



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Lublinie

LLU.410.020.03.2017

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 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych, tj. do 21 listopada 2017 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Lublinie
Kontroler	Ryszard Litwiniuk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LLU/149/2017 z dnia 28 września 2017 r. (dowód: akta kontroli tom I, str. 1 - 2)
Jednostka kontrolowana	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej ul. Terebelska 57/65, 21-500 Biała Podlaska (zwany dalej: „Szpitalem” lub „WSzS”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dariusz Oleński — Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej od 25 czerwca 2004 r. ¹ . (dowód: akta kontroli tom I, str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W ocenie NIK² obowiązujące w Szpitalu rozwiązania organizacyjne, stosowana praktyka i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych gwarantowały przestrzeganie prawa pacjenta do prywatności w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital wdrożył i przestrzegał wewnętrznych regulacji określających proces i udzielanie świadczeń zdrowotnych z poszanowaniem praw pacjenta do intymności i godności. Stan techniczny i sanitarny oddziałów poddanych oględzinom był dobry i spełniał wymogi jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą³. Opracowane i stosowane w Szpitalu procedury dotyczące funkcjonowania monitoringu i rejestracji rozmów lekarzy z pacjentami uwzględniały prawo do prywatności pacjenta. Funkcjonowanie systemu monitoringu wizyjnego oraz przetwarzanie danych osobowych i prowadzenie zbioru tych danych odbywało się zgodnie z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych⁴ tj. Szpital zapewnił środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych oraz prowadził rzetelną i skuteczną kontrolę w zakresie ich przetwarzania.

¹ Uchwała Nr CXIU/1462/04 Zarządu województwa Lubelskiego z dnia 24 czerwca 2004 r. Od 2000 r. Dyrektor Szpitala zatrudniony był na stanowisku zastępcy dyrektora ds. eksploatacyjnych.

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 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012 r. poz. 739) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 03.11.2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2015 r. poz. 178 ze zm.).

⁴ Ustawa z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Organizacja i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

W § 24 regulaminu organizacyjnego Szpitala⁵, określono zadania Pełnomocnika ds. praw pacjenta, tj.: czuwanie nad przestrzeganiem praw pacjentów Szpitala, wskazywanie trybu wnoszenia skargi, w przypadku naruszenia praw pacjentów, przyjmowanie skarg od pacjentów, podejmowanie interwencji w związku z nieprzestrzeganiem przez Szpital praw pacjentów, udzielanie informacji i wyjaśnień o ich prawach oraz analizowanie skarg i wniosków dotyczących praw pacjenta. (dowód: akta kontroli tom I, str. 4-17)

1.1. Opracowane w Szpitalu procedury, nie określały miejsca i sposobu udzielania świadczeń medycznych w odrębnych gabinetach, bez obecności osób trzecich. Nie regulowały też kwestii dotyczących prawa poszanowania intymności i godności pacjenta w czasie udzielania tych świadczeń.

W toku oględzin czterech oddziałów szpitalnych⁶ i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (dalej: SOR) ustalono, że warunki udzielania świadczeń medycznych, gwarantowały pacjentom prawo do poszanowania intymności i godności, o których mowa w art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁷. W każdym oddziale znajdował się gabinet zabiegowy, w którym badano pacjentów. Gabinet zabezpieczono przed dostępem osób trzecich, drzwi wejściowe do gabinetu zamykano od wewnątrz, a okna zaopatrzone w rolety. Podobnie w SOR pacjent wymagający zaopatrzenia przez lekarza, badany był w gabinecie zabiegowym (w pomieszczeniu tym mógł przebywać tylko jeden pacjent). Po złożeniu dokumentacji, pacjentów wymagających leczenia zachowawczego kierowano do obszaru konsultacyjnego, gdzie przeprowadzano badanie w pomieszczeniu posiadającym kilka łóżek oddzielonych przesuwanymi parawanami, zapewniającymi zachowanie intymności w toku badania. Drzwi wejściowe do pomieszczenia konsultacyjnego zaopatrzone w zamek, a okna zabezpieczono roletami. W przypadku gdy stan pacjenta wymagał obserwacji, przenoszony był do sali obserwacyjnej w której zainstalowano kamerę, skierowaną na twarz pacjenta w celu obserwacji.

W Szpitalu opracowano procedury dotyczące przyjmowania pacjentów do oddziałów szpitalnych oraz zasad pobytu, odwiedzin pacjentów i sprawowania opieki przez krewnych lub osoby wskazane przez pacjenta w oddziałach szpitalnych.

Procedura⁸ przyjmowania pacjentów do oddziałów szpitalnych w pkt 4.9.2., nakazuje lekarzom i pielęgniarce wykonywanie wszystkich czynności związanych z przeprowadzeniem wywiadu i badaniem pacjenta, w pomieszczeniu zapewniającym poczucie intymności.

Procedura⁹ dotycząca zasad pobytu, odwiedzin pacjentów i sprawowania opieki przez krewnych lub osoby wskazane przez pacjenta w oddziałach szpitalnych, określa m.in.:

- godziny odwiedzin pacjentów (godz. 11.00-18.00);

⁵ Przyjętego zarządzeniem Dyrektora WSzS Nr 84/15 z dnia 3 listopada 2015 r.

⁶ Oddział Wewnętrzny, Oddział Kardiologii, Oddział Urazowo-Ortopedyczny, Oddział Ginekologiczno-Położniczy.

⁷ Dz. U. z 2017 r., poz. 138 ze zm.

⁸ Procedura 2/HS/PZ/17/1 w sprawie przyjmowania pacjentów do oddziałów szpitalnych.

⁹ Procedura 67/HJ/PZ/17/1 dotycząca zasad pobytu, odwiedzin pacjentów i sprawowania opieki przez krewnych lub osoby wskazane przez pacjenta w oddziałach szpitalnych.

- liczbę jednocześnie odwiedzających pacjenta w sali chorych (dwie osoby), w oddziałach szpitalnych do dyspozycji pacjentów pozostawały pokoje odwiedzin;
- zobowiązania osób odwiedzających pacjenta (zakaz wnoszenia i spożywania alkoholu, palenia papierosów, posiadania i używania narkotyków, prowadzenia głośnych rozmów, siadania na łóżku chorego i łóżkach innych pacjentów, dostarczania choremu artykułów spożywczych, których spożywanie zostało mu zabronione przez personel medyczny);
- zasady sprawowania opieki przez krewnych lub osoby wskazane przez pacjenta (pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej przez rodzinę lub osobę wskazaną – sprawowanie opieki dotyczy: pacjentek w okresie ciąży, porodu i porodu, opieki nad dziećmi powyżej jednego miesiąca życia, pacjentami w stanach terminalnych).

(dowód: akta kontroli tom I, str.20-33)

W złożonych wyjaśnieniach Zastępca Dyrektora Szpitala ds. Pielęgniarstwa podała, że rodzaje świadczeń których nie można wykonywać w salach chorych, nie zostały wprost zapisane w obowiązujących w Szpitalu procedurach. Decyzje w tej kwestii podejmowane były przez personel medyczny w oparciu o prawa pacjenta, wymagania epidemiologiczne, standardy postępowania określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia oraz Kodeksie etyki zawodowej.

(dowód: akta kontroli tom I, str. 18-19)

1.2. Szpital opracował Informator dla pacjentów WSzS, w którym spisano i rozwinęto podstawowe prawa pacjenta, m.in. takie jak prawo do świadczeń zdrowotnych, do informacji, do tajemnicy informacji związanych z pacjentem, do wyrażania zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do poszanowania intymności i godności. Wskazano w nim, że pacjent ma prawo aby osoba inna niż udzielająca świadczeń zdrowotnych, uczestniczyła przy udzielaniu tych świadczeń tylko wtedy, gdy jest to niezbędne ze względu na rodzaj świadczenia. W toku oględzin oddziałów szpitalnych stwierdzono, że pacjent miał możliwość zapoznania się z informatorem, gdyż został on umieszczony w gablotach na korytarzu każdego z oddziałów oraz na parapetach poszczególnych sal chorych.

W Szpitalu obowiązywały regulacje wewnętrzne dotyczące sposobu informowania pacjentów o ich prawach. W pkt 4.9.7. lit. c, Procedury przyjmowania pacjentów do oddziałów szpitalnych, określono obowiązki pielęgniarki w procesie wspierania procesu adaptacji pacjenta, m.in. poprzez zapoznanie go z regulaminem oddziału oraz obowiązkami i prawami pacjenta. W każdym z poddanych oględzinom oddziałów i SOR w dokumentacji medycznej pacjenci potwierdzili zapoznanie ich z tymi prawami. Powyższe stwierdzono na podstawie kart indywidualnej opieki pielęgniarskiej/położniczej, dołączonych do badanej dokumentacji medycznej pacjentów.

Na podstawie badanej dokumentacji medycznej pacjentów ustalono, że zgoda pacjenta na leczenie/planowany zabieg i obecność osób trzecich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, uzyskiwana była bezpośrednio przed planowanym zabiegiem na specjalnym druku „Informacja i świadoma zgoda na planowany zabieg diagnostyczny”¹⁰. Pacjent w części II informacji oświadczał, „ze względu na szkoleniowy charakter oddziału, wyrażam również zgodę na bierne i czynne uczestnictwo przy leczeniu/zabiegu, lekarzy będących w trakcie kształcenia podyplomowego oraz na bierne uczestnictwo przy leczeniu/zabiegu, studentów

¹⁰ Wyniki oględzin i analizy dokumentacji medycznej 75 pacjentów - po 15 pacjentów z każdego z czterech oddziałów: wewnętrznego, kardiologicznego, ortopedycznego, ginekologiczno-położniczego oraz SOR.

medycyny”. Zgoda pacjenta wyrażana była poprzez złożenie czytelnego podpisu (imienia i nazwiska oraz daty). (dowód: akta kontroli tom I, str. 34 - 243)

1.3. Przeprowadzone oględziny oddziałów szpitalnych wykazały, że warunki organizacyjno-techniczne Szpitala były dobre i umożliwiały przestrzeganie prawa pacjenta do prywatności. Oddziały¹¹ posiadały jedno, dwu i trzyłóżkowe sale chorych. Sale wyposażone były w kotary teleskopowe i mobilne parawany. Przy salach jedno i dwułóżkowych znajdowały się toalety wyposażone w kabinę natryskową, umywalkę i sedes. Dla sal trzyłóżkowych węzły higieniczno-sanitarne zlokalizowano po przeciwnej stronie korytarza, których wyposażenie było takie, jak w salach jedno i dwułóżkowych. Ponadto ustalono:

- nie stwierdzono umieszczania pacjentów na korytarzach poszczególnych oddziałów;
- gabinety lekarskie, diagnostyczne i zabiegowe, zabezpieczone były przed dostępem osób trzecich, poprzez zamontowanie w drzwiach stosownych zamków, zamykanych od wewnątrz, nad drzwiami wejściowymi do gabinetów zawieszono tabliczki „nie wchodzić”, a okna wyposażono w rolety;
- węzły higieniczno-sanitarne zapewniały zachowanie intymności w czasie korzystania z nich; drzwi do toalet wyposażone były w zamki zamykane od wewnątrz;
- punkty rejestracji pacjentów na poszczególnych oddziałach mieściły się w gabinetach zabiegowych, które zabezpieczono przed dostępem osób trzecich. W punktach rejestracji pacjentów oddziałów, nie zainstalowano systemu monitoringu oraz rejestracji rozmów między pacjentami i lekarzami;
- pokoje odwiedzin znajdowały się w pomieszczeniach, przed wejściem na oddział wewnętrzny i kardiologiczny. (dowód: akta kontroli tom I, str. 34-42a)

1.4. W okresie objętym kontrolą, przestrzeganie prawa pacjenta do prywatności nie było przedmiotem kontroli lub audytu. Przeprowadzona analiza spraw wpisanych do *Rejestru wniosków, uwag, skarg i pochwał*, które zostały złożone u *Pełnomocnika ds. praw pacjenta* w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 czerwca 2017 r. wykazała, że odnotowano jedną skargę dotyczącą naruszenia godności pacjenta w oddziale neurologii WSzS. Wnosząca skargę na lekarza, pracownika tego oddziału twierdziła, że podczas porannej wizyty w obecności osób trzecich, zostały wypowiedziane nie stosowne epitety dotyczące jej wyglądu, przez co zostało naruszone jej zdrowie psychiczne. Pacjentka w skardze domagała się ukarania lekarza i przeprosin. W sprawie tej zostało przeprowadzone postępowanie wyjaśniające, w wyniku którego ustalono, że miało miejsce naruszenie przez lekarza prawa do poszanowania godności pacjenta.

Zastępca Dyrektora Szpitala przesłał pacjentce przeprosiny za zachowanie lekarza, względem którego zostaną podjęte odpowiednie kroki dyscyplinujące.

Z treści notatki służbowej sporządzonej w dniu 22 marca 2017 r. przez Zastępcę Dyrektora Szpitala ds. Medycznych wynika, że w ww. dniu została przeprowadzona rozmowa dyscyplinująca z lekarzem, który nie zachował należycie zasad etyki lekarskiej i praw pacjenta podczas udzielania świadczeń medycznych. W treści notatki zapisano, że w przypadku powtarzających się sytuacji w ww. zakresie, zostaną wyciągnięte względem lekarza dalsze konsekwencje dyscyplinarne.

(dowód: akta kontroli tom I, str. 244-275, tom II, str. 52-62)

W złożonych wyjaśnieniach Zastępca Dyrektora Szpitala podała, że monitorowanie m.in. przestrzegania praw pacjentów do prywatności, odbywa się za pomocą ankiet

¹¹ Ustalenia dokonane na podstawie oględzin czterech oddziałów Szpitala.

satysfakcji pacjentów, na podstawie których po zakończeniu danego roku kalendarzowego, wykonuje się analizę dla poszczególnych oddziałów szpitalnych.

(dowód: akta kontroli tom I, str. 276)

W toku przeprowadzonych oględzin oddziałów szpitalnych stwierdzono, że na korytarzu przy drzwiach wejściowych na poszczególne oddziały, zamontowano skrzynki metalowe w których znajdowały się druki „ankiet satysfakcji”. W 2016 r. w Szpitalu przeprowadzono badanie satysfakcji pacjentów na temat oceny jakości świadczonych usług medycznych. Ankietyzację przeprowadzono w 18 oddziałach szpitalnych oraz w dziale diagnostyki laboratoryjnej. Wydano ogółem 4.175 ankiet, respondenci zwrócili 1.758 wypełnionych, co stanowi 42,1%. Z przeprowadzonych badań satysfakcji pacjentów wynika, że większość bardzo wysoko ocenia świadczoną na poszczególnych oddziałach pomoc medyczną, życzliwość i troskę o pacjenta oraz fachową i profesjonalną opiekę zarówno lekarzy, jak i pozostałego personelu medycznego. Zgłaszane w ankietach uwagi pacjentów w zakresie poszanowania prawa do prywatności dotyczyły jedynie:

- zmniejszenia liczby łóżek na salach chorych, zwiększenia liczby łazienek i ubikacji, wydzielenia na oddziale pomieszczenia socjalnego dla pacjentów (na oddziale kardiologicznym);
- wprowadzenia możliwości noclegu na oddziale ojca dziecka (na oddziale ginekologiczno-położniczym). (dowód: akta kontroli tom I, str. 276-353)

Ponadto, w latach 2015-2016 w oddziałach szpitalnych, SOR oraz Izbie Przyjęć, na podstawie ankiet badania satysfakcji pacjentów, przeprowadzano zbiorcze analizy opinii pacjentów na temat poszanowania praw do prywatności i intymności. Ze sporządzonych analiz wynikało, że:

- w 2015 r. (oddziały szpitalne), 90,7% pacjentów było bardzo zadowolonych lub zadowolonych z poszanowania praw do prywatności i intymności podczas wykonywania badań i udzielania informacji przez lekarzy, natomiast 94% pacjentów było bardzo zadowolonych lub zadowolonych z poszanowania intymności podczas wykonywania czynności przez personel pielęgniarstwa. Niezadowolonych i bardzo niezadowolonych było odpowiednio: 5,3% (podczas wykonywania badań) i 3,4% (udzielania informacji) oraz 4,0% i 2,6% nie miało zdania w ww. zakresie;
- w 2016 r. (oddziały szpitalne), 97,9% pacjentów stwierdziło, iż podczas wykonywania badań i udzielania informacji przez lekarzy zachowano poszanowanie prywatności i intymności a 95,7% pacjentów było zadowolonych z poszanowania prywatności i intymności podczas wykonywania czynności przez personel pielęgniarstwa. Niezadowolonych było odpowiednio: 2,1% oraz 4,3% pacjentów;
- w 2015 r. (SOR), 86,2% pacjentów było bardzo zadowolonych lub zadowolonych z zapewnienia intymności. Niezadowolonych i bardzo niezadowolonych było 4,9% oraz 3,7% pacjentów, 2,1% nie miało zdania;
- w 2016 r. (SOR), 96,0% pacjentów oceniało bardzo dobrze lub dobrze dbałość o zapewnienie prywatności i intymności, źle 1,5% pacjentów, 2,4% nie miało zdania;
- w 2015 r. (Planowa Izba Przyjęć), 89,5% pacjentów było bardzo zadowolonych lub zadowolonych z zapewnienia intymności. Niezadowolonych i bardzo niezadowolonych było 4,0% pacjentów, 3,7% nie miało zdania w ww. zakresie;
- w 2016 r. (Planowa Izba Przyjęć), 93,8% pacjentów oceniało bardzo dobrze lub dobrze dbałość o zapewnienie prywatności i intymności, źle 3,8% pacjentów, 2,5% nie miało zdania.

Z przeprowadzonych badań wynika, że w ww. okresie odnotowano duży wzrost zadowolenia pacjentów z badanego obszaru. W 2015 r. zadowolonych było 90,7%, natomiast w 2016 r. 97,9% pacjentów (oddziały szpitalne), w SOR odpowiednio: 86,2% i 96,0%, w Izbie Przyjęć – 89,5% i 93,8%. Niezadowolenie podczas wykonywania badań, udzielania informacji oraz poszanowania praw pacjentów do prywatności i intymności, wyraziło w badanym okresie od 1,5% do 5,3 % pacjentów w poszczególnych oddziałach, w SOR i Izbie Przyjęć.

W złożonych wyjaśnieniach Zastępca Dyrektora Szpitala podała, że wychodząc naprzeciw zapotrzebowaniu poprawnej komunikacji z pacjentem, Szpital przeprowadza od kilku lat szkolenia dla pracowników z zakresu komunikacji oraz w związku z dużą ilością pacjentów innych narodowości nt. „Pacjent odmienny kulturowo wyzwaniem opieki medycznej”.

(dowód: akta kontroli tom I, str. 354-355,359)

W toku czynności kontrolnych, pacjentom w czterech oddziałach i w SOR, przekazano do wypełnienia ankiety dotyczące przestrzegania prawa do prywatności pacjenta w Szpitalu. Rozdano ogółem 146 ankiet, z których 130 zostało wypełnionych i przekazanych kontrolerowi NIK. Z odpowiedzi na poszczególne pytania wynika, że:

- 120 pacjentów stwierdziło, że przy przyjęciu do Szpitala poinformowano ich o przysługujących prawach i obowiązkach, dwóch stwierdziło że nie zostali poinformowani, siedmiu że nie pamięta, a jedna odpowiedź była nieważna;
- 125 pacjentów stwierdziło, że podczas pobytu w Szpitalu nie doznało aroganckiego, nieuprzejmego traktowania przez personel, dwóch że doznało, dwóch nie pamięta, a jedna odpowiedź była nieważna;
- 123 pacjentów stwierdziło, że w trakcie przeprowadzania wywiadu nie naruszono ich prywatności, dwóch że naruszono, dwóch nie pamięta, a jedna odpowiedź była nieważna;
- 118 pacjentów stwierdziło, że przy udzielaniu informacji na temat stanu zdrowia nie naruszono ich prywatności, ośmiu że naruszono, trzech nie pamięta, a jedna odpowiedź była nieważna;
- 117 pacjentów stwierdziło, że gabinety w których udzielano świadczeń zdrowotnych zabezpieczono przed dostępem osób trzecich, ośmiu że nie zabezpieczono, dwóch nie pamięta, a trzy odpowiedzi były nieważne;
- 117 pacjentów stwierdziło, że świadczeń zdrowotnych na salach wieloosobowych udzielano z użyciem parawanów, osiem że bez użycia parawanów, dwóch nie pamięta, a trzy odpowiedzi były nieważne;
- 126 pacjentów stwierdziło, że warunki pobytu w Szpitalu oraz warunki higieniczno-sanitarne w oddziale były odpowiednie, tj. uwzględniały prywatność i zapewniały poczucie intymności i godności, dwóch że warunki higieniczno-sanitarne w oddziale nie były odpowiednie, nie podając jednocześnie przyczyny takiej odpowiedzi, jeden nie pamiętał, a jedna odpowiedź była nieważna;
- 56 pacjentów stwierdziło, że poinformowano ich o fakcie zainstalowania kamer w Szpitalu, 46 że nie poinformowano, 27 nie pamięta, a jedna odpowiedź była nieważna;
- 77 pacjentów stwierdziło, że w ich ocenie instalowanie kamer w Szpitalu jest potrzebne, dziewięciu że nie potrzebne, 43 nie pamięta, a jedna odpowiedź była nieważna.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 80-349)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Szpital¹² w wewnętrznej dokumentacji określił zasady informowania pacjentów o przysługujących im prawach, które zostały zebrane w specjalnie opracowanym informatorze, udostępnianym pacjentom przy przyjęciu do Szpitala oraz na późniejszym etapie leczenia, poprzez wyłożenie egzemplarzy na parapetach sal chorych oraz wywieszenie w gablotach informacyjnych. Warunki organizacyjne i lokalowe Szpitala pozwalały na zachowanie przysługujących pacjentom praw do godności i intymności. W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w obecności osób trzecich, każdorazowo uzyskiwano zgodę pacjenta na ich obecność. W przypadku, gdy świadczenia zdrowotne na poszczególnych oddziałach udzielane były na wieloosobowych salach chorych, korzystano z parawanów umożliwiających zachowanie intymności pacjentów.

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

Uzasadnienie
oceny ogólnej

2.1. Decyzję o wprowadzeniu w Szpitalu systemu monitoringu wizyjnego poprzedzono dokonaniem analiz zarówno inwestycyjnych, jak i eksploatacyjnych. W opracowanej na zlecenie Szpitala, w listopadzie 2011 r. przez zewnętrzną firmę, analizie poprawy funkcjonowania obiektów szpitalnych i nadzoru nad nimi, zaprojektowano system rozproszonego monitoringu wizyjnego oparty na infrastrukturze teleinformatycznej.

W treści dokumentu zapisano, że system CCTV powinien spełniać zakładane kryteria, takie jak: monitoring newralgicznych punktów obiektów, ciągów komunikacyjnych, terenu wokół budynków, wjazdów, parkingów, zapewnić możliwość identyfikacji monitorowanych osób, pojazdów i przedmiotów, rejestrację materiału video ze wszystkich kamer i przechowywanie zgranego materiału na pamięci masowej. Sporządzona analiza nie dotyczyła kwestii wkraczania w prywatność pacjentów, odnosiła się do obszarów komunikacyjnych takich jak: korytarze, klatki schodowe, hole, parkingi, lądowisko dla helikopterów.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 1-5)

Z wyjaśnień Dyrektora Szpitala wynika, że pierwszy system monitoringu w Szpitalu zainstalowano w 2000 r. Zainstalowane kamery przyczyniły się do wykrycia sprawców kradzieży oraz zapobieganiu chuligaństwa w rejonie zbiorników wody stacji wodociągowej. Rozbudowując sieć monitoringu (w 2015 i 2017 r.) wskazywano kolejne obszary zagrożenia. Przeprowadzone analizy wskazywały, że zapis monitoringu jest bardziej skuteczny niż obchód pracownika dozoru, odtwarzalny, niezawodny i tańszy niż praca człowieka oraz może być dowodem w sprawie. Projekty rozmieszczenia kamer w pomieszczeniach i na terenie Szpitala zostały przygotowane w maju 2011 r. przez zewnętrzną firmę wraz z oznaczeniem pola widzenia kamer. Natomiast założenia dla systemu CCTV, podział na strefy monitorujące i dobór kamer, przygotowało biuro projektowe w marcu 2015 r.

Dyrektor poinformował ponadto, że decyzja o wprowadzeniu w Szpitalu systemu monitoringu wizyjnego, nie była wynikiem realizacji wniosków wynikających z kontroli. Wskazał, że zdarzały się sytuacje, w których pacjenci lub pracownicy pytali o nagrania (czy takie są dostępne) w związku z kradzieżami w szatniach i na salach chorych. Szpital wielokrotnie poszukiwał sprawców uszkodzeń wind, okien, ubytków w ścianach oraz intensywnego zaśmiecania. Istotne znaczenie miały nagrania w latach 2000-2007, kiedy to kilkakrotnie, poszukiwana była osoba

¹² 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.

w związku z alarmami bombowymi w Szpitalu. W jednym przypadku osoba będąca sprawcą alarmu bombowego została wykryta, przy wykorzystaniu nagrania z monitoringu. Sprawca, fałszywego alarmu, zatelefonował na policję i poinformował o podłożeniu bomby z aparatu wiszącego na ścianie w holu Szpitala. Policja po ustaleniu miejsca wykonania telefonu, zidentyfikowała dzwoniącego po analizie zapisu z monitoringu. (dowód: akta kontroli tom II, str. 3-4)

Przed wdrożeniem monitoringu, Szpital podejmował inne działania celem zapewnienia bezpieczeństwa, które nie przyniosły oczekiwanych i wystarczających efektów. Zwiększano m.in. ilość pracowników ochrony. Jak wskazał Dyrektor Szpitala działania te były bardzo kosztowne, a ich efektywność bardzo niska. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora Szpitala z analizy ponoszonych wydatków (eksploatacyjnych) wynika, że monitoring wizyjny jest znacznie tańszy od zatrudnienia odpowiedniej ilości pracowników. (dowód: akta kontroli tom II, str. 4)

W skład szpitalnego monitoringu wizyjnego wchodzi łącznie 177 kamer. Liczba kamer oraz ich rozmieszczenie, wynika z analizy ryzyka oraz sformułowanych kryteriów warunkujących skuteczność instalowanego systemu, którego zadaniem było zapewnienie bezpieczeństwa na terenie Szpitala. Monitoringiem zostały objęte: ciągi komunikacyjne - 132 kamery, parkingi - 19 kamer, wejścia do obiektów - 20 kamer oraz miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych (obserwacje pacjenta) - sześć kamer. System obsługuje Sekcja Ochrony a od strony technicznej Dział Aparatury Medycznej i Informatyki. Nagrania z systemu monitoringu są przechowywane w systemie rozproszonym na 7 rejestratorach w 5 lokalizacjach przez okres 14 dni, po czym są automatycznie kasowane przez nadpisywanie. Rejestratory przechowują dane na dyskach w strukturze umożliwiającej odtworzenie zdarzenia, w przypadku awarii jednego z dysków. Rejestratory posiadają zasilanie gwarantowane z sieci centralnej lub UPS zainstalowanego w każdej z lokalizacji, co pozwala wyeliminować ryzyko związane z zanikiem zasilania.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 14)

Rzeczywiste koszty wdrożenia, utrzymania, naprawy i obsługi monitoringu w okresie od 30 czerwca 2014 r. (od dnia nabycia) do 31 marca 2017 r. wyniosły 158,9 tys. zł¹³. W okresie objętym kontrolą, miała miejsce modernizacja starego systemu monitoringu. W 2015 r. zakupiono i zamontowano trzy kamery o wartości 2,6 tys. zł, natomiast w 2017 r. zakupiono trzy kamery za kwotę 1,8 tys. zł oraz rozbudowano system, poprzez zainstalowanie monitoringu CCTV-IP za kwotę 31,0 tys. zł. Obsługą i utrzymaniem monitoringu na terenie Szpitala zajmuje się Dział Aparatury Medycznej i Informatyki, w którym zatrudnionych jest 10 pracowników.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 6-13, 402)

Analizy i projekty rozmieszczenia kamer zostały przygotowane w 2011 i 2015 r. wraz z oznaczeniem pola widzenia oraz analizą finansową. Dokumentacja, sprzed 2011 r. dotycząca budowy i funkcjonowania systemu monitoringu, została zniszczona po okresie archiwizacji, określonym w instrukcji archiwalnej WSzS¹⁴.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 3)

2.2. W Szpitalu wprowadzono regulacje wewnętrzne dotyczące funkcjonowania monitoringu wizyjnego. Instrukcja zarządzania systemem monitoringu wizyjnego¹⁵ (dalej: Instrukcja), określała m.in.: zabezpieczenie danych osobowych w systemie monitoringu wizyjnego, obowiązki użytkowników systemu, nadawanie zmian

¹³ Utrzymanie, obsługa i naprawy systemu monitoringu, realizowane były przez pracowników Szpitala (administrators bezpieczeństwa informacji i sześciu informatyków).

¹⁴ Zarządzenie Dyrektora WSzS nr 102/09 z dnia 31 grudnia 2009 r. w sprawie wprowadzenia instrukcji kancelaryjnej.

¹⁵ Wprowadzona zarządzeniem Dyrektora Szpitala Nr 31/17 z dnia 28 kwietnia 2017 r.

lub usuwanie uprawnień do systemu monitoringu, metody i środki uwierzytelniania w systemie monitoringu, hasła w systemie rejestratorów nagrań, rejestrację nagrań zapisów monitoringu, przechowywanie nośników elektronicznych zawierających dane osobowe, ochronę systemu, zasady monitorowania, przeglądu i konserwacji systemu oraz przetwarzanie danych poza obszarem przetwarzania.

Instrukcję stosuje się do danych osobowych przetwarzanych w systemach monitoringu wizyjnego, danych osobowych zapisanych w postaci elektronicznej na zewnętrznych nośnikach informacji oraz informacji o sposobach zabezpieczenia danych osobowych. Instrukcja zawiera specyfikację podstawowych środków technicznych ochrony danych osobowych oraz elementów zarządzania systemem monitoringu wizyjnego. (dowód: akta kontroli tom II, str.15-20)

2.3. Przeprowadzone oględziny wykazały, że kamer nie instalowano w salach chorych, gabinetach diagnostyczno-zabiegowych, łazienkach, toaletach, korytarzach oraz w punktach rejestracji pacjentów. Wyjątkiem było zainstalowane sześć kamer w Oddziale Intensywnej Opieki oraz w SOR (bez nagrywania obrazu), które służą do obserwacji pacjenta przez personel medyczny.

W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor Szpitala podał, że nowo zainstalowane kamery systemu monitoringu (2017 r.) posiadają funkcję „stref prywatności”. Taka funkcja, jest standardowa w obecnie oferowanych podstawowych systemach monitoringu, zapewniających inne oczekiwane parametry systemu, takie jak dobra jakość obrazu w kolorze czy możliwość przybliżania obrazu. (dowód: akta kontroli tom II, str. 5)

2.4. Pacjenci Szpitala byli informowani o funkcjonującym monitoringu wizyjnym, poprzez umieszczanie naklejki „obiekt monitorowany”, przy wjeździe na teren Szpitala, przy każdym wejściu do budynku oraz przy wejściach na Oddziały i do Izby Przyjęć. (dowód: akta kontroli tom I, str. 42)

W Instrukcji zarządzania systemem monitoringu wizyjnego, określono podstawowe zasady właściwego zarządzania systemem monitoringu, przetwarzania danych osobowych oraz podstawowych warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać wchodzące w jego skład urządzenia, odpowiednio do zagrożeń i kategorii danych objętych ochroną.

System monitoringu wizyjnego zabezpieczony jest przed nieuprawnionym dostępem poprzez zastosowanie środków technicznych w postaci wydzielenia osobnej sieci vlan¹⁶ dla kamer, rejestratorów oraz stanowisk nadzoru wizyjnego. Na stacjach roboczych w sieci przetwarzającej dane osobowe jest zainstalowane aktualne oprogramowanie antywirusowe. Stacje robocze są odłączone od Internetu. Dane przechowywane są w systemie rozproszonym na 7 rejestratorach w 5 lokalizacjach. Dostęp do każdej z lokalizacji zabezpieczony jest drzwiami z zamkiem na klucz lub kartą dostępu.

Zgodnie z obowiązującymi procedurami umożliwia się przekazywanie i wgląd do zbiorów danych osobowych upoważnionym do tego organom (Policja, Prokuratura, Sąd), na podstawie pisemnego wniosku kierownika danej jednostki.

(dowód: akta kontroli tom II, str.63-77)

W dniu 1 lutego 2017 r., Dyrektor Szpitala zgłosił powołanie Administratora Bezpieczeństwa Informacji (dalej ABI), do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych. W Szpitalu prowadzono ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych, w tym danych z monitoringu wizyjnego zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych. Na dzień 11 sierpnia 2017 r. Administrator Bezpieczeństwa Informacji, upoważnił 15 osób do przetwarzania danych

¹⁶ vlan – odseparowana sieć od pozostałej sieci istniejącej w Szpitalu.

z monitoringu, z których jedna (kierownik sekcji) posiada uprawnienia do zgrywania nagrań. W treści upoważnienia zapisano, że wygasa ono z chwilą ustania stosunku pracy, o ile nie zostanie odwołane wcześniej. Ponadto, w pouczeniu upoważnienia zapisano: zgodnie z treścią art. 39 ust. 2 ustawy o ochronie danych osobowych, zobowiązuje się osobę upoważnioną do przetwarzania danych, do zachowania w tajemnicy tych danych oraz sposobów ich zabezpieczania.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 352-353)

W Szpitalu obowiązywała „Polityka bezpieczeństwa” w której wskazano budynki Szpitala tworzące obszar, w którym przetwarzane są zbiory danych osobowych. W wykazie zbiorów danych osobowych wymieniono m.in. zbiór z monitoringu wizyjnego. Dla zbioru danych osobowych z monitoringu wizyjnego wyznaczono poziom bezpieczeństwa wysoki.

W procedurze korzystania ze sprzętu informatycznego i postępowania z informacjami (danymi elektronicznymi) określono m.in.: procedurę nadawania uprawnień do przetwarzania danych oraz rejestrowania w systemie informatycznym, metody i środki uwierzytelnienia oraz procedury związane z ich zarządzaniem i użytkowaniem, procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi służących do ich przetwarzania.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 64-67)

W latach 2015 – 2017 (do 30 czerwca), Komenda Miejska Policji (dalej: KMP) w Białej Podlaskiej 10rotnie zwracała się do Szpitala o udostępnienie danych z monitoringu wizyjnego. Nagrania z kamer monitoringu udostępniane były Policji, m.in. w przypadku stwierdzenia kradzieży na parkingach lub w obiektach Szpitala. W takich przypadkach Wydział do Walki z Przestępczością Przeciwko Mieniu KMP, występował z pismem do dyrekcji Szpitala o zabezpieczenie nagrania z kamer monitoringu, podając datę i godziny nagrania. Nagrania te udostępniała osoba uprawniona - Kierownik Sekcji Ochrony. Innym osobom, instytucjom oraz uprawnionym podmiotom w ww. okresie, danych z monitoringu wizyjnego nie udostępniano. W okresie objętym kontrolą, nie wystąpiły przypadki nieudostępnienia nagrań z kamer monitoringu, z powodu usunięcia nagrania przez nadpisywanie starszych danych.

W okresie objętym kontrolą, nie wystąpiły przypadki prośby pacjenta o udostępnienie jego przetwarzanych danych zawartych w zbiorze.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 21-26, 78-79)

2.5. Nagrania z systemu monitoringu są przechowywane w systemie rozproszonym na 7 rejestratorach w 5 lokalizacjach przez okres około 14 dni po czym kasowane automatycznie przez nadpisywanie starszych danych. Rejestratory przechowują dane na dyskach w strukturze RAID-5 przez co w przypadku awarii jednego z dysków dane nadal można odtworzyć. Struktura rozproszona pozwala w razie całkowitej awarii jednego z rejestratorów zachować dostęp do reszty systemu. Przeprowadzone w dniu 21 listopada 2017 r. oględziny systemu monitoringu wykazały, że najstarszy obraz oznaczony jest datą 4 listopada 2017 r. (przechowywane 17 dni).

(dowód: akta kontroli tom II, str. 14, 403)

2.6. Według wyjaśnień Dyrektora Szpitala monitoring wizyjny służy zabezpieczeniu mienia Szpitala, jak również zapewnieniu większego bezpieczeństwa pacjentów i personelu. Monitoring wizyjny został zainstalowany także m.in. w salach Oddziału Intensywnej Terapii, SOR i Oddziału Neurologicznego i służy bezpośredniej obserwacji pacjenta, co pozwala na bieżący nadzór i szybką interwencję, w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. W ww. oddziałach obraz

z kamer nie był rejestrowany. Szpital nie przeprowadził analizy skuteczności systemu monitoringu wizyjnego.

(dowód: akta kontroli tom I, str. 356-357)

W latach 2015 – 2017 (do 30 czerwca) Szpital zgłosił dwie kradzieże mienia. W obu przypadkach zapisy monitoringu przyczyniły się do ustalenia sprawcy i odzyskania mienia. Zapisy z monitoringu pozwoliły również na ustalenie sprawców uszkodzenia mienia na terenie zewnętrznym Szpitala (siedmiokrotne uszkodzenie szlabanów parkingowych). Wszystkie naprawy uszkodzonych szlabanów, zostały pokryte z polis ubezpieczeniowych sprawców, których zidentyfikowano na podstawie zapisów monitoringu. Z informacji Komendanta Miejskiego Policji w Białej Podlaskiej wynika, że w latach 2015-2017 (do 20 listopada), odnotowano osiem zgłoszeń przestępstw z terenu Szpitala (trzy w 2015 r., dwa w 2016 r. oraz trzy w 2017 r.). We wszystkich sprawach prowadzono postępowania przygotowawcze, z których: cztery zostały umorzone z powodu niewykrycia sprawców, dwa umorzono z powodu braku cech przestępstwa, jedno przekazano do prokuratury do własnego prowadzenia, natomiast w jednym przypadku do prokuratury skierowano akt oskarżenia.

(dowód: akta kontroli tom I, str. 356)

Kierownik Sekcji Ochrony poinformował, że w przypadku zgłoszenia kradzieży lub jej zauważenia przez pracownika ochrony, sprawa była bezzwłocznie zgłaszana na Policję. Dalsze czynności w celu ustalenia sprawcy lub sprawców zdarzenia, prowadziła Policja. Natomiast w sytuacji, gdy sprawca uszkodzenia mienia zgłosił się do pracownika ochrony, informując o zaistniałym zdarzeniu, sporządzano stosowne oświadczenie i na tej podstawie koszty naprawy pokrywane były z polisy sprawcy.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 23)

2.7. Zarządzeniem¹⁷ Dyrektora Szpitala, wprowadzono nagrywanie rozmów służbowych oraz telefonicznych rozmów służbowych w Szpitalu w oparciu o system Gateway, firmy IRONteam. Przesłanką do uruchomienia rejestracji rozmów telefonicznych była potrzeba weryfikacji standardu prowadzonych rozmów służbowych oraz zbierania danych w celu polepszenia jakości obsługi pacjentów.

Nagrywanie rozmów wprowadzono w:

- Zespole Poradni Specjalistycznych (rejestracja – cztery stanowiska call center, obsługujące rejestrację do poradni;
- Dziale Diagnostyki Obrazowej (rejestracja – dwa stanowiska);
- Poradni Rehabilitacyjnej (rejestracja – dwa stanowiska);
- Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (rejestracja – dwa stanowiska).

Rozmowy nagrywane były w sposób ciągły, poprzez zamontowane na stanowiskach obsługi mikrofony i zainstalowane na komputerach oprogramowanie. Zapisu plików z rozmową, dokonywano na serwerach szpitalnych. Osoby korzystające z usług rejestracji, informowane były o nagrywaniu rozmowy oraz o celu nagrywania, poprzez umieszczenie w widocznym miejscu informacji o prowadzeniu nagrywania rozmów oraz ustnie przez pracownika Szpitala, przed przystąpieniem do rejestracji danej rozmowy. W przypadku gdy osoba w rejestracji nie wyraziła zgody na nagrywanie rozmowy, pracownik Szpitala zobowiązany był do wyłączenia mikrofonu (przyciskiem na podstawie mikrofonu). Rozmowy przechowywane są na serwerach szpitalnych przez okres sześciu miesięcy, a po tym okresie kasowane w sposób trwały, przez pracowników Działu Aparatury Medycznej i Informatyki (dalej: DzAMiI). Osobami odpowiedzialnymi za prawidłowe informowanie osób, byli kierownicy poszczególnych poradni oraz ordynator SOR. Nadzór techniczny nad prawidłowym

¹⁷ Zarządzenie Dyrektora Nr 23/15 z dnia 17 marca 2015 r.

rejestrowaniem, przechowywaniem i udostępnianiem nagrań, powierzono kierownikowi DzAMil. Rozmowy mogą być udostępniane na nośniku elektronicznym, płycie CD lub DVD. W okresie objętym kontrolą, nie odnotowano przypadku udostępnienia nagranej rozmowy osobie fizycznej.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 45-50)

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

(dowód: akta kontroli tom II, str. 5a)

2.9. Z informacji przekazanej przez ABI w Szpitalu wynika, że na stronie internetowej Ministerstwa Cyfryzacji w dniu 13 września 2017 r. pojawił się pakiet dokumentów związanych z projektem nowej ustawy o ochronie danych osobowych, która ma na celu dostosowanie systemu ochrony danych osobowych w Polsce do wymogów zawartych w RODO¹⁸. Dokument reguluje m.in. kwestię monitoringu wizyjnego w miejscu pracy, która wcześniej nie była objęta przepisami. W świetle proponowanych zmian, monitoring miejsca pracy oraz terenu wokół zakładu pracy ma być dopuszczalny do celów zapewnienia bezpieczeństwa pracowników, ochrony mienia lub zachowania w tajemnicy informacji przedsiębiorstwa. Oznacza to, że monitorowanie przy użyciu kamer nie może stanowić metody kontroli jakości wykonywania pracy przez pracownika. Zakazane też będzie monitorowanie pomieszczeń, które nie są przeznaczone do wykonywania pracy, a w szczególności pomieszczeń sanitarnych, szatni, stołówek lub palarni. O fakcie monitorowania pracodawca będzie musiał poinformować pracowników nie później niż 14 dni przed jego uruchomieniem, a w stosunku do pracowników nowoprzyjętych przed dopuszczeniem ich do pracy. RODO wprowadza w kwestii ochrony danych osobowych wymóg usuwania danych. Szpital obecnie przechowuje nagrania sześć miesięcy, po czym są one automatycznie kasowane. Do dnia wejścia w życie rozporządzenia RODO, termin przechowywania nagrań zostanie dostosowany do przepisów prawnych w tym zakresie. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że do dnia wejścia w życie przepisów RODO (tj. do 25 maja 2018 r.), wdrożona zostanie stosowna procedura informowania pracowników o zainstalowanym monitoringu na terenie Szpitala.

(dowód: akta kontroli tom II, str. 14,404)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Prowadzenie analiz skuteczności działania systemu monitoringu wizyjnego oraz głosowego, zdaniem NIK, pozwoliłoby na ocenę prawidłowości ich funkcjonowania oraz osiągnięcia postawionych im celów. Umożliwiłoby weryfikację prawidłowości rozmieszczenia kamer, okresów przechowywania nagrań, jak również dokonanie oceny sposobu i czasu reakcji na zaobserwowane zdarzenia.

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Dyrektor Szpitala zapewnił środki techniczne i organizacyjne gwarantujące ochronę przetwarzanych danych osobowych uzyskanych z monitoringu wizyjnego i głosowego. Szpital prowadził ewidencję osób upoważnionych do ich przetwarzania, która zawierała wszystkie elementy określone w ustawie o ochronie danych osobowych. Zapewniono kontrolę nad przetwarzaniem danych osobowych w zbiorze z monitoringu wizyjnego. Sposób organizacji i funkcjonowania monitoringu wizyjnego oraz rejestracji rozmów zapewniał ochronę prawa do prywatności pacjenta. Szpital w kontrolowanym okresie nie prowadził analizy skuteczności systemów monitoringu, jednak na realizację postawionych mu celów wskazując

¹⁸ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 L 119 z 4.05.2016, s.1).

przypadki, w których nagania z monitoringu przyczyniły się do wykrycia sprawców zdarzeń tj. fałszywego alarmu bombowego, zniszczeń mienia w budynkach i na parkingach Szpitala.

IV. 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 z dnia 23.12.1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁹, 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.

Lublin, dnia 11 grudnia 2017 r.

Kontroler:

Ryszard Litwiniuk
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Lublinie
Edward Lis

.....
Podpis

.....
Podpis

¹⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524