



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.020.02.2017

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	Dariusz Barej – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/164/2017 z dnia 13.11.2017 r. (dowód: akta kontroli, str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, ulica Doktora Kazimierza Jaczewskiego 8, 20-950 Lublin (dalej także: SPSK Nr 4 lub Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Radosław Starownik od 1 czerwca 2017 r., wcześniej dr n. med. Marian Przylepa od 16 listopada 1981 r. (dowód: akta kontroli, str. 3-4)

II. Ocena² kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu nie zapewniały optymalnej ochrony prawa pacjenta do prywatności. Główną tego przyczyną były ograniczenia wynikające z istniejącej infrastruktury Szpitala oraz potrzeba zapewnienia opieki medycznej większej liczbie pacjentów niż liczba dostępnych miejsc na salach chorych, co skutkowało koniecznością umieszczania chorych również na korytarzach oddziałów.

Szpital podjął działania w celu dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³. Działania te prowadzono na podstawie „Programu dostosowawczego obiektów SPSK Nr 4 w Lublinie” oraz „Programu inwestycyjnego na lata 2017-2024”.

Obowiązujące w Szpitalu regulacje wewnętrzne określały zasady informowania pacjentów o przysługujących im prawach.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły funkcjonowania monitoringu wizyjnego i głosowego z naruszeniem obowiązujących w tym zakresie przepisów. Związane to było z niewydzieleniem, jako samodzielnych zbiorów danych osobowych, zapisów z monitoringu. Nie zostały też określone maksymalne okresy przechowywania nagrań. Kontrola wykazała, że w latach 2013-2017r., w porównaniu do lat 2008-2012r., nastąpiła poprawa bezpieczeństwa na terenie Szpitala, zmniejszyła się o 27% liczba postępowań Policji w sprawie kradzieży, a liczba włamań o 56%,

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

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.

³ Dz. U. poz. 739.

wyeliminowano również niepożądane zdarzenia w trakcie rozmów telefonicznych z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

1.1. Podmiotem tworzącym Szpital jest Uniwersytet Medyczny w Lublinie. Szpital wykonuje działalność leczniczą, w tym polegającą na realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Uczestniczy także w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny na zasadach określonych m.in. w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁴.

Wprowadzone przez Szpital regulacje wewnętrzne uwzględniały zagadnienia dotyczące prawa pacjenta do prywatności.

W § 6 ust. 1 i 2 Części II Regulaminu organizacyjnego Szpitala⁵ wprowadzono zasadę udzielania świadczeń zdrowotnych z poszanowaniem godności osobistej pacjenta, intymności i zasad moralnych oraz ochrony danych dotyczących stanu zdrowia i sposobu leczenia. Zobowiązano również wszystkich pracowników SPSK Nr 4 do uprzejmego i życzliwego traktowania pacjentów i ich rodzin oraz respektowania praw wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁶.

W § 230 Cz. II Regulaminu określono zadania Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta, który został zobowiązany m.in. do monitorowania przestrzegania praw pacjenta przez pracowników Szpitala, podejmowania działań interwencyjnych w sytuacjach naruszenia tych praw, przyjmowania i analizy skarg i wniosków kierowanych do Dyrekcji SPSK-4.

Obowiązujące w Szpitalu procedury⁷ zobowiązywały pracowników Szpitala do informowania pacjentów o ich prawie do poszanowania intymności i godności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych, poprzez wskazanie i udostępnienie ustawy o prawach pacjenta lub Karty Praw Pacjenta⁸, która stanowiła skrócony wyciąg tej ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 18-25, 71-128)

Szpital nie wprowadził w ramach regulacji wewnętrznych:

- procedur określających miejsce i sposób udzielania określonych świadczeń medycznych (np. w odrębnych gabinetach, bez obecności osób trzecich),
- określających rodzaje świadczeń, których nie można wykonywać w salach chorych.

(dowód: akta kontroli str. 18-25, 28-42, 55-106, 122-131)

Pełnomocnik Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania wyjaśnił, że ze względu na brak wymogów prawnych nie określono rodzajów świadczeń, których nie

⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 125, ze zm.

⁵ Dalej: „Regulamin”.

⁶ Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm., dalej: „ustawa o prawach pacjenta”.

⁷ „Procedura informowania pacjenta o przysługujących mu prawach” – przewidywała poinformowanie pacjenta o przysługujących prawach w czasie pobytu w SPSK Nr 4 (w klinikach, oddziałach, zakładach, izbach przyjęć i Szpitalnym Oddziale Ratunkowym), poprzez udostępnienie ustawy o prawach pacjenta.

⁸ Karta Praw Pacjenta (dalej: również „Kpp”) zawierała następujące informacje i artykuły ustawy o prawach pacjenta: prawo pacjenta do świadczeń zdrowotnych (art. 6-8), do informacji (art. 9-12), do zgłaszania działań niepożądanych produktów leczniczych (art. 12a), prawo pacjenta do tajemnicy informacji (art. 13-14), do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych (art. 15-19), do poszanowania intymności i godności pacjenta (art. 20-22), do dostępu do dokumentacji medycznej (art. 23-30a), do zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza (art. 31-32), prawo do poszanowania życia prywatnego i rodzinnego (art. 33-35), prawo do opieki duszpasterskiej (art. 36-38), prawo pacjenta do przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie (art. 39-40).

można wykonywać w salach chorych, a także procedur, które regulowałyby sposób zachowania personelu medycznego podczas tzw. obchodu.

(dowód: akta kontroli str. 45, 54)

Według prowadzonego przez Szpital „Regulaminu odwiedzin pacjentów”⁹, pacjenci mogli być odwiedzani przez wszystkie dni tygodnia do godziny 22, o ile nie kolidowało to z postępowaniem terapeutycznym. W szczególnych przypadkach przewidziano możliwość odwiedzin chorego również po godzinie 22. Zakazano odwiedzin chorych osobom dotkniętym chorobą zakaźną lub w stanie nietrzeźwym, chorego mogły odwiedzać jednocześnie dwie osoby dorosłe. Dyrektor Szpitala mógł ograniczyć dni i godziny odwiedzin lub wydać czasowy zakaz w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego. Na Oddziale Położnictwa i Perinatologii wyodrębniono dwa pokoje odwiedzin.

(dowód: akta kontroli str. 122-125, 165-167)

1.2. W regulacjach wewnętrznych Szpitala określono zasady i sposoby informowania chorych przebywających w Szpitalu o prawach pacjenta. Wyszczególniono również stanowiska odpowiedzialne za przekazywanie tych informacji. W okresie objętym kontrolą obowiązywały: „Procedura informowania pacjenta o przysługujących mu prawach”¹⁰, „Procedura postępowania z pacjentem w SOR / izbie przyjęć w przypadku przyjęcia planowego”¹¹ i „Procedura postępowania z pacjentem w SOR w przypadkach nagłych”¹².

Ogłędziny pięciu oddziałów¹³ Szpitala, wykazały, że osoby chore przebywające w Szpitalu miały możliwość zapoznania się z prawami pacjenta. Kpp umieszczono na tablicach ogłoszeń na korytarzach, w punktach pielęgniarskich i punktach rejestracji.

(dowód: akta kontroli str. 15-25, 106-121)

Analiza dokumentacji medycznej lat 2015-2017 w pięciu oddziałach Szpitala¹⁴ wykazała, że tylko w roku 2015 pacjenci przyjmowani na SOR podpisali oświadczenie w imieniu własnym lub w imieniu chorego oświadczenie podpisywał opiekun prawny, o poinformowaniu ich o prawach pacjenta¹⁵. Badana dokumentacja medyczna dotycząca pozostałych oddziałów w poszczególnych latach, nie zawierała takich oświadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 44)

Zastępca p.o. Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśniła, że informowanie pacjenta o przysługujących mu prawach w chwili przyjmowania na oddział nastęrczało wiele problemów wynikających z dolegliwości bólowych i stanu psychicznego pacjenta. Z tego powodu dokonano zmiany formularzy „Historia choroby” i umożliwiono pacjentowi zapoznanie się z jego prawami na zasadach określonych w art. 11 ust. 1 i 3 ustawy o prawach pacjenta poprzez zamieszczenie wymienionej ustawy w Szpitalu, w miejscu ogólnodostępnym, przy czym w odniesieniu do pacjentów

⁹ Zatwierdzonego przez Dyrektora Szpitala w dniu 11.06.2013 r.

¹⁰ Za poinformowanie pacjenta o przysługujących mu prawach odpowiadał lekarz dyżurny (pkt 3.1.), za udostępnienie ustawy o prawach pacjenta odpowiadała pielęgniarka lub położna Izby Przyjęć lub SOR (pkt 3.2.; 3.3.).

¹¹ Pielęgniarka, ratownik SOR lub położna Izby Przyjęć odpowiedzialni byli za udostępnienie Karty Praw Pacjenta (pkt 3.3), lekarz dyżurny odpowiadał za poinformowanie pacjenta o przysługujących mu prawach (punkt 3.4).

¹² Pielęgniarka odpowiadała za udostępnienie Karty Praw Pacjenta (pkt 3.1), lekarz dyżurny SOR odpowiadał za poinformowanie pacjenta o przysługujących mu prawach (punkt 3.2).

¹³ Oddziału Ginekologii Operacyjnej, Oddziału Kardiologii z Ośrodkiem Kardiologii Interwencyjnej, Oddziału Ortopedii i Traumatologii, Oddziału Endokrynologii, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

¹⁴ Badaniem objęto łącznie dokumentację medyczną 75 pacjentów Szpitala, po pięć z roku 2015, 2016 i 2017 Oddziału Ginekologii Operacyjnej, Oddziału Kardiologii z Ośrodkiem Kardiologii Interwencyjnej, Oddziału Ortopedii i Traumatologii, Oddziału Endokrynologii, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

¹⁵ Dokumentacja medyczna pacjentów przyjmowanych na SOR w 2015 r. zawierała następujący zapis: „W imieniu własnym lub jako ustawowy (faktyczny) opiekun stwierdzam, że zostałem poinformowany o przysługujących pacjentowi prawach. Po przyjęciu do wiadomości informacji o stanie zdrowia i świadom ich znaczenia wyrażam zgodę na proponowane leczenie i zabiegi diagnostyczne”.

niemogących się poruszać, informacje udostępnia się w pomieszczeniu, w którym pacjent przebywa.

Pacjentów przyjmowanych na SOR w stanie nieprzytomnym informowano o przysługujących im prawach niezwłocznie po odzyskaniu kontaktu logicznego (tzn. gdy potrafił wymienić swoje imię, nazwisko, podać dzień tygodnia) lub informowano rodziny pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 26, 27)

Szpital nie posiadał uregulowań wewnętrznych dotyczących zgody pacjenta na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 43)

Dokumentacja medyczna nie zawierała potwierdzeń pacjentów odnośnie wyrażenia zgody na obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym osób odbywających kształcenie przeddyplomowe lub podyplomowe.

(dowód: akta kontroli str. 44)

Koordynator Zespołu Radców Prawnych Szpitala wyjaśniła, że kwestie dotyczące wyrażenia przez pacjentów zgód na uczestnictwo bądź obecność przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych studentów Uniwersytetu Medycznego i osób odbywających kształcenie podyplomowe regulują dwa akty prawne: art. 22 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, który wyłącza stosowanie ww. artykułu 22 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta. W związku z tym unormowaniem prawnym, w SPSK-4 nie są pobierane od pacjentów zgody na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w obecności studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i osób odbywających kształcenie podyplomowe. Świadczenia zdrowotne nie są wykonywane w obecności innych osób trzecich niż studenci i osoby odbywające kształcenie podyplomowe.

(dowód: akta kontroli str. 45-54)

1.3. Na podstawie oględzin pięciu oddziałów¹⁶ Szpitala stwierdzono, że na czterech oddziałach, pacjentów umieszczono poza salami chorych. Najwięcej pacjentów – 22 (spośród 78 przebywających w dniu oględzin na Oddziale) - umieszczono na korytarzach Oddziału Kardiologii z Ośrodkiem Kardiologii Interwencyjnej¹⁷. Łóżka z pacjentami ustawione były przy ścianie korytarza, tworząc przerwy tylko w miejscach wejścia do sal chorych i gabinetów lekarskich. Miejsca w salach nie zapewniono również na Oddziale Ortopedii i Traumatologii (czterem pacjentem), Endokrynologii (trzem pacjentem) i SOR (trzem pacjentem). Dodatkowo łóżka z pacjentami na korytarzu SOR objęte były monitoringiem wizyjnym. Nie wszystkie łóżka na korytarzach oddziałów były osłonięte od widoku osób postronnych.

Gabinety lekarskie, diagnostyczne i zabiegowe w oddziałach zabezpieczone były drzwiami zamykanymi na zamek (lub kartę dostępu) oraz tabliczkami z informacją „Gabinet zajęty”, „Gabinet wolny”, „Nieupoważnionym wstęp wzbroniony” lub plafonami z napisem „Nie wchodzić”. Posiadały matowe szyby w oknach. Punkty rejestracji pacjentów zabezpieczone były przed dostępem osób trzecich poprzez umieszczenie ich w oddzielnych pomieszczeniach¹⁸. Oprócz izolatek, w oddziałach nie było wyodrębnionych sal chorych jednoosobowych. Sale wyposażone były w stałe lub przenośne parawany.

(dowód: akta kontroli str. 15-17)

¹⁶ Oddziału Ginekologii Operacyjnej (38 łóżek), Oddziału Kardiologii z Ośrodkiem Kardiologii Interwencyjnej (56 łóżek), Oddziału Ortopedii i Traumatologii (56 łóżek), Oddziału Endokrynologii (25 łóżek), Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (12 łóżek).

¹⁷ Oddział ten dysponował salami 2-7 osobowymi o łącznej liczbie 56 łóżek.

¹⁸ Wstępna rejestracja i segregacja (triage) na SOR odbywała się przy ładzie w korytarzu Oddziału, wywiad i badania w zamkniętych pomieszczeniach.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital dokłada wszelkich możliwych starań co do poszanowania i zachowania ustawowo gwarantowanych praw pacjenta, jednakże z przyczyn niezależnych od Szpitala stale wzrasta liczba pacjentów wyrażających wolę leczenia się w SPSK Nr 4 bez możliwości zwiększenia dostępnej infrastruktury. Dodatkowo znaczący odsetek tych chorych Szpital musi przyjąć ze względów medycznych (np. przywiezionych przez Pogotowie Ratunkowe), co jest jednoznaczne z brakiem możliwości przekazania do innych ośrodków. Kamery w SOR zostały zamontowane w celu zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa (obejmują wejścia i wyjścia oraz część resuscytacyjno-zabiegową korytarza). Pacjenci tylko czasowo przebywają w obszarze resuscytacyjno-zabiegowym, który obejmuje również korytarz. Wszelkie świadczenia zdrowotne wykonywane są w salach zabiegowych, bez obecności osób trzecich.

(dowód: akta kontroli str. 45-46, 54, 294-296)

Spośród 48 sal znajdujących się na oddziałach objętych badaniem (łącznie 187 łóżek), w 13 salach z 53 łózkami Oddziału Ortopedii i Traumatologii oraz Kardiologii z Ośrodkiem Kardiologii Interwencyjnej, wyodrębniono węzeł higieniczno-sanitarny. Ustalono, że na 11 pacjentów przebywających na Oddziale Ginekologii Operacyjnej przypadła jedna toaleta, a na 16 pacjentów jeden prysznic (13 łóżek na jedną toaletę, 19 łóżek na jeden prysznic).

W przeprowadzonej przez NIK w trakcie niniejszej kontroli ankiecie¹⁹ wśród pacjentów Oddziału Ginekologii Operacyjnej, w sześciu przypadkach jako przykład braku przestrzegania przez Szpital zasad intymności i prywatności wskazano brak wystarczającej liczby toalet, łazienek i przepełnione sale chorych.

(dowód: akta kontroli str. 15-17, 132, 292-293)

Zastępca Dyrektora ds. Technicznych wyjaśnił, że Szpital posiada projekt budowlany i wykonawczy przebudowy pomieszczeń Kliniki Ginekologii Operacyjnej z dostosowaniem do obowiązujących przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Przebudowę Oddziału zaplanowano do końca 2019 r. Ponadto w ramach działań w celu dostosowania pomieszczeń Szpitala do obowiązujących wymogów określonych w ww. rozporządzeniu zbudowano Blok Operacyjny z 12 salami operacyjnymi, dostosowano pomieszczenia i ciągi komunikacyjne do ruchu osób niepełnosprawnych, opracowano Program inwestycji na lata 2017-2024 zakładający relokację niektórych oddziałów o charakterze zabiegowym w bliskie sąsiedztwo Bloku Operacyjnego, celem poprawy funkcjonalności Szpitala. Pozyskiwane są fundusze unijne i z budżetu państwa na finansowanie planowanych przebudów.

(dowód: akta kontroli str. 45-47, 48-50, 133-134)

Wyniki ankiety przeprowadzonej na potrzeby niniejszej kontroli NIK wykazały, że co piąty ankietowany pacjent wskazał na udzielenie świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów, a prawie jedna trzecia (spośród 171 ankietowanych), odczuwa dyskomfort, spowodowany wkraczaniem w sferę ich intymności i godności poprzez udzielenie informacji na temat ich stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu.

¹⁹ Badanie na potrzeby kontroli NIK przeprowadzono wśród 205 pacjentów (ankiety wypełniło 171 osób) przebywających na Oddziale Kardiologii z Ośrodkiem Kardiologii Interwencyjnej (34 wypełnione ankiety), Endokrynologii (25 wypełnionych ankiet), Ortopedii i Traumatologii (50 wypełnionych ankiet), Ginekologii Operacyjnej (34), SOR (28 ankiet wypełnionych). Zgodnie z wynikami badania 71,2% ankietowanych potwierdziło poinformowanie ich o przysługujących prawach i obowiązkach pacjenta, a 17% przyznało, że nie zostali poinformowani; 10% ankietowanych wskazało, że przeprowadzono z nimi wywiad przy innych osobach, 27% wskazało na udzielenie informacji na temat stanu zdrowia w obecności osób trzecich np. podczas obchodu; 9% wskazało niezabezpieczenie gabinetów, w których udzielano świadczeń zdrowotnych, przed dostępem osób trzecich; 20% - udzielenie świadczeń zdrowotnych na wieloosobowych salach chorych bez użycia parawanów; dla 15% ankietowanych Szpital nie zapewnił poczucia prywatności i intymności w czasie pobytu.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że Szpital posiada wystarczającą liczbę parawanów a ich ewentualny brak nie był zgłaszany przez personel medyczny. Liczba parawanów wynika ze statystyk tzw. obłożenia łóżek (liczby hospitalizowanych pacjentów). Dodał, że na korytarzach wykonuje się tylko część świadczeń (np. podawanie leków doustnie, podskórną, dożylną), pozostałe przeprowadza się w gabinetach zabiegowych. Na korytarzach i w salach wieloosobowych stosowane są parawany stacjonarne lub przenośne.

Ustalono, że liczba parawanów na oddziałach objętych oględzinami była następująca: na Oddziale Ginekologii Operacyjnej – sześć stacjonarnych i trzy mobilne, Kardiologii z Ośrodkiem Kardiologii Interwencyjnej - 22 stacjonarne i 10 mobilnych, Ortopedii i Traumatologii – 18 stacjonarnych i sześć mobilnych, Endokrynologii - trzy parawany mobilne, SOR – dziewięć stacjonarnych i sześć parawanów mobilnych.

(dowód: akta kontroli str. 45-47, 54, 294-297)

W toku oględzin Oddziału Kardiologii z Ośrodkiem Kardiologii Interwencyjnej²⁰, ustalono, że pomieszczenia toalet i pryszniców nie posiadały możliwości zamknięcia od wewnątrz.

Pełnomocnik Dyrektora ds. Zintegrowanego Systemu Zarządzania wyjaśnił, że brak zamknięcia toalet i pryszniców w Oddziale Kardiologii z Ośrodkiem Kardiologii Inwazyjnej wynika z przyczyn medycznych ze względu na specyfikę schorzeń leczonych w tym Oddziale²¹.

(dowód: akta kontroli str. 15-17, 45-46, 54)

1.4. W okresie objętym kontrolą, przestrzeganie prawa pacjenta do prywatności nie było przedmiotem kontroli lub audytu.

Szpital przeprowadził w grudniu 2015 r. ankietę „Badania satysfakcji pacjenta” wśród pacjentów czterech klinik Szpitala²². Zawierały one pytania dotyczące m.in. poszanowania intymności na Izbie Przyjęć i podczas badań lekarskich, kwestii informowania o prawach pacjenta podczas przyjmowania na oddział, oceny pracy pielęgniarek w zakresie zapewnienia intymności i godności osobistej podczas zabiegów pielęgnacyjnych. Ankietę wypełniło 264 pacjentów, 80% ankietowanych potwierdziło otrzymanie wyczerpującej informacji o Prawach Pacjenta; wg 11% ankietowanych nie zostali oni poinformowani; 8% wskazało, że nie potrzebowało takich informacji; 95% ankietowanych oceniło zapewnienie intymności na Izbie Przyjęć jako co najmniej dobre, a 4% jako złe; wszyscy ankietowani ocenili zapewnienie intymności podczas zabiegów pielęgnacyjnych jako co najmniej dobre. W styczniu 2016 r. zostały przeprowadzone przez Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta szkolenia z zakresu „Praw Pacjenta” w ośmiu komórkach organizacyjnych Szpitala. W szkoleniu wzięło udział 124 pracowników Szpitala. W roku 2016, z przyczyn organizacyjno-technicznych, w Szpitalu nie przeprowadzano ankiet, natomiast wyniki badania satysfakcji pacjenta wykonanego w 2017 r., nie zostały opracowane do dnia zakończenia kontroli NIK.

(dowód: akta kontroli str. 8-14, 280-282)

W okresie objętym kontrolą do Szpitala wpłynęło pięć skarg dotyczących naruszenia praw pacjenta. W czterech sprawach (trzech prowadzonych przez Pełnomocnika ds.

²⁰ Dalej również: „Oddziału Kardiologii”.

²¹ W chorobach układu krążenia stosunkowo często dochodzi do omdleń lub zasłabnięć. Dodatkowo podczas defekacji mogą zaistnieć objawy tożsame z tzw. Próba Valsalvy (Valsalva maneuver) czyli wzrostu ciśnienia w obrębie klatki piersiowej i jamy brzusznej mogące skutkować utratą przytomności.

²² Pacjentom przekazano po 100 ankiet w każdej z klinik: Ginekologii, Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej, Otolaryngologii, Ortopedii i Rehabilitacji.

Praw Pacjenta Szpitala i jednej przez Rzecznika Praw Pacjenta) zarzuty okazały się zasadne, jedna sprawa do czasu zakończenia kontroli NIK nie została rozstrzygnięta.

W roku 2015 wpłynęły do Szpitala i zostały załatwione następujące skargi dotyczące:

- łamania prawa do poszanowania intymności przez pielęgniarkę, która spała, gdy pacjentka potrzebowała pomocy. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa przeprosił pacjentkę i poinformował, że ukarano winnych pełniących dyżur w nocy karami regulaminowymi i przeprowadzono rozmowy dyscyplinujące,
- umieszczenia łóżka pacjentki Kliniki Neurologii przy toalecie na korytarzu. Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa wyjaśnił pacjentce zaistniałą sytuację i przeprosił za niedogodności.
- naruszenia prawa m.in. do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych (przy porodzie) – sprawa ta do dnia 22.11.2017 r. nie została załatwiona. Przeprowadzone postępowanie wyjaśniające nie potwierdziło zarzutów pacjentki, pacjentka zwróciła się do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Lublinie, który poinformował Dyrektora SPSK Nr 4 (pismo z dnia 10.10.2017 r.) o kontynuowaniu postępowania wyjaśniającego.

W roku 2016 wpłynęła do Szpitala i została załatwiona skarga dotycząca krytyki pacjentki przez lekarza, odnośnie jej złej opieki nad dzieckiem. Kierownik Kliniki Położnictwa i Perinatologii Oddziału Neonatologii przeprosił pacjentkę i poinformował o rozmowie dyscyplinującej przeprowadzonej z lekarzem.

Również w 2016 r. wpłynęła do Rzecznika Praw Pacjenta skarga, dotycząca naruszenia prawa pacjentki do obecności osoby bliskiej przy porodzie. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik Praw Pacjenta stwierdził naruszenie prawa pacjentki do obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 21 ustawy o prawach pacjenta. Dyrektor Szpitala został zobowiązany do:

- informowania pacjentów o warunkach uczestnictwa osób bliskich podczas udzielenia świadczenia zdrowotnego, w tym również możliwych ograniczeniach przedmiotowego prawa,
- pouczenia personelu o prawie pacjenta do obecności osoby bliskiej i konieczności odnotowywania w dokumentacji medycznej informacji o odmowie realizacji prawa,
- umieszczenia w widocznym miejscu Oddziału Położnictwa pisemnej informacji o zasadach obecności osób bliskich na Trakcie Porodowym, z wyszczególnieniem sytuacji ograniczenia przedmiotowego prawa.

Zalecenia Rzecznika Praw Pacjenta zostały wykonane²³.

Skargi załatwiane były przez Szpital w terminach określonych w art. 237 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego²⁴.

W 2017 r. (do dnia 22 listopada) do SPSK Nr 4 nie wpłynęła żadna skarga pacjentów dotycząca naruszenia ich prywatności, intymności i godności.

(dowód: akta kontroli str. 5-6, 15-17)

Ustalone
nieprawidłowości

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

²³ Ustalono na podstawie pisma KPP.07-705/16 z dnia 30.08.2016 r. Kierownika Kliniki Położnictwa i Perinatologii skierowanego do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa. W toku oględzin ustalono, że na tablicy ogłoszeń na korytarzu znajdowały się m.in. informacje o zasadach obecności osób bliskich na Trakcie Porodowym.

²⁴ Dz. U. z 2017 r. poz. 1257.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Stwierdzony w toku oględzin brak możliwości zamknięcia drzwi do toalety, jak też do pomieszczenia z kabiną prysznicową, w opinii NIK ogranicza pacjentom prawo do intymności. Należy zauważyć, że aby zapewnić w razie potrzeby dostęp do osoby korzystającej, drzwi takie mogą zostać wyposażone np. w zamki łazienkowe posiadające możliwość ich otwarcia z zewnątrz. Uwaga NIK dotyczy też ograniczonej liczby toalet i pryszniców w stosunku do liczby pacjentów na oddziałach Szpitala.

2. Przysługujące pacjentom prawo do prywatności nie było w pełni respektowane również z uwagi na umieszczanie chorych na korytarzach Szpitala. Wprawdzie wynikało to z potrzeby zapewnienia pacjentom opieki medycznej w sytuacji braku wolnych miejsc na salach chorych, jednak mogło to naruszać art. 20 ustawy o prawach pacjenta.

Ocena cząstkowa

Obowiązujące w Szpitalu regulacje wewnętrzne określające organizację i proces udzielania świadczeń zdrowotnych odnosiły się do zagadnień związanych z poszanowaniem prawa do prywatności. Wprowadzono wewnętrzne zasady informowania pacjentów o przysługujących im prawach, a także zasady odwiedzin. Oględziny wykazały, że na oddziałach wydzielono pomieszczenia lekarskie oraz diagnostyczno-zabiegowe, opatrzone napisami ostrzegającymi przed wejściem w trakcie badania. Warunki organizacyjno-techniczne udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu mogły jednak utrudniać zachowanie prawa do prywatności pacjentów z uwagi na umieszczanie pacjentów na korytarzach, nie wyposażenie drzwi do toalet i pryszniców w zamki umożliwiające ich zamknięcie od wewnątrz, przez co osoby z nich korzystające narażone były na wtargnięcie postronnej osoby. Szpital podejmuje działania w celu dostosowania pomieszczeń i urządzeń Szpitala do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą - na podstawie „Programu dostosowawczego obiektów SPSK Nr 4 w Lublinie” oraz „Programu inwestycyjnego na lata 2017-2024”.

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

Opis stanu
faktycznego

2.1. Według wyjaśnienia Dyrektora Szpitala, uzasadnieniem zainstalowania systemu monitoringu wizyjnego była ochrona mienia (zapobieganie aktom wandalizmu, pożarom) oraz poprawa bezpieczeństwa osób przebywających na terenie obiektu (przeciwdziałanie kradzieżom). Decyzja o instalacji systemu monitoringu wizyjnego w Szpitalu podjęta została przez władze Szpitala samodzielnie, tj. nie wynikała z realizacji wniosków pokontrolnych. Przed wdrożeniem monitoringu Szpital nie podejmował i nie rozważał podjęcia innych działań pozwalających na osiągnięcie tych samych celów, co instalacja monitoringu wizyjnego.

Nie przeprowadzano również analizy skuteczności systemu pod względem liczby kamer, ich rozmieszczenia, ochrony prawa do prywatności pacjentów.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że o rozmieszczeniu i liczbie kamer decydowali projektanci, którzy opracowywali projekty techniczne na podstawie parametrów urządzeń i własnego doświadczenia. Kamery znajdujące się w salach chorych w Klinice Kardiologii i Chirurgii Klatki Piersiowej zostały zainstalowane w celu podniesienia bezpieczeństwa pacjentów. W przypadku konieczności badania fizykalnego pacjenta lub podjęcia czynności higienicznych rozstawiane są parawany, dzięki którym pacjent nie jest objęty monitoringiem. Bezpośrednim powodem instalacji monitoringu na Oddziale Położnictwa i Perinatologii w pokojach

odwiedzin były nagłaśniane w mediach przypadki uprowadzenia noworodków oraz opuszczanie przez pacjentki oddziału bez wiedzy personelu.

(dowód: akta kontroli str. 45-54, 139-151, 289, 291)

System monitoringu Szpitala powstał w 2009 r. W jego skład wchodziły dwie kamery. System rozbudowano w latach 2011 – 2017 do 153 kamer. Całkowity koszt wdrożenia i utrzymania systemu monitoringu (w latach 2011-2017), według stanu na dzień 30.11.2017 r., wyniósł 662. 225 zł, a w samym 2017 r. - 17.046 zł.

System rejestracji rozmów telefonicznych uruchomiono w 2015 r. (korzystając z funkcjonalności centrali telefonicznej, tj. nie ponosząc dodatkowych kosztów związanych z uruchomieniem systemu).

(dowód: akta kontroli str. 135-151, 279, 283)

2.2. W Szpitalu nie wprowadzono regulacji wewnętrznych dotyczących monitoringu wizyjnego i głosowego w zakresie: ochrony prywatności pacjenta, ochrony danych osobowych pozyskanych z monitoringu, organizacji i zasad obsługi systemu (miejsca rozmieszczenia kamer, obowiązków osób obsługujących monitoring), zasad postępowania w przypadkach ujawnienia przez monitoring zdarzeń niepożądanych (np. wezwanie personelu medycznego, pracowników ochrony Policji). Dyrektor Szpitala w tej sprawie wyjaśnił, że kwestie ochrony danych osobowych reguluje Polityka Bezpieczeństwa Informacji SPSK Nr 4, a kwestie zarządzania systemem CCTV są zapisane w Regulaminie oraz zakresach obowiązków pracowników. Polityka Bezpieczeństwa Informacji SPSK Nr 4 nie odnosiła się do monitoringu wizyjnego i głosowego. W zakresach obowiązków dwóch pracowników zatrudnionych na stanowiskach konserwatorów w Dziale Informatyki, przypisane zostało zadanie naprawy i konserwacji systemów sieci monitoringu. Postanowienia § 56 ust. 1 pkt 2 lit. g cz. IV Regulaminu dotyczyły powierzenia obowiązku konserwacji systemów alarmowych i telewizji przemysłowej Sekcji ds. Infrastruktury Teleinformatycznej Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 140, 142, 153, 159-164)

Administrator danych zgłosił powołanie Administratora Bezpieczeństwa Informacji²⁵ do rejestracji Generalnemu Inspektorowi Ochrony Danych Osobowych w dniu 29.06.2015 r.

Szpital nie określił zasad funkcjonowania systemu monitoringu wizyjnego i głosowego w Polityce bezpieczeństwa informacji²⁶, to jest: nie wyznaczył miejsc przetwarzania tych danych; nie ujął w wykazie zbiorów danych osobowych zbioru danych z monitoringu wizyjnego, monitoringu głosowego oraz w opisie struktury zbiorów.

Pracownicy obsługujący i konserwujący system monitoringu wizyjnego i głosowego posiadali imienne upoważnienia wydane przez ABI²⁷ (w zakresie przetwarzania danych osobowych oraz obsługi systemów informatycznych, służących do przetwarzania danych osobowych) na podstawie art. 37 ustawy dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych²⁸, z podaniem zajmowanego stanowiska, komórki organizacyjnej, z terminem ważności (na czas zatrudnienia) oraz złożyli oświadczenia o zachowaniu w tajemnicy danych przetwarzanych w SPSK Nr 4.

(dowód: akta kontroli str. 168-273, 285-288)

2.3. W toku oględzin ustalono, że Szpitalny Oddział Ratunkowy posiadał dwie kamery zewnętrzne, obejmujące swym zasięgiem wjazd karetek i otoczenie

²⁵ Dalej również: „ABI”.

²⁶ Dalej również: „PBI”.

²⁷ Administrator danych osobowych upoważnił ABI do nadawania upoważnień do przetwarzania danych osobowych, osobom rejestrowanym w ewidencji uprawnionych do przetwarzania danych osobowych w SPSK Nr 4.

²⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 922, dalej: „ustawa o ochronie danych osobowych”.

budynku. Trzy kamery wewnętrzne obejmowały: ladę wstępnej rejestracji pacjentów (segregacja), następne dwie kamery skierowane były na korytarz Oddziału Ratunkowego, w trakcie oględzin obraz z tych kamer obejmował trzech pacjentów leżących na łóżkach bez parawanów. Najwięcej kamer znajdowało się na Bloku Operacyjnym (58 wewnątrz i sześć zewnętrznych), obszar monitorowany obejmował wejścia i teren wokół budynku, trakty komunikacyjne (hole i korytarze) poziomu -1, niskiego parteru, parteru, I, II i III piętra.

Na Oddziale Torakochirurgii i Oddziale Kardiologii rozmieszczono 11 kamer w salach chorych²⁹. Kamery obejmowały łóżka pacjentów. Na Oddziale Położnictwa i Perinatologii, kamery umieszczono w dwóch pokojach odwiedzin, obrazy z tych kamer obejmowały swym zasięgiem całe pomieszczenia, pacjentki z dziećmi i osoby odwiedzające.

(dowód: akta kontroli str. 165-167)

W trakcie oględzin stwierdzono, że kamery Szpitala nie miały włączonej funkcji „stref prywatności”. Kierownik Działu Informatyki wyjaśnił, że kamery systemu monitoringu wizyjnego posiadają funkcję „masek prywatności”, jednak funkcja ta nie jest stosowana. Dodał, że funkcja „stref prywatności” to standardowa funkcja w kamerach systemu CCTV i nie ma wpływu na cenę urządzeń.

(dowód: akta kontroli str. 45-47, 51, 165-167)

2.4. Przy wejściu głównym do Szpitala umieszczono tablice z informacją „Obiekt monitorowany”, takie same tablice znajdowały się przy innych wejściach do Szpitala i wewnątrz budynków przy wejściach na oddziały.

(dowód: akta kontroli str. 165-167)

System Monitoringu wizyjnego stanowił część sieci komputerowej Szpitala³⁰. Rejestratory przechowujące dane znajdowały się w pomieszczeniach zamykanych na klucz (w szafach krosowych razem z innymi elementami sieci komputerowej Szpitala). Dostęp do obrazu z kamer, jak również do nagranego, zarchiwizowanego materiału chroniony był hasłami dostępu. Hasła znały jedynie osoby posiadające imienne upoważnienia nadane przez ABI w zakresie systemów informatycznych.

Z wyjaśnień Kierownika Działu Informatyki wynika, że Szpital nie powierzał przetwarzania danych pochodzących z monitoringu wizyjnego podmiotom zewnętrznym. Oględziny wykazały, że pracownik ochrony, który obsługiwał stanowisko nadzoru wizyjnego w budynku Bloku Operacyjnego, miał jedynie możliwość podglądu bieżącego obrazu z kamer w czasie rzeczywistym (obraz z kamer obejmował korytarze, hole, wejścia do budynku).

(dowód: akta kontroli str. 47, 51, 156-167)

Obsługą, konserwacją i naprawą monitoringu wizyjnego i głosowego zajmowały się dwie osoby, zatrudnione na stanowiskach konserwatorów.

(dowód: akta kontroli str. 161-164, 168-273, 285-288)

Zgodnie z § 6 ust. 1 pkt 3 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 osobowych³¹, w SPSK Nr

²⁹ Kamery stanowiły autonomiczny system podglądu bez możliwości nagrywania, dla potrzeb lekarzy oddziału do obserwacji pacjentów po zabiegach i operacjach.

³⁰ Sieć komputerowa Szpitala chroniona była przez urządzenia i oprogramowanie zabezpieczające (firewall) typu UTM, urządzenia podtrzymujące napięcie w przypadku jego zaniku - UPS-y, oprogramowanie antywirusowe o nazwie „Bitdefender”.

³¹ Dz. U. poz. 1024 zwane dalej: rozporządzeniem w sprawie dokumentacji przetwarzania danych.

4 wprowadzono najwyższy tj. wysoki poziom bezpieczeństwa przetwarzania danych³² informatycznych.

Szpital nie prowadził rejestru przekazywanych zbiorów danych z monitoringu wizyjnego. Na podstawie informacji otrzymanej z Komendy Miejskiej Policji w Lublinie ustalono, że w latach 2015-2017 Szpital dwukrotnie przekazywał Policji nośniki z danymi uzyskanymi z monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 139-144, 168-273, 275-277)

2.5. Szpital nie posiadał uregulowań dotyczących okresu przechowywania nagrań z monitoringu wizyjnego. W wyniku oględzin ustalono, że rejestratory wideo przechowywały dane od dwóch do trzech miesięcy w zależności od pojemności nośników.

(dowód: akta kontroli str. 165-167, 174-270, 274)

2.6. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, nie prowadzono analizy skuteczności systemu monitoringu wizyjnego, jak również ewidencji zdarzeń niepożądanych, wykrytych lub którym system monitoringu przeciwdziałał, takie informacje są w posiadaniu organów prowadzących dochodzenia.

(dowód: akta kontroli str. 140, 142)

Według informacji uzyskanych z Policji³³ na terenie obiektów Szpitala objętych monitoringiem prowadzono w latach 2008 – 2017 łącznie 167 postępowań dotyczących kradzieży mienia oraz 23 postępowania dotyczące włamań. W latach 2008 – 2012 odnotowano odpowiednio 21; 25; 20; 18; 22 kradzieży i łącznie 18 włamań³⁴, w latach 2013-2017 – 10; 16; 12; 9; 14 i łącznie 5 włamań³⁵. Spadek postępowań dotyczących: kradzieży (o 27%), włamań (o 56%) mógł wynikać z rozbudowy systemu kamer, przy czym przez okres 2008 – 2017 Szpital korzystał z usług firm zajmujących się ochroną mienia. W okresie objętym kontrolą Policja dwukrotnie zwracała się z wnioskiem do Szpitala o udostępnienie danych z monitoringu wizyjnego (w 2016 r. i 2017 r.). Zastępca Komendanta Miejskiego Policji w Lublinie poinformował, że dane z monitoringu Szpitala nie przyczyniły się do ustalenia sprawców przestępstw, ponieważ kamery obejmują obszar głównych ciągów komunikacyjnych, co powoduje małą przydatność dowodową.

(dowód: akta kontroli str. 275-278)

2.7. W toku oględzin ustalono, że w Szpitalu wdrożono system rejestracji rozmów obejmujących połączenia z dwoma numerami: Rejestracją Zakładu Fizjoterapii oraz z Pełnomocnikiem ds. Praw Pacjenta Szpitala. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że przyczyną takiego rozwiązania była chęć rzetelnego rozpatrywania skarg pacjentów oraz podniesienie jakości usług świadczonych przez jednostkę. Dodatkowo powodem rejestracji rozmów telefonicznych z numerem Pełnomocnika ds. Praw Pacjenta były względy bezpieczeństwa (pojawiające się groźby oraz obraźliwe wulgaryzmy w czasie rozmów).

(dowód: akta kontroli str. 145-146, 165-167, 174-270, 274)

Pełnomocnik ds. Praw Pacjenta wyjaśniła, że kontrolowanie połączeń telefonicznych przyniosło oczekiwane rezultaty i od czasu zainstalowania systemu monitoringu głosowego, całkowicie zostały wyeliminowane niepożądane zdarzenia.

³² W toku oględzin ustalono, że stacje robocze znajdujące się w Oddziale Informatyki, miały możliwość podglądu 142 kamer systemu monitoringu (z wyjątkiem 11 kamer rozmieszczonych w salach chorych Oddziałów Torakochirurgii i Kardiologii) i były podłączone do sieci Internet (statystyka badania ping –t 212.77.98.9 z poziomu systemu operacyjnego \Windows\system32\ping.exe dla obu stacji roboczych podłączonych do monitoringu wizyjnego i głosowego była podobna – na 20 i 17 wysłanych pakietów odebranych zostało odpowiednio 17 i 14).

³³ Informacja uzyskana z Komendy Miejskiej Policji w Lublinie 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”.

³⁴ Stanowiło to 63,5% postępowań dotyczących kradzieży i 78% postępowań dot. włamań całego okresu 2008-2017.

³⁵ Stanowiło to 36,5% postępowań dotyczących kradzieży i 22% postępowań dotyczących włamań.

(dowód: akta kontroli str. 284)

Szpital nie posiadał wewnętrznych uregulowań dotyczących okresu przechowywania nagrań z monitoringu głosowego³⁶. W wyniku oględzin ustalono, że nagrane zarchiwizowane rozmowy można było odtworzyć po okresie przekraczającym 12 miesięcy od momentu ich nagrania (po 370 dniach).

(dowód: akta kontroli str. 165-167, 174-274)

Osoby wybierające połączenia objęte monitoringiem, informowane były o nagrywaniu rozmowy oraz o celu nagrywania, w przypadku gdy osoba połączona nie wyrażała zgody na nagrywanie rozmowy, musiała się rozłączyć. Wyznaczono dwie osoby, które miały dostęp do archiwizowanych rozmów telefonicznych. Osoby te odpowiadały również za naprawę i konserwację sieci i urządzeń telefonicznych. Nagrania z rozmów nie były udostępniane.

(dowód: akta kontroli str. 161-167, 284)

2.8. Funkcjonowanie monitoringu wizyjnego oraz rejestracji rozmów w Szpitalu, nie było przedmiotem kontroli, audytu lub skarg.

(dowód: akta kontroli str. 5-7, 9)

2.9. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala w zakresie przygotowań do implementacji przepisów europejskiego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO³⁷) podjęto następujące działania: zapoznano się z wymaganiami RODO w zakresie obowiązków ochrony danych osobowych, podjęto prace nad określeniem rodzaju działań koniecznych do spełnienia wymagań rozporządzenia, rozpoczęto prace przygotowawcze do stworzenia odpowiedniej dokumentacji (Polityka bezpieczeństwa informacji, Instrukcja zarządzania systemami informatycznymi). Znacznym utrudnieniem w przygotowaniach jest brak nowelizacji krajowych aktów prawnych, dostosowanych do zapisów RODO.

(dowód: akta kontroli str. 139-140, 142)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie wydzielił, jako osobnych zbiorów danych osobowych, zbiorów z monitoringu wizyjnego oraz monitoringu głosowego. Zbiory te funkcjonowały w ramach systemu informatycznego, dla którego wprowadzono regulacje zapewniające bezpieczeństwo zbiorów.

W efekcie powyższego Szpital nie uwzględnił przetwarzania danych osobowych w ramach monitoringu wizyjnego i głosowego w PBI. Nie wyszczególniono miejsc przetwarzania danych pochodzących z monitoringów w wykazie obszarów przetwarzania danych, wykazie zbiorów danych osobowych i w opisie struktury zbiorów danych osobowych, co było niezgodne z § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych.

(dowód: akta kontroli str. 45-54, 165-274)

ABI wyjaśnił, że zasady przetwarzania i ochrony danych osobowych, zawarte w PBI Szpitala odnoszą się także do danych osobowych pochodzących z monitoringu. Brak jest jednoznacznych uregulowań prawnych dotyczących stosowania monitoringu, dlatego nie określono w PBI szczegółowych zasad postępowania,

³⁶ Załączniki do Polityki bezpieczeństwa Informacji (wykaz obszarów przetwarzania danych w SPSK Nr 4 Lublinie - zał. nr 4, wykaz zbiorów danych osobowych - zał. nr 5, opis struktury zbiorów danych osobowych - zał. nr 6) nie uwzględniały systemu rejestracji rozmów obejmujących połączenia z wybranymi numerami Szpitala.

³⁷ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, Dz. Urz. UE z dnia 4 maja 2016 r., L119, s. 1.

dotyczących monitoringu. W myśl interpretacji prawnej definicji systemu informatycznego, system monitoringu wizyjnego jest traktowany, jako system informatyczny, służący do przetwarzania danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 46, 52)

NIK zauważa, że zgodnie z art. 7 pkt 1 i 2a ustawy o ochronie danych osobowych zbiorem danych jest każdy posiadający strukturę zestaw danych o charakterze osobowym, dostępnych według określonych kryteriów, niezależnie od tego, czy zestaw ten jest rozproszony lub podzielony funkcjonalnie; natomiast przez pojęcie systemu informatycznego rozumie się zespół współpracujących ze sobą urządzeń, programów, procedur przetwarzania informacji i narzędzi programowych zastosowanych w celu przetwarzania danych;

2. Szpital nie określił maksymalnych okresów przechowywania nagrań z monitoringu zarówno wizyjnego jak i głosowego. Rzeczywiste okresy ich przechowywania wynikały z możliwości technicznych urządzeń, a nie czasu niezbędnego do osiągnięcia celów przetwarzania danych osobowych, co było niezgodne z art. 26 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Szpital w kontrolowanym okresie nie przeprowadzał analiz skuteczności działania systemu monitoringu wizyjnego. W opinii NIK, okresowe oceny realizacji celów monitoringu pozytywnie wpłynęłyby na jego skuteczność i wydajność, umożliwiłyby weryfikację rozmieszczenia kamer, ustalenie okresów przechowywania nagrań i ocenę prawidłowości reakcji na zaobserwowane zdarzenia. Z kolei prowadzenie ewidencji pracy systemu monitoringu i zdarzeń zaobserwowanych przy jego pomocy będzie przydatne przy prowadzeniu analiz pracy systemów, jego awaryjności, czasu naprawy i skuteczności w osiąganiu celów jego funkcjonowania.

(dowód: akta kontroli str. 47, 51, 165-167, 274)

Ocena częściowa

W Szpitalu nie wydzielono zbiorów danych z monitoringu wizyjnego i monitoringu głosowego jako samodzielnych danych osobowych. Należy jednak zauważyć, że zbiory te, funkcjonujące w ramach systemu informatycznego, objęte były należytą ochroną, a dostęp do nich miały jedynie osoby uprawnione.

Szpital nie analizował skuteczności monitoringu, jak również nie prowadził rejestru zdarzeń wykrytych przy jego pomocy. W latach 2013-2017r. w porównaniu do okresu 2008-2012r. zmniejszyła się o 27% liczba postępowań Policji w sprawie kradzieży, a o 56% w sprawie włamań na terenie Szpitala, co wskazuje na poprawę bezpieczeństwa na terenie Szpitala.

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. Uzupełnienie PBI o wykaz zbiorów danych osobowych przetwarzanych w ramach monitoringu wizyjnego i monitoringu głosowego wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych, a także sporządzenie opisu struktury zbiorów danych wskazującego zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi (zgodnie z § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji danych osobowych).

2. Określenie dopuszczalnego okresu przechowywania danych z monitoringu niezbędnego do osiągnięcia celów przetwarzania tych danych.

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 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.

Lublin, dnia 15 stycznia 2018 r.

Kontroler:

Dariusz Barej
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
podpis