrazić ustnie. Podjęto działania w celu dostosowania pomieszczeń i urządzeń Szpitala do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2012 r. Stworzone warunki organizacyjno-techniczne nie sprzyjały jednak zapewnieniu prawa do prywatności i zachowania intymności pacjentom przebywającym w salach wieloosobowych bez węzłów sanitarno-higienicznych.

2. Organizacja i funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego

Opis stanu
faktycznego

2.1. Jak wyjaśnił p.o. Dyrektora Szpitala, wprowadzenie monitoringu wizyjnego (sukcesywnie od 2006 r.) było spowodowane względami bezpieczeństwa pacjentów i pracowników Szpitala, jak również potrzebą zapewnienia ochrony jego mienia. Wyjaśnił ponadto: *„Instalacja systemu monitoringu była spowodowana koniecznością dozoru obszaru szpitala, w którym znajduje się największy ruch pacjentów, ale też osób odwiedzających pacjentów, szczególnie w godzinach wieczornych [...] W celu weryfikacji i zapobiegania zdarzeń niepożądanych kamery systemu monitoringu zostały zainstalowane w ciągach komunikacyjnych oraz w miejscach największego ruchu pacjentów. System monitoringu wykorzystywany jest przez pracowników ochrony do bieżącej obserwacji porządku na terenie szpitala...”*.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że obszary niebezpieczne, w których umieszczono kamery, wskazał personel Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 129-133, 316-321)

Koszty wdrożenia i funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego nie były przedmiotem analiz, gdyż, jak wyjaśnił p.o. Dyrektora Szpitala: *„...system monitoringu wizyjnego konserwowany jest przez pracowników technicznych szpitala*

w godzinach ich pracy. Wraz z modernizacjami infrastruktury szpitala dodawane są elementy systemu monitoringu. W latach 2015 – 2017 dokonano instalacji kamer monitoringu wizyjnego w nowo instalowanych windach szpitalnych. Monitoring w windach szpitalnych był elementem całościowego zadania inwestycyjnego i jego wartość nie została osobno oszacowana w ofercie wykonawcy”.

(dowód: akta kontroli str. 129-133)

2.2. W Szpitalu nie wprowadzono regulacji wewnętrznych dotyczących funkcjonowania monitoringu wizyjnego (w tym okresu przechowywania zarejestrowanego obrazu zdarzeń). Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala: „Aktualnie trwają intensywne prace nad opracowaniem Polityki zarządzania systemem monitoringu wizyjnego w Szpitalu. Opracowana Polityka zawierać będzie informacje w zakresie środków technicznych i organizacyjnych zastosowanego monitoringu oraz regulować będzie kwestie przeprowadzanych kontroli w tym zakresie...”

(dowód: akta kontroli str. 129-133, 250-269, 316-321, 346-357)

2.3. Sposób rozmieszczenia kamer wchodzących w skład monitoringu wizyjnego w Szpitalu zapewniał pacjentom poszanowanie prawa do prywatności. Spośród 111³⁰ kamer 72³¹ (obraz widoczny w pomieszczeniach ochrony, nagrywany przez rejestratory) obejmowało pomieszczenia ogólnodostępne (takie jak drzwi wejściowe, hole, korytarze, klatki schodowe, windy, parkingi oraz podjazd karet) zarówno dla pracowników, pacjentów jak i innych osób (np. odwiedzających).

Wewnątrz oddziałów poddanych oględzinom (o których mowa w pkt 1.3. niniejszego wystąpienia) nie umieszczono monitoringu wizyjnego, za wyjątkiem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego gdzie zainstalowano dwie kamery skierowane na drzwi wejściowe i konsolę izby przyjęć (obraz rejestrowany). Obszar ich działania obejmował miejsce gdzie mógł przebywać zarówno pacjent jak i osoby trzecie.

Pozostałe 39³² kamer (służących do obserwacji chorych, obraz nierejestrowany) znajdowało się w pomieszczeniach przeznaczonych do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej (takich jak sale intensywnego nadzoru, izolatki, sale pacjentów dializowanych). Podgląd w czasie rzeczywistym był wykonywany przez personel medyczny.

System monitoringu wizyjnego nie posiadał funkcji „stref prywatności”³³.

(dowód: akta kontroli str. 129-133, 223-229, 332-335)

2.4. W obiektach na ul. Bialskiej i PCK informacje o funkcjonowaniu monitoringu wizyjnego umieszczono na wszystkich drzwiach wejściowych, w których odbywał się ruch pacjentów i innych osób³⁴.

(dowód: akta kontroli str. 223-229, 332-335)

W wyniku badania ankietowego, przeprowadzonego w toku niniejszej kontroli wśród pacjentów Szpitala, 31% ankietowanych potwierdziło, a 37% zaprzeczyło, że poinformowano ich o zainstalowaniu kamer w Szpitalu, natomiast 32% nie pamiętało tego faktu.

³⁰ Z tego 84 w obiekcie przy ul. Bialskiej oraz 27 w obiekcie przy ul. PCK.

³¹ Z tego 56 w obiekcie przy ul. Bialskiej oraz 16 w obiekcie przy ul. PCK.

³² Z tego 28 w obiekcie przy ul. Bialskiej oraz 11 w obiekcie przy ul. PCK.

³³ Dowlone konfigurowanie przez użytkownika obszaru obrazu, na który nakładana jest maska powodująca wyłączenie spod monitoringu. Dzięki „strefom prywatności” możliwe jest nagrywanie fragmentów obrazu z poszanowaniem prawa do prywatności.

³⁴ Głównych, na innych poziomach (-1 oraz parter) oraz od strony izby przyjęć Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

(dowód: akta kontroli str. 362)

Zgodnie z art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych³⁵ oraz § 3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych³⁶, Dyrektor Szpitala wydał zarządzenie wprowadzające politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych³⁷, w którym, stosownie do § 6 ust. 1 pkt 3 i ust. 4 ww. rozporządzenia, ustalono wysoki poziom bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych. Zarządzenie zawierało elementy określone w § 4 i 5 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r., jednakże nie uwzględniało przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego oraz przetwarzania danych w obiektach Szpitala przy ul. Niepodległości 32 oraz ul. Pokoju 44 w Częstochowie³⁸, co opisano poniżej w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 250-269, 356-357)

Stosownie do art. 36a ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, w okresie objętym kontrolą funkcjonował powołany przez Dyrektora Szpitala Administrator Bezpieczeństwa Informacji.

(dowód: akta kontroli str. 242-249)

Upoważnienie, o którym mowa w art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych, posiadał, w odniesieniu do danych osobowych z monitoringu wizyjnego, jeden pracownik Szpitala. W ww. upoważnieniu zawarto zobowiązanie do zachowania powyższych danych w tajemnicy. Pracownik ten nie był jednak ujęty (do 10 października 2017 r.) w ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych, co opisano poniżej w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 231, 237, 316-321, 346-350)

W Szpitalu uzyskano 4 grudnia 2014 r. pisemne oświadczenie pracownika upoważnionego do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego o zapoznaniu się z zakresem informacji objętych tajemnicą przedsiębiorstwa i tajemnicą służbową, dotyczącą jego stanowiska pracy. Nie uzyskano natomiast pisemnego potwierdzenia zapoznania się z zakresem informacji objętych tajemnicą określoną w obowiązujących ustawach, pomimo że taki wymóg wynikał z § 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 28 maja 1996 r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika³⁹, co opisano poniżej w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 231, 358-361)

W celu zapewnienia ochrony danych osobowych, dostęp do rejestratorów obrazu był zabezpieczony hasłem, które posiadał pracownik upoważniony do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego.

³⁵ Dz. U. z 2016 r., poz. 922, zwanej dalej: *ustawą o ochronie danych osobowych*.

³⁶ Dz. U. Nr 100, poz. 1024, zwanego dalej: *rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r.*

³⁷ Zarządzenie Dyrektora Szpitala nr 59 z 10 listopada 2011 r.

³⁸ Włączonych w struktury Szpitala od 1 czerwca 2014 r. uchwałą Sejmiku Województwa Śląskiego nr IV/46/6/2014 z dnia 13 stycznia 2014 r.

³⁹ Dz. U. z 2017 r., poz. 894, zwanego dale: *rozporządzeniem Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 1996 r.*

(dowód: akta kontroli str. 129-133, 231)

W Szpitalu nie powierzono przetwarzania danych podmiotom zewnętrznym.

(dowód: akta kontroli str. 286-313)

Dane osobowe z monitoringu wizyjnego były przekazywane przez upoważnionego pracownika na pisemne wnioski Policji, co wykazano w prowadzonym *Rejestrze udostępnionych nagrań z monitoringu wizyjnego w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. NMP w Częstochowie*.

(dowód: akta kontroli str. 129-133, 232-236)

W latach 2015–2017 pacjenci nie występowali o udostępnienie danych osobowych z monitoringu wizyjnego. Nie występowały również przypadki kontroli przetwarzania danych przez pacjentów, o której mowa w art. 32 ustawy o ochronie danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 129-133)

2.5. Stosownie do art. 26 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych, w Szpitalu zapewniono aby okres przechowywania zarejestrowanych obrazów zdarzeń z monitoringu wizyjnego nie był dłuższy niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania danych. Okres ten wynosił około trzy tygodnie i był uzależniony od pojemności dysku twardego, na którym obrazy były nadpisywane.

(dowód: akta kontroli str. 129-133)

2.6. W Szpitalu w okresie objętym kontrolą nie przeprowadzano analiz skuteczności systemu monitoringu wizyjnego w kontekście realizacji postawionych mu celów. W 2016 r. skontrolowano stan techniczny zainstalowanych kamer i stwierdzono, że działają prawidłowo.

P.o. Dyrektora Szpitala wyjaśnił: „...zgodnie z informacjami przekazywanymi przez personel SOR, informacja o nagrywaniu zdarzenia w wielu przypadkach spowodowała uspokojenie czy wyciszenie agresywnych zachowań”. Jego zdaniem monitoring wizyjny przyczynił się do poprawy bezpieczeństwa i ograniczenia dewastacji mienia.

Zgodnie z informacją uzyskaną od Komendy Miejskiej Policji w Częstochowie, Policja dwukrotnie zwracała się do Szpitala o udostępnienie zapisów z monitoringu wizyjnego, co jednakże nie przyczyniło się do wykrycia sprawców.

(dowód: akta kontroli str. 129-133, 230, 314-315)

Przeprowadzone w trakcie niniejszej kontroli badanie ankietowe wykazało, że instalowanie kamer w Szpitalu w ocenie 51% pacjentów jest potrzebne, 4% – niepotrzebne, 43% pacjentów nie miało na ten temat zdania, a odpowiedź 2% była niejasna.

(dowód: akta kontroli str. 362)

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

(dowód: akta kontroli str. 129-133)

2.8. Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego nie było przedmiotem innych kontroli, audytów i skarg.

(dowód: akta kontroli str. 129-133, 134-155)

2.9. Mając na uwadze wejście w życie od 25 maja 2018 r. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE⁴⁰, w Szpitalu trwały prace nad opracowaniem nowego wzoru upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, polityki zarządzania systemem monitoringu wizyjnego, polityki użytkowanego oprogramowania, rejestru czynności przetwarzania danych osobowych oraz nad aktualizacją instrukcji zarządzania systemem informatycznym. Ponadto, w Szpitalu na bieżąco monitorowano strony internetowe Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych i Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia oraz postęp prac legislacyjnych nad kodeksem postępowania dla podmiotów sektora ochrony zdrowia dotyczącego ochrony danych osobowych i nowelizacją ustawy o ochronie danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 341)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W zarządzeniu Dyrektora Szpitala (administratora danych osobowych) wprowadzającym politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych z 10 listopada 2011 r., nie uwzględniono zbioru danych osobowych z monitoringu wizyjnego oraz przetwarzania danych w obiektach Szpitala przy ul. Niepodległości 32 oraz ul. Pokoju 44 w Częstochowie, w sytuacji gdy:

- zgodnie z § 4 pkt 1-3 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z 2004 r., polityka bezpieczeństwa zawiera w szczególności wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe; wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych; opis struktury zbiorów danych wskazujący zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi;
- w Szpitalu nie wprowadzono regulacji wewnętrznych dotyczących funkcjonowania monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 250-269)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że braki w ww. zarządzeniu wynikały z niedopatrzenia.

(dowód: akta kontroli str. 316-321, 346-352, 356-357)

2. Do 10 października 2017 r. nie ujęto w ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych pracownika, dla którego w dniu 2 lutego 2015 r. wydano upoważnienie do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego, w sytuacji gdy zgodnie z art. 39 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, administrator danych prowadzi ewidencję osób upoważnionych do ich przetwarzania, która powinna zawierać: imię i nazwisko osoby upoważnionej; datę nadania i ustania oraz zakres upoważnienia do przetwarzania danych osobowych; identyfikator, jeżeli dane są przetwarzane w systemie informatycznym.

(dowód: akta kontroli str. 129-133, 231, 237)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że 11 października 2017 r. ujęto w ww. ewidencji osobę upoważnioną do przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego oraz przedłożył wyciąg z tej ewidencji potwierdzający dokonanie stosownego wpisu.

⁴⁰ Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 273, 316-321)

3. Szpital nie uzyskał od pracownika upoważnionego do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego, pisemnego potwierdzenia zapoznania się z zakresem informacji objętych tajemnicą określoną w obowiązujących ustawach, pomimo że wymóg uzyskania takiego potwierdzenia wynikał z § 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 1996 r.

Zdaniem Dyrektora Szpitala, dwa oświadczenia, złożone 4 grudnia 2014 r. przez pracownika upoważnionego do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego, spełniają powyższy wymóg.

NIK zauważa, że jedno z tych oświadczeń dotyczy zobowiązania się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji poufnych uzyskanych w trakcie trwania stosunku pracy, jak również po jego zakończeniu. Drugie natomiast jest oświadczeniem o zapoznaniu się z zakresem informacji objętych tajemnicą przedsiębiorstwa⁴¹ i tajemnicą służbową⁴². Oświadczenia te nie odnoszą się tym samym do tajemnicy określonej w ustawie o ochronie danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 231, 358-361)

Ocena częściowa

Sposób rozmieszczenia kamer wchodzących w skład monitoringu wizyjnego zapewniał pacjentom poszanowanie prawa do prywatności. W obiekcie umieszczono informacje o jego funkcjonowaniu, jednakże ponad jedna trzecia osób ankietowanych w toku niniejszej kontroli zaprzeczyła, że poinformowano je o zainstalowaniu kamer w Szpitalu. Okres przechowywania zarejestrowanych obrazów zdarzeń nie był dłuższy niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu przetwarzania danych. Nagrania te były udostępnione wyłącznie Policji. W celu zapewnienia ochrony danych osobowych, dostęp do rejestratorów obrazu był zabezpieczony hasłem, które znał pracownik upoważniony do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego. Pracownik ten, do 10 października 2017 r., nie był jednak ujęty w ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych, jak również nie uzyskano od niego pisemnego potwierdzenia zapoznania się z zakresem informacji objętych tajemnicą określoną w obowiązujących ustawach (oprócz takiego potwierdzenia dotyczącego tajemnicy służbowej i tajemnicy przedsiębiorstwa). Ponadto, w Szpitalu nie uregulowano zasad funkcjonowania monitoringu wizyjnego, a w zarządzeniu wprowadzającym politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych nie uwzględniono zbioru danych osobowych z monitoringu wizyjnego oraz przetwarzania danych we wszystkich obiektach Szpitala.

⁴¹ Zgodnie z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. Nr 153, poz. 1503 ze zm.), przez tajemnicę przedsiębiorstwa rozumie się nieujawnione do wiadomości publicznej informacje techniczne, technologiczne, organizacyjne przedsiębiorstwa lub inne informacje posiadające wartość gospodarczą, co do których przedsiębiorca podjął niezbędne działania w celu zachowania ich poufności.

⁴² Zgodnie z art. 2 pkt 2 uchylonej z dniem 2 stycznia 2011 r. ustawy z dnia 22 stycznia 1999 r. o ochronie informacji niejawnych (Dz. U. z 2005 r. Nr 196, poz. 1631 ze zm.), tajemnicą służbową jest informacja niejawna niebędąca tajemnicą państwową, uzyskana w związku z czynnościami służbowymi albo wykonywaniem prac zleconych, której nieuprawnione ujawnienie mogłoby narazić na szkodę interes państwa, interes publiczny lub prawnie chroniony interes obywateli albo jednostki organizacyjnej.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴³, wnosi o:

1. Uwzględnienie zbioru danych osobowych z monitoringu wizyjnego oraz przetwarzania danych w obiektach Szpitala przy ul. Niepodległości 32 oraz ul. Pokoju 44 w Częstochowie w zarządzeniu w sprawie polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych.

2. Uzyskanie od pracownika upoważnionego do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego, pisemnego potwierdzenia zapoznania się z zakresem informacji objętych tajemnicą określoną w obowiązujących ustawach, stosownie do wymogu określonego w § 3 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z 1996 r.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Katowice, dnia 15 stycznia 2018 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

**Kontroler nadzorujący
Monika Kopczyk
Doradca ekonomiczny**

.....

⁴³ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, zwanej dalej: *ustawą o NIK*.