



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.020.01.2017

P/17/103

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

ul. Okopowa 7, 20-022 Lublin

T +48 81 461 31 20, F +48 81 461 31 11

llu@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-112, 20-001 Lublin 1

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/17/103 — Ochrona intymności i godności pacjentów w szpitalach.
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2017 ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Szczepan Olejnik, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/142/2017 z dnia 18 września 2017 r. (dowód: akta kontroli, str. 1 - 2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 w Lublinie (dalej także: SPSK nr 1 w Lublinie lub Szpital), ul. Stanisława Staszica 16, 20-950 Lublin
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Adam Borowicz - dyrektor Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 w Lublinie (dowód: akta kontroli, str. 3)

II. Ocena² kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu nie zapewniały optymalnej ochrony prawa pacjenta do prywatności. Wprawdzie Szpital informował wszystkich pacjentów o przysługujących im prawach oraz zapewnił właściwe warunki organizacyjno-techniczne udzielania świadczeń zdrowotnych, to jednak infrastruktura Szpitala tj. wieloosobowe sale chorych, zbyt mała liczba toalet, pryszniców, których drzwi nie można było zamknąć na zamek, wskazują na brak warunków do zapewniania właściwej ochrony tych praw. W Szpitalu nie wprowadzono procedur/zasad określających rodzaje świadczeń, których nie można wykonywać w salach chorych, jak również procedury regulującej sposób zachowania się personelu Szpitala w czasie obchodu, odrzucając jednocześnie w istniejących warunkach infrastruktury szpitalnej zasadę nieprowadzenia wywiadu lekarskiego i badań pacjenta w wieloosobowej sali chorych, która miałaby stanowić wyraz przestrzegania prawa pacjenta do intymności i godności.

Funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego w szpitalu było zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Zbiór danych osobowych z monitoringu ujęty został w Polityce bezpieczeństwa informacji Szpitala, nadany mu został wysoki stopień bezpieczeństwa jak również zapewniono bezpieczeństwo przekazywania danych osobowych z tego zbioru. Nieprawidłowości dotyczyły nieokreślenia niezbędnego dla osiągnięcia celów systemów monitoringu okresu przechowywania nagrań, jak również dopuszczania do przetwarzania danych osobowych z monitoringu osoby nieposiadającej pisemnego upoważnienia do ich przetwarzania. Szpital nie prowadził analizy skuteczności funkcjonowania systemu, która mogłaby wskazać na niedociągnięcia w jego funkcjonowaniu oraz przyczynić się do jego zmian lub wyciągnięcia wniosków usprawniających system, zwłaszcza w perspektywie planowanej i realizowanej rozbudowy i modernizacji Szpitala.

¹ Kontrolą objęto również zdarzenia sprzed 2015 r. istotne dla kontrolowanej działalności, a w 2017 r. zdarzenia do dnia zakończenia czynności kontrolnych tj. 24 listopada 2017 r.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

1.1. Szpital, będący pod nadzorem Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, uczestniczy w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych w odrębnych przepisach³. W dokumentacji wewnętrznej Szpitala, założono możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności osób odbywających kształcenie, w przypadkach uzasadnionych realizacją celów naukowych lub dydaktycznych.

Dokumentem obowiązującym w Szpitalu i opisującym podstawowe prawa człowieka związane z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej np. prawo poszanowania integralności fizycznej i psychicznej, poszanowania prywatności była Karta Praw Pacjenta (KPP) stanowiąca załącznik nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala.

W dokumencie tym, w odniesieniu do prawa do prywatności, wskazano, że pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej, w szczególności w trakcie udzielanych mu świadczeń zdrowotnych. Podczas przeprowadzanego zabiegu czy innego świadczenia zdrowotnego w pomieszczeniu dopuszczono obecność tylko niezbędnego personelu, jednocześnie dopuszczając wyjątek od tej zasady, polegający na umożliwieniu obserwacji osobom odbywającym kształcenie przeddyplomowe lub podyplomowe w sytuacji uzasadnionej realizacją celów naukowych lub dydaktycznych. Celem zapewnienia poszanowania prawa do prywatności pacjenta przewidziano możliwość udzielania świadczenia zdrowotnego w osobnym pomieszczeniu lub miejscu osłoniętym.

(dowód: akta kontroli, str. 84-90)

Kwestie odwiedzin pacjentów uregulowano w regulaminach organizacyjnych poszczególnych 17 klinik Szpitala. Regulaminy te stanowią załączniki do Regulaminu Organizacyjnego SPSK Nr 1 w Lublinie. Godziny odwiedzin pacjentów w przypadku 14 klinik ustalono od 11.00 do 17.00. W klinikach tych jednocześnie określono, że odwiedziny poza wyznaczonym czasem, są możliwe z uwzględnieniem organizacji pracy personelu i praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności. Spośród ww. 14 klinik, w czterech klinikach przewidziano możliwość pozostania odwiedzającego z chorym w godzinach nocnych.

Zalecana pora odwiedzin pacjentek i noworodków w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży, przewidziana była w godzinach 14.00 – 17.00, w pomieszczeniu do tego przeznaczonym. Natomiast w Klinice Chorób Zakaźnych kontakt chorych z osobami odwiedzającymi zapewniony został przez wideotelefony, w które wyposażone zostały sale chorych oraz pomieszczenia dla odwiedzających. W regulaminie Kliniki Chirurgii Siatkówki i Ciała Szklatego wskazano, że odwiedziny pacjentów są możliwe codziennie z uwzględnieniem organizacji pracy personelu, praw innych pacjentów, w szczególności ich prawa do spokoju i intymności.

(dowód: akta kontroli, str. 91-100)

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala, w dokumentacji wewnętrznej Szpitala nie określono rodzajów świadczeń, których nie można wykonywać w salach chorych. Przyczyną jest brak obowiązku wynikającego z przepisów obowiązującego prawa, a także brak merytorycznej podstawy takiej regulacji. W zależności od okoliczności stanu klinicznego pacjenta, może istnieć konieczność podejmowania działań medycznych w obrębie sali chorych. Dotyczy to w szczególności sytuacji zagrażających życiu i zdrowiu pacjenta, w odniesieniu, do których niemożliwie jest wykluczenie wykonania pewnych czynności medycznych w obrębie sali chorych. Taka regulacja wprowadzałaby ograniczenia podjęcia działań leczniczych, których skutkiem mogłaby być zwłoka, zagrażająca życiu i zdrowiu pacjenta. Regulacja utrudniałaby więc prowadzenie prawidłowego postępowania w ww.

³ § 3 pkt 1 i pkt 3 oraz § 33 Statutu Szpitala stanowiącego załącznik do Zarządzenia Nr 27/2017 Dyrektora SPSK Nr 1 w Lublinie z dnia 5 lipca 2017r.

przypadkach, a jednocześnie zaburzała poczucie bezpieczeństwa pacjenta hospitalizowanego w Klinice. Wszelkie świadczenia udzielane pacjentowi na sali chorych są wykonywane przy wykorzystaniu parawanów i osłon. Kompetencje zawodowe pracowników uwzględniają ten zakres wiedzy dot. profilaktyki zakażeń wewnątrzszpitalnych.

W Szpitalu nie wprowadzono procedury regulującej sposób zachowania się lekarzy, pielęgniarek w czasie obchodu. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że art. 36 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁴ nakłada na lekarza obowiązek dbałości o poszanowanie intymności i godności pacjenta. Obowiązek taki jest ściśle skorelowany z poczuciem wrażliwości i empatii personelu medycznego, a także samego pacjenta. Jego realizacja przejawia się zarówno w stosowaniu pewnych zasad kultury w kontakcie z chora osobą i jej rodziną, jak i w reagowaniu na zaobserwowane lub przekazane personelowi przez pacjenta sugestie czy sygnały dyskomfortu w tym zakresie. Podkreślił, że zasada nieprowadzenia wywiadu lekarskiego i badań pacjenta w wieloosobowej sali chorych, która miałaby stanowić wyraz przestrzegania prawa pacjenta do intymności i godności, jest niewykonalna w istniejących warunkach infrastruktury szpitalnej. Nie wszyscy pacjenci obłożnie chorzy mogą leżeć na sali jednoosobowej, co więcej często tego nie chcą. Istniejące regulacje prawne dotyczące szczegółowych warunków, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, również nie wymagają zapewnienia sal jednoosobowych, za wyjątkiem izolatek – przeznaczonych do leczenia szczególnych jednostek chorobowych.

Dyrektor Szpitala zwrócił uwagę, że z jego wieloletniego doświadczenia pracy w Szpitalu wynika, że prowadzenie wywiadu lekarskiego i badań pacjenta w wieloosobowej sali chorych, nie jest związane z łamaniem prawa pacjenta do poszanowania intymności i godności, jeśli personel podejmuje odpowiednie czynności zapobiegawcze. Poinformował, że w trakcie jego wieloletniej pracy nie słyszał o przypadku skargi na taką okoliczność. W przypadku prawa do intymności personel powinien zachować takt, ogłędność i delikatność w kontakcie z chorym (zasłanianie w trakcie badania, przedstawianie uczestników badania). W Szpitalu powołany jest Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta, do którego pacjenci SPSK Nr 1 mogą składać skargi i zażalenia.

(dowód: akta kontroli, str.265-266)

1.2. W Szpitalu obowiązuje procedura informowania pacjentów o stanie zdrowia i przysługujących im prawach⁵. Określono w niej sposób postępowania w zakresie udzielania informacji i przestrzegania praw pacjenta, jak również stanowiska odpowiedzialne za nadzór nad personelem Szpitala w tym zakresie.

Zgodnie z procedurą informowania pacjentów o stanie zdrowia i przysługujących im prawach, KPP powinna być umieszczona w poszczególnych oddziałach/zakładach/przychodniach/izbach w widocznym miejscu (na tablicy ogłoszeń). Dla pacjentów niewidomych w Izbach Przyjęć, jak również w rejestracji pacjentów do Zespołu Poradni Specjalistycznych i POZ, Przyklinicznej Przychodni Specjalistycznej udostępniona powinna być KPP pisana w języku Braillea. Wskazano również, że pacjent ma prawo poprosić personel medyczny o odczytanie Karty.

(dowód: akta kontroli, str. 69-83)

W toku oględzin wybranych oddziałów⁶ Szpitala, ustalono, że pacjentom zapewniono możliwość zapoznania się z przysługującymi im prawami. Na ścianach korytarza, przy wejściu na oddziały lub Izbę Przyjęć zostały powieszone KPP w formie dużych plakatów, natomiast broszury KPP w formacie A4 umieszczono na tablicach informacyjnych, były one dostępne również w dyżurkach pielęgniarek. Dla osób niewidomych, na Izbie Przyjęć dostępna była KPP w języku Braillea.

⁴ Dz. U. z 2017 r., poz. 125 ze zm.

⁵ Procedura informowania pacjentów o stanie zdrowia i przysługujących im prawach w SPSK Nr 1 w Lublinie obowiązująca od 10.05.2007r. Wydanie VI, data obowiązywania wydania 27.06.2016 r.

⁶ Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży, Izba Przyjęć Ogólna przy ul. Staszica 16; Oddział Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii (ogłędzinami objęto wydzielone części Oddziału hipertensjologia, kardiologia, endokrynologia; część Oddziału Intensywny Nadzór Kardiologiczny ; Oddział Chirurgii Urazowej i Obrażeń Wielonarządowych).

(dowód: akta kontroli, str. 107-111)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w przypadku pacjentów nieprzytomnych tj. w stanie zagrożenia zdrowia i życia, najważniejszą i bezdyskusyjną rzeczą jest uzyskanie stabilizacji podstawowych parametrów życiowych, pozwalających na utrzymanie pacjenta przy życiu. O przysługujących im prawach pacjenci ci są informowani niezwłocznie, gdy ich stan na to pozwala.

(dowód: akta kontroli, str. 266)

Analiza dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala⁷ wykazała, we wszystkich klinikach/oddziałach Szpitala odbierano od pacjenta oświadczenie o zapoznaniu się z KPP. W badanej dokumentacji nie stwierdzono dokumentów wskazujących na wyrażenie zgody przez pacjenta na obecność osoby trzeciej podczas badania lub osób odbywających kształcenie przeddyplomowe lub podyplomowe.

(dowód: akta kontroli, str. 69-83)

Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala wg art. 21 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁸ na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska, natomiast wg art. 22 ww. ustawy - osoby inne aniżeli udzielające świadczenia zdrowotnego mogą uczestniczyć przy udzielaniu takiego świadczenia pod warunkiem, że są to osoby wykonujące zawód medyczny, a ich obecność jest niezbędna ze względu na rodzaj świadczenia lub wykonywanie czynności kontrolnych na podstawie przepisów o działalności leczniczej. Zgody na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego, są uzyskiwane od pacjenta w formie ustnej bezpośrednio przed wykonaniem samego świadczenia. Dokumentowany jest wyłącznie fakt, odmowy zgody na udzielenie świadczenia w takich warunkach. Dotychczas nie odnotowano jednak braku wyrażenia takiej zgody. W zakresie wyłączonym z konieczności uzyskania takiej zgody na podstawie art. 36 ust. 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty uczestniczenie w udzielaniu świadczeń studentów medycyny oraz osób wykonujących zawód medyczny i doksztalających się, ograniczone jest wyłącznie do niezbędnego zakresu uzasadnionego celem dydaktycznym. Pacjenci informowani są przez lekarzy – pracowników Uniwersytetu Medycznego o tych okolicznościach. Pisemne zgody nie są pobierane, z uwagi na brak takiego wymogu prawnego.

(dowód: akta kontroli, str. 69-83, 331)

Analiza dokumentacji medycznej Izby Przyjęć, nie wykazała dokumentów świadczących o poinformowaniu pacjentów o przysługujących im prawach lub o zapoznaniu się pacjentów z Kartą Praw Pacjenta.

(dowód: akta kontroli, str. 69-83)

Dyrektor Szpitala, wyjaśnił, że obowiązujące przepisy prawne nie nakazują zawierania w dokumentacji medycznej informacji o zapoznaniu się pacjenta z KPP. Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta: (...) Podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia te informacje w formie pisemnej, poprzez umieszczenie jej w swoim lokalu, w miejscu ogólnodostępnym (...) – Karta Praw Pacjenta znajduje się na tablicy ogłoszeń Izby Przyjęć w obszarze segregacji medycznej pacjentów. Natomiast, informacje o przysługujących prawach (możliwości zapoznania się z kartą praw pacjenta), w myśl art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, przekazuje pacjentowi pielęgniarka – w tym przypadku pielęgniarka dyżurna Izby Przyjęć. Nadzór nad prawidłowym działaniem Izby Przyjęć Ogólnej sprawuje jej Kierownik.

(dowód: akta kontroli, str. 69-83, 331)

1.3. W dniu oględzin wybranych oddziałów Szpitala nie stwierdzono, aby chorzy nie mieli

⁷ Badaniem objęto łącznie 77 dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala (Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii – 14; Klinika Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej – 15; Klinika Ginekologii Onkologicznej i Ginekologii – 15; Klinika Chorób Wewnętrznych – 15; Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży - 18) oraz sześć kart informacyjnych Izby Przyjęć SPSK nr 1 w Lublinie, Przyjęcie w trybie nagłym.

⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 ze zm.

zapewnionych łóżek w salach chorych. Sale te były wieloosobowe, a oddziały były wyposażone w przenośne parawany, które mogły być wykorzystane w razie potrzeby do zapewnienia pacjentom intymności.

Gabinety lekarskie, diagnostyczne i zabiegowe zabezpieczone były przed dostępem osób trzecich. Wyposażone były w pełne lub przeszklone (z szybą zaklejoną mleczną folią) drzwi zamykane na zamek oraz w znajdujące się nad drzwiami, zapalane w trakcie zabiegu plafony z napisem „nie wchodzić”⁹. Punkty rejestracji pacjentów umieszczone były w wydzielonych kontuarem częściach korytarza¹⁰ lub w zamykanych na zamek dyżurkach pielęgniarek.

Na oddziałach nie było wyodrębnionych sal chorych jednoosobowych. Spośród 32 sal na oddziałach objętych badaniem (łącznie 108 łóżek), jedynie w trzech wyodrębniono węzeł higieniczno-sanitarny¹¹.

Wyodrębniona część Oddziału Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii zwana Hipertensjologią, Kardiologią, Endokrynologią, składała się z 10 sal chorych i 37 łóżek oraz wyposażona została jedynie w 4 toalety i 3 prysznice. Stwierdzono, że nie było możliwości zamknięcia na zamek drzwi prowadzących z korytarza do jednej z toalet, jak również drzwi do dwóch pomieszczeń z prysznicem (brak klucza w zamku). Podobnie na Oddziale Chirurgii Urazowej i Obrażeń Wielonarządowych, na którym na 7 pokoi łóżkowych łącznie z 24 łózkami przypadły trzy toalety i jeden prysznic, zamek w drzwiach (wejście od strony korytarza) do pomieszczenia z prysznicem był uszkodzony. Pozostałe drzwi wyposażone były w zamki umożliwiające ich zamknięcie od wewnątrz. Na drzwiach toalet i prysznica zawieszane były dwustronne zawieszki z napisem „zajęte” i „wolne”.

(dowód: akta kontroli, str. 107-111)

Dyrektor Szpitala, wyjaśnił, że w przypadku korzystania przez pacjentów z pomieszczeń sanitarno-higienicznych, w tym z kabin prysznicowych oraz toalet przyjęto, iż w całym Szpitalu znajdują zastosowanie tabliczki oznakowane „zajęte” i „wolne”. Takie rozwiązanie podyktowane jest dbałością personelu Szpitala o bezpieczeństwo pacjenta, w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego i konieczności szybkiego udzielenia pomocy przy zasląbnieniu pacjenta. Stąd nie stosuje się zamknięcia od wewnątrz pomieszczenia higieniczno-sanitarnego pacjenta.

(dowód: akta kontroli, str. 273-274)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital podejmuje szereg działań w celu dostosowania pomieszczeń, urządzeń szpitala do obowiązujących wymogów określonych rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą¹². Działania te wynikają z realizacji Programu Wieloletniego na lata 2016-2022 pn. „Przebudowa i rozbudowa SPSK Nr 1 Uniwersytetu Medycznego w Lublinie”, zatwierdzonego Uchwałą Rady Ministrów. Według wyjaśnień wykonanie rozległego zakresu prac budowlanych, mających na celu zapewnienie właściwego stanu sanitarno-technicznego pomieszczeń, urządzeń i wyposażenia wymaga długofalowej realizacji na podstawie dokumentacji projektowej. Ponadto ze względu na zabytkowy charakter niektórych obiektów konieczna jest zgoda konserwatora zabytków do przeprowadzenia jakichkolwiek prac remontowo – budowlanych. Zrealizowane działania od 2015 r. polegały m.in. w Klinice Położnictwa i Patologii Ciąży na: zapewnieniu pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego, zapewnieniu czystych i gładkich powierzchni ścian w pomieszczeniach (malowanie), zapewnienie powierzchni stolarki drzwiowej umożliwiającej jej mycie i dezynfekcję (renowacja, malowanie), zapewnieniu powierzchni mebli medycznych, sprzętów i wyposażenia umożliwiających ich mycie i dezynfekcję (renowacja, malowanie).

(dowód: akta kontroli, str. 267-269)

⁹ Dotyczy pokoi zabiegowych na Położnictwie; Patologii Ciąży.

¹⁰ Izba Przyjęć – punkt przyjęć nagłych, trakt porodowy.

¹¹ Sala przedporodowa z 3 łózkami, sala z dwoma łózkami na Patologii Ciąży, sala Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego.

¹² Dz. U. z 2012 r. poz. 739.

1.4. Zagadnienie praw pacjenta do prywatności, w kontrolowanym okresie, nie było przedmiotem przeprowadzonych w Szpitalu zadań audytowych. Było natomiast badane w 2016 r. w ramach przeglądu akredytacyjnego prowadzonego przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Zgodnie z Raportem z przeglądu, sposób realizacji standardu informowania każdego pacjenta o przysługujących mu prawach i obowiązkach oraz sprawowania opieki nad pacjentami z zachowaniem zasad prywatności oceniono, jako częściowo zgodny. Wskazano, że zagęszczone sale chorych w części oddziałów utrudniają zachowanie prywatności w trakcie pobytu w Szpitalu (Klinika Chirurgii Urazowej i Obrażeń Wielonarządowych, Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej) oraz na brak Karty Praw Dziecka w Klinice Dermatologii.

(dowód: akta kontroli str. 63-65, 68)

W Rejestrze skarg i wniosków odnotowano 4 skargi dotyczące naruszenia praw pacjenta do prywatności. W trzech sprawach (prowadzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta) zarzuty okazały się prawdziwe, w jednej sprawie działanie lekarzy było zgodne z przepisami prawa. Postępowania wszczęte przez Rzecznika Praw Pacjenta (dalej RPP) prowadzone były w 2015 r. i dotyczyły:

- zawarcia w Informacji dla osób przyjmowanych do I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji, jednoznacznej informacji dotyczącej wyrażenia zgody przez pacjenta lub jej braku na badanie w obecności osób szkolących się;
- umożliwienia obecności osoby bliskiej podczas udzielania pacjentowi świadczenia zdrowotnego;
- naruszenia zbiorowych praw pacjentów do poszanowania intymności i godności poprzez udzielanie na Izbie Przyjęć Okulistyki Szpitala świadczeń zdrowotnych w obecności innych osób niż udzielające świadczeń zdrowotnych, bez zgody pacjentów.

W związku z ww. postępowaniami, Szpital poinformował RPP o podjęciu działań mających zapobiec łamaniu praw pacjenta, polegających na:

- przeprowadzeniu szkoleń personelu Szpitala, w zakresie przestrzegania przepisów zawartych w ustawie o prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- zmianie obowiązującego formularza dotyczącego – Informacji dla osób przyjmowanych do I Kliniki Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji. W dokumencie tym zawarto jednoznaczną informację dotyczącą wyrażenia zgody przez pacjenta lub jej braku na badanie w obecności osób szkolących się;
- wprowadzeniu zapisów do Procedury przyjęć w Izbie Przyjęć Ogólnej oraz do Procedury informowania pacjentów o stanie zdrowia i przysługujących im prawach w SPSK Nr 1 w Lublinie, o możliwości obecności osób bliskich podczas udzielania świadczeń zdrowotnych, a także warunkach odmowy tego prawa.
- poinformowaniu personelu Izby Przyjęć Okulistyki o zakazie udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności osób innych niż udzielające świadczeń bez zgody pacjentów. Złożone zostało oświadczenie przepraszające pacjentów, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w obecności osób innych niż udzielające świadczeń bez zgody pacjentów.

(dowód: akta kontroli str.66-67)

Szpital przeprowadził w latach 2015 i 2016 wśród pacjentów ankietę dotyczącą warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Ankiety te zawierały pytania dotyczące m.in. poszanowania intymności podczas badań lekarskich, oceny pracy pielęgniarek w zakresie zapewnienia intymności i godności osobistej podczas zabiegów pielęgnacyjnych, informowania pacjentów o „Prawach Pacjenta” i przestrzegania ich przez personel Szpitala. W 2015 r. ankietę wypełniło 942 pacjentów natomiast w 2016 r. 1300 pacjentów. Ankiety takie, osobno przeprowadzano również w Klinikach Psychiatrii Szpitala.

Zarówno w 2015 r. jak i w 2016 r. w zbiorczych zestawieniach wyników ankiet wskazano na opinie niekorzystnie oceniające Szpital, dotyczące braku poszanowania intymności pacjenta

przez lekarza i pielęgniarki (wywiad i badanie przeprowadzane w obecności innych pacjentów będących obok, czytanie głośno nazwisk)¹³.

Zgodnie z wynikami przeprowadzonych ankiet w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. nastąpiła poprawa w zakresie poszanowania intymności i godności pacjentów, jak również w zakresie informowania o prawach pacjenta i ich przestrzegania.

Ponad 96% ankietowanych pacjentów oceniło, co najmniej dobrze stopień poszanowania godności pacjentów przez lekarzy w czasie badań lekarskich, 1,3% wystawiło ocenę nie wyższą niż dostateczna. Z 96,7% do 97,5% wzrosła liczba pacjentów pozytywnie oceniających stopień poszanowania godności pacjentów przez pielęgniarki/położne, oraz nastąpił spadek z 0,66% do 0,13% pacjentów niezadowolonych. Podobnie w 2016 r. w porównaniu do 2015 r. więcej osób wskazało na zapoznanie ich z Prawami Pacjenta (wzrost z 81,8% do 88,4%), jak również więcej osób przyznało, że personel medyczny przestrzegał wobec hospitalizowanych praw pacjenta (z 91% do 94,4%).

(dowód: akta kontroli str. 14-55)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że w roku 2015 i 2016 wyniki przeprowadzonej anonimowej ankiety satysfakcji pacjenta rozesłano wraz z pismem przewodnim do Kierowników wszystkich oddziałów klinicznych, w których była prowadzona ankieta, z prośbą o przedstawienie propozycji działań do podjęcia w celu podniesienia jakości świadczonej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz wyeliminowania niedociągnięć w tym zakresie.

Wyniki ankiet prowadzonych w roku 2015 i 2016 wraz z opiniami pacjentów były przekazywane również przez Dyрекcję Szpitala na zebraniach z kadrą kierowniczą; Kierowników Klinik i Pielęgniarki Oddziałowe na raportach lekarskich i pielęgniarskich. W czasie zebrań/raportów przypomniano kadrze lekarskiej i pielęgniarskiej o Prawach Pacjenta obowiązujących w SPSK Nr 1 w Lublinie (szkolenie z wykorzystaniem przykładowych sytuacji), jak również o Regulaminach Wewnętrznych poszczególnych Klinik/Zakładów. Zwrócono szczególną uwagę na poprawę formy kontaktów lekarzy i pielęgniarek z pacjentami. Poinstruowano podległy personel w kwestii dbałości o zachowanie intymności hospitalizowanych pacjentów, jak również rzetelności i sposobu udzielania informacji o stanie zdrowia. Przypomniano obowiązujące w Szpitalu procedury odnoszące się do zapewnienia właściwych warunków badania pacjenta (prowadzenie wywiadu i badanie fizykalnego) tj. zapewniających intymność pacjentowi i poszanowanie jego godności. Nawiązano również do Standardu Opieki Pielęgniarskiej (Wydanie IV obowiązuje od 07.07.2016 r.), w którym jest szereg zapisów mówiących o działaniach pielęgnacyjnych, terapeutycznych i edukacyjnych realizowanych wobec pacjenta z poszanowaniem godności, prywatności i zapewnieniem intymności. W oddziałach, w których była niewystarczająca ilość parawanów, które mogą zapewnić pacjentowi intymność oraz prywatność podczas badań lekarskich, zakupiono dodatkowe¹⁴.

W celu niewzywania pacjentów po nazwiskach, wprowadzono obowiązek nadania w rejestracji kolejnego numeru pacjentowi, który służy wezwaniu do gabinetu. Ponadto zostały zorganizowane dla pracowników w roku 2015 i 2016 przez Dyрекcję Szpitala szkolenia o tematyce „Uprawnienia personelu medycznego”, „Ocena wystąpień Rzecznika Praw Pacjenta”, „Zbiorowe prawa pacjenta oraz wybrane prawa personelu medycznego”. W 2016 r. kancelaria prawna przeprowadziła dla lekarzy warsztaty i wykład dotyczący problematyki zgody pacjenta oraz obrony lekarza przed „problemowym” pacjentem.

(dowód: akta kontroli str. 274-275)

¹³ W 2015 r.: Klinika Chorób Wewnętrznych, Klinika Położnictwa i Patologii Ciąży, Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego, Klinika Diagnostyki i Mikrochirurgii Jaskry, Klinika Dermatologii, Wenerologii i Dermatologii Dziecięcej, Klinika Chirurgii Urazowej i Medycyny Ratunkowej, Oddział Dzienny Chemioterapii. W 2016 r.: Klinika Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku, Klinika Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu Pokarmowego.

¹⁴ W toku oględzin ustalono, że wydzielone części oddziałów wyposażone zostały w przenośne parawany: Położnictwo - 5 szt.; Patologia Ciąży - 5 szt.; hipertensjologia, kardiologia, endokrynologia - 3 szt.; Oddział Chirurgii Urazowej i Obrażeń Wielonarządowych - 2 szt.

Ustalono
nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

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

1. Zdaniem NIK, brak możliwości zamknięcia drzwi do toalety, czy do pomieszczenia z kabiną prysznica wskazuje na niezapewnienie pacjentom Szpitala zachowania prawa do intymności. Odnosząc się do argumentacji Pana Dyrektora o możliwym zasłabnięciu pacjenta w kabinie, należy zauważyć, że w pozostałych kabinach drzwi wyposażono w zamki łazienkowe, umożliwiające ich zamknięcie oraz otwarcie, w razie potrzeby również z zewnątrz. Umieszczenie jedynie na drzwiach zawieszki z napisem zajęte, w przypadku znikomej liczby toalet i pryszniców na oddziałach, w opinii NIK, jest rozwiązaniem niewystarczającym do zachowania intymności przez osoby z nich korzystające. Na zasadność sformułowania ww. uwagi wskazują również opinie samych pacjentów. W przeprowadzonej na potrzeby NIK ankiecie¹⁵, pacjenci, jako przykład niezapewnienia im intymności wskazali właśnie, brak możliwości zamknięcia drzwi od prysznica na Oddziale Chorób Wewnętrznych. Ponadto jedna pacjentka podała, że na tym Oddziale z toalet dla kobiet korzystają również mężczyźni, co czyni uwagę NIK tym bardziej zasadną.

(dowód: akta kontroli str. 4-9)

2. Z ustalonego stanu faktycznego dotyczącego braku udokumentowanej zgody lub sprzeciwu na obecność osób trzecich podczas udzielanego świadczenia, może wynikać, że wszyscy pacjenci wyrażali zgodę na obecność osób trzecich. Jednak wyniki badań ankietowych wśród pacjentów, przeprowadzonych zarówno przez Szpital, jak również na potrzeby kontroli NIK, mogą wskazywać na brak świadomości u niektórych pacjentów co do przysługujących im podstawowych praw. Dlatego też, zdaniem NIK, pacjent powinien być na tyle wcześniej poinformowany o prawie do wyrażenia zgody lub sprzeciwu na obecność podczas udzielania mu świadczeń zdrowotnych innych osób, aby oświadczenia woli mogły zostać udokumentowane.

Ocena cząstkowa

Obowiązujące¹⁶ w szpitalu regulacje wewnętrzne określały zasady informowania pacjentów o przysługujących im prawach, które spisane w formie Karty Praw Pacjenta, były udostępniane pacjentom przy przyjęciu do Szpitala oraz na późniejszym etapie leczenia. Szpital nie odbierał pisemnej zgody pacjenta na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczenia zdrowotnego. Nie wprowadzono procedury regulującej sposób zachowania się lekarzy w czasie obchodu, wskazując jednocześnie na niewykonanie, w istniejących warunkach infrastruktury, zasady nieprzeprowadzenia wywiadu lekarskiego i badań pacjenta w wieloosobowej sali chorych.

Uwagi NIK dotyczyły braku wyposażenia drzwi do toalet i pomieszczeń z prysznicem w zamki umożliwiające ich zamknięcie od wewnątrz, przez co osoba z nich korzystająca narażona była na wtargnięcie, w każdej chwili, obcej osoby. Wyniki przeprowadzonych oględzin wykazały, że sposób organizacji sal chorych, gabinetów lekarskich, diagnostycznych i zabiegowych oraz rejestracji pacjentów zapewniał prawo do prywatności pacjenta. Oddziały zostały wyposażone w przenośne parawany, umożliwiające zapewnienie intymności pacjentów znajdujących się w wieloosobowych pokojach łóżkowych.

2. Organizacja i funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego

Opis stanu
faktycznego

2.1. Decyzja o budowie systemu monitoringu wizyjnego w Szpitalu podjęta została przez władze Szpitala samodzielnie, tj. nie wynikała z realizacji wniosków pokontrolnych. Uzasadnieniem wprowadzenia monitoringu wizyjnego była konieczność nadzoru nad obszarami szpitala zlokalizowanego w wielu miejscach znacznie od siebie oddalonych.

¹⁵ Badanie przeprowadzono wśród pacjentów przebywających na Oddziale Położnictwa i Patologii Ciąży (30 wypełnionych ankiet), Izbie Przyjęć; Klinice Chorób Wewnętrznych - Oddział Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii (36 wypełnionych ankiet); Klinice Chirurgii Urazowej (9 wypełnionych ankiet). Zgodnie z wynikami badania 84,3% ankietowanych potwierdziło poinformowanie ich o przysługujących prawach i obowiązkach pacjenta; 6% ankietowanych wskazało, że przeprowadzono z nimi wywiad przy innych osobach, 12% wskazało na udzielenie informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu; 8,4% udzielenie świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów.

¹⁶ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny cząstkowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową.

Dotyczyło to w szczególności zapewnienia bezpieczeństwa mienia, personelu Szpitala i pacjentów przebywających na terenie Szpitala; monitorowania dostępu do pomieszczeń o szczególnym znaczeniu (ujęcie wody, stacje energetyczne oraz gazów medycznych, agregaty prądotwórcze itp.), kontroli przejezdności dróg ewakuacyjnych i pożarowych; monitorowania wnętrza wydzielonych pomieszczeń szpitalnych w Klinice Psychiatrii. Przed wdrożeniem monitoringu szpital nie podejmował i nie rozważał podjęcia, innych działań pozwalających na osiągnięcie tych samych celów, co instalacja monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 278)

W skład systemu monitoringu Szpitala wchodziło łącznie 86 kamer zlokalizowanych na terenie Szpitala przy ul. Staszica 16¹⁷, ul. Chmielnej 1 (Klinika Okulistyki) oraz Głuskiej 1 (Kliniki Psychiatryczne).

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, system monitoringu wynikał z bieżących potrzeb Szpitala. Nie przeprowadzono analizy skuteczności systemu pod względem liczby i rozmieszczenia kamer, ani kosztów wdrożenia i funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego uznając, że realizacja priorytetów/celów jego funkcjonowania jest celem nadrzędnym w funkcjonowaniu Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 211-234, 278)

W latach 2011-2017 koszty funkcjonowania systemów monitoringu wyniosły łącznie 61.5 tys. zł, w tym koszty z tytułu instalacji i modernizacji systemu 19.734,14, remontów 16.434,80 zł; serwisu systemu 25.346,08 zł.

(dowód: akta kontroli str. 282)

2.2. Szpital określił ogólne zasady funkcjonowania systemu monitoringu w Polityce bezpieczeństwa informacji¹⁸ w załączniku Nr 10¹⁹.

Wskazano, że rozmieszczenie kamer i obszaru objętego ich zasięgiem powinno minimalizować ryzyka naruszenia prywatności pacjentów, osób odwiedzających, pracowników i innych osób przebywających w obszarze monitorowanym. Do przetwarzania danych w zakresie wideonadzoru dopuszczone mogą zostać jedynie osoby posiadające indywidualne upoważnienie do przetwarzania danych; przeszkolone w zakresie ochrony danych osobowych²⁰. Przy przetwarzaniu danych osobowych w systemach monitoringu, które mają dostęp do sieci publicznej (Internet), należy niezwłocznie poinformować o tym fakcie administratora bezpieczeństwa informacji (dalej ABI), w celu zastosowania odpowiedniego wysokiego poziomu bezpieczeństwa. Ponadto wskazano, że obszar objęty monitoringiem należy oznaczyć w celach informacyjnych (piktogramy lub tablice) jak również, że dopuszczalny okres przechowywania danych w rejestratorach wideo wymaga każdorazowo konsultacji z Administratorem Danych w celu określenia rodzaju i zakresu przetwarzanych danych.

(dowód: akta kontroli str.158-159)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że dane z monitoringu wizyjnego są traktowane, jako zbiór danych osobowych. Obowiązki osób zatrudnionych przy ich przetwarzaniu określa Polityka bezpieczeństwa informacji oraz Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi. Udostępnianie danych osobowych osobom lub podmiotom nieuprawnionym jest zabronione (§ 46 pkt 2 i § 64 pkt. 2.b Polityki bezpieczeństwa informacji). W przypadku wystąpienia konieczności dokonania dostawy, usługi lub roboty budowlanej sposób postępowania określają wprowadzone procedury w Zakresie Bieżącej Eksploatacji Obiektów Budowlanych oraz zasady ustalone w Polityce bezpieczeństwa informacji.

Szpital nie wprowadził procedur określających sposób postępowania w przypadkach

¹⁷ M.in. Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży, Izba Przyjęć Ogólna; Oddział Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii, Oddział Chirurgii Urazowej i Obrażeń Wielonarządowych.

¹⁸ Polityka bezpieczeństwa informacji w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie; wydanie 5, data 16.08.2016 r.

¹⁹ Nadzór wideo w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.

²⁰ Co potwierdza się stosownym oświadczeniem, którego wzór określono Załącznikiem Nr 3 – Polityki Bezpieczeństwa Informacji.

ujawnienia przez monitoring zdarzeń niepożądanych tj. np. wezwanie personelu medycznego, pracowników ochrony, Policji.

(dowód: akta kontroli str.291-292)

2.3. Szpital posiada systemu monitoring na terenie obiektów zlokalizowanych przy ul Staszica 16²¹, ul. Chmielnej 1 (Klinika Okulistyki) oraz Głuskiej 1 (Kliniki Psychiatryczne). Pierwsze kamery systemu monitoringu zainstalowano, zgodnie z informacją, w Szpitalu już w latach 2002/2003. W ramach modernizacji i rozbudowy systemów w roku 2013 zamontowano 44 kamery w Klinice Okulistyki poza tym w latach 2012, 2014, 2015, 2017 montowano po jednej kamerze. W części Szpitala przy ul. Staszica 16 system monitoringu obejmuje parkingi (6 kamer), obszary przy budynkach szpitala (główne wejścia na teren Szpitala i do budynków, wyjazdy), korytarze wokół Izby Przyjęć (3 kamery). W części przy ul. Chmielnej 1 monitoringiem wizyjnym objęto przestrzeń wokół budynku Kliniki (5 kamer obejmujących: wejścia główne, parking, podjazdy), jak również wewnątrz, w piwnicy (3 kamery skierowane na korytarze), na parterze budynku (14 kamer obejmujących zasięgiem: szatnię, poczekalnię, rejestrację, korytarze, łącznik), na pięciu piętrach (łącznie 18 kamer skierowanych na korytarze).

Kliniki Psychiatryczne wyposażone zostały łącznie w 24 kamery. Najwięcej kamer znajduje się w Oddziale Podśladnym E (20 kamer). Obszar monitorowany obejmuje wejście na Oddział, korytarze, jadalnię, izolatkę, kuchnię, trzy sale chorych, toaletę. Obrazy z dwóch kamer w toalecie obejmowały również wnętrze kabiny do wysokości ramion (od góry) w pozycji stojącej osób korzystających. System monitoringu wizyjnego w SPSK nie posiadał funkcji „stref prywatności”.

(dowód: akta kontroli str. 211-234, 283-286, 292, 330)

2.4. Sposób funkcjonowania monitoringu wizyjnego w szpitalu zapewniał ochronę danych osobowych. Dyrektor Szpitala w 2015 r. powołał administratora bezpieczeństwa informacji (dalec ABl), upoważnił go do reprezentowania Administratora Danych, udzielania i odwoływania upoważnień do przetwarzania danych osobowych oraz przekazał Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych zgłoszenie powołania ABl do rejestracji.

Polityka bezpieczeństwa informacji oraz Instrukcja Zarządzania Systemami Informatycznymi określały obowiązki i wymogi wobec osób przetwarzających dane osobowe, a także zasady przestrzegania bezpieczeństwa. Systemy informatyczne do obsługi monitoringu wizyjnego posiadały kontrolowany dostęp poprzez hasła dostępu. Zgodnie z Instrukcją zarządzania systemami informatycznymi służącymi do przetwarzania danych osobowych w SPSK Nr 1 w Lublinie, w Szpitalu obowiązuje wysoki poziom bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w systemach informatycznych według kategorii przetwarzania danych osobowych, zdefiniowanych w rozporządzeniu 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.²²

Zbiór danych z monitoringu wizyjnego ujęto w Wykazie zbiorów danych osobowych stanowiącym załącznik nr 5 do Polityki bezpieczeństwa informacji. Dla zbioru z monitoringu określono sposób przetwarzania, system informatyczny, miejsce przetwarzania, dane osobowe. Jako cel przetwarzania danych w zbiorze podano bezpieczeństwo fizyczne osób i mienia.

(dowód: akta kontroli str. 201, 204, 211-234, 283-286, 292)

Szpital prowadził Rejestr osób upoważnionych do korzystania z systemu monitoringu, który zawierał imię i nazwisko osoby upoważnionej, datę nadania upoważnienia, datę wygaśnięcia uprawnień, stanowisko, zakres. Zgodnie z rejestrem, upoważniono 19 osób,

²¹ M.in. Oddział Położnictwa i Patologii Ciąży, Izba Przyjęć Ogólna; Oddział Chorób Wewnętrznych, Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego, Diabetologii, Endokrynologii, Oddział Chirurgii Urazowej i Obrażeń Wielonarządowych.

²² Dz. U. Nr 100, poz. 1024 ze.zm.

z czego 2 osoby posiadały oprócz uprawnienia do podglądu i odtwarzania również uprawnienie do nagrywania. Ostatnią datą nadania uprawnień była 14.11.2017 r., otrzymał je pracownik Kliniki Psychiatrii, w zakresie podglądu, odtwarzania i nagrywania. Pracownik ten znał hasło dostępu umożliwiające przeglądanie i zgrywanie nagrań oraz obsługiwał system monitoringu w Klinice Psychiatrii na Oddziale podsądnym, jeszcze przed formalnym nadaniem mu upoważnienia w tym zakresie. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pracownik ten otrzymał ustne upoważnienie dostępu do systemu monitoringu w jednostce organizacyjnej, której jest pracownikiem, z chwilą zapoznania się z treścią ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych²³ tj. 26.04.2004r.

Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, rejestr osób upoważnionych do obsługi monitoringu wizyjnego w SPSK 1 jest prowadzony na podstawie wniosków o udzielenie stosownych uprawnień w zakresie przetwarzania danych osobowych, złożonych przez kierowników jednostek organizacyjnych Szpitala. Wskazany pracownik posiadał oświadczenie z dnia 26.04.2004 r. o zapoznaniu się z ustawą o ochronie danych osobowych, aktualnie dokumenty uzupełniono o stosowne upoważnienie.

(dowód: akta kontroli str. 292-293)

Pracownicy Szpitala składali oświadczenie, według wzoru określonego w Polityce bezpieczeństwa informacji, o zapoznaniu się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych i zobowiązywali się do ich przestrzegania.

(dowód: akta kontroli str. 155)

Na budynkach Szpitala, przy wejściach głównych, oraz na korytarzach budynków objętych systemem monitoringu wizyjnego umieszczono piktogramy informujące o funkcjonowaniu na terenie Szpitala systemu monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 283-286)

Szpital powierzył przetwarzanie danych osobowych podmiotom zewnętrznym dzierżawiącym nieruchomości pod parking, świadczącym usługi ochrony całodobowej oraz wykonującym usługi konserwacji systemu. Z podmiotami tymi, zawarto osobne umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, w których określono jako przetwarzane dane osobowe: wizerunek osób fizycznych. W umowach tych wykonawcy zobowiązali się, przy przetwarzaniu powierzonych danych osobowych, do ich zabezpieczenia poprzez podjęcie środków technicznych i organizacyjnych, o których mowa w szczególności w art. 36-39 a ustawy o ochronie danych osobowych. Wykonawcy złożyli oświadczenia, że prowadzą dokumentację opisującą sposób przetwarzania danych osobowych, a znajdujące się w ich posiadaniu urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych zapewniają wysoki poziom bezpieczeństwa. W umowach tych nie zawarto postanowień dotyczących zapewnienia administratorowi danych o możliwości kontroli przetwarzania danych przez podmiot, któremu powierzono przetwarzanie danych pod względem zgodności z przepisami prawa oraz postanowieniami umowy. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala aktualnie opracowywane przez ABI wzory powierzenia przetwarzanych danych do stosowania od połowy 2018 r. zawierają odpowiednie regulacje dotyczące kontroli procesora przetwarzającego powierzone dane.

(dowód: akta kontroli str. 235-262, 323, 332-355)

Szpital prowadził Rejestr wniosków o udostępnienie nagrań z monitoringu wizyjnego. W rejestrze wykazano od początku 2015 r. łącznie 14 wniosków, z czego 6 wniosków Policji (nagrania udostępniono w 5 przypadkach, w jednym przypadku brak było zarejestrowanych nagrań z wnioskowanego okresu); jeden wniosek Sądu Rejonowego (nagranie udostępniono). Pozostałe uwzględnione wnioski pochodziły od komórek organizacyjnych Szpitala (Dział Obsługi Porządkowo Transportowej SPSK1). W innych przypadkach nagrań nie udostępniono, wnioski były złożone przez osobę fizyczną, firmę zewnętrzną oraz przez Klinikę Okulistyki Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 302-303)

²³ Dz. U. z 2016 r. poz. 922.

W kontrolowanym okresie nie wystąpiły przypadki kontroli przetwarzania danych przez pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 274)

2.5. Zgodnie z Polityką bezpieczeństwa informacji (załącznik Nr 10), dopuszczalny okres przechowywania danych w rejestratorach wideo wymaga każdorazowo konsultacji z Administratorem Danych w celu określenia rodzaju i zakresu przetwarzanych danych.

Okres przechowywania nagrań z monitoringu w poszczególnych rejestratorach oraz dla poszczególnych kamer był różny²⁴ i wynosi od 9 dni do 282 dni²⁵.

(dowód: akta kontroli str. 283-287)

Dyrektor Szpitala, wyjaśnił, że nie wystąpiły konsultacje dotyczące okresów przechowywania danych z monitoringu szpitalnego z uwagi na fakt, że wszystkie instalacje monitoringu zostały wykonane, przed wprowadzeniem w 5 wydaniu z dnia 16.08.2016 r. załącznika nr 10 do Polityki bezpieczeństwa informacji, wprowadzającego taki wymóg. Różne okresy przechowywania wynikają z pojemności pamięci wewnętrznej rejestratorów. Instalacje urządzeń były wykonywane w odległych odstępach czasu, stąd duże różnice parametrów technicznych. Systemy rejestracji zapisu z kamer ustawione są obecnie w tryb nadpisywania najstarszych danych w momencie osiągnięcia limitu zapisu (pojemności dysku twardego rejestratora). Każda nowa instalacja systemu monitoringu oraz sprzętu do jego obsługi będzie konsultowana z ABI w celu określenia zasadności, zakresu i terminów przechowywania nagrań, a także w celu scentralizowania i ujednolicenia posiadanych systemów zarządzania monitoringiem.

(dowód: akta kontroli str. 291)

2.6. W Szpitalu nie prowadzono analizy skuteczności systemu monitoringu wizyjnego, ani ewidencji zdarzeń niepożądanych, w tym: zaobserwowanych, wykrytych lub którym system monitoringu przeciwdziałał.

(dowód: akta kontroli str. 279)

Zgodnie z informacją z Policji²⁶ na terenie obiektów Szpitala, objętych monitoringiem, prowadzono w latach 2010 – 2017 łącznie 71 postępowań (67 dotyczyło kradzieży, a 4 włamania). Najwięcej postępowań dotyczyło terenu Szpitala przy ul. Staszica 16 odpowiednio 54 i 2. Najwięcej postępowań w sprawie kradzieży (21) odnotowano w 2011 r. W latach 2015 – 2017 prowadzone postępowania dotyczyły 19 kradzieży i jednego włamania. Zgodnie z prowadzoną przez Szpital ewidencją wniosków o udostępnienie zapisów z monitoringu, Policja w okresie od 2015 r. występowała z sześcioma wnioskami o udostępnienie zapisów z monitoringu.

(dowód: akta kontroli str. 295-296)

2.7. W Szpitalu nie wprowadzono rejestracji rozmów między lekarzami i pacjentami (rozmowy w gabinetach lekarskich, rozmowy telefoniczne).

(dowód: akta kontroli str. 279)

2.8. Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego było przedmiotem audytu wewnętrznego przeprowadzonego w 2015 r. W ramach tego zadania ustalono nieprawidłowości m.in. brak oznaczeń w miejscach objętych monitoringiem; niewyznaczenie Administratora systemu monitoringu, który odpowiadałby za nadzór nad całym systemem monitorowania w SPSK nr 1 w Lublinie, brak podpisanych zobowiązań do zachowania poufności przez pracowników posiadających dostęp do systemu, w tym podwykonawców wykonujących codzienne działania w zakresie wideo nadzoru lub sprawujących nadzór techniczny nad systemem.

²⁴ Np. Klinika Psychiatrii, Oddział podśladny E, kamera umieszczona w izolatce – 114 dni, kamera umieszczona w jadalni – 110 dni; oddział C/D, kamera umieszczona w izolatce - 275 dni; Oddział młodzieżowy, kamera umieszczona w izolatce - 126 dni; Szpital ul. Staszica 16, kamera skierowana na parking - 26 dni; Klinika Okulistyki ul. Chmielna 1 - kamera skierowana na parking – 14 dni, kamera na korytarzu V piętra – 20 dni.

²⁵ Kamera na Oddziale B, Kliniki Psychiatrii pokazująca obraz z izolatki.

²⁶ Informacja uzyskana w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524). Zwana dalej *ustawą o NIK*.

Wnioski audytora w większości zostały zrealizowane. Na obiektach Szpitala umieszczono piktogramy informujące o prowadzonym monitoringu, pracownicy posiadający dostęp do systemu posiadali stosowne upoważnienia²⁷, złożyli oświadczenia o zapoznaniu się z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz zobowiązania do zapewniania ochrony danym osobowym, zachowania w tajemnicy informacji związanych z przetwarzaniem danych osobowych i haseł dostępu do systemów informatycznych. Zadania Administratora systemu monitoringu podzielono na informatyczne oraz techniczne, które wykonuje odpowiednio pracownik działu Teleinformatycznego (odpowiada za prawidłowość działania oprogramowania) oraz dział Techniczno-Eksploatacyjny (obsługa techniczna, przeglądy, konserwacja).

(dowód: akta kontroli str. 279-286, 301, 321, 330)

2.9. W celu wdrożenia 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 tzw. RODO, administrator bezpieczeństwa informacji odbył (m.in. w GODO) szkolenia przygotowawcze do RODO. Jak wskazał Dyrektor SPSK nr 1 w Lublinie, Szpital aktualnie oczekuje na wprowadzenie przez Ministerstwo Zdrowia – Branżowego Kodeksu Dobrych Praktyk, który sprecyzuje zakres obowiązków Administratora Danych Osobowych dotyczących obowiązków ustawowych, a także RODO.

(dowód: akta kontroli, str. 279)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Szpital w kontrolowanym okresie nie przeprowadzał analiz skuteczności działania systemu monitoringu wizyjnego. Zdaniem NIK, okresowe oceny realizacji celów monitoringu, pozytywnie wpłynęłyby na jego skuteczność i wydajność, umożliwiłyby weryfikację rozmieszczenia kamer, okresów przechowywania nagrań czy prawidłowości reakcji na zaobserwowane zdarzenia. Prowadzenie ewidencji pracy systemu monitoringu i zdarzeń zaobserwowanych przy jego pomocy, stanowiłoby podstawę do prowadzenia analiz pracy systemów, jego awaryjności, czasu naprawy, czy skuteczności w osiąganiu celów jego funkcjonowania.

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie przestrzegał, wprowadzonego do Polityki bezpieczeństwa informacji, wymogu²⁸ przeprowadzenia konsultacji z Administratorem Danych dotyczących dopuszczalnego okresu przechowywania danych w rejestratorach monitoringu wideo. Okres przechowywania nagrań w poszczególnych rejestratorach oraz dla poszczególnych kamer był różny i wynosił od 9 do 282 dni²⁹ i wynikał z parametrów technicznych, pojemności pamięci poszczególnych rejestratorów. Zaniechanie tego wymogu, Dyrektor Szpitala tłumaczył wcześniejszą instalacją systemów monitoringu, niż wprowadzony wymóg konsultacji.

(dowód: akta kontroli str. 283-287)

Przechowywanie nagrań dłużej niż jest to niezbędne do osiągnięcia celu, jest niezgodne z art. 26 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych. Dlatego też, zdaniem NIK, okres przechowywania nagrań niezbędny dla osiągnięcia założonych celów monitoringu należy określić i przestrzegać również dla już działających systemów.

2. Szpital w jednym przypadku, dotyczącym pracownika Kliniki Psychiatrii obsługującego system monitoringu i znającego hasło dostępu do systemu, nie przestrzegał, określonej w Polityce bezpieczeństwa informacji, zasady zezwalającej na przetwarzanie danych osobowych w systemie informatycznym jedynie przez osobę posiadającą pisemne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych. Pracownik ten, zgodnie z wyjaśnieniami, posiadał ustne upoważnienie do przetwarzania danych w zbiorze z monitoringu, nadane jeszcze przed wprowadzeniem obowiązkowej pisemnej formy.

²⁷ Z jednym wyjątkiem opisanym jako nieprawidłowość w działalności jednostki.

²⁸ Pkt 8 Załącznika Nr 10 do Polityki bezpieczeństwa informacji w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie.

²⁹ Kamera na Oddziale B, Kliniki Psychiatrii pokazująca obraz z izolatki.

Pisemne upoważnienie wydane zostało w trakcie kontroli NIK przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji na pisemny wniosek przełożonego osoby, której upoważnienie dotyczyło.

(dowód: akta kontroli str. 283, 301, 318-321)

Ocena częściowa

W Szpitalu, pomimo, że zapewniono środki techniczne i organizacyjne gwarantujące ochronę przetwarzanych danych osobowych uzyskanych z monitoringu, stwierdzono jeden przypadek przetwarzania danych osobowych z monitoringu przez osobę nieposiadającą pisemnego upoważnienia do ich przetwarzania. Upoważnienie takie nadane zostało dopiero podczas kontroli NIK. Ponadto, nie określono maksymalnych, niezbędnych do osiągnięcia celu monitoringu, okresów przechowywania nagrań, poprzestając na ich samoczynnym niszczeniu w skutek nadpisywania się, w różnym czasie w zależności od parametrów technicznych rejestratorów. Szpital prowadził ewidencję osób upoważnionych do ich przetwarzania, która zawierała wszystkie elementy określone w ustawie o ochronie danych osobowych oraz zapewnił kontrolę nad tym, jakie dane osobowe, kiedy, przez kogo i komu zostały udostępnione. Skuteczność monitoringu nie była przez Szpital analizowana, jak również nie prowadzono rejestru zdarzeń wykrytych przy jego pomocy. Na skuteczność monitoringu w Szpitalu, pośrednio wskazują przypadki korzystania z nagrań monitoringu przez Policję w prowadzonych postępowaniach wyjaśniających.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, wnosi o:

1. Określenie i przestrzeganie dopuszczalnego okresu przechowywania danych w rejestratorach wideo.

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 Lublinie.

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 wniosku pokontrolnego 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.

Lublin, dnia 20 grudnia 2017 r.

Kontroler:

Szczepan Olejnik
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

Podpis

Podpis

