



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.017.03.2017

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
Kontrolerzy	Ryszard Lewiński, Główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLO/134/2017 z dnia 11 września 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1)
Jednostka kontrolowana	Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie, zwany dalej „Szpitalem”.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Paweł Skoczylas, Dyrektor Szpitala od 1 grudnia 2015 r.; wcześniej: Wanda Golec od 6 maja 2015 r. do 30 listopada 2015 r., Mirosław Leszczyński od 10 lipca 2008 r. do 5 maja 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 2-7)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Przepisy wewnętrzne Szpitala 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 oraz wprowadzono zasady regulujące odwiedziny pacjentów.

Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych – w większości kontrolowanych oddziałów Szpitala – umożliwiały realizację prawa pacjenta do prywatności. Ochronę swojej prywatności pozytywnie oceniło 80,7% ankietowanych pacjentów Szpitala. Zdania przeciwnego było 14,1% pacjentów udzielających odpowiedzi, a 5,2% pacjentów nie pamiętało czy spotkali się z naruszeniem prywatności.

Zagrożenie naruszenia prawa do prywatności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych wynikało z nieoznaczenia pomieszczeń odpowiednimi informacjami zakazującymi wejścia do pomieszczeń innym osobom, jak również niezabezpieczenia warunków do zachowania godności i intymności pacjentów podczas udzielania świadczeń w salach wieloosobowych.

System monitoringu wizyjnego Szpitala pełnił przede wszystkim funkcję prewencyjną (obraz z kamer nie był obserwowany w czasie rzeczywistym) i był wykorzystywany do analizy zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych. Informacje o stosowaniu monitoringu były umieszczone na terenie Szpitala i w oddziałach podlegających monitorowaniu.

Ustalone zasady funkcjonowania w Szpitalu monitoringu wizyjnego nie w pełni zabezpieczały poszanowanie prawa do prywatności. Wprawdzie dostęp do nagrań

¹ Dz. U. 2017, poz.1318

z monitoringu mieli tylko upoważnieni pracownicy Szpitala, nie zabezpieczono jednak dostępu osób nieuprawnionych do obrazów z kamer, przekazywanych w czasie rzeczywistym z monitoringu oddziałów psychiatrii. Lokalizacja monitora z obrazami z kamer w tych oddziałach, stwarzała możliwość oglądania obrazów przez przypadkowe osoby. Zgodnie z art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych² do przetwarzania danych mogą być dopuszczone wyłącznie osoby posiadające upoważnienie nadane przez administratora danych.

W latach 2015-2017 Policja podjęła na terenie Szpitala 377 interwencji. Nagrania z monitoringu w 8 przypadkach przekazane zostały podmiotom uprawnionym, w celu wyjaśnienia okoliczności i uczestników zdarzeń niepożądanych. Szpital nie przeprowadzał analizy skuteczności funkcjonowania systemów i nie podejmował działań na rzecz efektywnego wykorzystania tej formy ochrony bezpieczeństwa.

W dokumentacji określającej funkcjonowanie monitoringu Szpital nie określił poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego. Stosowane środki bezpieczeństwa do przetwarzanych danych osobowych z monitoringu wizyjnego, właściwe dla podstawowego poziomu bezpieczeństwa, były wystarczające dla ochrony tych danych.

Dokument określający politykę bezpieczeństwa Szpitala, nie był kompletny, bowiem nie zawierał niektórych, wymaganych § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych³, informacji, w tym dotyczących m.in. zbiorów danych osobowych z monitoringu, wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych.

W kontrolowanym okresie (do marca 2017 r.) mimo zlecenia firmie zewnętrznej monitoringu wizyjnego, nie zawarto z tą firmą – wymaganej przepisem art. 31 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych – umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, który działa na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴. W regulacjach wewnętrznych Szpitala zawarto m.in. obowiązek przestrzegania, przez personel szpitala, w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, praw pacjentów. W *Regulaminie organizacyjnym szpitala* zawarto obowiązek przestrzegania praw pacjenta określonych w „Karcie praw i obowiązków pacjenta”⁵, oraz przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych. W ww. regulaminie wskazano również, iż wszystkie czynności i zabiegi dotyczące pacjenta nie mogą naruszać praw pacjenta.

Karta praw i obowiązków pacjenta zawiera:

- wykaz przepisów ogólnie obowiązujących, w których zawarte były prawa pacjenta;

² Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2016 r. poz. 922, zwana dalej ustawą o ochronie danych osobowych

³ Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych Dz. U. Nr 100 poz. 1024, zwane dalej rozporządzeniem w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych

⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1638 (tekst jednolity) ze zm.

⁵ „Karta praw i obowiązków pacjenta” jest załącznikiem do procedury „Informowanie pacjenta o przysługujących mu prawach i obowiązkach”.

- zestawienie praw przysługujących pacjentowi, w tym prawo do intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych;
- wskazanie instytucji⁶, w których można uzyskać szczegółowe informacje o prawach pacjenta;
- część szczegółową praw pacjenta zawierającą: Prawa pacjenta w leczeniu szpitalnym, Prawa pacjenta w podstawowej opiece zdrowotnej i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, Prawa pacjenta w opiece psychiatrycznej, Prawa dziecka w szpitalu;
- wykaz obowiązków pacjenta.

W Szpitalu wdrożono do stosowania „Kartę zasad etycznych”, która stanowiła zbiór wartości i zasad, którymi powinni kierować się pracownicy Szpitala podczas wykonywania zadań służbowych w miejscu pracy, a także poza nim. W karcie tej zawarte jest m.in. wskazanie, że pracownicy Szpitala wykonując swoją pracę powinni mieć zawsze na względzie szacunek i poszanowanie godności pacjentów i ich rodzin oraz współpracowników, wykorzystując w maksymalnym stopniu swoją wiedzę i doświadczenie.

(dowód: akta kontroli str. 24-28, 125-136, 261-269)

Elementem czynności kontrolnych było przeprowadzenie anonimowej ankiety wśród pacjentów. Kontroler wręczył 124 pacjentom ankiety i odebrał 102 ankiety⁷. Z analizy ankiet wynikało, iż brak naruszenia prywatności wskazało 80,7% odpowiedzi⁸, na naruszenie prywatności – 14,1% odpowiedzi, a 5,2% odpowiedzi zawierało wskazanie „nie pamiętam”. Uzyskanie informacji o prawach przysługujących pacjentom potwierdziło 68,2% osób ankietowanych, brak takich informacji wskazało 21,6%, a 10,2% pacjentów nie pamiętało takiego faktu. W zakresie warunków sanitarno-higienicznych zapewniających poczucie intymności i godności 82,0% pacjentów wyraziło się pozytywnie, 9,0% negatywnie, a 9,0% nie miało zdania lub wskazało odpowiedź nie pamiętam. Na arogancki, nieuprzejmy sposób traktowania pacjentów, przez personel medyczny i obsługowy wskazało 14,8% pacjentów, 83,0% pacjentów było przeciwnego zdania, a 2,2% nie pamiętało czy jakie zdarzenie miało miejsce. Potrzebę zainstalowania kamer w szpitalu wyraziło 46,6% pacjentów, przeciwnego zdania było 25,0% pacjentów, a 28,4% nie miało zdania.

(dowód: akta kontroli str. 758-759)

W regulaminach oddziałów szpitalnych⁹ nie wskazano, jakie świadczenia medyczne należy przeprowadzać w odrębnych gabinetach, bez obecności osób trzecich.

(dowód: akta kontroli str. 216-248)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż „w celu zapewnienia maksymalnej ochrony praw pacjenta, głównie do godności i intymności, personel medyczny, wszystkie rodzaje świadczeń zdrowotnych i czynności pielęgnacyjne przy pacjencie, wykonuje w gabinetach zabiegowych, salach opatrunkowych, w pokojach badań czy innych pomieszczeniach zlokalizowanych w oddziałach. W czynnościach tych bierze udział wyłącznie personel udzielający świadczenia i pacjent, chyba, że zażądał on obecności wskazanej przez siebie osoby i personel medyczny wyraził na to zgodę, co gwarantuje pacjentowi art. 21 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

⁶ Instytucje: Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Pełnomocnika do spraw praw pacjenta Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II w Bełchatowie, Rzecznika Praw Pacjenta Szpitala Psychiatrycznego w Bełchatowie.

⁷ Podstawą wyliczeń udziałów procentowych poszczególnych rodzajów odpowiedzi były 102 ankiety.

⁸ Przez odpowiedzi należy rozumieć ilość odpowiedzi danego rodzaju (tak, nie, nie pamięta, brak odpowiedzi) uzyskanych w następujących kwestiach: przeprowadzanie wywiadu przy innych osobach/pacjentach, udzielania informacji na temat zdrowia w obecności osób trzecich, niezabezpieczenie gabinetów, w których udzielano świadczeń zdrowotnych, przed dostępem osób trzecich, udzielanie świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów.

⁹ Kontroler przeanalizował regulaminy oddziałów szpitalnych: wewnętrzny I, wewnętrzny II, SOR, kardiologiczny, ginekologiczno-położniczy, chirurgii urazowo ortopedycznej.

Pacjenta. W przypadku pacjentów leżących, jeżeli nie jest możliwe wykonanie świadczenia w odrębnym gabinecie jest ono wykonywane w sali chorych z maksymalną ochroną prawa do godności i intymności np. poprzez zastosowanie parawanów. Ponieważ każdy pacjent wymaga ustalenia indywidualnego planu leczenia i oddzielnego podejścia personelu medycznego, a rodzaj wykonywanych czynności jest bardzo różnorodny, nie jest możliwe określenie w regulaminach organizacyjnych rodzajów świadczeń zdrowotnych, które należy przeprowadzać w odrębnych gabinetach bez obecności osób trzecich".

(dowód: akta kontroli str. 347-364)

W Szpitalu w regulacjach wewnętrznych określono kwestie dotyczące prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności w sposób następujący:

- w procedurze – Karta zasad etycznych szpitala¹⁰, w zasadach etycznego działania wskazano m.in., iż „pracownicy wykonując swoją pracę powinni mieć zawsze na względzie szacunek i poszanowanie godności pacjentów”,
- w procedurze – Informowanie pacjenta o przysługujących mu prawach i obowiązkach w Karcie praw i obowiązków pacjenta wskazano, iż „pacjent ma prawo do intymności i poszanowania godności osobistej w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych”.

(dowód: akta kontroli str. 125-136, 261-269)

W Regulaminie odwiedzin, ani w innych przepisach wewnętrznych obowiązujących w Szpitalu, nie uregulowano zagadnień związanych z odwiedzinami pacjentów w zakresie określenia liczby osób odwiedzających jednocześnie pacjentów w salach wieloosobowych. W Regulaminie odwiedzin wskazano m.in., iż odwiedziny mogą odbywać się we wszystkie dni tygodnia z wyłączeniem godzin ciszy nocnej (22:00 – 6:00).

(dowód: akta kontroli str. 110-111)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż „w art. 33 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ustawodawca zagwarantował pacjentowi m.in. prawo do kontaktu z innymi osobami nie wprowadzając żadnych ograniczeń w tym zakresie. Gdyby Szpital wprowadził ograniczenia, co do liczby osób odwiedzających pacjenta lub wprowadził ograniczenia czasowe odwiedzin, mógłby spotkać się z zarzutem ograniczenia pacjentom praw do kontaktu osobistego z innymi osobami”.

(dowód: akta kontroli str. 347-349)

W regulacjach wewnętrznych Szpitala nie określono rodzaju świadczeń, których nie można wykonywać w salach chorych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż „nie jest możliwe określenia w przepisach wewnętrznych rodzajów świadczeń zdrowotnych, których nie można wykonywać w wieloosobowych salach chorych w obecności innych chorych. Każdy oddział posiada własną specyfikę i inny katalog wykonywania świadczeń zdrowotnych, na który składa się szereg czynności medycznych wykonywanych przez personel medyczny. Każdy pacjent ma ustalony własny plan leczenia, który jest opracowany w oparciu o stan zdrowia chorego. Zakres czynności wykonywanych w ramach wdrożonego procesu diagnostyczno-terapeutycznego jest bardzo szeroki i zróżnicowany”.

(dowód: akta kontroli str. 347-349)

1.2 Pacjenci byli informowani przez pielęgniarki lub położne o przysługujących im prawach, w momencie przyjmowania pacjentów na poszczególne oddziały szpitalne. Pacjent potwierdzał przekazanie informacji o przysługujących mu prawach poprzez złożenie podpisu na formularzu „Historia choroby” pod adnotacją o treści:

¹⁰ Od 28.02.2017 r. w procedurze „Rozwiązywanie zagadnień etycznych”

„Oświadczam, że zostałem zapoznany z Kartą praw i obowiązków pacjenta” wypełnianego podczas przyjęcia na oddział przez pielęgniarkę lub położną. Podobne oświadczenie swoim podpisem pacjent potwierdzał na formularzu „Historia pielęgnowania pacjenta”. Powyższe dokumenty po zakończeniu leczenia były przekazywane, jako składnik dokumentacji medycznej do archiwum Szpitala. Obowiązek informowania pacjentów o ich prawach wynikał z regulaminów poszczególnych oddziałów szpitalnych¹¹ i był również zawarty w zakresie obowiązków pracowniczych pielęgniarek i położnych. Na poszczególnych oddziałach szpitalnych na dyżurkach pielęgniarek była dostępna „Karta praw i obowiązków pacjenta” a na tablicach ogłoszeń poszczególnych oddziałów była informacja wskazująca, iż karta ta jest dostępna: na dyżurce pielęgniarek, na tablicy w holu głównym, na stronie internetowej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 112-124, 329-331)

1.3 W ramach czynności kontrolnych zostały przeprowadzone oględziny w sześciu oddziałach szpitalnych¹² w zakresie identyfikacji warunków organizacyjno-technicznych spełniających warunki dla przestrzegania prawa pacjenta do intymności. W wyniku oględzin ustalono, iż: na salach chorych znajdowały się od jednego do ośmiu łóżek i z wyjątkiem dwóch oddziałów, na oddziałach znajdowały się więcej niż dwa przenośne parawany umożliwiające zachowanie intymności podczas zabiegów przeprowadzanych w salach chorych, z co najmniej trzema łózkami. Na korytarzach nie było umieszczonych łóżek z pacjentami. W oddziałach nie było pokoi przeznaczonych wyłącznie do odwiedzin. W zakresie zachowania intymności podczas korzystania z toalet i pryszniców¹³ zastosowano dwa rozwiązania, w jednym na klamkach od drzwi do pomieszczeń, w których były toalety i prysznice były powieszone tabliczki (lub zalaminowane kartki) z napisem na jednej stronie kartki „wolne” na drugiej stronie „zajęte”. W drugim rozwiązaniu na drzwiach był umieszczony napis „Proszę pukać”. Drzwi do pomieszczeń, w których znajdowały się toalety i prysznice przeznaczone dla pacjentów nie posiadały (w większości przypadków) możliwości zamknięcia od wewnątrz.

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

Na oddziale wewnętrznym I i wewnętrznym II było po jednym parawanie przenośnym, o czym szczegółowo napisano w części *Ustalone nieprawidłowości* pkt 2. Na drzwiach do gabinetów zabiegowych, na wszystkich oddziałach, w których przeprowadzono oględziny, nie było informacji o tym, czy dany gabinet jest wolny czy zajęty – patrz *Ustalone nieprawidłowości* pkt 1.

(dowód: akta kontroli str. 321-328, 332-335)

1.4 Przestrzeganie praw pacjentów do intymności i godności nie było przedmiotem audytów wewnętrznych i kontroli zewnętrznych przeprowadzanych w Szpitalu w okresie objętym kontrolą.

(dowód: akta kontroli str. 81, 347-364)

¹¹ Kontroler przeanalizował pod tym kątem regulaminy oddziałów: wewnętrzny I, wewnętrzny II, SOR, ginekologiczno-położniczy, kardiologiczny, ortopedyczny.

¹² Oddziały w których przeprowadzono oględziny: wewnętrzny I, wewnętrzny II, SOR, kardiologiczny, ginekologiczno-położniczy, chirurgii urazowo-ortopedycznej.

¹³ Oddział wewnętrzny I – 5 toalet, wewnętrzny II – 5 toalet, SOR – 4 toalety, ginekologiczno-położniczy – 10 toalet, kardiologiczny – 5 toalet, chirurgii urazowo-ortopedycznej – 5 toalet

Pracownicy Szpitala przeprowadzali badanie poziomu satysfakcji pacjenta poprzez anonimowe ankiety wręczane pacjentom. Z raportów¹⁴ z tych badań wynikało, iż przedmiotem badania były:

- w roku 2015: pytanie I obejmowało swym zakresem przyjęcie pacjenta do szpitala, pytanie II – pobyt w oddziale szpitalnym, warunki lokalowe/ samopoczucie podczas pobytu w oddziale, opieka lekarska, opieka pielęgniarska, sprzątaczkę, oraz pytanie jak ocenia Pan/Pani pobyt w Szpitalu.

- w roku 2016 i 2017 ankieta uległa modyfikacji i zawierała następujące moduły: informacje socjodemograficzne (wiek, płeć, wykształcenie), przyjęcie do szpitala, przyjęcie do oddziału szpitalnego, ocena personelu lekarskiego, ocena personelu pielęgniarskiego/położniczego, ocena opieki sprawowanej przez rehabilitanta lub logopedę, ocena oferowanych w Szpitalu posiłków, ocena innych aspektów (czystość w salach chorych, czystość w toaletach, czystość bielizny pościelowej, identyfikowalność personelu), ocena pracowników firmy utrzymującej czystość w Szpitalu, ocena podsumowująca cały pobyt.

(dowód: akta kontroli str. 166-215)

Jak wynika z raportów z marca i z września 2016 r. oraz z kwietnia 2017 r. udział procentowy pacjentów, którzy otrzymali ankiety w stosunku do ogólnej liczby pacjentów będących w tym czasie w Szpitalu wynosił odpowiednio: 78,4%, 76,4% i 53,2%. Natomiast udział pacjentów, którzy oddali ankiety w ogólnej liczbie pacjentów wynosił odpowiednio: 27,0%, 29,3%, 25,6%, a udział pacjentów oddających ankiety do ogółu pacjentów, którzy otrzymali ankiety wynosił odpowiednio: 34,5%, 38,3%, 48,2%. W raportach z marca i kwietnia 2016 r. oraz z kwietnia 2017 r., wskazano na wzrost pozytywnych ocen dotyczących poczucia intymności podczas przyjęcia do Szpitala, sposobu informowanie o przysługujących prawach i ciążących obowiązkach, a także o obowiązującym trybie składania skarg. Ponadto w marcu i wrześniu 2016 r. wskazano na poprawę jakości oferowanego żywienia, a w marcu 2016 r. dodatkowo na zwiększenie uwagi na aspekt dotyczący przekazywania informacji dotyczących stanu zdrowia oraz proponowanego i prowadzonego aktualnie leczenia, ryzyka związanego z tym leczeniem, a także skutków ubocznych stosowanych leków.

(dowód: akta kontroli str. 166-215, 760-761)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż wszystkie negatywne oceny dotyczące funkcjonowania Szpitala, jego organizacji, zachowania personelu, itp. są omawiane na bieżąco z Zastępcą Dyrektora ds. Medycznych lub z Zastępcą Dyrektora ds. Administracyjno-Technicznych w obecności osób odpowiedzialnych za opisane nieprawidłowości. Na tych spotkaniach podejmowane są decyzje dotyczące dalszych działań naprawczych. Dyrektor nie wskazał, jakie działania naprawcze zostały podjęte.

(dowód: akta kontroli str. 750-754)

Do Szpitala, w okresie objętym kontrolą, zostało zgłoszonych 13 skarg, których przedmiotem było naruszenie prywatności pacjentów. Dziewięć z nich zostało uznanych za zasadne i dotyczyło: nietaktownego i lekceważącego zachowania lekarza¹⁵, podczas udzielania porady lekarz przeglądał strony aukcji telefonów komórkowych¹⁶, braku profesjonalizmu i lekceważącej obsługi¹⁷, lekceważącego zachowanie lekarza¹⁸, upokorzenia pacjentki przez lekarza, który w sposób głośny

¹⁴ Kontroler otrzymał raporty: z maja i z września 2015 r., z marca i z września 2016 r., i z kwietnia 2017 r.

¹⁵ Rejestr skarg z 2015 r. poz. 2.

¹⁶ Rejestr skarg z 2015 r. poz. 5.

¹⁷ Rejestr skarg z 2015 r. poz. 31.

¹⁸ Rejestr skarg z 2016 r. poz. 1.

i arogancki zasugerował jej leczenie psychiatryczne¹⁹, niestosownego, opryskliwego zachowania lekarza w czasie udzielania porady ambulatoryjnej²⁰, opryskliwego zachowanie lekarza w czasie udzielania konsultacji²¹, braku profesjonalizmu i arogancji²², niewłaściwego zachowania pielęgniarek podczas przyjmowania pacjentki do szpitala²³. W pięciu przypadkach Szpital wysłał listy zawierające przeprosiny, w dwóch przypadkach kierownictwo przeprowadziło rozmowy dyscyplinujące lekarza i zespół pielęgniarski zobowiązujące do dołożenia należytej staranności w wykonywaniu obowiązków służbowych i w jednym przypadku wysłano pismo wyjaśniające.

(dowód: akta kontroli str. 659-739)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Gabinety zabiegowe nie były wystarczająco zabezpieczone przed dostępem osób nieuprawnionych, w trakcie udzielania świadczeń. Stanowiło to realne zagrożenie dla naruszenia prawa pacjenta do intymności podczas zabiegów. W wyniku przeprowadzonych oględzin kontroler stwierdził, iż na drzwiach do gabinetów zabiegowych, na oddziałach, w których przeprowadzono oględziny, nie było informacji o tym, czy dany gabinet jest wolny czy zajęty. Ponadto podczas oględzin, w dwóch przypadkach (w oddziałach: ginekologiczno-położniczym oraz chirurgii urazowej i ortopedycznej), w czasie, gdy w gabinecie był przeprowadzany zabieg, drzwi do tych gabinetów nie były zamknięte i zostały bez przeszkód otworzone przez pielęgniarkę oddziałową.

(dowód: akta kontroli str. 321-328, 332-335)

Dyrektor Szpitala Wojewódzkiego im. Jana Pawła II oświadczył, iż niezwłocznie zostaną podjęte działania w celu wprowadzenia w Oddziałach szpitalnych jednolitych regulacji, dotyczących zabezpieczenia przed dostępem osób nieuprawnionych do gabinetów diagnostyczno-terapeutycznych, w trakcie udzielania w nich świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 740-743)

2. W wyniku oględzin oddziału wewnętrznego I²⁴ i wewnętrznego II²⁵ kontroler stwierdził, iż na każdym z tych oddziałów był tylko jeden przenośny parawan, służący do zapewnienia intymności pacjentów w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w wieloosobowej sali chorych. W ocenie NIK nie zabezpieczało to ochrony intymności osób hospitalizowanych na tych oddziałach.

(dowód: akta kontroli str. 321-324)

Dyrektor wyjaśnił, iż „Oddział wewnętrzny I i Oddział wewnętrzny II posiada faktycznie po jednym parawanie. Jednak pacjenci z licznymi schorzeniami, wymagający zabiegów uwzględniających szczególne zachowanie intymności, przebywają w sali wzmożonego nadzoru, gdzie każde stanowisko jest zabezpieczone parawanami stałymi. W trakcie nagłej sytuacji, gdy zabieg dotyczy pacjenta na sali ogólnej, a są tam wyłącznie chorzy leżący, pacjent ten zostaje przewożony do gabinetu zabiegowego, który jest zabezpieczony zamkiem szyfrowym u drzwi wejściowych. Nie ma więc możliwości, aby osoby

¹⁹ Rejestr skarg z 2016 r. poz. 6.

²⁰ Rejestr skarg z 2016 r. poz. 16.

²¹ Rejestr skarg z 2016 r. poz. 21.

²² Rejestr skarg z 2016 r. poz. 26.

²³ Rejestr skarg z 2017 r. poz. 16.

²⁴ Pełna nazwa oddziału: Oddział chorób wewnętrznych I.

²⁵ Pełna nazwa oddziału: Oddział chorób wewnętrznych II.

z zewnątrz, za wyjątkiem personelu, mogły wejść do gabinetu podczas zabiegu. Ponadto rzadko zdarza się, że wszyscy pacjenci na sali leżą. W przypadku np. badania EKG u danej osoby prosimy o chwilowe opuszczenie sali przez pozostałych chorych. W oddziale jest również pracownia wewnątrzoddziałowa, gdzie także można wykonać część badań typu założenie holtera, badanie EKG, badanie USG. Pomieszczenie to wykorzystywane jest również do rozmów z pacjentami i ich rodzinami, a także do wykonywania konsultacji przez lekarzy innych specjalności.

(dowód: akta kontroli str. 740-743)

W ocenie NIK jeden parawan przenośny na oddziale nawet teoretycznie nie zapewnia ochrony intymności pacjentów.

Wskazane przez Dyrektora (jako możliwe w razie potrzeb do zastosowania) opuszczanie sali przez innych pacjentów, na czas wykonywania zabiegów - zdaniem NIK – stanowi brak poszanowania godności tych pacjentów.

NIK nie może uznać również wskazanych przez Dyrektora argumentów dotyczących zabezpieczenia gabinetów podczas wykonywania zabiegów. Jak wykazały oględziny, pomimo tego, iż drzwi do gabinetów posiadają zamki, to zabezpieczenia te nie są wykorzystywane.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. W regulacjach wewnętrznych Szpitala nie określono jednoznacznie sposobu uzyskiwana zgody pacjenta na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 646-658)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, iż „Kwestie związane z uzyskiwaniem zgody pacjenta (pisemnej lub ustnej) na przyjęcie do szpitala, leczenie i diagnostykę reguluje procedura świadomej zgody pacjenta lub przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego na przyjęcie, leczenie i diagnostykę – P₄B₃/PB₅₋₆. W załączniku Z₁ do procedury wskazano, że ustna zgoda pacjenta jest wymagana między innymi na badania wymagające zachowania intymności. Oznacza to, że w udzielaniu świadczenia zdrowotnego pacjentowi, mogą uczestniczyć inne osoby trzecie w tym praktykujący studenci tylko wówczas, gdy pacjent wyrazi ustną zgodę na ich obecność”.

(dowód: akta kontroli str. 347-364, 658)

Zdaniem NIK powyższy sposób uregulowania wyrażenia zgody przez pacjenta na obecność osób trzecich podczas wykonywania świadczeń zdrowotnych nie jest precyzyjny i nie wypełnia dyspozycji art. 22 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁶. Zagwarantowanie prawa pacjenta do intymności wymagane jest w każdej sytuacji i nie może być określone w sposób domyślny i niejednoznaczny.

2. NIK dostrzegając działania Szpitala podejmowane w celu wyeliminowania przypadków naruszania prawa pacjentów do intymności i godności stwierdzonych w wyniku analizy ankiet satysfakcji oraz skarg wpływających do szpitala zwraca uwagę, że ankieta przeprowadzona w toku kontroli wykazała, że nadal kilkanaście procent pacjentów odczuwa dyskomfort spowodowany wkraczaniem w sferę ich intymności i godności przy udzielaniu świadczeń

²⁶ Art. 22 ust. 2 stanowi: Osoby wykonujące zawód medyczny, inne niż udzielające świadczeń zdrowotnych, uczestniczą przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Uczestnictwo, a także obecność innych osób wymaga zgody pacjenta, a w przypadku pacjenta małoletniego, całkowicie ubezwłasnowolnionego lub niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, jego przedstawiciela ustawowego, i osoby wykonującej zawód medyczny, udzielającej świadczenia zdrowotnego. Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 (tekst jednolity) ze zm.

zdrowotnych. 12% pacjentów wskazuje na naruszenie prywatności i na arogancki sposób zachowania personelu Szpitala.

Przepisy wewnętrzne Szpitala 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)²⁷. Ustanowiono reguły postępowania dotyczące obowiązku uzyskiwania zgody pacjenta na udzielanie świadczeń oraz wprowadzono zasady regulujące odwiedziny pacjentów.

Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych – w większości kontrolowanych oddziałów Szpitala – umożliwiały realizację prawa pacjenta do prywatności. Ocenę tę potwierdzają wyniki anonimowej ankiety, w której 80,7% udzielonych odpowiedzi pozytywnie oceniło ochronę prywatności w czasie hospitalizacji. Zagrożenie tego prawa w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych wynikało z nieoznaczenia pomieszczeń odpowiednimi informacjami zakazującymi wejścia do pomieszczeń innym osobom, jak również niezabezpieczenia warunków do zachowania godności i intymności pacjentów podczas udzielania świadczeń w salach wieloosobowych. Występowanie takich sytuacji potwierdzili pacjenci w anonimowych ankietach oraz złożonych skargach.

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

Opis stanu
faktycznego

2.1. Cele zainstalowania monitoringu wizyjnego²⁸ określone zostały w metrykach funkcjonujących w Szpitalu systemów. W dokumentacji wszystkich systemów, jako cele wskazano: bezpieczeństwo pacjentów, bezpieczeństwo w miejscu pracy, nadzorowanie należytego wykonywania obowiązków przez pracowników, nadzór przestrzegania przepisów BHP przez pracowników, zapewnienie przejrzystości działań w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Wskazaną w metrykach podstawą prawną dla wprowadzenia monitoringu wizyjnego były: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Załącznik nr 1 pkt VIII ust. 6 pkt 2 lit. h (Psychiatria IA i IB), ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych art. 23 ust. 1 pkt 5 (Psychiatria IA i IB, SOR, OLAZA²⁹, monitoring zlecony firmie zewnętrznej³⁰). Liczba i sposób rozmieszczenia kamer w poszczególnych oddziałach (lub miejscach umieszczenia tych kamer) były uzgadniane z kierownictwem tych komórek.

(dowód: akta kontroli str. 568-645)

Szpital nie przeprowadził analiz kosztów wdrożenia i funkcjonowania monitoringu wizyjnego. Roczne koszty monitoringu wizyjnego zainstalowanego w oddziałach szpitalnych wyniosły: w 2015 r. - 742,00 zł, w 2016 r. – 2.145,17 zł i w 2017 r. – 338,99 zł. Koszty te dotyczyły wymiany zużytych elementów systemu monitoringu wizyjnego (np. kamer, zasilacza). Natomiast roczne koszty umów zawartych

²⁷ Dz. U. 2017, poz.1318

²⁸ Monitoring wizyjny zainstalowany był w pięciu miejscach i obraz z kamer w tych miejscach nagrywany był odrębnie dla każdego miejsca.

²⁹ Oddział Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych.

³⁰ Obrazy z 6 kamer monitoringu wizyjnego nadzorowanego przez firmę zewnętrzną obejmował widok: na hol przy rejestracji głównej, wejście do zakładu diagnostyki laboratoryjnej, parking płatny przed wejściem głównym do szpitala, na budynek kotłowni, plac wyładunkowy. We wszystkich ww. miejscach zamieszczona była również informacja o istniejącym monitoringu wizyjnym. Rejestrator nagrywający obraz z kamer znajdował się w wydzielonym pomieszczeniu tuż przy wejście w tzw. stróżówce. W stróżówce, podczas oględzin był pracownik firmy zewnętrznej.

z firmami zewnętrznymi dotyczących ochrony osób i mienia, których jednym z elementów był monitoring wizyjny wyniosły: w 2015 r. – 117.038,88 zł, w 2016 r. – 147.289,51 i do września 2017 r. – 166.914,19 zł. Miesięczne koszty brutto tych umów wzrastały sukcesywnie i wynosiły: w 2015 r. - 9.753,24 zł³¹, w 2016 r. – 12.398,40 zł³² i 12.541,08 zł³³ i w 2017 r. – 19 849,37 zł.

(dowód: akta kontroli str. 382-449, 568-645)

Wzrost kosztów z tytułu realizacji tych umów podyktowany był regulacjami prawnymi związanymi ze wzrostem wynagrodzeń poprzez podwyższenie płacy minimalnej i stawki godzinowej, obciążenie składką ZUS umów-zleceń oraz wprowadzeniem obowiązku wypłacania dodatku za pracę w godzinach nocnych.

(dowód: akta kontroli str. 750-754)

2.2. W regulacjach wewnętrznych Szpitala w *Szczegółowej polityce bezpieczeństwa informacji* w pkt. 7 *Monitoring wizyjny* określono zasady zakładania, stosowania i zabezpieczenia monitoringu wizyjnego w Szpitalu. W zasadach tych określono m.in.: zasady ochrony fizycznej danych, wskazanie zabezpieczeń sprzętowych infrastruktury informatycznej i teleinformatycznej, środki ochrony w ramach narzędzi programowych i baz danych, środki organizacyjne w celu ochrony danych osobowych, w tym sposób udostępnienia danych z monitoringu.

(dowód: akta kontroli str. 545-645)

Dla każdego oddziału szpitalnego lub miejsca, w których prowadzony był monitoring w *Metryce monitoringu wizyjnego* określono: komórkę organizacyjną, w której zainstalowano monitoring, podstawę prawną, cel nagrywania, szczegółowy wykaz pomieszczeń, w których zainstalowano kamery, liczbę tych pomieszczeń, formę monitoringu³⁴, zakres monitoringu³⁵, osoby uprawnione do wglądu w obraz kamer, osoby uprawnione do dostępu do nagrań z kamer, miejsce przechowywania nagrań, formę zapisu nagrań, czas przechowywania nagrań, sposób zabezpieczenia monitoringu wizyjnego przed dostępem osób nieupoważnionych. Cele monitoringu dla każdego miejsca, w którym był on zainstalowany były takie same i dotyczyły zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i bezpieczeństwa w miejscu pracy, nadzorowanie należytego wykonania obowiązków przez pracowników, nadzorowanie przestrzegania przepisów BHP przez pracowników oraz zapewnienie przejrzystości działań w procesie udzielania świadczeń. Pracownicy, którzy mieli dostęp do nagrań z monitoringu otrzymali upoważnienia do przetwarzania danych osobowych oraz złożyli oświadczenia zobowiązujące ich do zachowania tajemnicy danych osobowych, do których mieli dostęp.

(dowód: akta kontroli str. 365-381, 545-569)

2.3. Monitoring wizyjny w Szpitalu był prowadzony w czterech oddziałach szpitalnych: psychiatria IA³⁶, psychiatria IB³⁷, Szpitalny Oddział Ratunkowy, oddział

³¹ Umowa GZP/3801/156/2015 z 01.06.2015 r.

³² Umowa GZP/3801/18/2016 z 28.01.2016 r.

³³ Umowa GZP/3801/50/2016 z 22.02.2016 r.

³⁴ Forma monitoringu określała czy nagrania są wykonywane w określonych godzinach lub w trybie 24 godzinnym lub w wyniku działania czujnika ruchu.

³⁵ Zakres monitoringu oznacza czy nagrywany jest obraz, czy obraz z dźwiękiem.

³⁶ W skład monitoringu wchodziło 13 kamer, monitor, na którym wyświetlany był obraz z kamer i rejestrator. Kamery umieszczone były w salach chorych oraz na korytarzach oddziału. Monitor i rejestrator – dla zabezpieczenia dostępu oraz bezpieczeństwa urządzeń – zostały zlokalizowane w portierni budynku. Podgląd obrazów z kamer na monitorze nie należał do obowiązków pracownika portierni.

³⁷ W skład monitoringu wchodziło 13 kamer, monitor, na którym wyświetlany był obraz z kamer i rejestrator. Kamery umieszczone były w salach chorych oraz na korytarzach oddziału. Monitor i rejestrator znajdował się na portierni zlokalizowanej przy wejściu do budynku w tym samym miejscu, co monitor z oddziału psychiatria IA.

leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych³⁸ oraz w obszarach zewnętrznych, wejść głównych oraz ciągów komunikacyjnych Szpitala. Monitorowanie terenu Szpitala prowadzone było na podstawie umowy zawartej z firmą zewnętrzną. Przedmiotem tej umowy była ochrona osób i mienia, a także zainstalowanie i obsługę monitoringu wizyjnego³⁹.

(dowód: akta kontroli str. 336-337)

Ogółem w skład monitoringu wizyjnego zainstalowanego w Szpitalu w pięciu obszarach wchodziło 40 kamer z tego 6 kamer było zainstalowanych na zewnątrz budynków Szpitala, 5 kamer zainstalowano w ciągach komunikacyjnych, w tym w poczekalni SOR, 3 kamery w salach chorych na oddziale OLAZA oraz po 13 kamer w oddziałach psychiatria IA i IB.

W skład monitoringu SOR wchodziły 4 kamery, monitor i rejestrator. Monitorowaniem objęte były obszary: poczekalnia (wejście na oddział, pacjenci oczekujący oraz dokonujący rejestracji), korytarz, wzdłuż którego były usytuowane boksy do badań przyjmowanych pacjentów, wjazd i wyjazd dla karettek, wejście na SOR. W obszarach monitorowanych znajdowały się tablice z informacją o istniejącym monitoringu wizyjnym. Rejestrator obrazów z kamer znajdował się w części SOR przeznaczonej dla personelu medycznego i był zabezpieczony przed dostępem osób nieupoważnionych.

(dowód: akta kontroli str. 336-337)

Łącznie na terenie Szpitala było zainstalowanych 40 kamer. System monitoringu wizyjnego nie posiadał funkcji „stref prywatności”⁴⁰. Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego polegało na tym, iż obraz z kamer rejestrowany był na odrębnych, dla każdego oddziału, rejestratorach zabezpieczonych przed dostępem osób nieupoważnionych. Dla systemu monitoringu obsługiwanego przez firmę zewnętrzną rejestrator znajdował się w budynku stróżówki.

(dowód: akta kontroli str. 336-337)

Informacje o istniejącym monitoringu wizyjnym znajdowały się we wszystkich monitorowanych obszarach. Tablice informacyjne umieszczone były m.in.: na drzwiach wejściowych do SOR oraz na drzwiach do części pomieszczeń, w której znajdowały się boksy do badań dla pacjentów na SOR, na drzwiach wejściowych na oddział OLAZA, na drzwiach wejściowych do sal chorych na oddziale OLAZA, w których zainstalowane były kamery, na drzwiach wejściowych do budynku szpitalnego, w którym znajdowały się oddziały psychiatryczny IA i IB.

Tablice informacyjne dotyczące monitoringu, którym zarządzały firmy zewnętrzne, umieszczone były na ścianie holu przy rejestracji głównej, na ścianie przed wejściem do zakładu diagnostyki laboratoryjnej, przed wejściem głównym do szpitala, na budynku kotłowni.

(dowód: akta kontroli str. 336-337)

Dyrektor Szpitala wprowadził do stosowania *Politykę Bezpieczeństwa Danych Osobowych* (dalej: *Polityka*), której składnikiem była *Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym przetwarzającym dane osobowe*. W *Polityce* określono m.in. obowiązki Administratora Bezpieczeństwa Informacji (dalej: ABI), system zabezpieczeń danych osobowych (środki techniczne i organizacyjne), postępowanie

³⁸ W skład monitoringu wchodziły 4 kamery, monitor na którym był wyświetlany obraz z kamer i rejestrator. Obraz z pierwszej kamery obejmował korytarz oddziału, trzy następne kamery zainstalowane były w trzech salach. Na drzwiach wejściowych do tych sal były zamieszczone informacje o istniejącym monitoringu wizyjnym. Obraz z każdej z tych trzech kamer obejmował swym zakresem odpowiednio wszystkie łóżka znajdujące się w danej Sali.

³⁹ W skład tego monitoringu wchodziło 6 kamer, monitor i rejestrator.

⁴⁰ Strefa prywatności – to dowolne konfigurowanie przez użytkownika obszaru obrazu, na który nakładana jest maska powodująca wyłączenie ich spod monitoringu. Dzięki strefom prywatności możliwe jest nagrywanie fragmentów obrazu z poszanowaniem prawa do prywatności.

w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych. Dyrektor wyznaczył ABI oraz określił mu obowiązki. Trzej pracownicy Szpitala zostali upoważnieni do przetwarzania wszystkich danych osobowych, w tym danych uzyskanych z monitoringu wizyjnego. Ww. pracownicy złożyli oświadczenia o zachowaniu w tajemnicy informacji, o innych osobach, pozyskanych w związku z wykonywanymi czynnościami służbowymi na terenie szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 82-93, 370-381, 450-469)

Dla danych z monitoringu wizyjnego zastosowano zabezpieczenia fizyczne i organizacyjne. Zabezpieczenie fizyczne obejmowało: skrzynki uniemożliwiające dostęp do rejestratorów monitoringu osobom nieupoważnionym, hasła dostępu dla poszczególnych rejestratorów, lokalizację rejestratorów w miejscach dozorowanych przez personel, brak podłączenia rejestratorów do sieci. W ramach rozwiązań organizacyjnych udzielono upoważnień pracownikom do zarządzania nagraniami z monitoringu, wymagano od tych pracowników oświadczeń o zachowaniu w tajemnicy uzyskanych informacji. W dniu 03.03.2017 r. zawarto umowę na powierzenie danych z monitoringu wizyjnego zarządzanego przez firmę zewnętrzną.

(dowód: akta kontroli str. 336-337, 750-754)

Dyrektor zawarł w dniu 3.03.2017 r. umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych podmiotowi zewnętrznemu w związku z umową⁴¹, której przedmiotem była ochrona osób i mienia obejmująca swym zakresem również usługę monitoringu wizyjnego. Monitoring wizyjny nadzorowany przez firmę zewnętrzną obejmował widok: na hol przy rejestracji głównej, wejście do zakładu diagnostyki laboratoryjnej, parking płatny przed wejściem głównym do szpitala, budynek kotłowni, plac wyładunkowy. Umowa powierzenia przetwarzania danych osobowych zawierała wszystkie elementy⁴² określone w art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych. Administrator Bezpieczeństwa Informacji nie przeprowadzał kontroli zgodności z przepisami prawa przetwarzania danych osobowych przed pomiotem zewnętrznym.

(dowód: akta kontroli str. 382-449, 740-749)

Szpital prowadził ewidencje osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych. Trzech pracowników *Sekcji informatyki sprzedaży usług i marketingu* zostało upoważnionych do przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego, w zakresie zbierania, utrwalania, przechowywania, opracowywania, zmieniania, udostępniania, usuwania i kopiowania tych danych. Ww. pracownicy zostali zobowiązani do zachowania tajemnicy danych poprzez złożenie podpisu na formularzu „*Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych*”, który zawierał m.in.:

- oświadczenie, iż znana jest definicja danych osobowych,
- zobowiązanie do zachowania w tajemnicy danych osobowych,
- informację o przyjęciu do wiadomości, że w przypadku udostępnienia danych osobowych osobom nieupoważnionym podlega sankcją określonym w art. 49⁴³, 51⁴⁴ i 52⁴⁵ ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

⁴¹ Nr umowy GZP/3801/52 z dnia 3.03.2017 r.

⁴² Elementy te to: określenie celu i zakresu przetwarzania danych, postanowienia dotyczące danych i nośników danych po zakończeniu realizacji umowy, zobowiązanie podmiotu, któremu powierza się przetwarzanie danych, do przestrzegania zasad ochrony danych osobowych wynikających z przepisów prawa, do podjęcia środków zabezpieczających dane oraz zapewnienie administratorowi danych możliwości kontroli przetwarzania danych przez podmiot, któremu powierzono dane pod względem zgodności z przepisami prawa.

⁴³ Art. 49. Ust. 1 stanowi: Kto przetwarza w zbiorze dane osobowe, choć ich przetwarzanie nie jest dopuszczalne albo do których przetwarzania nie jest uprawniony, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Ust. 2 stanowi: Jeżeli czyn określony w ust. 1 dotyczy danych ujawniających pochodzenie rasowe lub etniczne, poglądy polityczne, przekonania religijne lub filozoficzne, przynależność wyznaniową, partyjną lub związkową, dane o stanie zdrowia, kodzie genetycznym, nalogach lub życiu seksualnym, sprawca podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do lat 3.

Formularz zawierał również: nazwę administratora danych, nazwisko i imię osoby upoważnionej, stanowisko służbowe, datę nadania uprawnień do przetwarzania danych osobowych, zakres uprawnień, zakres lub rodzaj danych, nr w rejestrze, podpisy wraz datami ich złożenia: kierownika komórki organizacyjnej, Administratora Bezpieczeństwa Osobowego, Administratora Danych Osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 370-381)

Dyrektor wyjaśnił, iż w celu zapewnienia rzetelnej i skutecznej kontroli nad przekazywaniem osobom/instytucjom nagrań z monitoringu wizyjnego, niezbędne informacje ustalane są następująco:

- data pierwszego wprowadzenia danych - określona jest na początku sekwencji zapisu w momencie uruchomienia rejestratora i jest widoczna w zapisie obrazu z kamery,
- identyfikator użytkownika wprowadzającego dane osobowe do systemu – nie obowiązuje, gdyż nagranie z kamer jest wprowadzane przez kamery z pominięciem osób fizycznych
- źródło danych – nr kamery monitorującej określony obszar,
- informacje o odbiorcach, którym dane osobowe zostały udostępnione są zawarte w „Rejestrze udostępnionych nagrań z monitoringu wizyjnego Szpitala, prowadzonym przez pracowników *Sekcji informatyki, sprzedaży usług i marketingu*. Sprzeciw wobec udostępnienia danych nie zostaje odnotowywany, gdyż dane przetwarzane są tylko w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i bezpieczeństwa miejsca pracy, nadzorowanie należytego wykonywania obowiązków przez pracowników, nadzorowanie przestrzegania przepisów BHP przez pracowników oraz zapewnienie przejrzystości działań w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. Ponadto Szpital nie przeprowadzi identyfikacji osób zarejestrowanych przez kamery z monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 365-369, 740-743)

W okresie objętym kontrolą osiem nagrań z monitoringu wizyjnego zostało udostępnionych: Komendzie Powiatowej Policji – 5, Prokuraturze Okręgowej – 2 i Rzecznikowi Praw Pacjentów - 1 nagranie. Szpital nie udostępniał danych z monitoringu wizyjnego innym instytucjom lub osobom oprócz wskazanych powyżej. Nie wystąpiły również przypadki kontroli przetwarzania danych przez pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 568-645)

Okres przechowywania danych z monitoringu wizyjnego został określony w formularzach „*Metryka monitoringu wizyjnego*” odrębnie dla każdego systemu na oddziałach szpitalnych. Wynosił on w poszczególnych oddziałach: SOR – 25 dni, OLAZA – 25 dni, psychiatria IA – 18 dni i psychiatria IB – 6 dni. W przypadku monitoringu wizyjnego zarządzanego przez firmę zewnętrzną okres przechowywania wynosił 30 dni.

(dowód: akta kontroli str. 365-369)

2.4. Dyrektor wyjaśnił, iż nie przeprowadzano analiz dotyczących skuteczności funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego w kontekście osiągnięcia celu, w jakim zainstalowano ten system. Dyrektor wskazał, iż wartość i zasadność

⁴⁴ Art. 51 ust. 1 stanowi: Kto administrując zbiorem danych lub będąc obowiązany do ochrony danych osobowych udostępnia je lub umożliwia dostęp do nich osobom nieupoważnionym, podlega karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. Ust. 2 stanowi: Jeżeli sprawca działa nieumyślnie, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności lub pozbawienia wolności do roku.

⁴⁵ Art. 52 stanowi: Kto administrując danymi narusza choćby nieumyślnie obowiązek zabezpieczenia ich przed zabraniem przez osobę nieuprawnioną, uszkodzeniem lub zniszczeniem, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

systemu monitoringu oparto na zgłoszeniach o udzielenie zapisu monitoringu wizyjnego otrzymanych od Policji i Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Dyrektor wskazał, iż monitoring wizyjny w obszarach monitorowania działa prewencyjnie na zachowanie personelu, zapewnia zwiększenie bezpieczeństwa osób i mienia Szpitala oraz jest wykorzystywany przy wyjaśnianiu skarg na złą jakość świadczeń medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 568-645)

W okresie objętym kontrolą Policja podejmowała łącznie 377 interwencji, w tym 92 w 2015 r., 169 w 2016 r. i 116 w 2017 r. Przedmiotem interwencji były m.in. zgłoszenia dotyczące: oddalenia się pacjentów (53 przypadki), agresywnego zachowania pacjentów (38), pacjentów pod wpływem dopalaczy/środków odurzających (35), kolizji parkingowych (29), asysty przy nietrzeźwym pacjencie (27), nieporozumień między pacjentami (25), kradzieży (19), zatrzymania poszukiwanych (12) oraz podejrzanych obrażeń u pacjentów (11).

Zdaniem NIK znaczna ilość interwencji podejmowanych przez Policję wskazuje na zasadność stosowania monitoringu jako narzędzia wspomagającego ochronę bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Jednocześnie NIK zauważa, że ilość zdarzeń niepożądanych nie ulega zmniejszeniu. Może to być efektem braku analiz skuteczności działania systemu i w efekcie braku działań dostosowujących system do rzeczywistych potrzeb ochrony bezpieczeństwa pacjentów i personelu.

(dowód: akta kontroli str. 755-757)

2.5. W Szpitalu zainstalowano trzy linie telefoniczne rejestrujące połączenia telefoniczne pacjentów do Szpitala, zgodnie z wymogami Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącymi realizacji świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 568-645)

Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego nie było przedmiotem kontroli wewnętrznej i zewnętrznej za wyjątkiem monitoringu na SOR. Kontrolę przeprowadziło w 2016 r. Biuro Audytu Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi. W wyniku kontroli stwierdzono m.in.: brak wymaganej dokumentacji, w tym metryki monitoringu oraz nieokreślenie czasu przechowywania nagrań z monitoringu. Wskazane nieprawidłowości zostały usunięte.

(dowód: akta kontroli str. 568-645, 81)

Dyrektor wyjaśnił, iż w związku z obowiązywaniem od 25 maja 2018 r. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE wysłał ABI na szkolenie organizowane przez Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych o tematyce *„Nowa rola administratorów bezpieczeństwa informacji w sektorze ochrony zdrowia w świetle krajowych i unijnych przepisów o ochronie danych osobowych”* w dniu 01.03.2017 r. Dodatkowo ABI został wysłany na kurs *„Warsztaty opracowania polityki ochrony danych osobowych zgodnie z RODO”* zorganizowany w dniu 05.06.2017 r. Szpital planuje w najbliższej przyszłości oddelegowanie ABI na szczegółowe szkolenie *„Certyfikowane warsztaty Analiza ryzyka (oceny skutków) i stosowania zabezpieczeń zgodnie z RODO”*, aby rzetelnie identyfikować rodzaje ryzyka związane z przetwarzaniem danych osobowych a także rzetelnie szacować prawdopodobieństwo i wagę tych ryzyk w przyszłym roku.

(dowód: akta kontroli str. 347-364)

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

1. W obowiązujących w Szpitalu: Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych, Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym Przetwarzającym Dane Osobowe oraz Szczegółowej Polityce Bezpieczeństwa Informacji nie określono zastosowanego poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego.

Zgodnie z § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych uwzględniając kategorie przetwarzanych danych oraz zagrożenia wprowadza się poziomy bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w systemie informatycznym: podstawowy, podwyższony, wysoki. W zależności od ustalonego poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych wprowadza się odpowiednie, środki bezpieczeństwa, które są określone w załączniku do rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych.

W Szpitalu podjęto środki bezpieczeństwa odpowiadające poziomowi podstawowemu polegające na tym, iż uniemożliwiono dostęp do rejestratorów monitoringu osobom nieupoważnionym, poprzez umieszczenie ich w miejscach dozorowanych przez personel oraz w zamykanych szafkach. Nie podłączono rejestratorów do sieci teleinformatycznej. Od upoważnionych do dostępu do danych z monitoringu wizyjnego pracowników, uzyskano oświadczenia o zachowaniu w tajemnicy informacji.

(dowód: akta kontroli str. 450-469, 494-567)

Dyrektor wyjaśnił, iż Szpital jest w trakcie uaktualniania dokumentacji Szczegółowej Polityki Danych Osobowych o zapisy dotyczące określenia poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego. Dyrektor wskazał dalej, że przy określaniu środków bezpieczeństwa do danych z monitoringu wizyjnego Szpitala, postanowiono zastosować wszelkie możliwe środki, aby uniknąć incydentów bezpieczeństwa, o których mowa w politykach bezpieczeństwa, czyli sytuacji stanowiących zagrożenie dla bezpieczeństwa zbioru nagrań z rejestratorów.

(dowód: akta kontroli str. 750-754)

2. Dokument Polityka bezpieczeństwa wdrożony w Szpitalu nie zawierał dla danych z monitoringu wizyjnego, informacji wymaganych § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych, tj.
 - wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe;
 - wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych;
 - opis struktury zbiorów danych wskazujący zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi;
 - sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami;
 - określenie środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych.

W odniesieniu do pozostałych danych osobowych przetwarzanych w Szpitalu, Polityka bezpieczeństwa nie zawierała nazw baz danych, w których zawarte są dane osobowe, a zawierała tylko informację o charakterze tych danych tj. „Dane medyczne”, „Dane kadrowo-płacowe”, „Dane finansowo-księgowe” itd.

(dowód: akta kontroli str. 450-469, 494-567)

Dyrektor oświadczył, iż Szpital jest obecnie w trakcie uzupełniania informacji o monitoringach oraz nazw baz danych lub plików odpowiadających zbiorom danych w załączniku Polityki Bezpieczeństwa.

(dowód: akta kontroli str. 740-749)

3. W okresie objętym kontrolą zawarte zostały cztery umowy⁴⁶ z podmiotami zewnętrznymi, których przedmiotem była ochrona osób i mienia. Przedmiot umowy obejmował również zainstalowanie i obsługę monitoringu wizyjnego. Ustalony przedmiot tych umów, w części dotyczącej monitoringu wizyjnego, był taki sam i obejmował łączenie okres od 04.06.2013 r. do 04.03.2017 r. W skład systemu monitoringu wchodziły kamery i rejestrator umożliwiające przechowywanie nagrań przez okres jednego miesiąca. Zarejestrowane obrazy z kamer tworzyły zbiór danych osobowych. Nie zawarto odrębnych umów, których przedmiotem byłoby powierzenie przetwarzania danych osobowych. Stosownie do art. 31 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych⁴⁷ „Administrator danych może powierzyć innemu podmiotowi, w drodze umowy zawartej na piśmie, przetwarzanie danych”.

Dyrektor wyjaśnił, iż „w polskim systemie prawnym brak aktu prawnego, który w sposób jednoznaczny określałby zasady działania monitoringu wizyjnego i wprowadzał obowiązek zawierania umów w zakresie powierzania przetwarzania danych. Zawarcie w 2017 r. z podmiotem zewnętrznym umowy dotyczącej powierzenia danych osobowych jest wynikiem doskonalenia systemu nadzoru nad bezpieczeństwem informacji w Szpitalu”.

(dowód: akta kontroli str. 382-449, 750-754)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK wskazuje, iż zgodnie z art. 31 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych, powierzenie przetwarzania danych (np. przetwarzanie zbioru danych osobowych powstałych w wyniku nagrań z kamer pochodzących z monitoringu wizyjnego), innemu podmiotowi, wymaga zawarcia pisemnej umowy.

4. Szpital nie dokonywał analizy skuteczności funkcjonowania monitoringu wizyjnego, w tym również analizy realizacji celu, w jakim monitoring został zainstalowany oraz optymalnego wykorzystania możliwości systemów. W okresie od 2015 r. do 2017 r. podmioty uprawnione wykorzystwały 8 nagrań z monitoringu. W ocenie NIK – mając na uwadze wystąpienie w omawianym okresie 377 interwencji Policji – zasadne jest szczegółowe analizowanie nagrań i podejmowanie działań dla eliminowania występujących zagrożeń.
5. Umieszczenie w portierni oddziałów monitora z obrazami kamer monitoringu prowadzonego w oddziałach psychiatrycznych IA i IB nie zabezpieczało danych z monitoringu przed dostępem osób nieupoważnionych. Dostęp osób nieuprawnionych do podglądu bieżących obrazów z kamer umieszczonych w oddziałach, może być przyczyną naruszenia tajemnicy lekarskiej, a także prawa do intymności i godności pacjentów.

Ocena cząstkowa

System monitoringu wizyjnego Szpitala pełnił przede wszystkim funkcję prewencyjną (obraz z kamer nie był obserwowany w czasie rzeczywistym) i był wykorzystywany do analizy zarejestrowanych zdarzeń niepożądanych. Realizowane były ustalone dla monitoringu wizyjnego cele, dotyczące m.in. monitorowania

⁴⁶ Umowy: nr GZP/3801/50/2016 z 22.02.2016 r., nr GZP/3801/18/2016 z 18.01.2016 r., nr GZP/3801/156/2015 z 01.06.2015 r., nr GZP/3801/105/2013 z 29.05.2013 r.

⁴⁷ Dz.U. z 2016 r. poz. 922

przejrzystości działań personelu medycznego, w tym podejmowania działań adekwatnych do zachowań pacjentów. Informacje o stosowaniu monitoringu były umieszczone na terenie Szpitala i w oddziałach podlegających monitorowaniu.

Ustalone zasady funkcjonowania w Szpitalu monitoringu wizyjnego nie w pełni zabezpieczały poszanowanie prawa do prywatności. Wprawdzie dostęp do nagrań z monitoringu mieli tylko upoważnieni pracownicy Szpitala, nie zabezpieczono jednak dostępu osób nieuprawnionych do obrazów z kamer, przekazywanych w czasie rzeczywistym z monitoringu oddziałów psychiatrii. Lokalizacja monitora z obrazami z kamer w tych oddziałach, stwarzała możliwość oglądania obrazów przez przypadkowe osoby. W ocenie NIK stanowiło to zagrożenie naruszenia praw pacjenta do jego prywatności.

Zarejestrowane obrazy z monitoringu w 8 przypadkach – na ogólną liczbę 377 interwencji podejmowanych w kontrolowanym okresie przez Policję – wykorzystane były do ustalenia uczestników zdarzeń niepożądanych. W ocenie NIK sytuacja taka jest m.in. wynikiem braku analiz skuteczności funkcjonowania systemów i nie podejmowania działań na rzecz efektywnego wykorzystania tej formy ochrony.

W dokumentacji dotyczącej monitoringu, Szpital nie określił poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego. Do przetwarzanych danych osobowych z monitoringu wizyjnego stosowane były środki bezpieczeństwa właściwe dla podstawowego poziomu bezpieczeństwa. Przyjęty zakres ochrony był wystarczający dla ochrony tych danych.

Szpital nie wskazał w Polityce bezpieczeństwa wymaganych § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych, w tym m.in. zbiorów danych osobowych z monitoringu, wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych.

W kontrolowanym okresie (do marca 2017 r.) mimo zlecenia firmie zewnętrznej monitoringu wizyjnego, nie zawarto z tą firmą – wymaganej przepisem art. 31 ust. 1 ustawy o ochronie danych osobowych – umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

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 Kontroli⁴⁸, wnosi o:

1. Zabezpieczenie gabinetów diagnostyczno-terapeutycznych przed dostępem osób trzecich w trakcie udzielania w nich pacjentom świadczeń zdrowotnych.
2. Zapewnienie ochrony intymności pacjentów w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w wieloosobowych salach chorych.
3. Wskazanie w regulacjach wewnętrznych, odpowiedniego do stanu faktycznego, poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych z monitoringu wizyjnego.
4. Uzupełnienie Polityki bezpieczeństwa obowiązującej w Szpitalu o dane określone w § 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2014 r. *w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych*.
5. Dokonywanie okresowych analiz funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego pod kątem realizacji celów, dla których został zainstalowany.

⁴⁸ Dz. U. z 2017 r., poz. 524

6. Zabezpieczenie obrazów z kamer monitoringu wizyjnego zainstalowanego w oddziałach psychiatrii IA i IB przed dostępem osób nieuprawnionych.

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 Lewiński
Główny specjalista k. p.


Podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk


Podpis

