



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.017.01.2017

P/17/103

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@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 Łodzi
Kontroler/Kontrolerzy	Dariusz Krawczyk, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LLO/136/2017 z dnia 11 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Miejskie Centrum Medyczne im. dr. Karola Jonschera w Łodzi, zwane dalej „Centrum Medycznym” ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pan Konrad Łukaszewski – Dyrektor. (dowód: akta kontroli str. 3-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Przepisy wewnętrzne określające organizację i proces udzielania świadczeń zdrowotnych w Centrum Medycznym uwzględniały poszanowanie prawa pacjenta do prywatności, w tym regulowały zasady odwiedzin oraz kwestie dotyczące poszanowania intymności i godności. Pacjenci byli informowani o przysługujących im prawach. Istniejące w Centrum Medycznym warunki organizacyjno-techniczne podczas rejestracji i w trakcie hospitalizacji, zapewniały pacjentom kontrolowanych oddziałów prawo do prywatności. W salach wieloosobowych, zabezpieczone były warunki do zachowania intymności.

Zagrożeniem naruszenia godności pacjenta i jego prawa do intymności w czasie udzielanych świadczeń był brak bieżącej informacji o wykonywanych procedurach w gabinetach zabiegowych, diagnostycznych, co nie zabezpieczało pacjentów przed wejściem do gabinetu innych osób. Pacjenci w skargach i badaniach ankietowych zgłaszali również jednostkowe przypadki nieetycznego zachowania personelu medycznego i obsługowego a także naruszenia prawa do godności i intymności podczas udzielanych świadczeń.

Szpital monitorował satysfakcje pacjentów. Przyjęty – w obowiązującym Zintegrowanym Systemie Zarządzania – 20% poziom niezadowolenia pacjentów do jakiego nie są podejmowane działania korygujące i zapobiegawcze, pomijał negatywne opinie znacznej liczby pacjentów i nie wymuszał ciągłego podnoszenia jakości udzielanych świadczeń.

Celem uruchomienia w Centrum Medycznym monitoringu wizyjnego i głosowego (tylko w zakresie rejestracji rozmów podczas umawiania wizyt w poradniach), było zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i personelu, a także poprawa jakości

¹ użyty w wystąpieniu skrót Szpitala dotyczy Szpitala im. dr K. Jonschera w Łodzi przy ul. Milionowej

świadczonych usług. Decyzja o uruchomieniu takiej formy ochrony była wynikiem wcześniejszych negatywnych zdarzeń, mających miejsce na terenie Szpitala.

Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego – według danych Policji – istotnie zmniejszyło liczbę podejmowanych w Szpitalu interwencji. Spadła również liczba prowadzonych postępowań w sprawie o wykroczenia.

Sposób organizacji i funkcjonowania monitoringu wizyjnego oraz rejestracji rozmów uwzględniał ochronę prawa do prywatności pacjenta, tym niemniej stosowane w Centrum rozwiązania organizacyjne nie gwarantowały pełnej ochrony przetwarzanych danych osobowych, uzyskanych z monitoringu.

Zbiory danych utworzonych z monitoringu i systemy ich przetwarzania nie były uwzględnione w obowiązującej w Centrum Medycznym „Polityce bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i danych medycznych ...” oraz w „Instrukcji zarządzania systemami informatycznymi przetwarzającymi dane osobowe i medyczne ...”. Dla zbiorów tych danych nie wskazano poziomu zabezpieczeń zgodnie z postanowieniami tych dokumentów.

Administrator danych udzielił wskazanym pracownikom upoważnień do przetwarzania danych z monitoringu, polegającego na przeglądzie zapisów monitoringu oraz na prowadzeniu nadzoru nad systemem, w tym m.in. kopiowania i przekazywania nagrań innym podmiotom. W kontrolowanym okresie czynności zabezpieczania i kopiowania nagrań z monitoringu – na wniosek uprawnionych podmiotów – wykonywał zastępca Administratora Bezpieczeństwa Informacji, upoważniony do pozyskiwania i przetwarzania informacji zawierających dane osobowe pracowników, pacjentów, kontrahentów oraz innych osób, związanych z działalnością Centrum.

W rejestrze prowadzonym przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji ewidencjonowane były ogólne upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, wynikające z zajmowanego stanowiska i zakresu wykonywanych czynności.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

1.1. Regulacje wewnętrzne/procedury dotyczące poszanowania prawa do prywatności pacjenta.

Zgodnie ze statutem² Centrum jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Strukturę organizacyjną Centrum tworzą:

- przedsiębiorstwo o nazwie Szpital, udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych,
- przedsiębiorstwo o nazwie Ośrodek, udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń innych niż szpitalne,
- przedsiębiorstwo o nazwie Ambulatorium, udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Organizację wewnętrzną przedsiębiorstw ustalono w regulaminie organizacyjnym Centrum³

² stanowiącym załącznik do uchwały Nr XIV/307/15 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 1 lipca 2015 r., zmienionym uchwałą Nr XLV/1190/17 Rady Miejskiej w Łodzi z dnia 5 kwietnia 2017 r.

W statucie jako cele Centrum wskazano m.in. podnoszenie jakości świadczonych usług oraz przestrzeganie praw pacjenta zawartych w obowiązujących przepisach. W katalogu zadań Centrum wymieniono również organizację i prowadzenie działalności szkoleniowej dla osób wykonujących zawody medyczne. Stosownie do zapisów statutu, sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, nieuregulowane w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴ lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez Dyrektora Centrum.

(Dowód: akta kontroli str. 7-12)

W regulaminie organizacyjnym Centrum wskazano, że realizacja i zabezpieczenie ciągłości świadczeń zdrowotnych odbywa się zgodnie m.in. z ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z ustawą o ochronie danych osobowych, z przyjętymi normami i standardami pracy oraz z poszanowaniem praw pacjenta. W katalogu praw przysługujących pacjentowi, regulamin organizacyjny wymieniał m.in.: poszanowanie intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym prawo do umierania w spokoju i godności, poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego.

(Dowód: akta kontroli str. 13-78)

Przebieg procesu udzielania świadczeń określały procedury stanowiące załączniki do Księgi Zintegrowanego Systemu Zarządzania wg PN-EN ISO 9001:2015 i OHSAS 18001:2007. Procedury zintegrowanego systemu zarządzania posiadają status zarządzenia wewnętrznego⁵.

(Dowód: akta kontroli str. 79-112)

Procedury opracowane zostały m.in. dla świadczeń obejmujących usługi medyczne w zakresach: hospitalizacji, hospitalizacji zabiegowej, hospitalizacji zachowawczej, rehabilitacji, świadczeń udzielanych w poradniach specjalistycznych, podstawowej opieki zdrowotnej oraz diagnostyki obrazowej.

Przykładowe zapisy w wybranych procedurach dotyczących usług medycznych realizowanych w zakresie hospitalizacji oraz hospitalizacji zabiegowej przedstawiały się następująco:

postępowanie przy przyjęciu pacjenta

- „Obsługa pacjenta przyjmowanego do szpitala” (UMh.01) - standardowa procedura postępowania ustalała m.in. sposób postępowania przy przyjęciu pacjenta w trybie planowym i trybie nagłym, sposób zakładania dokumentacji medycznej właściwej dla wymienionych trybów, sposób postępowania w przypadku braku potwierdzenia prawa do świadczeń. W procedurze wskazano, że indywidualna dokumentacja medyczna zawiera m.in. potwierdzenie zapoznania się podczas przyjęcia w SOR lub Izbie Przyjęć z prawami i obowiązkami pacjenta, upoważnienie do informowania o stanie zdrowia i prawa

³ wprowadzonym do stosowania Zarządzeniem Nr 6.9.2016 Dyrektora Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi z dnia 15 września 2016 r., zmienianym: aneksem nr 1 z dnia 5 grudnia 2016 r., aneksem nr 2 z dnia 15 maja 2017 r. oraz aneksem nr 3 z dnia 8 września 2017 r., zwanym dalej „regulaminem organizacyjnym”

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 ze zm., zwaną dalej „ustawą o działalności leczniczej”

⁵ Zarządzenie wewnętrzne nr 1/1/2015 Dyrektora III Szpitala Miejskiego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi z dnia 1 stycznia 2015 r.

do dokumentacji. Procedura określała sposób postępowania w sytuacjach gdy pacjent jest w stanie wyrazić wolę (podpisy na właściwych formularzach złożone przez pacjenta), a także w sytuacjach gdy pacjent z różnych przyczyn nie może podpisać wymaganych dokumentów. W przypadkach osób nieprzytomnych lub nie mających istotnego kontaktu z otoczeniem, stan taki potwierdza dwóch pracowników medycznych (formularz według wzoru określonego procedurą FD/19).

- „Procedura postępowania przy przyjęciu osób będących ofiarami przemocy lub zaniedbania” (UMh.38) – standardowa procedura postępowania ustalała że w przypadku podejrzenia – na podstawie zachowania pacjenta, jego stanu emocjonalnego i psychicznego – stosowania wobec niego przemocy, zapewnia się spokoje i odosobnione miejsce do przeprowadzenia rozmowy. Rozmowa taka powinna być przeprowadzona bez obecności osób trzecich, w sposób delikatny, z okazaniem pacjentowi empatii oraz zapewnieniem go o zachowaniu tajemnicy.
- Procedura postępowania w przypadku pacjenta z podejrzeniem gwałtu” (UMh.48) – standardowa procedura postępowania ustalająca zasady postępowania z uwzględnieniem prawa do intymności i zachowania godności pacjenta. Zgodnie z procedurą każdy pacjent ofiara przemocy seksualnej wyraża pisemną/świadomą zgodę na badanie oraz wskazuje upoważnionych do uzyskiwania informacji o swoim stanie zdrowia. Zadaniem lekarza przyjmującego jest przeprowadzenie w spokojnym, odosobnionym miejscu i udokumentowanie wywiadu lekarskiego. Lekarz zobowiązany jest również do przeprowadzenia badania fizykalnego i ginekologicznego w obecności osoby asystującej (lekarza, pielęgniarki) oraz wskazanej przez pacjenta osoby zaufanej. Badanie przeprowadzone musi być zgodnie z prawami pacjenta.

postępowanie z pacjentem hospitalizowanym

- „Obsługa pacjenta hospitalizowanego” (UMh.02) – standardowa procedura postępowania określała czynności związane z procesem diagnostyczno-leczniczym u pacjenta przyjętego do oddziału szpitalnego. Ustalono, że pacjenci przytomni, u których planowane są inwazyjne badania/zabiegi obarczone ryzykiem wystąpienia powikłań, są informowani o przebiegu zabiegu, ewentualnych powikłaniach oraz o stosowanych innych metodach z określeniem najbardziej skutecznej dla pacjenta. Na wykonanie zabiegu/badania pacjent wyraża zgodę poprzez złożenie własnoręcznego podpisu na formularzu dedykowanym dla świadczenia medycznego. Procedura wskazywała również tryb postępowania w przypadku pacjenta posiadającego przedstawiciela ustawowego (wymagany podpis przedstawiciela ustawowego), pacjentów nieprzytomnych/zdezorientowanych, dla których istnieje potrzeba wykonania procedury medycznej w trybie pilnym (konieczność wykonania procedura potwierdza dwóch lekarzy na ustalonym druku).
- „Procedura opieki nad pacjentem będącym w stanie terminalnym” (UMh.07) – standardowa procedura postępowania ustalała zapewnienie pacjentowi w stanie terminalnym szczególnej opieki, w tym w miarę możliwości oddziału zapewnienie prywatności oraz kontaktu pacjenta z rodziną. W ramach opieki sprawowanej

przez zespół interdyscyplinarny zapewniono poza wykonywaniem procedur medycznych, także wsparcie psychologiczne chorego i jego rodziny, pomoc pracownika socjalnego w pozyskiwaniu wszelkich zaświadczeń socjalnych, a także zaspokajanie przez kapelana potrzeb duchowych pacjenta i jego rodziny. Rolą pielęgniarki wchodzącej w skład zespołu interdyscyplinarnego jest m.in. zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju poprzez izolację pacjenta w miarę możliwości lokalowych.

(Dowód: akta kontroli str. 113-187)

Wykonywanie zawodu zgodnie m.in. z przepisami ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku praw pacjenta, było podstawowym obowiązkiem ustalonym w zakresach obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności służbowej lekarzy i pielęgniarek, udzielających świadczeń medycznych pacjentom Szpitala. Pracownicy ci zobowiązani byli także do przestrzegania ustalonych norm, standardów pracy i procedur obowiązującego w Szpitalu systemu zarządzania jakością.

(Dowód: akta kontroli str. 188-194)

Obowiązki: przestrzegania przepisów prawa ze szczególnym uwzględnieniem praw pacjenta, a także realizacji świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem wymogów funkcjonującego w Szpitalu systemu zarządzania jakością, były zapisane w umowach zawartych przez Szpital z podmiotami zewnętrznymi na wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala.

(Dowód: akta kontroli str. 195-201)

Normy etyczne związane z działalnością Szpitala określone zostały również w publikowanych na stronie internetowej Szpitala:

-Kodeksie etyki lekarskiej⁶ oraz

-Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej⁷.

W kodeksie etyki lekarskiej, w części dotyczącej praw pacjenta zapisano m.in.: „Lekarz powinien życzliwie i kulturalnie traktować pacjentów, szanując ich godność osobistą, prawo do intymności i prywatności”

Zgodnie z Kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, pielęgniarka/położna obowiązana jest przestrzegać zasad wynikających z praw pacjenta, w tym respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych. Pielęgniarka/położna umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki, Na prośbę pacjenta lub jego rodziny umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki.

(Dowód: akta kontroli str. 202-203)

Zarządzeniem Dyrektora Szpitala⁸ powołany został Zespół do spraw etyki. Do zadań zespołu należało m.in. zapewnienie ochrony praw pacjenta zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną i zasadami etyki medycznej.

⁶ Uchwalony przez Nadzwyczajny II Krajowy Zjazd Lekarzy w dniu 14 grudnia 1991 r.

⁷ Przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

W sprawozdaniach z działalności Zespołu ds. etyki, sporządzonych za lata 2015 oraz 2016 nie wskazywano na występowanie nieprawidłowości dotyczących przestrzegania w Szpitalu prawa pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych.

(Dowód: akta kontroli str. 204-218)

Stosowanie w Szpitalu procedur zapewniających przestrzeganie praw pacjenta do intymności i godności, potwierdzają wyniki ankiety przeprowadzonej w trakcie kontroli. Pacjenci oddziałów: Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chirurgicznego Ogólnego, Okulistycznego oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, w wypełnionych ankietach⁹ wykazali, że:

- zostali poinformowani przy przyjęciu do Szpitala o prawach i obowiązkach pacjenta (88,3% respondentów, 11,7% nie pamiętało czy udzielono im takich informacji),
- w trakcie pobytu w Szpitalu nie doznali aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel medyczny i obsługowy (99,0% pacjentów, tylko jeden pacjent wskazał takie zachowania),
- wywiad lekarski przeprowadzany był bez udziału innych osób/pacjentów (97,0% pacjentów, dwóch pacjentów nie pamiętało zdarzenia),
- informacje o stanie zdrowia zdaniem 89,3% pacjentów udzielane były bez udziału osób trzecich, 7,8% wskazało na występowanie sytuacji naruszającej ich prawo, a 2,9% nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie (nie pamiętało),
- zdaniem 86,4% pacjentów nie występowały nieprawidłowości w zabezpieczeniu gabinetów przez dostępem osób trzecich podczas udzielania świadczeń zdrowotnych. Pozostali pacjenci nie pamiętali takich sytuacji,
- w ocenie 93,2% pacjentów świadczeń zdrowotnych w salach wieloosobowych udzielano z zachowaniem prawa do intymności (z użyciem parawanów). Przeciwnego zadania było dwóch pacjentów, a czterech innych nie pamiętało sytuacji,
- warunki pobytu oraz warunki sanitarno-higieniczne w oddziale 85,5% pacjentów oceniali jako uwzględniające prywatność i zapewniające poczucie intymności i godności.

(Dowód: akta kontroli str. 219-220)

Zasady odwiedzin pacjentów określone zostały w regulaminie organizacyjnym Szpitala. Zgodnie z zapisami regulaminu odwiedziny chorych przebywających w oddziałach szpitalnych odbywają się (z wyjątkiem Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, gdzie są one ustalane indywidualnie z Ordynatorem) codziennie, przy czym czas między godziną 13⁰⁰ a 19⁰⁰ wskazano jako zalecane godziny odwiedzin. Przypadki pozostania z pacjentem w godzinach ciszy nocnej (22⁰⁰–6⁰⁰) wymagają uzgodnienia z Ordynatorem/Kierownikiem oddziału, jego zastępcami lub poza godzinami ich pracy z lekarzem oddziałowym.

⁸ zarządzenie wewnętrzne Nr 8/4/2014 Dyrektora III Szpitala Miejskiego im. dr Karola Jonschera w Łodzi z dnia 24 kwietnia 2014 r.,

⁹ Przekazano pacjentom 125 ankiet, otrzymano 103 ankiety wypełnione

W regulaminie zastrzeżono, że w przypadku wykonywania przy pacjentach przebywających w tej samej sali: czynności intymnych, badań lekarskich lub diagnostycznych, osoby bliskie są zobowiązane opuścić salę chorych.

W regulaminie zastrzeżono również prawo Ordynatora/Kierownika oddziału szpitalnego do odmowy na odwiedzanie chorego osobom, które swoim zachowaniem zakłócają pracę personelu i spokój hospitalizowanym lub zachowują się w sposób obraźliwy dla otoczenia.

(Dowód: akta kontroli str. 13-78)

Na oddziałach nie było wydzielonych miejsc na odwiedziny pacjentów.

(Dowód: akta kontroli str. 232-239)

1.2. Informowanie pacjentów o ich prawach i obowiązkach.

1.2.1. Zgodnie z procedurą „Obsługa pacjenta przyjmowanego do szpitala” (symbol UMh.01), załącznik pn. „Prawa i obowiązki pacjenta” (UMh.01.01) jest dokumentem indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. W treści dokumentu prezentującego prawa pacjenta wskazano m.in. prawo do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym prawo do umierania w spokoju i godności, poszanowanie życia prywatnego i rodzinnego oraz prawo do dodatkowej opieki pielęgniarstwa. Zapisano również prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Przy przyjęciu w SOR/Izbie Przyjęć, pacjent potwierdza podpisem zapoznanie się z prawami i obowiązkami. W przypadku gdy pacjent nie może pisać, a może czytać, przewidziano złożenie oświadczenia woli poprzez odcisk tuszowy palca na dokumencie i jednoczesne wpisanie przy tym odcisku przez inną osobę (lekarza, pielęgniarkę, sekretarkę medyczną) imienia i nazwiska pacjenta oraz umieszczenie własnego podpisu.

W przypadku przyjęcia w trybie nagłym osoby nieprzytomnej lub niemającej istotnego kontaktu z otoczeniem, przewidziano potwierdzenie przez dwóch pracowników medycznych braku możliwości wyrażenia woli przez tę osobę.

(Dowód: akta kontroli str. 113-118)

Analiza dokumentacji medycznej losowo wybranych pacjentów oddziałów: Chorób Wewnętrznych i Kardiologii, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chirurgicznego Ogólnego, Okulistycznego oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego¹⁰, wykazała stosowanie obowiązujących w Szpitalu procedur w zakresie informowania pacjentów o przysługujących prawach i nałożonych obowiązkach. Wszystkie analizowane dokumentacje zawierały poświadczenie pacjenta o zapoznaniu się z prawami i obowiązkami osoby hospitalizowanej w Szpitalu, lub w przypadkach uzasadnionych stanem pacjenta, potwierdzenie przez personel medyczny Szpitala braku możliwości wyrażenia woli przez pacjenta przyjmowanego do Szpitala.

Informacje o prawach i obowiązkach pacjenta Szpitala, umieszczone były na tablicach informacyjnych znajdujących się w oddziałach szpitalnych. Lokalizacja

¹⁰ dokumentacja medyczna 5 pacjentów z każdego roku kontrolowanego w podanych oddziałach,

tablic i umieszczenie na nich omawianych informacji, zapewniały dostępność dla osób hospitalizowanych.

(Dowód: akta kontroli str. 221-239)

1.2.2. W badanej próbie dokumentacji pacjentów nie występowały potwierdzenia świadczące o uzyskiwaniu zgody pacjentów na uczestnictwo oraz obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Według oświadczenia kierownika Działu Zarządzania Jakością „... Centrum posiada w swym statucie działalność dydaktyczną, art. 36 ustawy o zawodzie lekarza i dentysty pkt. 4 „Do klinik i szpitali akademii medycznych, medycznych jednostek badawczo-rozwojowych i innych jednostek uprawnionych do kształcenia studentów nauk medycznych, lekarzy oraz innego personelu medycznego: w zakresie niezbędnym do celów dydaktycznych nie stosuje się art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta”

(Dowód: akta kontroli str. 232-240)

1.3. Warunki organizacyjno-techniczne szpitala a przestrzeganie prawa pacjenta do prywatności.

Warunki organizacyjne i techniczne występujące w Szpitalu zabezpieczały prawa pacjentów do prywatności. Ocena ta nie dotyczy jednak stosowanych w Szpitalu zabezpieczeń gabinetów lekarskich, diagnostycznych i zabiegowych przed dostępem osób trzecich w czasie badania.

Lokalizacja stanowiska przyjmowania i rejestracji pacjentów w Izbie Przyjęć Szpitala, zabezpieczała ochronę przed dostępem osób trzecich do informacji przekazywanych podczas rejestracji.

Zabezpieczona była także prywatność osób przywożonych przez zespoły ratownictwa medycznego. Rejestracja tych pacjentów, czynności dekontaminacyjne pacjentów higienicznie zaniedbanych, zabiegi w strefach: segregacji, resuscytacyjnej i zabiegowej, wykonywane były w wydzielonych pomieszczeniach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Poziom zabezpieczenia prywatności osób hospitalizowanych w oddziałach szpitalnych uzależniony był od stanu dostosowania tych oddziałów do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹¹.

W poddanych oględzinom oddziałach wyremontowanych, tj. okulistycznym oraz wewnętrznym i kardiologii: nie było łóżek ustawionych na korytarzach, w salach chorych wyodrębnione były węzły higieniczno-sanitarne zapewniające zachowanie intymności, w wymaganych sytuacjach dostępne były parawany zapewniające intymność podczas udzielania świadczeń w salach wieloosobowych. Nie zostały ustalone procedury zabezpieczenia gabinetów lekarskich, diagnostycznych i zabiegowych przed dostępem osób trzecich w czasie badania. Na zewnątrz gabinetów brak było informacji o trwającym badaniu. W każdym przypadku istniała możliwość zamknięcia pomieszczenia od wewnątrz. Na żadnym z omawianych oddziałów nie było wyodrębnionych miejsc na spotkania pacjentów z osobami odwiedzającymi

¹¹ Dz. U 2012 r., poz. 739

W oddziałach funkcjonujących w lokalizacjach tymczasowych ze względu na trwające prace remontowe (oddział chirurgiczny ogólny oraz oddział chirurgii urazowo – ortopedycznej), na korytarzu znajdowały się łóżka zajmowane przez pacjentów, dwa łóżka (spośród 5) zajęte przez pacjentów nie były oddzielone parawanami, w salach chorych parawany dostępne były w miarę potrzeb, pomieszczenia sanitarno-higieniczne (przy salach chorych lub ogólnodostępne na korytarzu) miały możliwość zamknięcia od środka. W oddziałach nie były ustalone procedury zabezpieczenia gabinetów lekarskich, diagnostycznych i zabiegowych przed dostępem osób trzecich w czasie badania. Na zewnątrz gabinetów brak było informacji o trwającym badaniu. We wszystkich przypadkach istniała możliwość zamknięcia pomieszczenia od wewnątrz. Nie było wyodrębnionych miejsc na spotkania pacjentów z osobami odwiedzającymi.

(Dowód: akta kontroli str. 232-239)

1.4. Kontrole, audyty i skargi dotyczące przestrzegania praw pacjenta.

1.4.1. W kontrolowanym okresie audytem wewnętrznym podlegało badanie zgodności Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością z wymogami norm: 9001:2009, 9001:2015, OHSAS 18001:2007 oraz spełnianie standardów akredytacyjnych. Audyty prowadzone były według rocznych harmonogramów zatwierdzonych przez Dyrektora Szpitala.

Według rejestrów działań korygujących/zapobiegawczych sporządzanych na podstawie zaleceń formułowanych w raportach z audytów przeprowadzonych w latach 2015-2017 (do czasu zakończenia kontroli) nie występowały zalecenia w obszarze dotyczącym przestrzegania w Szpitalu praw pacjenta.

(Dowód: akta kontroli str. 241-257)

Badanie zgodności systemu zarządzania Szpitalem z wymaganiami norm, zdefiniowanymi procesami i dokumentacją systemową, było celem audytów zewnętrznych przeprowadzonych przez niezależne, akredytowane jednostki certyfikujące.

W 2015 r. badaniami objęte zostały usługi medyczne w zakresie: leczenie szpitalne, leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne, rehabilitacja lecznicza, leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, diagnostyka oraz udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W raportach sporządzonym przez audytorów TUV NORD, potwierdzono, że Szpital skutecznie stosuje i rozwija system zarządzania, w celu zapewnienia spełnienia wymagań własnych, wymagań klientów i obowiązujących wymagań prawnych. Nie formułowano zaleceń dotyczących przestrzegania praw pacjenta.

W 2016 r. badaniami objęte zostało udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenie szpitalne, leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne, rehabilitacja lecznicza, leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, diagnostyka oraz udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W raporcie sporządzonym przez audytorów TUV NORD nie formułowano zaleceń dotyczących przestrzegania praw pacjenta. W szczegółowych wynikach kontroli, w kategorii „potencjał doskonalenia” wskazano w Oddziale Rehabilitacji nadzór nad danymi wrażliwymi – zgodnie z normą ISO 9001 pkt 7.5.4.

W zaleceniach ujętych w raporcie z audytu przeprowadzonego w 2017 r. przez DAS Polska, obejmującego badania w procesach: leczenie szpitalne, terapeutyczne programy zdrowotne, rehabilitacja lecznicza, leczenie stomatologiczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, diagnostyka oraz opieka podstawowa, nie występowały zalecenia dotyczące przestrzegania praw pacjenta.

(Dowód: akta kontroli str. 258-313)

1.4.2. Zasady postępowania w Szpitalu przy rozpatrywaniu skarg i wniosków wpływających od pacjentów, ich rodzin lub innych osób związanych ze sprawą, określone zostały w standardowej procedurze postępowania pn. „Procedura rozpatrywania skarg i wniosków”.

(Dowód: akta kontroli str. 314-315)

Zgodnie z procedurą, wpływające skargi i wnioski ujmowane są – w prowadzonym w Dziale Zarządzania Jakością – rejestrze skarg i wniosków.

W rejestrach prowadzonych w latach 2015-2017 (do września) odnotowano ogółem: w 2015 r. – 21 spraw, w 2016 r. – 25 skarg i w 2017 r. – 15 skarg. Po rozpatrzeniu zgłoszonych spraw, za zasadne w całości lub części zgłoszonych zarzutów, uznano odpowiednio: 2 skargi, 6 skarg i 3 skargi.

(Dowód: akta kontroli str. 316-345)

Spośród skarg zgłoszonych przez pacjentów, ich rodziny lub inne osoby związane ze sprawą, w 6 przypadkach wskazywano przypadki naruszenia praw pacjenta w czasie hospitalizacji. Spośród tych spraw uznano za zasadne 3 skargi (1 w całości 2 częściowo).

Formułowane w skargach zarzuty dotyczyły w szczególności:

- zaniechanie obowiązków i braku zainteresowania pacjentem podczas hospitalizacji na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym (brak zainteresowania samopoczuciem pacjenta w czasie obchodu, podejmowanie decyzji o niektórych procedurach bez badania przez lekarza, niestosowanie diety wskazanej w dokumentacji medycznej, brak reakcji personelu pielęgniarskiego na prośby rodziny o możliwą zmianę miejsca ustawienia łóżka w sali chorych, nieprawidłowe prowadzenie badań). Skarga została uznana za zasadną w części nieetycznego zachowania personelu,
- niewłaściwy sposób karmienia pacjenta dojelitowo (brak na wyposażeniu oddziału zewnętrznego zestawu do karmienia dojelitowego) na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii. Podejrzenie niepodjęcia we właściwym czasie leczenia odleżyny. Skarga zasadna w zakresie niezabezpieczenia na wyposażeniu oddziału, zewnętrznego zestawu do karmienia dojelitowego.
- niewłaściwa opieka nad pacjentem, brak poszanowania jego godności oraz niewłaściwe zachowanie personelu Oddziału Chorób Wewnętrznych i Geriatrii wobec pacjenta i jego rodziny. Skarga niezasadna,
- skarga na Ordynatora Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, dotycząca zaniechań, zaniechań, nienależytego leczenia i ubezwłasnowolnienia pacjenta. Skarga została uznana za niezasadną,

- skarga na funkcjonowanie oraz jakość opieki medycznej świadczonej przez pielęgniarki i salowe na Oddziale Chorób Wewnętrznych i Geriatrii. Skarga zasadna w zakresie zachowania pielęgniarki.

Podstawą rozstrzygnięć w wymienionych sprawach były zgromadzone w aktach: wyjaśnienia osób wobec których stawiano zarzuty, wyjaśnienia/oświadczenia osób uczestniczących w udzielanym świadczeniu, dokumentacja medyczna pacjenta (np. indywidualne karty zleceń leków, opis postępu choroby i leczenia, wywiad) kserokopie zapisów w raportach lekarzy i pielęgniarek, notatki pielęgniarek pełniących dyżur na oddziale, indywidualna karta zdarzenia niepożądanego.

We wszystkich sprawach Szpital przekazał wnoszącemu skargę, odpowiedź z uzasadnieniem podjętego rozstrzygnięcia. W analizowanych sprawach termin rozpatrzenia skargi i przekazania wnoszącemu odpowiedzi – poza jednym przypadkiem – nie przekraczał 30 dni. W jednym przypadku czas rozpatrywania sprawy wyniósł ponad 3 miesiące.

(Dowód: akta kontroli str. 346-348)

1.4.3. Opinie pacjentów wyrażane w ankietach i skargach były przedmiotem kwartalnych analiz prowadzonych przez Zespół ds. jakości, powołany zarządzeniem Dyrektora Szpitala¹². W okresie objętym kontrolą, analizie podlegało 1578 ankiet badania satysfakcji, wypełnionych przez pacjentów w 2015 r., 1199 ankiet w roku 2016 i 372 ankiety w I półroczu 2017 r.

Badaniami ankietowymi obejmowane były zagadnienia dotyczące komunikacji lekarza z pacjentem oraz realizacji praw pacjenta w zakresie uzyskiwania informacji o: stanie zdrowia, procesie terapeutycznym, skutkach podjętych zabiegów diagnostyki, działaniu podawanych leków oraz efektach leczenia (I półrocze 2016 r.). Zadowolenie w badanych obszarach (wyjaśnienie sposobu diagnostyki i leczenia, wyrażanie zgody na diagnostykę i leczenie, udzielanie informacji o stanie zdrowia) wyrażało ponad 80% pacjentów, którzy wypełnili ankietę.

W II półroczu 2016 r. ocenie poddany został personel pielęgniarski. Pozytywnie pracę personelu pielęgniarskiego (uprzejmość przy przyjęciu na oddział, wykonywanie czynności pielęgniarskich, wykonywanie czynności pielęgnacyjnych) oceniło ponad 80% ankietowanych. Negatywne oceny wskazane w ankietach w szczególności dotyczyły:

- szybkości reagowania na wezwanie pacjenta – oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, oddział chorób wewnętrznych geriatrii i diabetologii oraz
- poszanowania prywatności podczas zabiegów pielęgnacyjnych – chirurgia urazowo-ortopedyczna, oddział neurologiczny, oddział chorób wewnętrznych geriatrii i diabetologii.

W I półroczu 2017 r. badaniami objęto m.in.: przekazywanie przez lekarza informacji o stanie zdrowia w sposób zrozumiały dla pacjenta, sposób zapoznania z prawami i obowiązkami podczas przyjęcia do szpitala, intymność wykonywanych czynności pielęgniarskich oraz czynności wykonywanych przez personel lekarski, warunki

¹² zarządzenie nr 4.9.2017 Dyrektora Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi z dnia 12 września 2017 r., w sprawie powołania składu i określenia zadań Zespołu ds. jakości oraz Zespołu ds. analizy zdarzeń niepożądanych, wcześniej zarządzenie nr 8/1/2017 z dnia 30 stycznia 2017 r. w sprawie powołania składu i określenia zadań Zespołu ds. Jakości

w salach chorych, korytarzach, gabinetach lekarskich, jakoś żywienia. Negatywne oceny wyrażane w ankietach dotyczyły w szczególności:

- zapoznania z prawami i obowiązkami pacjenta na oddziałach: chorób wewnętrznych geriatric i diabetologii (źle 20% pacjentów), rehabilitacji (źle 5% i bardzo źle 3% pacjentów),
- zachowania intymności podczas czynności pielęgnarskich na oddziałach: chorób wewnętrznych geriatric i diabetologii (źle 20%), rehabilitacji (źle 16%) oraz chorób wewnętrznych i kardiologii (źle 5%),
- zachowania intymności podczas czynności wykonywanych przez personel lekarski na oddziałach: chorób wewnętrznych geriatric i diabetologii (źle 20%), rehabilitacji (źle 10% i bardzo źle 1%)
- stanu pomieszczeń w oddziale rehabilitacji (źle 7%, bardzo źle 2%) oraz chorób wewnętrznych i rehabilitacji (źle 5%)
- jakości żywienia podczas hospitalizacji w oddziałach: chorób wewnętrznych geriatric (źle 6%, bardzo źle 6%), oddziale rehabilitacji (źle 20%, bardzo źle 16%) chorób wewnętrznych i kardiologii (źle 32%, bardzo źle 8%).

(Dowód: akta kontroli str. 349-389)

W protokołach z posiedzeń Zespołu nie wskazywano rekomendacji, wniosków zmierzających do poprawy stanu niepożądanego.

W wyjaśnieniu kierownika Działu Zarządzania Jakością podano m.in. „...Wyniki analizy ankiet zamieszczane są w miernikach do Zintegrowanego Systemu Zarządzania, norma (ISO 9001 przypis kontrolera) nakłada obowiązek by mierniki były policzalne. Centrum przyjęło, że 20% ocen negatywnych jest granicą, w której nie podejmuje działań korygujących i zapobiegawczych. Odnotowana ilość negatywnych ocen w zakresie przestrzegania prawa do godności i intymności pacjentów w kontrolowanym okresie mieściła się w granicy jaką określiło Centrum. Wyniki ankiet są omawiane na spotkaniach Zespołu ds. Jakości, omawiane są również uwagi wpisywane przez pacjentów na ankietach, które w swej treści nie zawierały negatywnych opinii w zakresie przestrzegania godności i intymności przez personel medyczny podczas świadczenia usług medycznych.”

(Dowód: akta kontroli str. 390-391)

Ustalone
nieprawidłowości

W kontrolowanym zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nie były stosowane zabezpieczenia przed wejściem do gabinetów zabiegowych osób nieuprawnionych w trakcie wykonywania w nich procedur zdrowotnych. Istniała możliwość zamknięcia gabinetu od wewnątrz, jednak postępowanie takie nigdzie nie było wskazane jako sugerowana procedura postępowania. Brak skutecznych zabezpieczeń dostępu osób nieupoważnionych do gabinetów zabiegowych w czasie wykonywania w nich procedur zdrowotnych, stwarzał zagrożenie naruszenia godności pacjenta i jego prawa do intymności w czasie udzielanych świadczeń.

2. Przyjęty w Szpitalu miernik satysfakcji, pomijał negatywne opinie znacznej grupy pacjentów.

Wyniki prowadzonego przez Szpital badania satysfakcji pacjentów wskazywały występowanie negatywnych ocen dotyczących m.in. zachowania intymności podczas czynności pielęgnarskich i pielęgnacyjnych oraz podczas czynności wykonywanych przez personel lekarski. Dla Zintegrowanego Systemu Zarządzania

Centrum przyjęło 20% poziom niezadowolenia pacjentów do którego nie są podejmowane działania korygujące i zapobiegawcze. Ustalony poziom niezadowolenia pacjentów – zdaniem NIK – nie wymuszał ciągłego podnoszenia jakości udzielanych świadczeń, w tym zachowań personelu medycznego w zakresie przestrzegania praw hospitalizowanych pacjentów.

Obowiązujące w Centrum regulacje wewnętrzne określające organizację i proces udzielania świadczeń zdrowotnych regulowały zasady odwiedzin oraz kwestie dotyczące poszanowania intymności i godności pacjenta. Pacjenci byli informowani o przysługujących im prawach. Warunki organizacyjno-techniczne rejestracji pacjentów i udzielania świadczeń w kontrolowanych oddziałach Szpitala, zapewniały prawo do prywatności pacjenta. Stosowane w salach wieloosobowych rozwiązania organizacyjne umożliwiały zachowanie intymności. Pacjenci mieli możliwość nieskrępowanego korzystania z urządzeń w pomieszczeniach higieniczno-sanitarnych.

W niektórych oddziałach realizowane były prace dostosowujące do warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Zagrożeniem dla zachowania intymności badań w gabinetach – zdaniem NIK – był brak skutecznych zabezpieczeń dostępu osób nieuprawnionych do gabinetów lekarskich, w czasie udzielania pacjentom świadczeń zdrowotnych.

Występowały przypadki naruszenia praw hospitalizowanych pacjentów. Przyjęty dla Zintegrowanego Systemu Zarządzania poziom niezadowolenia pacjentów – wyrażany w ankietach badania satysfakcji – do którego nie są podejmowane działania korygujące i zapobiegawcze, nie jest mobilizujący do ciągłego podnoszenia jakości udzielanych świadczeń, w tym zachowań personelu medycznego w zakresie przestrzegania praw hospitalizowanych pacjentów.

2. Organizacja i funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego oraz rejestracji rozmów między pacjentami i lekarzami, w tym telefonicznych (monitoring głosowy).

2.1. Wprowadzenie w szpitalu systemu monitoringu wizyjnego.

Decyzja o wprowadzeniu monitoringu została podjęta po zdarzeniu mającym miejsce w Izbie Przyjęć, w wyniku którego – na skutek agresywnego zachowania pacjenta – uszczerbek na zdrowiu poniósł jeden z pracowników Szpitala. Celem uruchomienia w 2011 roku monitoringu, było zapewnienie bezpieczeństwa pracy personelu medycznego a także bezpieczeństwa pacjentów. Jako cel wskazano również monitorowanie negatywnych zdarzeń na terenie Szpitala. W kontrolowanym okresie dla poprawy skuteczności systemu wykonywane były prace dostosowujące do bieżących potrzeb (np. regulacje ustawienia kamer, przeniesienie instalacji monitoringu portierni w lokalizacji Lecznicza, modernizacja okablowania systemu w lokalizacji Przyrodnicza).

Do czasu wprowadzenia monitoringu wizyjnego, za bezpieczeństwo na terenie Centrum odpowiedzialna była firma ochroniarska. Uruchomienie monitoringu stanowiło dodatkowe narzędzie ochrony. Bezpieczeństwo pacjentów było również

zadaniem personelu medycznego, zobowiązanego do przestrzegania postanowień m.in. ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, ustawy o prawach pacjenta i rzeczniku praw pacjenta, ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, kodeks etyki lekarskiej, kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej oraz uregulowań wewnętrznych (regulaminy, procedury medyczne).

(Dowód: akta kontroli str. 396, 545-566)

Na terenie Centrum zamontowane były kamery stacjonarne bez możliwości nagrywania dźwięku, i bez funkcji „stref prywatności”. Spośród zainstalowanych kamer:

- w systemie stacjonarnego monitoringu wizyjnego Szpitala ul. Milionowa funkcjonowało 16 kamer, z rejestracją obrazów,
- w systemie monitoringu zainstalowanego w Przychodni ul. Lecznicza funkcjonowało 15 kamer, z archiwizowaniem obrazów (monitorowane obszary obejmowały: bramę wjazdową, dziedziniec zewnętrzny i wewnętrzny, wejście do przychodni, hol i korytarze na parterze, rejestrację poz i przychodni specjalistycznych, hol główny na I piętrze)
- w systemie monitoringu zainstalowanego w Szpitalu im. Jordana ul. Przyrodnicza funkcjonowały 4 kamery bez możliwości archiwizacji (monitorowane były obszary: brama wjazdowa, wejście oraz podjazd dla karet, wejście główne oraz wejście do budynku administracji).

W nowopowstałym budynku D Szpitala zainstalowane zostały ponadto kamery nie włączone do systemu monitoringu wizyjnego Centrum. System tych kamer nie został jeszcze odebrany po realizowanej inwestycji. Kamery planowane do włączenia do systemu monitoringu wizyjnego Szpitala są kamerami stacjonarnymi bez możliwości rejestracji dźwięku, oraz bez możliwości zbliżania/oddalania obrazów. Obrazy z tych kamer aktualnie nie podlegają archiwizacji. Testowy podgląd obrazów przekazywanych w dniu oględzin tylko z 15 kamer nowego systemu – dostępny w pomieszczeniu firmy ochroniarskiej – pełnił wyłącznie rolę pomocniczą w zabezpieczeniu obiektu.

Obszary monitorowane obejmowały ciągi komunikacyjne (korytarze, hole, klatki schodowe) oraz w sali poznieczuleniowej łóżka pacjentów (kamery oddzielone od całości systemu, planowany wyłącznie podgląd bez możliwości zapisu obrazu, tylko na sali poznieczuleniowej przez personel medyczny opiekujący się pacjentami pooperacyjnymi).

(Dowód: akta kontroli str. 392-395)

Koszty wdrożenia i funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego w Centrum¹³ wyniosły ogółem 82,5 tys. zł, z tego 75,7 tys. zł stanowiły koszty zakupu, a 6,8 tys. zł koszty bieżące, dotyczące konserwacji i naprawy systemu. Obsługa monitoringu wizyjnego wykonywana była w ramach umowy zawartej przez Centrum z firmą zewnętrzną wykonującą usługi ochrony obiektów.

(Dowód: akta kontroli str. 195-201, 396)

¹³ nie dotyczy kosztów związanych z nieodebraną częścią systemu,

2.2. Regulacje wewnętrzne dotyczące funkcjonowania monitoringu wizyjnego.

W regulaminie organizacyjnym ustalono, że dla poprawy bezpieczeństwa pacjentów i pracowników oraz w celu optymalizacji świadczonych usług, w wyznaczonych miejscach na terenie Szpitala wprowadzony został monitoring wizyjny stacjonarny. Obszary monitorowane oznakowane są umieszczoną w widocznych miejscach tablicą informacyjną oraz znakiem graficznym.

(Dowód: akta kontroli str. 13-78)

Zasady funkcjonowania monitoringu wizyjnego Szpitala uregulowane zostały w 2011 r. zarządzeniem Dyrektora¹⁴. Dla realizacji zdefiniowanych w zarządzeniu celów monitoringu tj.: zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników znajdujących się na terenie Szpitala, monitorowania negatywnych zdarzeń i zjawisk na terenie Szpitala, kontroli wejść i wyjść pacjentów oraz osób im towarzyszących, ustalono monitoring wizyjny stacjonarny obejmujący – wskazane w zarządzeniu obszary obserwacji. Katalog monitorowanych obszarów nie obejmował miejsc udzielania pacjentom Szpitala świadczeń zdrowotnych.

(Dowód: akta kontroli str. 397-399)

Podgląd obrazów ze wszystkich kamer dostępny był na monitorze znajdującym się Izbie Przyjęć, tylko po zalogowaniu się do systemu. Nie była prowadzona ciągła obserwacja obrazów z monitorowanych obszarów.

Obrazy z kamer systemu (z wyłączeniem obszarów: części biurowej i segregacyjnej Izby Przyjęć) w sposób ciągły wyświetlane były na monitorze zainstalowanym w portierni głównej. Do obowiązków pracownika pełniącego służbę w portierni należało „obsługiwanie systemu dozoru telewizyjnego obiektów, składającego się z kamer i monitora podglądu znajdującego się w portierni głównej Miejskiego Centrum”.

Do archiwizowania obrazów z kamer monitoringu wizyjnego Centrum, w serwerowni Szpitala zainstalowane były: rejestrator OPTIVA (dla kamer systemu Szpitala) oraz rejestrator HIK VISION (do zapisywania obrazów z kamer monitoringu wizyjnego zainstalowanego w Przychodni na ul. Leczniczej). Archiwizacji podlegały obrazy z okresu 21 dni.

(Dowód: akta kontroli str. 400-408)

Według zarządzenia 65/2011 zapisy z monitoringu mogły być wykorzystane do: ustalania sprawców negatywnych zdarzeń, podejmowania działań interwencyjnych, podejmowania odpowiednich działań np. przez Dyrektora, funkcjonariuszy Policji i inne podmioty. W przypadku braku incydentów w czasie jaki obejmowało nagranie nie przewidywano poddawania nagrania żadnym operacjom przetwarzania (z wyjątkiem jego przechowywania).

Zgodnie z postanowieniami zarządzenia 65/2011, Szpital jako administrator monitoringu wizyjnego był odpowiedzialny za: bezpieczeństwo urządzeń i oprogramowania systemu monitoringu, bezpieczne przechowywanie nagrań z monitoringu, zapewnienie dostępu osób upoważnionych w przypadku

¹⁴ zarządzenie wewnętrzne nr 65/2011 Dyrektora III Szpitala Miejskiego im. dr Karola Jonschera w Łodzi z dnia 26 października 2011 r., zwane dalej zarządzeniem nr 65/2011

przetwarzania danych z monitoringu oraz sprawowanie nadzoru nad przetwarzaniem danych z monitoringu.

W zarządzeniu 65/2011 ustalono, że:

- dostęp do systemu monitoringu mają pracownicy Sekcji Informatyki,
- dostęp do podglądu kamer mają pracownicy Izby Przyjęć (w obrębie dwóch obszarów: wejście główne do budynku A i Izby Przyjęć i poczekalnia Izby Przyjęć) oraz pracownicy firmy ochroniarskiej,
- nadzór nad systemem, w tym przegląd techniczny, kontrola zapisu obrazów pod kątem ewentualnych zdarzeń niepożądanych, kopiowanie i przekazywanie nagrań z systemu monitoringu oraz współpracę z firmą ochroniarską, powierzono dwóm pracownikom wskazanym z imienia i nazwiska.

(Dowód: akta kontroli str. 397-408)

W przedłożonych do kontroli aktach osobowych pracowników wskazanych w zarządzeniu 65/2011, zobowiązanych do nadzoru nad systemem brak było imiennych upoważnień do przetwarzania danych osobowych w związku z prowadzeniem nadzoru nad systemem monitoringu wizyjnego Szpitala.

Dyrektor Szpitala, aneksem nr 1 z dnia 18 października 2017 r. do zarządzenia 65/2011 dokonał zmiany polegającej na wskazaniu z imienia i nazwiska jednego pracownika odpowiedzialnego za nadzór nad systemem monitoringu. Pracownika tego w dniu 18 października Dyrektor upoważnił do przetwarzania danych osobowych w zakresie nadzoru nad systemem monitoringu w Szpitalu. W udzielonym upoważnieniu określony został szczegółowy jego zakres, zobowiązano upoważnionego do zachowania tajemnicy informacji powziętych w wyniku wglądu do danych oraz o sposobie ich zabezpieczenia. Poinformowano również pracownika o konsekwencjach niedochowania tajemnicy. Ważność upoważnienia ustalono do czasu pisemnego jego odwołania lub do dnia rozwiązania umowy.

(Dowód: akta kontroli str. 409-411)

Dostęp do „przeglądu monitoringu zainstalowanego na terenie Szpitala” miało także – na podstawie upoważnienia Dyrektora Szpitala z dnia 19 kwietnia 2013 r. – sześciu lekarzy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

(Dowód: akta kontroli str. 412-423)

Czynności polegające na zabezpieczaniu nagrania archiwalnego oraz jego zgrywania na nośnik zewnętrzny wykonywane było przez informatyka, pełniącego również funkcję zastępcy Administratora Bezpieczeństwa Informacji. Wymieniona osoba była upoważniona m.in. do pozyskiwania i przetwarzania informacji zawierających dane osobowe pracowników, pacjentów, kontrahentów oraz innych osób, związanych z działalnością Centrum oraz przechowywania ich w formie elektronicznej, w sposób gwarantujący ich ochronę.

(Dowód: akta kontroli str. 569-571)

Według umowy zawartej z firmą wykonującą usługę ochrony¹⁵, jej przedmiotem było m.in. prowadzenie monitoringu wizyjnego Centrum w lokalizacjach: Milionowa 14

¹⁵ Umowa nr 223/2016/SZP/29/2016 z dnia 30 listopada 2016 r.

i 12b, Lecznicza 6 oraz Przyrodnicza 7/9. Wykonawca umowy zobowiązał się do działania na rzecz Centrum zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych.

W zawartej umowie zakres działania firmy ochroniarskiej przy prowadzeniu monitoringu wizyjnego Centrum określony został w katalogu obowiązków pracownika pełniącego służbę w portierni, podanym w Regulaminie dozoru portierni głównej – stanowiącym załącznik nr 1a do ww. umowy. W dokumencie wskazano obsługiwanie systemu dozoru telewizyjnego obiektów składającego się z kamer i monitora podglądu znajdującego się w portierni głównej.

(Dowód: akta kontroli str. 195-201)

2.3. Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego w szpitalu a poszanowanie prawa pacjentów do prywatności.

Monitoringiem wizyjnym Szpitala objęte były w szczególności tereny zewnętrzne (brama główna, miejsce podjazdu karetek, wejścia główne), ciągi komunikacyjne (wjazd karetek do SOR, hol główny z przejściem do poradni specjalistycznych, hol i stanowisko rejestracji pacjentów do poradni specjalistycznych). Monitoringiem objęte były również Izba Przyjęć i Szpitalny Oddział Ratunkowy (część obszaru segregacji). Obraz z kamery w poczekalni Izby Przyjęć obejmował personel rejestrujący, pacjentów w trakcie rejestracji oraz pacjentów oczekujących na rejestrację. Kamera zainstalowana w części administracyjnej SOR przekazywała obraz stanowiska personelu rejestrującego pacjentów bez skierowania, lekarzy przy stanowiskach komputerowych w części administracyjnej i stanowisko rejestracji pacjentów przywiezionych karetkami.

Kamery systemu monitoringu wizyjnego Szpitala w lokalizacji Milionowa były kamerami pasywnymi bez funkcji zmiennej ogniskowej (brak możliwości przybliżania i oddalania obrazu) oraz zmiany obszaru objętego obserwacją. Kamery nie rejestrowały dźwięku. Jakość przekazywanych obrazów oraz obszary objęte monitoringiem, uniemożliwiały pozyskiwanie danych obserwowanych w Izbie Przyjęć czy SOR podczas rejestracji pacjentów.

Rozmieszczenie kamer stacjonarnego systemu monitoringu wizyjnego oraz monitorowane obszary i rejestrowane obrazy z kamer, nie obejmowały stref udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom Szpitala i nie naruszały poszanowania prawa do ich prywatności. Nie były monitorowane sale chorych a także pomieszczenia sanitarno-higieniczne. W miejscach objętych monitoringiem znajdowały się informacje o prowadzonym monitoringu.

(Dowód: akta kontroli str. 232-239)

2.4. Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego w Szpitalu, a ochrona danych osobowych.

2.4.1. Na terenie Szpitala w miejscach funkcjonowania monitoringu wizyjnego umieszczone były tablice i znaki graficzne informujące o prowadzonym monitoringu.

(Dowód: akta kontroli str. 232-239)

2.4.2. W Centrum wprowadzona została do przestrzegania¹⁶ - wymagana przepisem § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie przetwarzania danych¹⁷ – dokumentacja opisującą sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki zapewniające ochronę ich przetwarzania:

- „Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i danych medycznych w Miejskim Centrum Medycznym im. dr Karola Jonschera w Łodzi”¹⁸ – obowiązująca od 1 września 2015 r. (wcześniej Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w III Szpitalu Miejskim im. dr Karola Jonschera w Łodzi z grudnia 2012 r).
- „Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi przetwarzającymi dane osobowe i medyczne w Miejskim Centrum Medycznym im. dr Karola Jonschera w Łodzi”¹⁹ – obowiązująca od 1 września 2015 r. (wcześniej Instrukcja zarządzania systemem informatycznym przetwarzającym dane osobowe w III Szpitalu Miejskim im. dr Karola Jonschera w Łodzi z grudnia 2012 r).

Według Polityki bezpieczeństwa na wszystkich stacjach roboczych, na których przetwarzane są dane osobowe i dane medyczne, ustalony był wysoki poziom zabezpieczeń. W Polityce bezpieczeństwa określone zostały:

- zabezpieczenia informatyczne obejmujące m.in. ochronę pomieszczeń systemami alarmowym i przeciwpożarowym, ochronę przed awariami zasilania oraz zakłóceniami sieci energetycznej serwera i stacji roboczych, ochronę dostępu nazwą użytkownika i hasłem, system szyfrowania danych uniemożliwiający odczyt przez osoby nieupoważnione, ochronę przed dostępem z sieci publicznej, aktywną ochronę antywirusową w czasie rzeczywistym na każdym stanowisku, zasady wykonywania kopii zapasowych i ich przechowywania,
- zabezpieczenia organizacyjne przed dostępem osób niepowołanych obejmujące m.in. prowadzenie ścisłego rejestru użytkowników posiadających dostęp do danych, zabezpieczenie komputerów przed możliwością oglądania obrazów na monitorze przez osoby nieupoważnione, stosowanie wygaszaczy ekranów,
- w części organizacyjnej przyjęto m.in.: powołanie ABL i Administratora Systemów Informatycznych, prowadzenie ewidencji osób zatrudnionych przy przetwarzaniu danych osobowych, kontrolę dostępu do pomieszczeń, w których przetwarzane są dane osobowe oraz ścisłą kontrolę dostępu do pomieszczeń z serwerami, testowanie modyfikacji oprogramowania przed wdrożeniem do użytku operacyjnego.

(Dowód: akta kontroli str. 430-483)

¹⁶ Zarządzenie nr 11/8/2015 Dyrektora Miejskiego Centrum Medycznego im. dr. Karola Jonschera w Łodzi z dnia 31 sierpnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia Polityki bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i danych medycznych ... oraz instrukcji zarządzania systemami informatycznymi przetwarzającymi dane osobowe i dane medyczne w Miejskim Centrum Medycznym im. dr. Karola Jonschera w Łodzi,

¹⁷ 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 Dz. U. Nr 100, poz. 1024, zwane dalej rozporządzeniem w sprawie przetwarzania danych,

¹⁸ zwanej dalej Polityką bezpieczeństwa,

¹⁹ zwanej dalej Instrukcją zarządzania systemami informatycznymi

Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi określała środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych, w tym sposób zabezpieczenia danych przed ich udostępnieniem osobom nieupoważnionym, zabranie przez osobę nieuprawnioną, przetwarzaniem z naruszeniem ustawy oraz zmianą, utratą, uszkodzeniem lub zniszczeniem.

(Dowód: akta kontroli str. 484-501)

Dokumentacja Centrum dotycząca ochrony danych osobowych zawierała także:

- powołanie przez Dyrektora Szpitala z dniem 1 czerwca 2007 r.²⁰ Administratora Bezpieczeństwa Informacji (ABI),
- zgłoszenie powołania Administratora Bezpieczeństwa Informacji do rejestracji GODO, datowane 12 stycznia 2015 r.
- zakres czynności ABI przyjęty w dniu 2 kwietnia 2013 r.
- upoważnienia dla pracowników do przetwarzania danych osobowych w określonym zakresie, zawierające zobowiązanie do zachowania tajemnicy, stosowania przepisów wskazanych w upoważnieniu oraz stosowania zabezpieczeń gwarantujących ochronę danych osobowych,
- oświadczenie o przeszkoleniu w zakresie danych osobowych, zapoznaniu się z wewnętrznymi uregulowaniami obowiązującymi w Centrum, poinformowaniu o monitorowaniu Centrum. Składający oświadczenie zobowiązał się nie ujawniać wiadomości z którymi zapoznał się z racji wykonywanej pracy,
- dokumentację ze sprawowania nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych, w tym m.in.: plany kontroli wewnętrznych, protokoły z przeprowadzonych kontroli, korespondencję dotyczącą wyników kontroli, raporty z naruszenia bezpieczeństwa danych o charakterze osobowym, roczne sprawozdania z działalności Centrum w zakresie ochrony danych osobowych,
- zgłoszenia zbiorów danych do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych, korespondencja w tym zakresie,
- rejestr podstawowych zbiorów danych osobowych przetwarzanych w Centrum.

(Dowód: akta kontroli str. 502-526)

2.4.3. Prowadzenie monitoringu wizyjnego powierzone było na podstawie umowy podmiotowi zewnętrznemu (firmie wykonującej usługi ochrony). W zakresie monitoringu wizyjnego Szpitala do zadań tego podmiotu należało „obsługiwanie systemu dozoru telewizyjnego obiektów składającego się z kamer i monitora podglądu znajdującego się w portierni głównej”. W zakresie uprawnień pracowników firmy wykonującej usługę ochrony było wyłącznie oglądanie obrazów z kamer, bez dostępu do zapisów archiwalnych. W zawartej umowie Szpital zobowiązał wykonawcę do działania zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych oraz przetwarzania danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji umowy. Zgodnie z treścią umowy pracownicy firmy wykonującej ochronę zobowiązani zostali do zachowania w tajemnicy danych uzyskanych w trakcie realizacji umowy.

(Dowód: akta kontroli str. 195-201)

²⁰ Zarządzenie wewnętrzne nr 23 Dyrektora III Szpitala Miejskiego im. dr Karola Jonschera w Łodzi

2.4.4. W formie elektronicznej prowadzony był w Centrum „Rejestr wydanych upoważnień w zakresie ochrony danych osobowych i danych medycznych”. Ewidencja zawiera:

- imię i nazwisko osoby upoważnionej, i jej stanowisko,
- identyfikator (login),
- zakres upoważnienia z podziałem na dane dotyczące pracownika, pacjenta, kontrahenta, bez szczegółowego wskazania systemów w których dane są przetwarzane,
- datę nadania i ustania uprawnień (przyjęto, że jeżeli okres nie jest ograniczony, upoważnienie wygasa z dniem zakończenia stosunku pracy w Centrum),

(Dowód: akta kontroli str. 501)

2.4.5. W kontrolowanym okresie nadzór nad systemem monitoringu wizyjnego, w tym kopiowanie i przekazywanie nagrań z systemu monitoringu – zgodnie z zarządzeniem wewnętrznym nr 65/2011 – powierzony został imiennie wskazanym dwóm pracownikom Szpitala. Pracownicy ci nie posiadali innych upoważnień do wykonywania wskazanych czynności (indywidualne upoważnienie dla jednego pracownika wydane zostało w trakcie niniejszej kontroli).

Zgodnie z zarządzeniem zapis z monitoringu wizyjnego mógł być wykorzystany m.in. do podejmowania odpowiednich działań przez Dyrektora, funkcjonariuszy Policji, prokuratury, sądu, w przypadku skarg pacjentów i osób im towarzyszących, uszkodzenia mienia, kradzieży mienia, pobicia, itp.

Wnioski o przekazanie zapisów z monitoringu ewidencjonowane były przez pracownika upoważnionego (zarządzeniem wewnętrznym nr 65/2011) do sprawowania nadzoru nad systemem monitoringu wizyjnego Szpitala.

Według prowadzonej ewidencji, w kontrolowanym okresie, jednostki Policji 8rotnie występowały z wnioskami o przekazanie zapisów archiwalnych. Każdorazowo po uzyskaniu akceptacji/zgody Dyrektora Szpitala, dostępne nagrania z monitoringu były przekazywane wnioskodawcom. Odbiór nagranych np. na płycie DVD obrazów z wnioskowanego obszaru i w ustalonym czasie, potwierdzany był przez osobę upoważnioną do odbioru nagrania.

(Dowód: akta kontroli str. 527-543)

2.5. Odbiorcy zewnętrzni archiwalnych zapisów monitoringu wizyjnego Szpitala.

Na podstawie wniosków jednostek Policji o udostępnienie danych z monitoringu wizyjnego Szpitala, w kontrolowanym okresie:

- osiem wniosków dotyczyło zdarzeń z obszarów terenu zewnętrznego Centrum (Milionowa trzy wnioski, Lecznicza dwa wnioski, Przyrodnicza jeden wniosek niezrealizowany ze względu na nieprowadzenie rejestracji obrazów w tej lokalizacji)
- dwa wnioski dotyczyły terenu przychodni przy ul. Leczniczej

(Dowód: akta kontroli str. 527-543)

2.6. Kontrola przetwarzania danych przez pacjentów.

Nie wystąpiły przypadki skorzystania przez pacjentów ani pracowników z prawa kontroli przetwarzania danych osobowych.

(Dowód: akta kontroli str. 545-566)

2.6. Okres przechowywania zarejestrowanych obrazów zdarzeń.

Obrazy z kamer funkcjonującego monitoringu Szpitala oraz kamer zainstalowanych w Przychodni przy ul. Leczniczej rejestrowane były na urządzeniach znajdujących się w Serwerowni Szpitala. Zapisem obejmowane były obrazy z ostatnich 21 dni. W szczególnych przypadkach – na podstawie decyzji Dyrektora – dopuszczona była możliwość przedłużenia przechowywania danych z monitoringu na czas niezbędny dla celów dowodowych.

(Dowód: akta kontroli str. 397-399)

2.6. Skuteczność funkcjonowania

Nie zostały przedłożone udokumentowane analizy skuteczności systemu monitoringu wizyjnego.

W ocenie Dyrektora Centrum „... wprowadzenie monitoringu wizyjnego, a także wszechobecne na terenie szpitala informacje o jego prowadzeniu mają charakter prewencyjny (wymusza na osobach objętych monitoringiem pożądane/poprawne zachowania), dowodowy (stanowi narzędzie pozwalające na ustalenie zakresu odpowiedzialności w przypadku wystąpienia rozboju, kradzieży...etc.) oraz interwencyjny (obserwacja obrazów z kamer zapewnia szybszą interwencję ograniczającą lub całkowicie eliminując wystąpienie niepożądanych zdarzeń ... wprowadzenie monitoringu zmotywowało personel medyczny do jeszcze wyższej jakości pracy, poprawiło zachowania pacjentów i odwiedzających oraz zmniejszyło ilość aktów wandalizmu.”

(Dowód: akta kontroli str. 545-566)

Według danych Policji ilość podejmowanych interwencji w Szpitalu zmniejszyła się z 74 interwencji w 2015 r. do 48 w 2016 r. i 22 w I półroczu 2017 r.

Zmniejszyła się również ilość prowadzonych postępowań w sprawie o wykroczenia (2 w 2015 r. 1 w 2016 r. i żadnego postępowania w I półroczu 2017 r).

Prowadzone w kontrolowanym okresie postępowania przygotowawcze dotyczyły głównie kradzieży (3 w 2015 r, 1 w 2016 r. oraz 3 w I półroczu 2017 r.), uszkodzenia/zniszczenia mienia (po 1 w każdym okresie), popełnienia błędu lekarskiego, narażenia na niebezpieczeństwo utraty życia pacjenta (po 1 przypadku w każdym okresie).

(Dowód: akta kontroli str. 574-575)

2.7. Rejestrację rozmów między lekarzami i pacjentami.

Nie prowadzono rejestracji rozmów między lekarzami i pacjentami Szpitala. W marcu 2017 r. uruchomiony został monitoring głosowy, telefonicznych rozmów pacjentów z rejestracją do poradni Centrum. Monitoringiem objętych było 12 stacjonarnych numerów telefonicznych:

w lokalizacji ul. Milionowa:

- dwa do rejestracji Przychodni Przyszpitalnej,
- jeden do rejestracji Świątecznej Pomocy (funkcjonuje od 1.10.2017 r.)

w lokalizacji ul. Przyrodnicza:

- po jednym numerze do poradni: geriatrycznej, diabetologicznej, ginekologicznej,

w lokalizacji ul. Lecznicza:

- po jednym numerze do rejestracji: lekarza POZ dla dzieci, lekarza POZ dla dorosłych, poradni Stomatologicznej oraz poradni Położniczo-Ginekologicznej,

W lokalizacji u. Zarzeńska

-po jednym numerze do rejestracji: lekarza POZ dla dzieci, lekarza POZ dla dorosłych

Celem rejestracji głosowej w poradniach było poprawienie jakości świadczonych usług personelu rejestrującego, a także w razie roszczeń pacjentów do świadczenia usług medycznych szybkie i jednoznaczne rozwiązanie problemów. Pliki z zapisem rozmów przechowywane są przez okres trzech miesięcy. Każda osoba wykonująca połączenie telefoniczne z rejestracją poradni, w zapowiedzi przed rozpoczęciem rozmowy była informowana o jej rejestrowaniu.

(Dowód: akta kontroli str. 544-566)

W Centrum nie zostały opracowane regulacje wewnętrzne, określające zasady stosowania monitoringu głosowego i rejestracji rozmów telefonicznych.

Według wyjaśnień Dyrektora „System monitoringu głosowego rejestracji wizyt (...) jest nowym rozwiązaniem, wobec którego pełny proces wdrożenia nie jest jeszcze zakończony. Pismem z dnia 23 marca 2017 r. polecono Administratorowi Bezpieczeństwa Informacji opracowanie przeglądu dotychczas obowiązujących regulacji oraz przygotowanie projektu niezbędnych nowelizacji, uwzględniających specyfikę rejestracji głosowej. (...) Do tego czasu wskazano, by obowiązujące regulacje stosować odpowiednio oraz upoważniono, w trybie doraźnym (ustnie, następnie potwierdzone w piśmie do ABl), jedną osobę – pracownika Działu Techniczno-Administracyjnego (...) do przetwarzania tychże danych, w zakresie niezbędnym dla obsługi urzędów.”

Według aktualnego stanu do prowadzenia rejestrowanych rozmów telefonicznych upoważnione są rejestratorki medyczne, posiadające – rejestrowane przez ABl – upoważnienia do przetwarzania danych osobowych. W zakresie upoważnień wskazano pozyskiwanie danych osobowych o pacjentach i ich rodzinach, przetwarzanie tych danych, uzupełnianie ich, przechowywanie oraz w sposób gwarantujący ich ochronę przekazywanie do archiwum. W upoważnieniu nie wskazano z nazwy zbiorów przetwarzanych danych, w tym zbioru danych z monitoringu głosowego.

Według wyjaśnienia Dyrektora „... Na dzień dzisiejszy, stricte do przetwarzania danych osobowych upoważniony jest Pan (...) – ustne upoważnienie, potwierdzone następnie pismem adresowanym do ABl, o którym mowa...” powyżej.

(Dowód: akta kontroli str. 576-579)

2.8. Kontrole, audyty, skargi związane z funkcjonowaniem monitoringu wizyjnego i głosowego.

W kontrolowanym okresie nie były prowadzone audyty ani kontrole funkcjonowania w Centrum monitoringu wizyjnego i głosowego.

Nie były również składane skargi związane z funkcjonowaniem rejestrowania obrazów i głosu.

(Dowód: akta kontroli str. 241-313, 316-345)

2.9. Działania Centrum w celu wdrożenia od 25 maja 2018 r. RODO.

W Szpitalu jest powołany ABl. Oprócz zarejestrowanych zbiorów w GIODO, prowadzone były elektroniczne rejestry osób upoważnionych do przetwarzania, wglądu i archiwizowania danych osobowych. Według wyjaśnień Dyrektora Szpitala, system szpitalny jest przygotowany i zgodny z wymogami GIODO. Cała sieć

szpitalna zabezpieczona jest programem antywirusowym. Szpital posiadał Firewall. Prowadzono prace w zakresie wprowadzania domeny, co poprawi bezpieczeństwo i zredukuje możliwość nieuprawnionego przetwarzania danych. Opracowywana była procedura postępowania na wypadek naruszenia ochrony danych osobowych i danych medycznych.

(Dowód: akta kontroli str. 545-566)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Uprawnienia do kopiowania zapisów archiwalnych z monitoringu wizyjnego przydzielono pracownikom Centrum zarządzeniem Dyrektora nr 65/2011. W czasie niniejszej kontroli, jednej z osób wskazanych w zarządzeniu wydano imienne upoważnienie, w którym określono: jego zakres (m.in. do „kopiowania i przekazywania nagrań z systemu monitoringu), czas na jaki zostało udzielone, zobowiązanie do zachowania tajemnicy informacji powziętych w wyniku wglądu do danych oraz o sposobie ich zabezpieczenia, informacje o konsekwencjach w przypadku niedochowania tajemnicy. W okresie objętym kontrolą zabezpieczanie nagrania archiwalnego oraz jego zgrywanie na nośnik zewnętrzny wykonywane było przez innego pracownika, tj. informatyka, będącego zastępcą Administratora Bezpieczeństwa Informacji. Pracownik ten – na podstawie uprawnień przyznanych przez Administratora Danych Osobowych – był upoważniony do pozyskiwania i przetwarzania informacji zawierających dane osobowe pracowników, pacjentów, kontrahentów oraz innych osób, związanych z działalnością Centrum oraz przechowywania ich w formie elektronicznej, w sposób gwarantujący ich ochronę. Według wyjaśnień Dyrektora nadzór nad systemem monitoringu tj. przegląd techniczny, kontrola zapisu obrazu oraz wrywkowy przegląd monitoringu pod kątem zdarzeń niepożądanych (przynajmniej raz na 21 dni) dokumentowanie tych czynności, kopiowanie i przekazywanie nagrań z systemu monitoringu, zostało powierzone pracownikom wskazanym zarządzeniem. nr 65/2011.

Ustalone
nieprawidłowości

W kontrolowanym zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W dokumentacji przetwarzania danych osobowych, o których mowa w § 3 rozporządzenia w sprawie przetwarzania danych nie zostały uwzględnione dane osobowe związane z funkcjonowaniem w Centrum systemu stacjonarnego monitoringu wizyjnego oraz systemu rejestracji rozmów telefonicznych podczas umawiania wizyt w poradniach Centrum.

W „Polityce bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i danych medycznych w Miejskim Centrum Medycznym im. dr Karola Jonschera w Łodzi” nie ujęto w wykazie podstawowych zbiorów danych osobowych i danych medycznych przetwarzanych w Szpitalu (załącznik nr 12 do Polityki), danych gromadzonych w związku z funkcjonowaniem monitoringów wizyjnego i głosowego. W załączniku nr 1 nie wykazano również systemów monitoringu jako systemów stosowanych do przetwarzania danych osobowych.

Wskazując przyczyny nieuwzględnienia w „Polityce bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i danych medycznych w Miejskim Centrum Medycznym im. dr Karola Jonschera w Łodzi”, zbioru danych osobowych tworzonych w związku z funkcjonowaniem w Centrum stacjonarnego monitoringu wizyjnego, Administrator Bezpieczeństwa Informacji Pani Elżbieta Ślebocka podała: „Przyjęliśmy, że celem zainstalowania kamer jest zwiększenie

bezpieczeństwa pacjentów, pracowników i mienia poprzez bieżący podgląd wyznaczonych miejsc. Monitoring nie miał służyć nagrywaniu, archiwizowaniu, przeglądaniu ani przetwarzaniu powstałych obrazów i to jest chyba jedyny powód, dla którego zbiory zarejestrowane przez kamery nie zostały potraktowane jak zbiory podlegające ochronie danych osobowych."

Zbiorem danych osobowych jest każdy zestaw danych o charakterze osobowym, posiadający określoną strukturę i dostępny według określonych kryteriów. Zbiór danych osobowych mogą tworzyć informacje utrwalone różnorodnymi metodami, w tym prowadzona w Centrum rejestracja (archiwizacja) obrazów z kamer systemu oraz rozmów telefonicznych. Nagrania z monitoringów Centrum tworzą zbiór danych osobowych o usystematyzowanej strukturze, w ramach których dotarcie do przetwarzanych danych umożliwia określenie parametry (miejsca, czasu). Dane z monitoringów wymagają zatem ochrony tych danych przed dostępem osób nieupoważnionych i winny być uwzględnione w dokumentacji, o których mowa w § 3 rozporządzenia w sprawie przetwarzania danych.

2. W konsekwencji nieuwzględniania danych z monitoringu wizyjnego oraz monitoringu głosowego jako zbiorów podlegających ochronie danych osobowych, administrator danych Centrum, w „Rejestrze wydanych upoważnień w zakresie ochrony danych osobowych i danych medycznych”, ewidencjonował uprawnienia dostępu dla obszaru danych obejmujących: dane pracownika, dane pacjenta oraz dane kontrahenta. W rejestrze nie występowały uprawnienia do przetwarzania danych z funkcjonujących w Centrum monitoringów.

W ww. rejestrze nie wskazano również systemów monitoringów jako systemów służących do przetwarzania danych osobowych.

Ocena częściowa

Funkcjonowanie w Centrum monitoringów wizyjnego i głosowego (tylko w zakresie rejestracji rozmów podczas umawiania wizyt w poradniach) i ich prewencyjny charakter, miało wpływ na zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów i personelu Centrum. W kontrolowanym okresie istotnie zmniejszyła się liczba podejmowanych w Szpitalu interwencji oraz spadła liczba prowadzonych postępowań w sprawie o wykroczenia. Sposób organizacji i funkcjonowania monitoringu wizyjnego oraz rejestracji rozmów zapewniał ochronę prawa do prywatności pacjenta.

Stosowane w Centrum rozwiązania organizacyjne nie gwarantowały jednak pełnej ochrony przetwarzanych danych osobowych uzyskanych z monitoringów. Zarówno zbiory tych danych jak i systemy ich przetwarzania nie zostały uwzględnione w wymaganej przepisem § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie przetwarzania danych – dokumentacji opisującej sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki zapewniające ochronę ich przetwarzania.

Nie prowadzono – wymaganej art. 39 ustawy o ochronie danych osobowych – ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych z monitoringów. W rejestrze prowadzonym przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji ewidencjonowane były ogólne upoważnienia do przetwarzania danych osobowych, wynikające z zajmowanego stanowiska i zakresu wykonywanych czynności.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²¹, wnosi o:

1. Zabezpieczenie gabinetów przed dostępem osób trzecich w trakcie udzielania w nich pacjentom świadczeń zdrowotnych.
2. Rozważenie obniżenia 20% poziomu niezadowolenia pacjentów, do którego nie podejmuje się działań naprawczych i korygujących.
3. Uzupełnienie dokumentacji Centrum opisującej sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki zapewniające ochronę ich przetwarzania o regulacje dotyczące danych osobowych powstających w wyniku funkcjonowania systemów monitoringu wizyjnego i głosowego.
4. Dostosowanie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z monitoringów, do wymogów obowiązujących w tym zakresie.

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 Łodzi.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

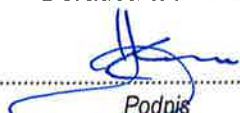
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Łódź, dnia 1 grudnia 2017 r.

Kontroler

Dariusz Krawczyk
Doradca techniczny


Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk



²¹ Dz.U. z 2017 r. poz. 524