



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.017.02.2017

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	Ryszard Kościelecki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLO/135/2017 z dnia 11.09.2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr. Władysława Biegańskiego w Łodzi, ul. Kniaziewicza 1/5, 91-347 Łódź (dalej „WSSz”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pani Elżbieta SZKLAREK – dyrektor. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Przepisy wewnętrzne WSSz określające organizację, procedury udzielania świadczeń zdrowotnych oraz obowiązki personelu medycznego uwzględniały prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności przysługujące na mocy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (art.20 ust.1)¹. Ustanowiono reguły postępowania dotyczące obowiązku uzyskiwania zgody pacjenta na udzielanie świadczeń w obecności osób trzecich oraz wprowadzono szczegółowe zasady regulujące odwiedziny pacjentów. Regulacje obowiązujące nie zawierały jednak wytycznych co do sposobu zachowania personelu, czy miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, które by zapewniały przestrzeganie praw pacjentów. W tym też można – w ocenie NIK - upatrywać przyczyny występowania przypadków naruszenia praw, wskazywanych przez pacjentów w badaniu ankietowym przeprowadzonym przez NIK oraz w prowadzonych przez WSSz badaniach satysfakcji pacjentów.

Warunki organizacyjno-techniczne udzielania świadczeń zdrowotnych w większości kontrolowanych oddziałów WSSz umożliwiały realizację prawa pacjenta do prywatności. Zagrożenie tego prawa w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych wynikało z nieoznaczenia pomieszczeń odpowiednimi informacjami zakazującymi wejścia do pomieszczeń innym osobom, jak również niezabezpieczenia okien i przeszklonych drzwi przed możliwością obserwacji od zewnątrz. Brakujące zabezpieczenia zostały częściowo wykonane jeszcze w czasie trwania kontroli NIK. Zgodnie z obowiązującą w WSSz procedurą w przypadku braku wolnych miejsc w salach chorych przyjmowani pacjenci, za ich zgodą, byli hospitalizowani na

¹ Dz. U. 2017, poz.1318

łóżkach umieszczonych w korytarzach oddziałów, zabezpieczających intymność jedynie za pomocą parawanów.

Warunki lokalowe Izby Przyjęć utrudniały poszanowanie prawa pacjenta do prywatności, gdyż rejestracja pacjentów odbywała się w obecności innych osób oczekujących na przyjęcie.

W WSSz nie dokonano analizy zasadności monitoringu wizyjnego. System ten był w części niesprawny technicznie, co nie pozwalało na zgodne z przeznaczeniem, gospodarne wykorzystanie tego składnika majątku. Sprawnie działał monitoring głosowy związany z rejestrowaniem rozmów telefonicznych. Zapewniono środki techniczne i organizacyjne gwarantujące ochronę danych osobowych uzyskanych z monitoringu wizyjnego i głosowego. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły braku zdefiniowania zbioru obejmującego nagrane rozmowy telefoniczne. Ewidencja osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych była niepełna, bo nie obejmowała niektórych pracowników uprawnionych do przetwarzania danych z monitoringu wizyjnego.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Opis stanu
faktycznego

1.1. Zgodnie ze Statutem nadanym przez Zarząd Województwa Łódzkiego WSSz jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej². Statut określił ogólną strukturę organizacyjną WSSz, w której wyodrębniono 2 Zakłady Lecznicze - Szpital Wielospecjalistyczny i Przychodnię Specjalistyczną. W skład Szpitala wchodziły: Izba Przyjęć, Izba Przyjęć Zakaźna, 11 oddziałów szpitalnych³, Pracownia Endoskopii Zabiegowej, Dział Diagnostyki Laboratoryjnej, Zakład Diagnostyki Obrazowej, Apteka. Przychodnia obejmowała 10 specjalistycznych poradni⁴, 3 gabinety zabiegowe i Certyfikowane Centrum Medycyny Podróży - Punkt Szczepień.

Zgodnie ze Statutem na bazie 6 oddziałów Szpitala jest prowadzona działalność dydaktyczna i naukowo - badawcza w ramach klinik Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Treść Statutu nie zawierała postanowień związanych z poszanowaniem praw pacjentów, w tym prawa do prywatności.

² Uchwała nr 210/17 Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 1 marca 2017 r. w sprawie nadania statutu Wojewódzkiemu Specjalistycznemu Szpitalowi im. dr. Władysława Biegańskiego w Łodzi (Dz. Urz. Województwa Łódzkiego z 2017 r. poz. 1273)

³ Oddział Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Pasożytniczych dla Dorosłych; Oddział Chorób Zakaźnych, Tropikalnych i Pasożytniczych dla Dzieci; Oddział

Chorób Zakaźnych i Przewodu Pokarmowego; Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej; Oddział Kardiologiczny; Oddział Kardiochirurgiczny;

Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej; Oddział Chorób Wewnętrznych; Oddział Chorób

Wewnętrznych Klinika UM; Oddział Obserwacyjno – Zakaźny i Chorób Wątroby; Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

⁴ Poradnia Chorób Zakaźnych, Pasożytniczych, Tropikalnych i Infekcji Grzybiczych; Poradnia Kardiologiczna dla Dorosłych; Poradnia Hepatologiczna; Poradnia Dermatologiczna dla Dzieci; Poradnia Skórno – Wenerologiczna; Poradnia Chorób Zakaźnych dla Dzieci; Poradnia Nabytych Zaburzeń Odporności; Poradnia Chorób Przewodu Pokarmowego; Poradnia Kardiochirurgiczna; Poradnia Wad Serca.

W kontrolowanym okresie WSSz posiadał akredytację Ministra Zdrowia udzieloną certyfikatami potwierdzającymi spełnianie standardów akredytacyjnych dla lecznictwa szpitalnego⁵.

(dowód: akta kontroli str. 79,80)

WSSz uzyskał także certyfikaty potwierdzające zgodność systemu zarządzania z wymaganiami norm⁶.

(dowód: akta kontroli str.91-94)

Szczegółowa organizacja WSSz została określona Regulaminem Organizacyjnym WSSz⁷, (zwanym dalej „Regulaminem”), który – zgodnie z § 7 – obowiązuje pracowników WSSz oraz osoby i firmy wykonujące świadczenia zdrowotne na rzecz WSSz na podstawie umów cywilnoprawnych, pacjentów oraz osoby odwiedzające. Uzupełnienie Regulaminu stanowiły regulaminy wewnętrzne poszczególnych oddziałów WSSz.⁸

(dowód: akta kontroli str.7-78)

W rozdziale VII Regulaminu zostały wykazane prawa i obowiązki pacjenta. Ta część Regulaminu, jak i pozostałe części oraz załączniki, nie zawierała postanowień odnoszących się do prawa poszanowania intymności i godności pacjenta w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych. Zapisów w tym zakresie nie było także w wewnętrznych regulaminach oddziałów.

(dowód: akta kontroli str.7-78)

Według § 16 Regulaminu Dyrektor WSSz określa, w drodze zarządzeń, szczegółowe zasady, standardy postępowania i procedury wykonywane w poszczególnych komórkach organizacyjnych w celu zapewnienia właściwej dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str.16)

W ustanowionych przez WSSz procedurach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności zostały uwzględnione w następujący sposób.

Procedura dotycząca przyjęcia pacjenta w trybie planowanym i nagłym oraz odmowy przyjęcia⁹ stanowiła, że w przypadku braku miejsc w oddziale docelowym lekarz dyżurny właściwej izby przyjąć jest obowiązany znaleźć dla pacjenta przyjmowanego w trybie nagłym miejsce w Szpitalu lub wolne łóżko dodatkowe poza

⁵ Certyfikaty akredytacyjne: nr 2013/45 z dnia 18.09.2013 r. i nr 2017/6 z dnia 27.04.2017 r. wydane na podstawie art. 3 ust.3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (j.t. Dz. U. 2016 r. poz. 2135)

⁶ Certyfikaty w zakresie: ISO 9001:2008; ISO 14001:2004; PN-N-18001:2004; ISO 50001:2011 wydane przez Dekra Certification Sp. z o.o. we Wrocławiu

⁷ Zarządzenie Wewnętrzne Nr 86/2016 r. Dyrektora Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego z dnia 24.11.2016 r. w sprawie jednolitego tekstu Regulaminu Organizacyjnego Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi

Zarządzenie Wewnętrzne Nr 42/2017 r. Dyrektora Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego z dnia 15.05.2017 r. w sprawie warunków udostępniania dokumentacji medycznej pacjentom WSSz im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi

⁸ Zarządzenie Wewnętrzne Nr 42/2017 r. Dyrektora Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego z dnia 15.10.2015 r. w sprawie zmian do Zarządzenia Wewnętrznego Nr 14/2013 r. z dnia 18.03.2013 r. w sprawie regulaminów wewnętrznych oddziałów Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi

⁹ Procedura QP – 17/O wydanie 4-7

salą chorych (łóżko korytarzowe) oraz uzyskać zgodę pacjenta na czasowy pobyt na łóżku korytarzowym, w formie oświadczenia według określonego wzoru.

(dowód: akta kontroli str.111-161)

Procedura określająca zasady pobytu pacjenta w stanie terminalnym¹⁰ przewidywała zabezpieczenie odpowiednich warunków lokalowych poprzez wydzielenie osobnej sali dla zapewnienia atmosfery spokoju i prywatności oraz ułatwienia kontaktu z bliskimi lub wydzielenie części sali dla pacjenta w stanie terminalnym i odizolowanie jej parawanami, – aby zapewnić minimum intymności i prywatności. Ponadto procedura ta określała także inne wymagania w zakresie opieki nad pacjentem ze strony personelu medycznego.

(dowód: akta kontroli str.162-165)

Procedurą określającą tryb i zasady informowania pacjenta¹¹ została wprowadzona Karta Praw i Obowiązków Pacjenta. W części F tego dokumentu znajdował się zapis, że pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych, a osoba wykonująca zawód medyczny ma obowiązek postępować w sposób zapewniający poszanowanie tego prawa. Prawo to zostało odnotowane również w Informatorze dla Pacjenta, przewidzianym powyższą procedurą.

(dowód: akta kontroli str.166-180,216,217)

Procedura dotycząca zasad udziału rodziny lub osoby wskazanej przez pacjenta w procesie opieki¹² stanowiła, że obecność rodziny lub opiekunów (w Sali wieloosobowej) nie może obciążać innych pacjentów i naruszać ich prawa do intymności i spokoju.

(dowód: akta kontroli str.182)

Zgodnie z procedurą wykonywania zabiegów związanych z przerywaniem ciągłości skóry¹³ w trakcie tych czynności należy pamiętać o zachowaniu godności i intymności pacjenta.

(dowód: akta kontroli str.185)

Procedura założenia kaniuli dożylniej i obserwacji miejsca wkłucia¹⁴ wymaga przedstawienia pacjentowi celu i sposobu założenia cewnika oraz możliwych powikłań zabiegu.

(dowód: akta kontroli str.190,195,)

Procedura zakładania cewnika do pęcherza moczowego¹⁵ wymaga zapewnienia warunków intymności przy wykonywaniu tej czynności.

(dowód: akta kontroli str.207,214)

Obowiązek przestrzegania praw pacjenta, w tym prawa do poszanowania godności osobistej i intymności znalazł wyraz w zakresach czynności pracowników bezpośrednio realizujących świadczenia zdrowotne. Potwierdzały to badane pod tym względem akta osobowe wszystkich lekarzy i pielęgniarek z Oddziału Chorób

¹⁰ Procedura QP – 22/O wydanie1

¹¹ Procedura QP – 24/O wydanie 2-3

¹² Procedura QP – 26/O wydanie 1

¹³ Procedura QI – 12.1/E wydanie 1

¹⁴ Procedura QP – 14.1/E wydanie 2-3

¹⁵ Procedura QI – 16.1/E wydanie 1-2

Wewnętrznych – Kliniki WSSz. W zakresie czynności każdego z 20 lekarzy na wszystkich stanowiskach został zawarty zapis o obowiązku przestrzegania praw pacjenta i etyki lekarskiej. Zakres czynności każdej z 20 pielęgniarek na wszystkich stanowiskach obejmował jednakowe obowiązki dotyczące przestrzegania praw pacjenta, takie jak: kierowanie się dobrem pacjenta i poszanowaniem jego godności osobistej przy planowaniu i realizowaniu indywidualnego programu opieki, zachowanie szacunku dla indywidualnych upodobań pacjenta podczas wykonywania czynności, wykonywanie zabiegów w atmosferze intymności, chronienie pacjenta przed niekorzystnymi, nieetycznymi i bezprawnymi działaniami innych osób.

(dowód: akta kontroli str.109-110)

W umowach z podmiotami zewnętrznymi na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dla WSSz zostały zawarte postanowienia zobowiązujące zleceniobiorców do przestrzegania przepisów określających prawa i obowiązki pacjentów.

(dowód: akta kontroli str.215)

Przestrzeganie praw pacjenta zostało także ujęte w katalogu obowiązków studenta odbywającego praktykę w WSSz na podstawie porozumień zawartych w tym zakresie z Uniwersytetem Medycznym w Łodzi.

(dowód: akta kontroli str.322)

Prawo pacjenta do odwiedzin znalazło wyraz w Regulaminie, w którym zostały określone m.in. godziny odwiedzin i dopuszczalna liczba osób odwiedzających jednocześnie chorego, zasady przebywania rodziców/opiekunów z dzieckiem, obowiązki dotyczące zachowania osób odwiedzających i zasady uzyskiwania informacji o stanie zdrowia pacjenta, a także zasady przebywania osób trzecich poza odwiedzającymi.

W odrębnej procedurze zostały określone zasady udziału rodziny lub osoby wskazanej przez pacjenta w procesie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej¹⁶

(dowód: akta kontroli str.21-23,66,181-182)

W procedurach zobowiązujących do zachowania intymności i godności pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie określono zasad i sposobów postępowania personelu medycznego zapewniających realizację tego prawa pacjenta. Procedury nie zawierały wymagań, co do miejsca udzielania określonych świadczeń medycznych (w odrębnych gabinetach, bez obecności osób trzecich), czy też nieprowadzenia wywiadu lekarskiego i badań pacjenta w wieloosobowej sali chorych.

(dowód: akta kontroli str.111-214)

Z wyjaśnienia Pani Dyrektor wynika, że w procedurach, dlatego nie określono sposobu postępowania dotyczącego zachowania intymności i godności pacjenta, ponieważ personel WSSz przy wykonywaniu wszelkich czynności przy pacjencie jest zobowiązany do przestrzegania wszystkich postanowień określonych w prawach pacjenta.

(dowód: akta kontroli str.326,328)

¹⁶ Procedura QP – 26/O wydanie 1

Przeprowadzone przez kontrolera badanie ankietowe 87 pacjentów¹⁷ wykazało, że: - 69 pacjentów (79,3%) nie spotkało się podczas hospitalizacji w WSSz z naruszeniem prywatności poprzez udzielanie informacji o stanie zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu, a 10 pacjentów (11,5%) potwierdziło naruszenie w taki sposób ich prywatności (8 ankietowanych nie miało w tym zakresie zdania lub nie udzieliło odpowiedzi),

- 74 pacjentów (85,0%) nie spotkało się naruszeniem swoich praw poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów, natomiast 7 pacjentów (8%) wskazało na taki rodzaj naruszenia ich praw,

- 72 pacjentów (82,7%) nie spotkało się naruszeniem swoich praw poprzez niezabezpieczenie gabinetów, w których udzielano świadczeń zdrowotnych, przed dostępem osób trzecich, natomiast 5 ankietowanych (5,7%) wykazało takie naruszenie ich praw,

- 80 pacjentów (92%) nie spotkało się z naruszeniem prywatności poprzez przeprowadzenie wywiadu przy innych osobach/pacjentach, a 3 ankietowanych (3,4%) wskazało na taki sposób naruszenia ich praw.

(dowód: akta kontroli str.221-234)

1.2. Obowiązek i sposób informowania pacjentów o ich prawach został uregulowany procedurą określającą tryb i zasady informowania pacjenta.¹⁸ Procedura zawierała szczegółowy opis postępowania personelu medycznego w zakresie informacji udzielanych pacjentowi i osobom uprawnionym w chwili przyjmowania do WSSz, a następnie w czasie leczenia szpitalnego. Procedura wymagała od pielęgniarki Izby Przyjęć poinformowania pacjenta o przysługujących mu prawach w zakresie przyjęcia do WSSz oraz wykonania wstępnych badań diagnostycznych oraz działań terapeutycznych w Izbie Przyjęć. Procedura nakładała na pielęgniarkę oddziału, do którego pacjent został przyjęty obowiązek zapoznania go z prawami i obowiązkami zawartymi w Karcie Praw i Obowiązków Pacjenta oraz przekazania mu Informatora dla Pacjenta. W procedurze zostały też szczegółowo określone zasady informowania pacjenta o stanie jego zdrowia.

(dowód: akta kontroli str.167,174)

W 5 kontrolowanych oddziałach¹⁹ oraz w izbach przyjęć WSSz na tablicach ogłoszeń zostały uwidocznione, obok innych informacji, także Karta Praw i Obowiązków Pacjenta. W tym zakresie Dyrektor WSSz wydał Komunikat nr 31/2015 z dnia 1.06.2015 r. w sprawie informacji zamieszczanych na tablicach ogłoszeń we wszystkich komórkach działalności podstawowej zgodnie z wymaganiami NFZ.

(dowód: akta kontroli str.298-305,329-331)

W procedurze dotyczącej przyjęcia pacjenta w trybie planowanym i nagłym oraz odmowy przyjęcia został uregulowany tryb uzyskiwania zgody pacjenta na obecność

¹⁷ W badaniu ankietowym uczestniczyło 87 pacjentów spośród 151 pacjentów przebywających podczas ankietowania na 5 Oddziałach (Oddział Chorób Wewnętrznych – Klinika; Oddział Chorób Wewnętrznych; Oddział Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej – Pododdział dla Dorosłych; Oddział Kardiologiczny; Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej)

¹⁸ Patrz przypis 11

¹⁹ Oddziały wymienione w przypisie 17

osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych²⁰. Zgodnie z tym pacjent przyjmowany do WSSz podpisywał pisemnie oświadczenie zawarte w wypełnionym przez siebie formularzu, na którym graficznie zaznaczał wybraną rubrykę „TAK” lub „NIE” wyrażającą zgodę lub jej brak na prowadzenie, w jego obecności i z jego udziałem, zajęć dydaktycznych dla studentów medycyny i uczestników szkoleń medycznych. Uczestnictwo studentów przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wynikało z udostępnienia przez WSSZ Uniwersytetowi Medycznemu w Łodzi, na podstawie umowy z dnia 30.12.2015 r., 6 oddziałów szpitalnych dla realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w tym badań klinicznych, w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Analiza losowo wybranej dokumentacji medycznej 75 pacjentów z 5 kontrolowanych oddziałów²¹ wykazała, że w każdym przypadku dokumentacja zawierała wypełniony formularz „Oświadczenie Pacjenta – Hospitalizacja”.

Według 64 formularzy pacjenci zgodzili się na prowadzenie, w ich obecności i z ich udziałem, zajęć dydaktycznych dla studentów medycyny i uczestników szkoleń medycznych. Zgoda została wyrażona poprzez zakreślenie odpowiedzi „TAK” i własnoręczne podpisanie formularza przez pacjenta.

W 6 przypadkach pacjenci nie wyrazili zgody w powyższym zakresie, zaznaczając na podpisanym osobiście formularzu odpowiedź „NIE”.

W 1 przypadku pacjent podpisał formularz, na którym nie wskazał żadnej odpowiedzi „TAK” lub „NIE”.

W 4 formularzach nie zaznaczono ani odpowiedzi „TAK”, ani „NIE”, a w miejscu przeznaczonym na podpis pacjenta znajdowała się jedna z adnotacji: „stan bardzo ciężki” lub „stan ciężki”, albo „brak sprawności” opatrzona imiennymi pieczęciami i podpisami pielęgniarek lub lekarza.

(dowód: akta kontroli str.322-324)

Zgodnie z wyjaśnieniem Pani Dyrektor niezaznaczenie odpowiedzi przez pacjenta traktowane jest, jako odmowa wyrażenia przez niego zgody.

(dowód: akta kontroli str.417,419)

W badaniu ankietowym²² przeprowadzonym przez kontrolera 75 pacjentów (86,2% respondentów) potwierdziło, że podczas przyjmowania do WSSz zostało poinformowanych o przysługujących prawach i obowiązkach, a 3 pacjentów (3,4%) udzieliło odpowiedzi przeczącej.

(dowód: akta kontroli str.234)

1.3. Przeprowadzone pod względem zapewnienia warunków do poszanowania intymności i godności pacjenta oględziny 5 oddziałów²³ wykazały, że dysponowały one łącznie 76 salami chorych, z których większość (58%) – to sale dwułożkowe w ilości 44. Pozostała ilość - to 8 sal jednoosobowych, 15 sal trzyosobowych, 7 sal czteroosobowych oraz po 1 sali z pięcioma i sześcioma łózkami

²⁰ Patrz przypis 9

²¹ Oddziały wymienione w przypisie 17

²² Patrz przypis 17

²³ oddziały wymienione w przypisie 17

Z łącznej ilości 180 miejsc dla pacjentów posiadanych przez kontrolowane oddziały 8 miejsc (4,4%) znajdowało się w salach jednoosobowych, 88 miejsc (48,9%) – w salach dwuosobowych, 45 miejsc (25%) – w salach trzyosobowych, a 39 miejsc (21,7%) – w pozostałych salach wieloosobowych.

Dwa z tych oddziałów²⁴ posiadały po 2 sale wieloosobowe, w których łóżka były oddzielone parawanami umocowanymi na stałe. W pozostałych salach chorych nie stwierdzono parawanów stałych lub przenośnych.

Na 3 oddziałach²⁵ znajdowało się 11 dodatkowych łóżek umieszczonych na korytarzu, zasłoniętych przenośnymi parawanami. Z 4 łóżek korzystali pacjenci, pozostałe 7 łóżek nie było w tym czasie zajętych.

W węzeł sanitarny (łazienka, wc) były wyposażone 33 sale, a najwięcej - 14 sal na Oddziale Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej. Niezależnie od tego na wszystkich oddziałach znajdowały się ogólnodostępne, oddzielne dla kobiet i mężczyzn łazienki, zapewniające warunki do intymnego korzystania z tych pomieszczeń.

W trzech oddziałach²⁶ drzwi i okna gabinetów do badań i zabiegów były zabezpieczone matowym szkłem lub roletami przed możliwością oglądania wnętrza tych pomieszczeń od zewnątrz. Takiego zabezpieczenia nie posiadały przeszklone drzwi i okna 2 pomieszczeń Oddziału Kardiologicznego oraz 5 gabinetów w Oddziale Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej, co umożliwiało obserwowanie ich wnętrza od strony zewnętrznej.

Gabinety lekarskie i zabiegowe w 4 oddziałach posiadały oznaczenie odpowiednią nazwą. W Oddziale Kardiologicznym nie stwierdzono pomieszczenia oznaczonego napisem „gabinet zabiegowy” natomiast dwa pomieszczenia były oznaczone napisem „dyżurka pielęgniarek” i wyposażone m.in. w fotel do pobierania krwi, szafki ze środkami farmaceutycznymi oraz sprzętem jednorazowym.

Przy wejściu do gabinetów zabiegowych, pokoiów badań czy dyżurek pielęgniarek nie było uwidocznych informacji w rodzaju „nie wchodzić” czy „wchodzić na wezwanie”. Drzwi pomieszczeń były wyposażone w zamki umożliwiające zamykanie z obu stron.

Na oddziałach nie było oddzielnych pomieszczeń przeznaczonych do odwiedzin pacjentów, natomiast w 3 oddziałach w tym celu na korytarzu zostały ustawione 1-2 stoliki z krzesłami. W pozostałych 2 oddziałach²⁷ takie miejsca nie zostały przygotowane.

(dowód: akta kontroli str.235-240)

Na podstawie oględzin Izby Przyjęć Zakaźnej oraz wchodzącej w jej skład Izby Przyjęć Dermatologicznej stwierdzono, że pomieszczenia, w których odbywa się rejestracja pacjentów są oddzielone od poczekalni z osobami oczekującymi na przyjęcie do WSSz. W pomieszczeniu Izby Przyjęć Zakaźnej znajdują się 4 leżanki dla pacjentów całkowicie oddzielone parawanami zamontowanymi na stałe

²⁴ Oddział Chorób Wewnętrznych i Oddział Kardiologiczny

²⁵ Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Kardiologiczny, Oddział Chorób Wewnętrznych - Klinika

²⁶ Oddział Chorób Wewnętrznych, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Oddział Chorób Wewnętrznych - Klinika

²⁷ Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Oddział Chorób Wewnętrznych - Klinika

Natomiast w skład Izby Przyjęć (ogólnej) wchodzi pomieszczenie, w którym odbywa się zarówno oczekiwanie na rejestrację, jak i rejestracja pacjentów przyjmowanych do WSSz. Pomieszczenie jest wyposażone w 16 krzeseł przeznaczonych dla oczekujących pacjentów, ustawionych w odległości ok. 1,5 m od lady, za którą znajdują się 3 stanowiska do rejestracji pacjentów. Ponadto Izba Przyjęć posiada odrębną salę obserwacyjną z 3 leżankami całkowicie oddzielonymi parawanami.

(dowód: akta kontroli str. 295-297)

W badaniu ankietowym²⁸ przeprowadzonym przez kontrolera 72 pacjentów (82,7% respondentów) uznało, że warunki pobytu oraz sanitarno – higieniczne w WSSz uwzględniają prywatność i zapewniają poczucie intymności i godności, natomiast 8 pacjentów (9,2%) było przeciwnego zdania.

(dowód: akta kontroli str.234)

1.4. WSSz przeprowadza corocznie własne badania satysfakcji pacjentów hospitalizowanych i korzystających z poradni²⁹. Z przedłożonych raportów wynikało, że w październiku i listopadzie 2015 r. i 2016 r. zostały przeprowadzone badania ankietowe satysfakcji pacjentów hospitalizowanych, zakres tych badań był jednakowy i obejmował m.in. informowanie o prawach i obowiązkach pacjenta, zapoznanie pacjenta z zasadami odwiedzin, intymność podczas badania pacjenta i w czasie zabiegów pielęgnacyjnych. Odnośnie informowania pacjentów o ich prawach i obowiązkach negatywnej odpowiedzi udzieliło od 4% do 16 % respondentów 6 jednostek organizacyjnych w 2015 r., jak również od 4% do 23% ankietowanych z 5 jednostek w 2016 r. Odnośnie zapoznania pacjentów z zasadami odwiedzin negatywnej odpowiedzi udzieliło od 6% do 26% respondentów 8 jednostek WSSz w 2015 r., a także od 4% do 32% ankietowanych z 9 jednostek w 2016 r.

Na brak poszanowania intymności podczas badań lekarskich wskazało od 3% do 16% ankietowanych pacjentów z 5 oddziałów szpitalnych w 2015 r. oraz od 2% do 22% respondentów 8 jednostek w 2016 r.

Od 3% do 21% ankietowanych pacjentów z 5 oddziałów szpitalnych w 2015 r. wskazało na brak dbałości o zachowanie ich intymności podczas zabiegów pielęgnacyjnych. W 2016 r. dotyczyło to 6% i 15% pacjentów ankietowanych na 2 oddziałach szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 242-243)

Wyniki badań zostały przedstawione Dyrektorowi WSSz oraz omawiane w trakcie spotkań szkoleniowych w poszczególnych oddziałach szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 244-294)

Z działalnością leczniczą związanych było 39 kontroli WSSz, które w latach 2015-2017 zostały przeprowadzone z ramienia organu założycielskiego przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego oraz przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, organy inspekcji sanitarnej, wojewódzkich

²⁸ Patrz przypis 17

²⁹ Badanie, co najmniej jeden raz w roku kalendarzowym wprowadzone zarządzeniem wewnętrznym nr 19/2012 Dyrektora Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Władysława Biegańskiego w Łodzi z dnia 16 marca 2012 r. w sprawie powołania Zespołu ds. Badania Satysfakcji Pacjentów i Personelu

konsultantów medycznych oraz inne uprawnione jednostki. W zakresie przedmiotowym tych kontroli, odnotowanym w książce kontroli oraz w protokołach i wystąpieniach pokontrolnych, nie zostały wyodrębnione zagadnienia czy treści odnoszące się wprost do przestrzegania prawa pacjenta do prywatności, intymności czy poszanowania godności pacjenta. W 3 protokołach³⁰ odnotowywano natomiast prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, w tym potwierdzającej informowanie pacjentów o ich prawach.

(dowód: akta kontroli str. 4)

Prowadzone w badanym okresie kontrole wewnętrzne nie dotyczyły działalności leczniczej WSSz..

(dowód: akta kontroli str. 6)

Raport z wizyty akredytacyjnej³¹ przeprowadzonej w 2017 r. w odniesieniu do praw pacjenta stwierdzał spełnienie standardu akredytacyjnego dotyczącego sprawowania opieki nad pacjentem z zachowaniem zasad prywatności, z uwagą „dostawki na oddziale internistycznym, brak możliwości zapewnienia pacjentom intymności”

(dowód: akta kontroli str. 84)

W kontrolowanym okresie zarejestrowano łącznie 43 skargi pacjentów na działalność leczniczą WSSz.

Skarga złożona w dniu 12.01.2015 r. dotyczyła niezapewnienia na Oddziale Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej odpowiednich warunków dla pacjentów – dzieci, narażonych na stres w związku z powtarzającymi się incydentami wywołanymi wchodzeniem i przebywaniem na tym oddziale osób niepowołanych i nieupoważnionych tj. pacjentów z pododdziału dla dorosłych.

W wyniku postępowania wyjaśniającego podjęto w trybie pilnym działania zmierzające do zabezpieczenia drzwi wejściowych na oddział dziecięcy, zwrócono uwagę personelowi oddziału na przestrzeganie zakazu wstępu osób niepowołanych, o czym poinformowano skarżącego pismem z dnia 26.01.2015 r.

Przedmiotem innych skarg nie były zdarzenia związane z nieprzestrzeganiem prawa pacjenta do prywatności, intymności czy poszanowania godności.

(dowód: akta kontroli str. 5)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W ocenie NIK wyniki ankiety przeprowadzonej przez kontrolera wśród pacjentów, świadczące o przypadkach naruszania ich prywatności podczas pobytu w WSSz, jak również takie wyniki własnych badań satysfakcji pacjentów, wskazują na niewystarczające działania w tym przedmiocie.

Nie w pełni było możliwe realizowanie prawa do intymności pacjentów, którym WSSz z braku wolnych miejsc w salach, umożliwiał hospitalizację na dodatkowych łóżkach umieszczonych na korytarzach oddziałów. Niemniej zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą uzyskiwano zgodę pacjenta na takie warunki, a łóżka były zabezpieczane parawanami.

³⁰ protokoły kontroli z dnia 27.02.2015 r., 12.06. 2015 r., 17.06.2015 r. przeprowadzonych przez Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ oraz konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pediatrii

³¹ Raport z wizytacji WSSz przeprowadzonej w dniach 15-17.02.2017 r. przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia

Funkcjonowanie Izby Przyjęć w istniejących warunkach lokalowych nie zapewnia należytej realizacji prawa pacjenta do prywatności z uwagi na prowadzenie czynności rejestracyjnych w obecności innych osób oczekujących.

Również brak zabezpieczenia niektórych pomieszczeń pogarszał warunki niezbędne do przestrzegania tego prawa pacjenta. Jak wynika z wyjaśnienia Pani Dyrektor, jeszcze w trakcie kontroli NIK szyby w drzwiach gabinetów zabiegowych i pokoi badań zostały zabezpieczone matową folią, a pomieszczenia oznaczone brakującymi informacjami „wchodzić na wezwanie”.

(dowód: akta kontroli str. 327-328)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

W obowiązujących regulacjach wewnętrznych WSSz określających organizację, procedury udzielania świadczeń zdrowotnych oraz obowiązki personelu medycznego uwzględnione zostało prawo pacjenta do poszanowania intymności i godności. Pacjentów informowano o przysługujących prawach. Obowiązujące w WSSz regulacje nie zawierały jednak wytycznych, co do sposobu zachowania personelu, czy miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych, które by zapewniały przestrzeganie prawa pacjenta do poszanowania prywatności. W tym też można – w ocenie NIK - upatrywać przyczyny występowania przypadków naruszenia tego prawa wskazywanych w badaniach ankietowych pacjentów przeprowadzonych przez NIK, oraz prowadzonych przez WSSz badań satysfakcji pacjentów.

Warunki organizacyjno-techniczne udzielania świadczeń zdrowotnych w większości kontrolowanych oddziałów WSSz umożliwiały realizację prawa pacjenta do prywatności. Braki w tym zakresie dotyczyły niezabezpieczenia części pomieszczeń, w których wykonywano zabiegi i badania, przed wejściem w tym czasie innych osób oraz przed możliwością obserwacji wnętrza pomieszczeń przez okna i przeszklone drzwi. Niedostateczna była też ochrona prywatności pacjentów w czasie rejestracji w Izbie Przyjęć. Czynności z tym związane prowadzone były w obecności innych osób oczekujących. Świadczenia były udzielane po uprzednim uzyskaniu zgody pacjenta, w tym także np. zgody na korzystanie z łóżka dostawionego na korytarzu, czy też wykonywania procedur w obecności innych osób.

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

Opis stanu
faktycznego

2.1. WSSz posiada system monitoringu wizyjnego zainstalowany zarówno wewnątrz budynków, w których jest prowadzona działalności podstawowa, jak i na zewnątrz tych obiektów.

(dowód: akta kontroli str. 340-342)

Według obowiązującej w WSSz Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym³² (dalej: „IZSI”) monitoring został zdefiniowany, jako monitorowanie terenu szpitala

³² Tekst jednolity Instrukcji wprowadzony Zarządzeniem wewnętrznym nr 95/2014 Dyrektora Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego z dnia 4.11.2014 r. w sprawie zmian do zarządzenia wewnętrznego nr 30/2013 z dnia 14.05.2013 r. r. w sprawie Regulaminu dostępu do stref w Wojewódzkim Specjalistycznym im. dr. Wł. Biegańskiego w Łodzi

i przestrzeni dostępnej publicznie (hole, korytarze) w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom i pracownikom i odnosił się do zapisu obrazu.

W załączniku nr 3a do IZSI, zawierającym wykaz zbiorów danych, został wyszczególniony zbiór „Monitoring”.

W załączniku nr 3 do IZSI, zawierającym m.in. lokalizację zbiorów danych, dla zbioru „Monitoring” wykazano lokalizację rejestratorów w pawilonie W (portiernia), bez wskazania lokalizacji rejestratora znajdującego się w pawilonie C.

(dowód: akta kontroli str.339-341, 390-393)

Z dokumentacji inwestycyjnej, ewidencji księgowej środków trwałych, umów na usługi ochrony osób i mienia oraz wyjaśnień wynika, że system monitoringu powstawał etapowo, w ramach instalowania jego poszczególnych fragmentów (monitoring terenu) przez firmy zewnętrzne świadczące na rzecz WSSz usługi ochrony oraz w ramach realizowanych zadań inwestycyjnych związanych z przebudową i modernizacją obiektów (monitoring wewnętrzny).

Odnosnie decyzji o wprowadzeniu monitoringu przedłożono opracowanie pt. „Plan rozwoju WSSz im Wł. Biegańskiego w Łodzi w 2008 r. i latach następnych”, przedstawiający zadania inwestycyjno – organizacyjne przewidziane do realizacji w poszczególnych segmentach działalności leczniczej. W części dot. dostosowania oddziałów szpitala do wymagań i obowiązujących przepisów zawarty był zapis o potrzebie wykonania pełnego monitoringu szpitala, i że zapoczątkowane w 2008 r. prace w zakresie monitoringu obiektów szpitala będą kontynuowane w latach następnych, co jest szczególnie ważne z chwilą uruchomienia na bazie oddziałów zakaźnych Centrum Diagnozowania i Leczenia Chorób Zakaźnych.

Z przedstawionych materiałów nie wynikało, jakie było uzasadnienie wprowadzenia monitoringu wewnętrznego w innych obiektach szpitalnych oraz monitoringu zewnętrznego.

Pismem z dnia 14.10.2008 r. wykonawca projektu budowlanego dotyczącego modernizacji pawilonów szpitalnych informował Dyrektora WSSz, że koncepcje i potrzeby w zakresie monitoringu wybranych stref medycznych są szczegółowo omawiane i ustalane z użytkownikami wszystkich komórek organizacyjnych objętych projektem.

(dowód: akta kontroli str. 332-335,337-338,350-352,399,419)

System monitoringu został zbudowany w oparciu o kamery typu analogowego, bez funkcji „stref prywatności” i przekazu dźwięku. W skład monitoringu zewnętrznego wchodziło 37 kamer rozmieszczonych na zewnętrznych ścianach budynków – pawilonów szpitalnych i na słupach, obejmujących swoim zasięgiem 2 bramy wjazdowe, teren przy portierni i wzdłuż ogrodzenia nieruchomości, wejścia do budynków, parking wewnętrzny. WSSz nie posiadał dokumentacji technicznej tej części monitoringu, stan ilościowy ustalono w wyniku dokonanych oględzin. Z oględzin wynikało, że obrazy z kamer zewnętrznych były przekazywane do 2 rejestratorów 16 – kanałowych znajdujących się w zamkniętym oddzielnym pomieszczeniu w budynku portierni. Oba rejestratory odbierały obrazy z 18 kamer zewnętrznych, a z pozostałych 19 kamer obrazy nie były widoczne na monitorach podłączonych do rejestratorów. Jak wynikało z ekspertyzy technicznej monitoringu zewnętrznego, dokonanej w 2016 r. na zlecenie WSSz, był on częściowo

niesprawny z powodu uszkodzenia różnych jego elementów (kamer, okablowania, zasilaczy).

(dowód: akta kontroli str. 340,343,419)

Wewnątrz obiektów szpitalnych znajdowało się łącznie 111 kamer zainstalowanych w częściach komunikacyjnych budynków (na korytarzach) oraz w pomieszczeniach (izolatkach, bloku operacyjnym, intensywnej terapii), co wynikało z przeprowadzonych oględzin i dokumentacji inwestycyjnej³³, zgodnie, z którą instalowanie monitoringu wewnętrznego w poszczególnych pawilonach miało miejsce w latach 2007-2014.

(dowód: akta kontroli str. 337,338)

WSSz nie posiadał udokumentowanych danych, co do całkowitej wartości nakładów poniesionych na monitoring wizyjny. W kartotece inwentarzowej środków trwałych wykazano „system monitoringu wewnętrznego” o wartości początkowej brutto 40 321,90 zł i wartości netto (na koniec sierpnia 2017 r.) – 9 958,71 zł. Wartość brutto tego składnika majątku trwałego wynikała z inwestycji w latach 2009, 2010, 2012 obejmujących dostawy i montaż 18 kamer, zasilaczy, rejestratora, osprzętu i okablowania.

Nakłady na wykonanie monitoringu w ramach modernizacji pawilonów szpitalnych, wynikające z kosztorysów budowlanych i umów z wykonawcami 3 zadań inwestycyjnych³⁴ wyniosły 81 703,79 zł. Dla 5 innych zadań³⁵ nie ustalono nakładów poniesionych na monitoring z uwagi na brak danych.

(dowód: akta kontroli str. 332,335,338)

Koszty związane z utrzymaniem systemu monitoringu były uwzględniane (bez wyodrębnienia) w planowanych kosztach Sekcji ds. Informatyki.

W badanym okresie koszty naprawy monitoringu wyniosły 1 045,50 zł. Ponadto w 2015 r. wydatkowano kwotę 1 586,70 zł na uruchomienie monitoringu w Izbie Przyjęć Zakaźnej, a w 2016 r. – kwotę 1 193,10 zł za ocenę stanu technicznego monitoringu zewnętrznego.

(dowód: akta kontroli str. 336)

2.2. WSSZ wprowadził regulacje wewnętrzne w zakresie funkcjonowania monitoringu i ochrony danych osobowych pozyskanych z tego systemu.

Zgodnie z Polityką Bezpieczeństwa Informacji³⁶ sprawy naruszenia bezpieczeństwa informacji i przekazywania informacji należały do kompetencji powołanego w WSSz Administratora Bezpieczeństwa Informacji (dalej: ABI), zgłoszonego do Rejestru

³³ Projekty wykonawcze 2008/2009 r. – pawilon C, projekt wykonawczy 2009 r. – pawilon F, projekty wykonawcze 2008/2009 r. – pawilon G, projekty wykonawcze 2013/2014 – pawilon B, umowy z wykonawcami robót: nr 66/ZP/07 z 18.04.2007r. – pawilon T, nr 137/ZP/PN/09 z 12.06.2009r. – pawilon F, nr 139/ZP/PN/09 z 16.06.2009r. – pawilon H, nr 146/ZP/PN/09 z 8.07.2009r. – pawilon G, nr 164/ZP/PN/09 z 17.07.2009r. – pawilon C, nr 165/ZP/PN/12 z 17.07.2012r. – pawilon C, nr 242/ZP/PN/13 z 20.08.2013r. – pawilon E, nr 57/ZP/PN/14 z 11.03.2014r. – pawilon B

³⁴ Pawilon C parter, I,II piętro, pawilony E, T

³⁵ Pawilon C poziom -1, pawilony F, B, H, G

³⁶ Tekst jednolity wprowadzony zarządzeniem wewnętrznym nr 94/2014 Dyrektora Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego z dnia 4.11.2014 r. w sprawie zmian do zarządzenia wewnętrznego nr 49/2010 z 25.10.2010 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji pn. „Polityka Bezpieczeństwa Informacji”

Administratorów Bezpieczeństwa Informacji prowadzonego przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 357,412)

Zgodnie z Regulaminem dostępu do stref na terenie WSSz³⁷ pomieszczenie monitoringu zostało zakwalifikowane do strefy chronionej, podlegało zabezpieczeniu technicznemu, kontroli dostępu oraz obowiązkowi rejestrowania wejść/wyjść.

(dowód: akta kontroli str.374-380,)

Monitoring został zdefiniowany i wyszczególniony w IZSI, jako zbiór danych osobowych. Instrukcja stanowiła, że:

- obrazy z monitoringu pomieszczeń, w których przebywają pacjenci nie są rejestrowane, a monitoring służy jedynie do podglądu,
- zapisy z monitoringu są przechowywane do 30 dni, najstarsze zapisy są kasowane automatycznie,
- zapisy z monitoringu mogą być udostępniane tylko na pisemny wniosek organów do tego uprawnionych na mocy odrębnych przepisów oraz do użytku wewnętrznego osobom wskazanym (kierownikowi działu technicznego, dyrekcji szpitala lub za zgodą dyrektora WSSz),
- bezwzględnie zabraniała udostępniania zarejestrowanych zapisów osobom trzecim
- zapis monitoringu może być udostępniony stronie w sprawie, wobec której WSSz występuje z roszczeniem.

(dowód: akta kontroli str.390)

Zgodnie z umowami zawartymi przez WSSz, ochronę osób i mienia w okresie od dnia 1.09.2013 r. do dnia 30.11.2016 r. wykonywała firma zewnętrzna. Zakres czynności wykonywanych w ramach zamówienia obejmował m.in. wyposażenie stanowiska monitoringu w portierni w centralę umożliwiającą podgląd obrazu z rejestratora. Od dnia 1.12. 2016 r. WSSz poprzez zmiany organizacyjne³⁸ wprowadził samodzielną ochronę w tym zakresie. Pracownikom wyznaczonym do obsługi portierni powierzono także zadanie obserwowania – monitoringu terenu WSSz.

(dowód: akta kontroli str. 397- 406)

2.3. Oględziny monitoringu wewnętrznego w 5 kontrolowanych oddziałach³⁹ wykazały, że w Oddziale Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej (pawilon „T”) znajdowały się 4 kamery zainstalowane na korytarzach, z których obraz nie był przekazywany do żadnego monitora ani rejestratora, i takich urządzeń w tym Oddziale nie stwierdzono. Na pozostałych 4 oddziałach oraz Izbie Przyjęć (ogólnej) – nie stwierdzono zainstalowanych kamer monitoringu.

W przychodni specjalistycznej (pawilon G) zainstalowano 13 kamer na korytarzach. W toku oględzin nie ustalono, czy i gdzie były przekazywane obrazy z tych kamer.

³⁷ Patrz przypis 32

³⁸ Komunikat nr 92/2016 Z-cy Dyrektora ds. Techniczno-Administracyjnych Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. dr. Wł. Biegańskiego z dnia 30 listopada 2016 r. w sprawie obsługi wjazdów i zmian organizacji pracy Działu Technicznego WSSz

³⁹ Oddziały wymienione w przypisie 17

W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (pawilon G) zainstalowane były 2 kamery na korytarzu, a obraz przekazywany do rejestratora znajdującego się w pomieszczeniu przy portierni.

Na Oddziale Chorób Zakaźnych (pawilon F) zainstalowano 8 kamer na korytarzu, z tego 3 kamery w części wydzielonej – izolatorium. Nie ustalono czy i gdzie przekazywane były obrazy z tych kamer. Ponadto 8 kamer zostało zainstalowanych w 8 izolatkach dla pacjentów, a obraz z tych urządzeń był przekazywany, bez rejestracji, do monitorów w 2 punktach pielęgniarskich na tym Oddziale.

Na Izbie Przyjęć Zakaźnej zainstalowano na korytarzu 5 kamer obejmujących m.in. miejsce rejestrowania pacjentów. Obrazy z tych kamer były przekazywane do rejestratora znajdującego się w zamkniętym pomieszczeniu serwerowni w pawilonie C. W Izbie Przyjęć Zakaźnej nie było monitora do podglądu obrazu z kamer zainstalowanych w tym miejscu.

(dowód: akta kontroli str. 340-341)

2.4. Określone Regulaminem wymagania dostępu do stref były przestrzegane w odniesieniu do pomieszczeń monitoringu. Zostały one zabezpieczone pod względem technicznym, objęte systemem kontroli dostępu oraz prowadzoną na bieżąco i według ustalonego wzoru ewidencją wejść/wyjść. Klucze do zamykanych pomieszczeń z rejestratorami monitoringu były przechowywane w Sekcji ds. Informatyki.

Tren WSSz był oznakowany informacjami o funkcjonującym monitoringu wizyjnym. Przy bramie wjazdowej i nad wejściem do portierni od strony ulicy, a także na ścianie obok wejścia do Izby Przyjęć zostały umieszczone tablice z napisem „Obiekt monitorowany”.

(dowód: akta kontroli str. 340-341)

W badaniu ankietowym pacjentów przeprowadzonym przez kontrolera 18 pacjentów (20,7% respondentów) udzieliło odpowiedzi „tak” na pytanie, czy poinformowano ich o fakcie zainstalowania kamer w szpitalu, natomiast 50 pacjentów (57,4%) udzieliło odpowiedzi przeczącej. Według oceny 27 ankietowanych (31%) instalowanie kamer w szpitalu jest potrzebne ze względu na bezpieczeństwo pacjentów, personelu i mienia. Zdanie przeciwne miało 16 pacjentów (18,4%), a 37 pacjentów (42,5%) nie miało w tym zakresie zdania.

(dowód: akta kontroli str. 234)

Polityka Bezpieczeństwa Informacji oraz IZSI zawierały elementy wymagane przepisami prawa⁴⁰. WSSz nie powierzył przetwarzania danych osobowych podmiotom zewnętrznym.

(dowód: akta kontroli str. 354-373,381-393)

WSSz prowadzi od 2013 r. w systemie komputerowym rejestr upoważnień do przetwarzania danych osobowych wydanych pracownikom, osobom zatrudnionym na podstawie umowy zlecenia oraz pozostałym uprawnionym, zawierający m.in. imię

⁴⁰ § 4. 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 osobowych (Dz.U. Nr 100, poz. 1024)

i nazwisko osoby upoważnionej, zbiór danych, do których osoba ma dostęp, numer ewidencyjny, datę uzyskania i ustania upoważnienia, rodzaj przetwarzania, miejsce zatrudnienia (komórkę) i stanowisko.

Na podstawie rejestru upoważnień stwierdzono, że zawiera on upoważnienia do zbioru „monitoring” udzielone dla 6 pracowników, z tego 3 informatyków i 3 radców prawnych (stan na dzień 25.10.2017 r.). W aktach osobowych tych pracowników znajdowały się pisemne upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w zbiorze „monitoring”, wydane przez ABI.

Rejestr nie zawierał upoważnienia dla Kierownika Sekcji ds. Informatyki – ABI oraz dla jednego informatyka, aktualnie zatrudnionych w tej komórce organizacyjnej. W aktach osobowych tych pracowników znajdowały się upoważnienia do wglądu do dokumentacji medycznej i statystycznej oraz do przetwarzania innych dokumentów zawierających dane osobowe w związku z wykonywanymi czynnościami służbowymi. Upoważnienia zostały podpisane przez byłego Dyrektora WSSz, nie posiadały numeru i daty wydania.

Upoważnienia zawierały oświadczenie pracowników o zobowiązaniu się do zachowania w tajemnicy danych oraz sposobów ich zabezpieczenia, uzyskanych w trakcie zatrudnienia. Pracownicy posiadający upoważnienia do przetwarzania zbioru monitoring zostali w tym zakresie przeszkoleni.

(dowód: akta kontroli str. 373,407-410)

Zgodnie z wykazem sporządzonym przez ABI do WSSz wpłynęło 9 wniosków o przekazanie zapisów z monitoringu, z czego 8 wniosków pochodziło od jednostek Policji⁴¹, a 1 wniosek od osoby fizycznej. Wnioski Policji dotyczyły zdarzeń związanych z ruchem drogowym na ulicy, przy której zlokalizowana jest siedziba WSSz (4 wnioski) oraz kradzieży i zniszczenie mienia (4 wnioski). Wniosek osoby fizycznej dotyczył uszkodzenia jej samochodu zaparkowanego na ulicy przed WSSz podczas odwiedzin pacjenta. Policji przekazano 6 posiadanych zapisów z monitoringu, w pozostałych przypadkach monitoring nie obejmował miejsca zdarzenia. Osobie fizycznej odmówiono udostępnienia zapisu monitoringu, jako nieuprawnionej do otrzymania tego rodzaju danych osobowych. Nie wystąpiły przypadki żądania danych z monitoringu przez pacjentów.

Żądane przez Policję zapisy monitoringu były przegrywane na nośniki (płyta lub pendrive) przez upoważnionego pracownika Sekcji ds. Informatyka i przekazywane za pisemnym potwierdzeniem na podstawie wniosku Policji. Czynność przegrania zapisów z rejestratora na nośnik nie jest rejestrowana w systemie informatycznym, ponieważ monitoring jest analogowy, a rejestratory nie posiadają takiej funkcji.

(dowód: akta kontroli str. 241,346-349)

2.5. Okres przechowywania nagrań z monitoringu został określony w IZSI (vide p.2.2). Na podstawie zapisów poszczególnych rejestratorów ustalono faktyczne okresy przechowywania nagrań z monitoringu:

- rejestrator 1 - na dzień 25.10.2017 r. zachował nagrania od 8.10.2017 r. (17 dni)
- rejestrator 2 - na dzień 25.10.2017 r. zachował nagrania od 1.10.2017 r. (25 dni)
- rejestrator 3 – na dzień 30.10.2017 r. zachował nagrania od 12.10.2017 r. (18 dni)

⁴¹ II Komisariat Policji Komendy Miejskiej Policji w Łodzi, Wydział Wykroczeń i Przepływów w Ruchu Drogowym KMP w Łodzi

- rejestrator 4 – na dzień 25.10.2017 r. zachował nagrania od 6.10.2017 r. (19 dni)
Z powyższych danych wynika, że faktyczny czas przechowywania nagranych monitoringu nie przekraczał maksymalnego okresu instrukcyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 344,345)

2.6. ABl dokonywał corocznie udokumentowanej analizy skuteczności działania monitoringu. Podstawą do prowadzenia analizy była uchwała Zarządu Województwa Łódzkiego z dnia 6 września 2011 r. w sprawie przyjęcia ogólnej polityki bezpieczeństwa informacji zakładów opieki zdrowotnej podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego. Analizy nie odnosiły się do realizacji celów, gdyż takie nie zostały wskazane. Analizy z lat 2015-2017 zawierały natomiast ocenę, że monitoring na terenie WSSz należy przebudować, ponieważ w dużej części nie działa, a jego naprawa w obecnym stanie nie przynosi wymiernych korzyści.

(dowód: akta kontroli str. 411)

Z informacji zasięgniętej przez kontrolera w II Komisariacie Komendy Miejskiej Policji w Łodzi⁴² wynikało, że w kontrolowanym okresie do tej jednostki wpłynęło 7 zawiadomień o zdarzeniach na terenie WSSz, z tego 5 dotyczyło kradzieży mienia, a 1 – zniszczenia ogrodzenia. Spośród 5 spraw, w których okoliczności uzasadniały potrzebę wykorzystania zapisów monitoringu, zabezpieczono monitoring do dalszych czynności w 2 sprawach, natomiast w 3 sprawach miejsce zdarzenia nie było objęte monitorowaniem.

(dowód: akta kontroli str. 218-220)

2.7. W umowie z dnia 16.12.2013 r. o świadczenie usług telekomunikacyjnych dla WSSz został zawarty wymóg zapewnienia przez dostawcę usług możliwości ciągłego rejestrowania rozmów na wskazanych przez zamawiającego numerach telefonicznych, przechowywania zapisów, przez co najmniej 30 dni przy nagrywaniu ciągłym, dla co najmniej 15 numerów, automatycznego kasowania najstarszych zapisów przy zajętości 95% dostępnej przestrzeni. Według stanu na 27.10.2017 r. rejestrowaniem rozmów zostało objętych 12 numerów, z tego 9 w Izbach Przyjęć, 3 w rejestracji Przychodni Specjalistycznej. Potrzebę rejestrowania rozmów z lekarzami oddziałów WSSz oraz innych szpitali, a także z pacjentami zgłosił Dyrektorowi ds. Techniczno – Administracyjnych WSSz Kierownik Izby Przyjęć Zakaźnej, uzasadniając to dużą ilością „kontrowersyjnych rozmów”.

Ustalono, że faktycznie ma miejsce nagrywanie rozmów telefonicznych dla określonych numerów – w badanych przypadkach rozmowy zarejestrowane w 2014 r, 2015 r, 2017 r, pozostawały na nośniku.

Rejestrowanie rozmów telefonicznych jest poprzedzone komunikatem głosowym o nagrywaniu rozmowy.

Zgodnie z Regulaminem dostępu do stref na terenie WSSz pomieszczenie centrali telefonicznej zostało zakwalifikowane do strefy chronionej, podlegało zabezpieczeniu technicznemu, kontroli dostępu oraz obowiązkowi rejestrowania wejść/wyjść. Poza tym nie zostały określone inne regulacje wewnętrzne odnośnie do nagrywania rozmów telefonicznych. Opis monitoringu zawarty w IZSI nie odnosił się

⁴² podstawa - art. 29 ust.1 pkt 2 lit f, art. 40 ust. 7 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524)

do nagrywania rozmów, w dokumencie tym nie wyszczególniono zbioru obejmującego zarejestrowane rozmowy telefoniczne.

(dowód: akta kontroli str.374-379, 420-424)

2.8. Według ewidencji i dokumentacji kontroli wewnętrznych, audytu wewnętrznego, kontroli zewnętrznych i raportów akredytacyjnych monitoring zainstalowany na terenie WSSz nie był przedmiotem takich działań.

(dowód: akta kontroli str. 343)

2.9. W celu wdrożenia RODO⁴³ podjęte zostały przez WSSz następujące działania:

- zawarto umowę z firmą zewnętrzną na wykonanie usług doradczych w zakresie m.in. przeprowadzenia audytu zerowego w ramach wdrożenia normy ISO 27001, zweryfikowania i opracowania wymaganej dokumentacji dotyczącej przetwarzania danych osobowych, zidentyfikowania zagrożeń, analizy i oceny ryzyka, przeprowadzenie szkoleń dla pracowników i kierowników,
- złożono wnioski o dofinansowanie z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego zakupu sprzętu informatycznego wraz z wdrożeniem działań monitoringowo zabezpieczających dostęp do danych wrażliwych⁴⁴ oraz modernizacji serwerowni z systemem monitorowania ruchu sieciowego oraz budową sieci bezprzewodowej w oddziałach szpitalnych.

(dowód: akta kontroli str. 414)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W załączniku nr 3 do IZSI, zawierającym m.in. lokalizację zbiorów danych, dla zbioru „Monitoring” wykazano lokalizację rejestratorów w pawilonie W (portiernia), bez wskazania lokalizacji rejestratora znajdującego się w pawilonie C.

(dowód: akta kontroli str.339-341, 390-393)

Według wyjaśnienia Pani Dyrektor przyczyny pominięcia lokalizacji jednego rejestratora wynikały z rozpoczęcia w 2017 r. rejestrowania monitoringu w Izbie Przyjęć oraz prac wdrożeniowych normy ISO 27001, które wstrzymały wprowadzenie zmian w Polityce Bezpieczeństwa Informacji w WSSz.

(dowód: akta kontroli str.417,419)

2. W dokumencie IZSI nie został wyodrębniony zbiór danych obejmujący nagrane rozmowy telefoniczne oraz nie została wskazana jego lokalizacja. Zbiór ten nie został też objęty procedurą nadawania upoważnień do przetwarzania danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 390-393)

Z wyjaśnienia Pani Dyrektor wynika, że nagrane rozmowy telefoniczne zostały uwzględnione w zbiorze „monitoring”.

(dowód: akta kontroli str. 425-426)

⁴³ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46WE, które z dniem 25 maja 2018 r. zastąpi obowiązująca obecnie w Polsce ustawę o ochronie danych osobowych

⁴⁴ „Budowa Klastra Oraclowego na potrzeby kluczowych systemów szpitalnych pracujących w oparciu o bazę danych Oracle wraz z systemem backupu zasobów

Zdaniem NIK przedstawiona argumentacja nie uwzględnia stanu faktycznego, bowiem w IZSI (p.13.1) jest mowa o „obrazach z monitoringu” i o „monitorowaniu terenu”, co jednoznacznie wskazuje, że zbiór „monitoring” dotyczy wyłącznie monitoringu wizyjnego, a nie obejmuje nagranych rozmów telefonicznych. Różna jest również lokalizacja zbiorów wizyjnego i głosowego.

3. Prowadzona ewidencja osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych nie obejmowała 2 pracowników posiadających stosowne upoważnienia tj. Kierownika Sekcji ds. Informatyki oraz informatyka zatrudnionego w tej komórce organizacyjnej. Obowiązek ewidencjonowania osób upoważnionych do przetwarzania danych ustalony został art. 39 ustawy o ochronie danych osobowych.
(dowód: akta kontroli str. 407-409)

Z wyjaśnienia ABI prowadzącego ewidencję wynika, że przyczyną nieuwzględnienia tych pracowników w ewidencji był fakt ich zatrudnienia i wydania upoważnień przed 2013 r., według wówczas obowiązujących zasad.

(dowód: akta kontroli str. 415-416)

4. Monitoring wizyjny zainstalowany w WSSz był tylko częściowo wykorzystywany do ochrony mienia i osób. Spośród 37 linii kamer monitorujących teren 19 linii było uszkodzonych, a spośród 111 kamer wewnątrz obiektów szpitalnych obraz z 17 kamer zamontowanych na korytarzach pawilonów T i G nie był przekazywany do żadnego monitora lub rejestratora.

(dowód: akta kontroli str.340-343)

Z wyjaśnienia Pani Dyrektor w tej sprawie wynika, że planowana jest wymiana systemu monitoringu na system oparty na technologii IT.

(dowód: akta kontroli str.417-419)

Ocena częściowa

WSSz nie przedstawił informacji wskazujących na dokonanie analizy zasadności uruchomienia monitoringu wizyjnego, wprowadzanego etapami w wieloletnim okresie i częściowo przez firmy świadczące usługi ochrony mienia i osób. System w części niesprawny technicznie, nie pozwalał na pełne jego wykorzystanie. Sprawnie działał monitoring głosowy związany z rejestrowaniem rozmów telefonicznych. Zapewniono środki techniczne i organizacyjne gwarantujące ochronę danych osobowych uzyskanych z monitoringu wizyjnego, a stwierdzone nieprawidłowości nie miały zasadniczego wpływu na ochronę zbioru w tym zakresie. Prowadzona ewidencja osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych nie obejmowała wszystkich osób upoważnionych do przetwarzania danych z monitoringu.

IV. Uwagi i wnioski

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 Kontroli⁴⁵, wnosi o:

⁴⁵ Dz. U. z 2017 r., poz. 524

1. Rozważenie możliwości zmian organizacyjnych w funkcjonowaniu Izby Przyjęć (ogólnej) w celu stworzenia warunków do przestrzegania prywatności pacjenta podczas czynności rejestracyjnych.
2. Zabezpieczenie okien w gabinetach zabiegowych na Oddziale Kardiologicznym i Oddziale Dermatologii, Dermatologii Dziecięcej i Onkologicznej w sposób uniemożliwiający obserwację pomieszczeń od zewnątrz.
3. Określenie w Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym lokalizacji dla rejestratora monitoringu wizyjnego znajdującego się w serwerowni pawilonu C.
4. Zdefiniowanie w Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym zbioru danych osobowych – zarejestrowanych rozmów telefonicznych.
5. Uzupełnienie ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z monitoringu, zgodnie z nadanymi w tym zakresie uprawnieniami.
6. Rozważenie możliwości bardziej efektywnego wykorzystania systemu monitoringu wizyjnego do ochrony osób i mienia.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy 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 4 grudnia 2017 r.

Kontroler
Ryszard Kościelecki
Główny specjalista
kontroli państwowej

Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk

Podpis

