NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.025.11.2016
P/16/059

00586017

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(wystąpienie pokontrolne z dnia 8 marca 2017 r., zmienione zgodnie z treścią uchwały Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli nr KPK-KPO.443.058.2017 z dnia 27 kwietnia 2017 r.)

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/059 – Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	Joanna Muszyńska – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/106/2016 z 21 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej, ul. M. Skłodowskiej-Curie 15, 16-200 Dąbrowa Białostocka (dalej: „Szpital" lub „Zakład")
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jan Chodziutko – Dyrektor Szpitala[1] (dowód: akta kontroli str. 4)

II. Ocena kontrolowanej działalności[2]

Ocena ogólna

Realizacja projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie[3] nie przyniosła wszystkich korzyści określonych w studium wykonalności PSIeZ oraz we wniosku o dofinansowanie Projektu, mimo upływu ponad 22 miesięcy od uruchomienia w Szpitalu komponentów PSIeZ (27 kwietnia 2015 r.) i wydatkowania na ten cel 1.697,47 tys. zł[4] ze środków własnych i Unii Europejskiej. Wynikało to przede wszystkim z nieskutecznego wdrożenia funkcjonalności zakupionych systemów informatycznych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital w ramach Projektu nabył m.in. sprzęt komputerowy oraz systemy informatyczne typu EOD, BI, HIS, EDM oraz rozbudował i zintegrował oprogramowanie typu ERP[5]. Zakupione aplikacje nie były jednak w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją Projektu, w szczególności:

- wytwarzano tylko sześć z 19 rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (personel pielęgniarski nie wytwarzał żadnej indywidualnej wewnętrznej dokumentacji, mimo dodatkowych szkoleń),
- elektroniczna dokumentacja medyczna w 10 z 38 zbadanych przypadków zamieszczona w systemie typu HIS była nierzetelna lub niekompletna, gdyż odbiegała od wersji odręcznej, będącej podstawową formą prowadzenia dokumentacji medycznej,
- do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej przewidzianej w studium wykonalności projektu, w tym również prowadzonej i przechowywanej w HIS, co uniemożliwiało pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych elektroniczny dostęp do dokumentacji medycznej,
- nie używano programu EOD przeznaczonego do elektronicznego obiegu dokumentów,
- nie umożliwiono elektronicznej rejestracji na wizytę do poradni rehabilitacji oraz medycyny pracy za pośrednictwem portalu pacjenta PSIeZ,

---

[1] Pełniący funkcję od 1 listopada 2015 r. Wcześniej dyrektorami Zakładu byli: Wojciech Anusewicz od 13 kwietnia 2015 r., Tadeusz Gniazdowski od 16 lipca 2012 r., Wojciech Anusewicz od 1 kwietnia 2012 r. oraz Helena Hawrylik od 1 stycznia 2003 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.

[3] Projekt (zwany dalej: „PSIeZ" lub „Projektem") był realizowany na podstawie decyzji Nr UDA-RPPD.04.01.00-20-001/11-00, będącej załącznikiem Nr 2 do uchwały Nr 63/778/2011 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 8 listopada 2011 r.

[4] Wydatki kwalifikowalne, niekwalifikowalne oraz dodatkowe, poniesione na niezbędne dostosowanie serwerowni oraz zakup drukarek do gabinetów lekarskich.

[5] System typu ERP służy do zarządzania jednostką i prowadzenia spraw administracyjno-finansowych Szpitala; EOD przeznaczony jest do wprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów w Szpitalu; HIS przeznaczony jest do prowadzenia w wersji elektronicznej dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej oraz zarządzaniem ruchem chorych na oddziałach i w poradniach; EDM to skorelowana z systemem HIS aplikacja służąca do przeglądania indywidualnej dokumentacji medycznej wytworzonej w HIS; BI służy do generowania raportów i analiz na podstawie danych czerpanych z ERP oraz HIS i wspomaga proces zarządzania Szpitalem.

- do rozpoczęcia kontroli NIK nie użytkowano wszystkich trzech specjalistycznych drukarek i sześciu czytników kodów, zakupionych w ramach Projektu za 9,1 tys. zł, co uniemożliwiało m.in. elektroniczną identyfikację pacjentów,
- cztery z 10 analizowanych raportów generowanych przy użyciu aplikacji typu BI było niezgodnych z danymi źródłowymi programu HIS lub ERP,
- nie w pełni zabezpieczono przed utratą dane znajdujące się w systemach informatycznych,
- z opóźnieniem opracowano procedury, określające zasady korzystania i wykorzystania trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta oraz procedury dotyczące sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych.

Tymczasem w studium wykonalności oraz we wniosku o dofinansowanie Projektu, sporządzonych przez Lidera Projektu[6], przewidziano m.in., że system EDM pozwoli pacjentom i lekarzom na dostęp do kompletnej dokumentacji medycznej pacjenta w postaci elektronicznej, co wpłynie na optymalizację kosztów badań z uwagi na zmniejszenie ilości badań powtarzalnych oraz na obniżenie kosztów przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. Portal pacjenta umożliwić miał zdalną rejestrację na wizytę w poradniach specjalistycznych, zaś system kontrolno-zarządczy m.in. ułatwić miał zarzadzanie Szpitalem poprzez wdrożenie narzędzi analityczno-raportowych oraz elektronicznego obiegu dokumentów.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja przez Zakład zobowiązań w zakresie tworzenia i realizacji Projektu

1.1. Rzetelność uczestnictwa Zakładu w projektowaniu rozwiązań dotyczących PSIeZ

Opis stanu faktycznego

Szpital uczestniczył w PSIeZ wskutek działań Powiatu Sokolskiego (podmiotu tworzącego), który 8 września 2008 r. zawarł z Województwem Podlaskim umowę w sprawie współdziałania przy realizacji PSIeZ. Zarząd Powiatu zobowiązał się w niej m.in. do sporządzenia zapotrzebowania rzeczowego i finansowego oraz zapewnienia finansowego wkładu własnego. Rada Powiatu w Sokółce uchwałą z 10 listopada 2010 r. wyraziła wolę przystąpienia Powiatu do PSIeZ oraz zabezpieczenia środków na wkład własny Szpitala w Projekcie[7]. Umową z 27 czerwca 2014 r. Powiat Sokólski udzielił Szpitalowi dotacji celowej na pokrycie m.in. części wkładu własnego do Projektu.

Na potrzeby studium wykonalności Projektu, 28 stycznia 2010 r. przeprowadzono inwentaryzację zasobów informatycznych Szpitala.

Szpital dysponował m.in. 40 komputerami, ośmioma drukarkami, projektorem, serwerem, dwoma łączami internetowymi (do 2 Mpb/s) oraz wewnętrzną siecią o przepustowości do 100 Mpb/s. Szpital posiadał system finansowo-księgowy, program do gospodarki materiałowej oraz gospodarki środkami trwałymi i wyposażeniem, a także aplikację kadrowo-płacową (oprogramowanie nabyte w latach 1996 – 1999). Posiadał też oprogramowanie dziedzinowe do obsługi: pracowni diagnostycznej, przychodni, laboratorium, rejestracji oraz gabinetów i poradni specjalistycznych, statystyki medycznej oraz do rozliczania kontraktów z NFZ.

Szpital nie posiadał m.in. systemów do obsługi: radiologii, oddziałów szpitalnych, rehabilitacji, systemu zarządzania ruchem chorych, apteki, zleceń medycznych, analiz menadżerskich, wyliczania kosztów leczenia szpitalnego, wyceny procedur oraz elektronicznego obiegu dokumentów. (dowód: akta kontroli str. 8-33, 281)

---

[6] Województwo Podlaskie, w imieniu którego działał Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego (dalej: UMWP).

[7] Uchwała intencyjna nr XXXV/312/10 Rady Powiatu Sokolskiego z 10 listopada 2010 r. w sprawie przystąpienia Powiatu Sokólskiego do realizacji projektu „Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie" w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007 – 2013 i zabezpieczenia w budżecie Powiatu Sokolskiego środków finansowych przeznaczonych na pokrycie udział własnego SP ZOZ w Sokółce oraz SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej dla projektu „Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie".

W trakcie audytu wstępnego, przeprowadzonego 21 czerwca 2012 r. przez inżyniera kontraktu PSIeZ, zweryfikowano dane z inwentaryzacji zasobów informatycznych Szpitala. Stwierdzono m.in. zwiększenie ilości sprzętu do obrazowania z trzech do czterech sztuk[8], pomyłki w ilości komputerów w rozbiciu na lata, co nie rzutowało jednak na sumaryczną ich ilość. (dowód: akta kontroli str. 34-74)

Zakład zmienił lokalizację przyszłej serwerowni z budynku administracji do budynku obok Szpitala głównego. Były informatyk, wyjaśnił, że: „(...) *W trakcie audytu wstępnego (...) Inżynier kontraktu doradził, aby serwerownię zlokalizować w innym pomieszczeniu. Mówił o wymaganiach technicznych tj. konieczności montażu klimatyzacji, która w budynku administracji byłaby utrudniona. Nie zostało to nigdzie zapisane, ani w protokole audytu ani w innym dokumencie. Po tej konsultacji, rozważaliśmy najlepszą lokalizację i po kilku miesiącach zdecydowaliśmy się na przeniesienie serwerowni do budynku obok Szpitala Głównego, podłączonego do agregatu. Głównym powodem była niewystarczająca ilość miejsca w posiadanej szafie rac'kowej do pomieszczenia wszystkich urządzeń aktywnych przewidzianych w ramach projektu oraz ewentualne problemy z montażem klimatyzacji (ściany słabej konstrukcji). Prawdopodobnie kontaktowałem się telefonicznie w sprawie sfinansowania w ramach projektu, jednak na tym etapie postępowania przetargowego było już za późno.*" W protokole z audytu wstępnego nie odnotowano uwagi dotyczącej potrzeby zmiany lokalizacji serwerowni. (dowód: akta kontroli str. 278-279)

Na podstawie inwentaryzacji sporządzono wstępny zakres rzeczowo-finansowy realizacji Projektu w Zakładzie, który był dwukrotnie[9] aktualizowany. Według pierwotnej wersji tego dokumentu planowana wysokość kosztów kwalifikowalnych miała wynieść 1.562,9 tys. zł, w tym system zarządzania ERP – 278,3 tys. zł, system elektronicznego obiegu dokumentów EOD – 28,3 tys. zł, centrum analiz ekonomicznych BI – 0,4 tys. zł, szpitalny system informacyjny HIS – 284,7 tys. zł, system elektronicznej dokumentacji medycznej EDM – 415,7 tys. zł, oprogramowanie serwerowe – 89,5 tys. zł, stacje robocze – 64,9 tys. zł. platforma serwerowa ERP i HIS – 162,9 tys. zł, platforma dostępowa – 104,6 tys. zł, sprzęt do EOD – 4,1 tys. zł, infrastruktura sieciowa – 40,5 tys. zł, utworzenie regionalnej platformy e-Usług medycznych – 28,2 tys. zł, promocja Projektu – 12,1 tys. zł, audyt PSIeZ – 5,9 tys. zł, wydatki związane z inżynierem kontraktu – 43 tys. zł.
(dowód: akta kontroli str. 75-100, 137-171, 257)

Wspólnie z pozostałymi partnerami PSIeZ, Szpital 31 marca 2011 r. zawarł z Liderem Projektu porozumienie partnerskie w sprawie współdziałania przy jego realizacji. Zawarte na okres przygotowania, realizacji i zapewnienia trwałości PSIeZ porozumienie, było trzykrotnie aktualizowane[10]. W umowie Strony zobowiązały się do przygotowania i wdrożenia PSIeZ. Zadaniem Szpitala było m.in. zapewnienie finansowania wkładu własnego, współpraca z Liderem Projektu, obowiązek zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji, promocja PSIeZ, osiągnięcie wskaźników Projektu oraz zapewnienie trwałości PSIeZ przez pięć lat od dnia rozliczenia wniosku o płatność końcową. Szpital zobowiązał się też – w razie konieczności – do wykonania na własny koszt infrastruktury, która nie została określona w zakresie rzeczowo-finansowym, celem umożliwienia instalacji urządzeń i sprzętu zakupionego w ramach PSIeZ.

Zadaniem Lidera było natomiast m.in.: [1] przygotowanie dokumentacji technicznej PSIeZ, [2] uzyskanie niezbędnych uzgodnień i decyzji finansowo-prawnych warunkujących realizację zadania, [3] przygotowanie studium wykonalności Projektu, [4] przeprowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych i zawieranie umów na realizację zadań w ramach PSIeZ, [5] promocja i nadzór nad realizacją Projektu oraz jego trwałością, [6] powołanie zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania PSIeZ, składającego się z przedstawicieli partnerów i Lidera PSIeZ, do którego zadań należało m.in. opiniowanie dokumentacji związanej z udzielanymi zamówieniami, monitoring i współpraca z inżynierem kontraktu. (dowód: akta kontroli str. 75-171)

---

[8] Zwiększenie do dwóch usg i dwóch rtg.
[9] W 2014 roku i w 2016 roku.
[10] 2 maja 2012 r., 28 lutego 2013 r. oraz 13 listopada 2014 r.

Na etapie prac koncepcyjnych nad Projektem (marzec 2011 roku – listopad 2013 roku[11]) przedstawiciele Szpitala[12] uczestniczyli w czterech spotkaniach zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania PSIeZ, zorganizowanych przez Lidera Projektu. Dotyczyły one m.in.: promocji Projektu, prezentacji strony internetowej PSIeZ i przekazania haseł dostępu, bieżącego harmonogramu realizacji i rozliczenia Projektu, informacji o postępowaniach przetargowych, metodologii postępowania w zakresie odbioru produktów. Pracownicy Szpitala w tym okresie 24-krotnie opiniowali takie dokumenty jak m.in.: zakres rzeczowo-finansowy Projektu, dokumenty dotyczące postępowań przetargowych na: dostosowanie do jednego standardu pomieszczeń przyszłych serwerowni oraz montaż okablowania strukturalnego, dostawę stacji roboczych i urządzeń peryferyjnych, dostawę i wdrożenie urządzeń sieci LAN, serwerów i urządzeń pamięci masowej, budowę sieci WAN oraz integrację posiadanego oprogramowania do wdrażanego systemu. W 21 przypadków dokumenty zaopiniowano pozytywnie, natomiast w pozostałych trzech zgłoszono uwagi, wnosząc o modyfikacje, dotyczące m.in.: licencjonowania zamawianych systemów, liczby lekarzy, pielęgniarek i łóżek, a także osób do przeszkolenia z ERP.

Na etapie prac wdrożeniowych Projektu (listopad 2013 roku – kwiecień 2015 roku[13]), przedstawiciele Szpitala uczestniczyli w 17 spotkaniach, w tym w trzech zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania PSIeZ oraz w 14 spotkaniach roboczych organizowanych w przedmiotowym zakresie. Omawiano m.in.: sprawozdanie wykonawcy z przebiegu wdrożenia, prawidłowe rozliczenie Projektu (m.in. planowania budżetu, metodologię opisywania faktur i ujmowania środków trwałych w ewidencji księgowej), dostosowanie do jednego standardu technicznego pomieszczeń serwerowni, montaż okablowania strukturalnego, dostawę i wdrożenie urządzeń sieci LAN, budowę sieci WAN, a także zasady integracji z EDM, wymagania instalacji, środowiska testowego w podmiotach oraz na platformie regionalnej. W ramach spotkań roboczych przedstawiciele Szpitala uczestniczyli w szkoleniach: wstępnych, nt. koncepcji testów akceptacyjnych oraz podsumowujących, w konferencji dotyczącej informatyzacji placówek służby zdrowia i w seminarium nt. technologii IT w służbie zdrowia. Szpital w tym okresie 35 razy opiniował dokumenty, dotyczące m.in.: procedury odbioru sieci LAN, szczegółów technicznych posiadanych przewodów zasilających oraz światłowodowych w serwerowni, harmonogramów scenariuszy testowych, umowy oraz regulaminu przetwarzania danych na poziomie regionalnym, analizy raportu z odbioru pilotażu, zaprojektowania i wdrożenia zapasowej serwerowni w UMWP, postępowań przetargowych na wykonanie tablic pamiątkowych dla Projektu i przeprowadzenia niezależnego audytu oraz asysty powdrożeniowej.

W 33 przypadkach dokumenty zaopiniowano pozytywnie (w tym w trzech w formie „milczącej zgody"), natomiast w dwóch wniesiono uwagi, dotyczące m.in.: integracji systemów zewnętrznych z systemami lokalnymi oraz działań związanych ze startem produkcyjnym.

Opiniowanie dokumentów na obu etapach odbywało się w większości (47 z 51 przypadków) w terminach wyznaczonych przez Lidera Projektu, tj. od jednego do 19 dni od umieszczenia poszczególnych dokumentów na stronie internetowej PSIeZ. W 17 przypadkach (tj. 30%) opiniowanie odbyło się po wewnętrznych konsultacjach z personelem administracyjnym. W czterech przypadkach nastąpiło to z opóźnieniem od jednego do 14 dni (porozumienie partnerskie przewidywało opiniowanie dokumentów w terminie czterech dni).

Specjalista ds. projektu unijnego wyjaśniła, że: „*Dokumenty były opiniowane i przekazane do akceptacji zawsze przed wymaganym terminem, a opóźnienia wynikały z oczekiwania na podpis*" byłego Dyrektora.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa jednak, że w porozumieniu partnerskim Zakład zobowiązał się do czterodniowego terminu opiniowania dokumentów.

---

[11] Od chwili podpisania pierwszego porozumienia partnerskiego (31 marca 2011 r.) do czasu wyłonienia wykonawcy systemów informatycznych i podpisania przez UMWP umowy pn. „Dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla Projektu „Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie".

[12] Dyrektor, informatyk, pracownicy księgowości i statystyk.

[13] Odbiór interfejsu integracyjnego ERP z platformą lokalną nastąpił 22 kwietnia 2015 r., a systemów informatycznych HIS, EDM, EOD, BI – 27 kwietnia 2015 r.

W Szpitalu nie prowadzono konsultacji wewnętrznych z personelem medycznym w zakresie oczekiwanych rozwiązań dotyczących m.in. programów pozyskanych ramach Projektu, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości". Nie badano też opinii pacjentów na temat korzystania z rozwiązań, jakie niesie za sobą realizacja Projektu. (dowód: akta kontroli str. 258-277, 291-294)

Szpital nie wnosił też uwag do dokumentacji przetargowej na dostawę zintegrowanego systemu informatycznego PSIeZ, w tym dotyczących funkcjonalności poszczególnych aplikacji. Nie wnioskowano m.in. o integrację obsługi pracowni RTG z HIS, natomiast o pokrycie kosztów integracji systemu laboratorium zwrócono się do Lidera Projektu dopiero 3 lutego 2015 r., gdy system HIS był dwa miesiące przed odbiorem.
(dowód: akta kontroli str. 262-277, 280)

Informatyk Szpitala wyjaśnił, że *„Jeśli chodzi o RTG, to nie jest zintegrowane z projektem, ponieważ w trakcie prac koncepcyjnych nad projektem e-Zdrowie Szpital posiadał już system do obsługi RTG w ramach wcześniejszego projektu unijnego, dla którego nie upłynął wówczas okres trwałości projektu."* (dowód: akta kontroli str. 282)

W sprawie integracji programu obsługi laboratorium z systemem HIS Główna Księgowa wyjaśniła: *„Projekt e-Zdrowie nie zakładał wdrożenia modułu „laboratorium". Posiadaliśmy w laboratorium odrębne oprogramowanie, które służy do archiwizowania i drukowania wyników badań. Na etapie wdrażania projektu w naszym zakładzie (szkolenia personelu medycznego) widzieliśmy potrzebę integracji laboratorium z komórkami udzielającymi świadczeń zdrowotnych (m.in. oddział chorób wewnętrznych, gabinety lekarskie), lecz na tym etapie nie było możliwości wdrożenia modułu w ramach projektu(...)"*

Dyrektor Szpitala dodał, iż: *„Szpital ma w planach integrację laboratorium z systemem HIS. Prowadzimy rozmowy z firmą Comarch, czekamy na wycenę. Integracja laboratorium z HIS-em jest nam niezbędna do prawidłowego tworzenia dokumentacji medycznej pacjentów, przyspieszy również pracę personelu medycznego, gdyż lekarze nie będą musieli wpisywać wyników zleconych badań."* (dowód: akta kontroli str. 286-287, 479)

W związku z utworzeniem w ramach PSIeZ systemu przetwarzającego dane o stanie zdrowia pacjentów na poziomie regionalnym, Szpital 6 maja 2015 r. zawarł z Liderem Projektu porozumienie w sprawie ochrony tych danych, które zostało następnie zmienione porozumieniem z 21 lipca 2016 r. Strony określiły zasady przetwarzania danych pacjentów w PSIeZ oraz zobowiązały się do dołożenia szczególnej staranności w celu ich ochrony. Szpital zobowiązał się m.in. do opracowania procedury zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym oraz procedury określającej zasady korzystania i kontroli wykorzystania trybu krytycznego przez personel medyczny, co szerzej opisano w pkt. 1.2 wystąpienia pokontrolnego.

Na podstawie ww. porozumienia, umową z 8 maja 2015 r. (zmienioną 21 lipca 2016 r.) Szpital powierzył Liderowi PSIeZ przetwarzanie danych dotyczących m.in. pacjentów, lekarzy i pielęgniarek Zakładu oraz upoważnił sześciu przedstawicieli UMWP do przetwarzania tych danych na poziomie regionalnym.
(dowód: akta kontroli str. 172-241, 656)

Po uruchomieniu systemów informatycznych w ramach Projektu, Szpital wykorzystał jedną z sześciu przewidzianych w umowie wizyt serwisowych na dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla PSIeZ[14], w trakcie której doszkolono pielęgniarki z poprawnego tworzenia dokumentacji pielęgniarskiej, w tym m.in. kart obserwacji wkuć obwodowych i wkucia centralnego, raportów i obserwacji pielęgniarskich, kart ryzyka rozwoju i leczenia odleżyn. (dowód: akta kontroli str. 309-311, 364-381)

W ramach asysty powdrożeniowej, według stanu na 29 listopada 2016 roku, Szpital dokonał 192 zgłoszeń do dostawcy oprogramowania. Większość, tj. 187 dotyczyła HIS[15], a pięć – systemu BI[16] (trzy z nich nie zostały usunięte, tj. raport wyniku finansowego oddziałów, liczba i wartość świadczeń nie wykonanych do limitu, raport poziomu wykonania kontraktu).

[14] Do 28 grudnia 2016 r. Możliwość skorzystania z asysty do systemu HIS trwa do 22 maja 2018 r.
[15] W ramach portalu zgłoszeniowego NCR.
[16] W ramach portalu zgłoszeniowego IZGL.

Zgłoszenia problemów z aplikacją ERP dokonywano zwykle telefonicznie. Największą usterką była błędna struktura organizacyjna Szpitala, która nie została poprawiona, mimo licznych monitów, w tym wielomiesięcznej korespondencji za pośrednictwem poczty elektronicznej, co uniemożliwiło m.in. zamieszczenie poradni rehabilitacji na portalu pacjenta (szerzej przedstawiono w pkt 2.3, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości"). Do systemu HIS zgłoszono m.in. sześć awarii krytycznych (szerzej opisane w pkt. 1.2 wystąpienia pokontrolnego), 86 błędów (wszystkie uwzględnione), 34 usterki (w tym dwie niepoprawione – po aktualizacji systemu brak możliwości usunięcia skierowania oraz zalogowania się do apteki), 32 propozycje dotyczące modyfikacji dostarczonego oprogramowania (w tym 17 nieuwzględnionych – m.in. brak raportu zestawienia pacjentów przyjętych według jednostki chorobowej z podziałem na grupy wiekowe), 17 razy korzystano z doradztwa. (dowód: akta kontroli str. 312)

Ustalone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieprzeprowadzeniu na etapie projektowania i wdrażania PSIeZ wewnętrznych konsultacji z personelem medycznym Zakładu. W konsekwencji przedstawiciele Szpitala uczestniczący w spotkaniach zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania PSIeZ nie mogli podnosić kwestii ważnych dla tej grupy pracowników, np. integracji z laboratorium, a pacjenci i lekarze otrzymać elektronicznej dokumentacji uwzględniającej wyniki laboratoryjne.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„W Szpitalu nie prowadzono konsultacji wewnętrznych z personelem medycznym (...). W czasie wdrożenia systemu w Szpitalu pracownicy „Comarchu" tj. wykonawcy rozmawiali z kierownikami i przełożonymi komórek na temat możliwości wykorzystania programu Optimed. Konsultowano m.in. druki dokumentacji medycznej, ustawienia pakietów podstawowych badań zlecanych pacjentom. Konsultacje nie były protokołowane (...)."* dowód: akta kontroli str. 291-294)

NIK zauważa, że rozmowy te faktycznie odbywały się na etapie instalacji, kiedy funkcjonalności systemów były zatwierdzone.

1.2. Zapewnienie bezpieczeństwa danych gromadzonych przez Zakład oraz stopnia przygotowania na możliwość wystąpienia sytuacji kryzysowych

Opis stanu faktycznego

Zarządzeniem wewnętrznym Nr 1A/06/16 z 6 czerwca 2016 r. Dyrektor Szpitala wdrożył Politykę bezpieczeństwa danych osobowych w systemach informatycznych w SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej (dalej: „PBI"), Instrukcję Zarzadzania Systemem Informatycznym przetwarzającym dane osobowe (dalej: „Instrukcją ZSI") oraz Instrukcję postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych.

PBI nie zawierała części elementów wymaganych § 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych[17], co szerzej przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości". Zawierała m.in. wykaz budynków i pomieszczeń tworzących obszar przetwarzania danych osobowych, a także zbiorów danych osobowych oraz programów zastosowanych do ich przetwarzania, określenie środków technicznych i organizacyjnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych.

Instrukcja ZSI nie zawierała zaś części regulacji wynikających z § 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych. Określone w niej procedury nadawania i rejestrowania uprawnień do przetwarzania danych zawierały wskazanie osoby odpowiedzialnej za te czynności, jednak nie zawierały regulacji odnośnie odbierania uprawnień, co szerzej przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości". Uwzględniała, zgodnie z ww. rozporządzeniem, m.in.: procedurę pracy na stanowisku komputerowym, metodę i częstotliwość tworzenia kopii awaryjnych[18], sposób zabezpieczenia systemu informatycznego przed działalnością

[17] Dz. U. Nr 100, poz. 1024. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji przetwarzania danych".
[18] Raz w tygodniu.

szkodliwego oprogramowania oraz procedury wykonywania przeglądów i konserwacji systemów. (dowód: akta kontroli str. 313-331)

Procedury zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym w Szpitalu wymagane § 5 ust. 3 porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych, wprowadzono zarządzeniem Nr 5B/09/16 Dyrektora Szpitala z 6 września 2016 r., tj. dopiero po upływie 16 miesięcy od podpisania ww. porozumienia (6 maja 2015 r.).

Określono w nich m.in., że w Szpitalu będą zbierane zgody pacjenta, lekarza lub pielęgniarki oraz pracownika administracyjnego na przetwarzanie ich danych osobowych na poziomie regionalnym, zapewniającym poziom ochrony tych danych zgodny z przepisami obowiązującego prawa. Jako miejsce przechowywania tych zgód wskazano segregator w szafce zamykanej na klucz w administracji Szpitala.

Oględziny wykazały, że w pomieszczeniu informatyka, w zamykanej szafce znajdowały się zgody na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym wyrażone przez ośmiu pacjentów (w tym siedmiu pracowników Szpitala) oraz wszystkich lekarzy, pracujących w poradniach. (dowód: akta kontroli str. 307-308, 334)

Szpital zarządzeniem Nr 5A/09/16 z 6 września 2016 r., tj. dopiero po 16 miesiącach od podpisania porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych (6 maja 2015 r.) wprowadził procedury korzystania i kontroli wykorzystania trybu krytycznego w PSIeZ. Wskazał w nich okoliczności jego zastosowania oraz wprowadził rejestr kontroli wykorzystania tego trybu w Szpitalu, w którym do 16 stycznia 2017 r. nie odnotowano żadnego wpisu. (dowód: akta kontroli str. 304-306)

Powołany w trakcie kontroli biegły z zakresu bezpieczeństwa systemów informatycznych stwierdził, że w Szpitalu nie wdrożono kompletnych wewnętrznych regulacji, których celem byłoby określenie sposobów wypełnienia zapisów, o których mowa w rozdziale IV § 20 ust. 2 pkt 5, 7, 12 lit. a, b, e rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych[19].

Nadanie dostępu do systemu oraz odebranie uprawnień odbywało się na ustny lub inny niesformalizowany wniosek działu kadr. Nie weryfikowano okresowo adekwatności nadanych uprawnień do systemu, które mogły ulec zmianie. Porównanie listy aktywnych użytkowników systemu HIS z listą pracowników zatrudnionych w jednostce, którzy powinni mieć dostęp systemu (na ten sam dzień 24 listopada 2016 r.) wykazało, że pięciu byłych pracowników Szpitala miało aktywne konta, co szerzej opisano dalszej treści wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Ustalone nieprawidłowości"*. (dowód: akta kontroli str. 336-346)

Serwer uwierzytelniający użytkownika w systemie operacyjnym stacji roboczej skonfigurowany był w sposób, który wymuszał jakość hasła. Nie była natomiast wymuszona zmiana hasła po upływie określonego czasu, co szerzej opisano w dalszej treści wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Ustalone nieprawidłowości"*.

Logi bezpieczeństwa serwerów nie były monitorowane. Urządzenia separujące system e-Zdrowie zostały skonfigurowane przez wykonawcę. Ich monitorowanie sprowadzało się do weryfikacji działania.

Wydanie przez producenta aktualizacje systemów operacyjnych części serwerowej systemu e-Zdrowie weryfikowane były każdego dnia, a instalowano je po akceptacji osoby odpowiedzialnej za infrastrukturę informatyczną (w dniu badania systemy nie były aktualne). Systemy operacyjne stacji roboczych aktualizowane były doraźnie, co szerzej opisano w dalszej treści wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Ustalone nieprawidłowości"*.

Biegły zbadał, że proces tworzenia kopii nie był monitorowany przez Szpital. Kopie przechowywane były na dyskach serwerów umieszczonych w serwerowni. Niemniej w trakcie kontroli ustalono, że informatyk posiadał niezbędne informacje i umiejętności w zakresie tworzenia i odzyskiwania kopii. (dowód: akta kontroli str. 336-340, 623-629)

[19] Dz. U. z 2016 r. poz. 113. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie KRI".

Na serwerach wdrożone zostało oprogramowanie antywirusowe, aktualizowane na bieżąco. Sposób realizacji nadawania uprawnień do komponentów i danych systemu HIS był zbliżony do innych systemów informatycznych, w wyniku czego administrator systemu HIS może posiadać dostęp do danych medycznych w sposób bezpośredni lub pośredni. Kompleksowa weryfikacja poprawnego działania systemu HIS oraz wsparcie użytkowników systemu w zakresie funkcjonalności systemu przez osobę odpowiedzialną za jego działanie byłaby utrudniona lub niemożliwa bez dostępu do tych danych.

(dowód: akta kontroli str. 314-328, 336-346)

Uprawnienia do aplikacji typu HIS nadawane były na dziewięciu poziomach w zależności od wykonywanych zadań, a dostęp do systemu typu EDM mieli jedynie lekarze Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 382)

Aplikacja typu HIS umożliwiała weryfikację czasu dokonania w niej operacji, użytkownika jej dokonującego i rodzaju wykonanej operacji. Zmiany dokonane w elektronicznej dokumentacji medycznej były odzwierciedlone w systemach informatycznych typu HIS i EDM. Istniała możliwość wglądu do wersji dokumentów sprzed zmiany, a użytkownicy aplikacji nie mieli możliwości trwale usunąć z systemów HIS i EDM wytworzonych dokumentów. (dowód: akta kontroli str. 384-385)

Od uruchomienia systemów informatycznych do 29 listopada 2016 r. Zakład – za pomocą narzędzi udostępnionych przez wykonawcę oprogramowania – zgłosił wykonawcy oprogramowania sześć awarii krytycznych dotyczących systemu typu HIS, które zostały usunięte. Awarie oprogramowania były usuwane w zależności od rodzaju. Część usunięto natychmiast, ale były też usuwane po prawie 11 miesiącach od zgłoszenia, poprzez wydanie aktualizacji lub poprawek. (dowód: akta kontroli str. 312)

Jak wyjaśnił informatyk, interwencje w związku z niesprawnością systemów miały też miejsce poza ustalonymi godzinami zgłoszeń i dokonywał ich osobiście, nawet w godzinach wczesno rannych. (dowód: akta kontroli str. 364-368)

Szpital od 2 grudnia 2015 r. posiadał jeden agregat prądotwórczy o mocy 100 kVA[20], pracujący w trybie automatycznym (autostart), zaś pobór mocy czynnej wynosił 40 kW, co zapewniało nieprzerwaną pracę budynku Szpitala ponad 24 godziny, a więc spełniało wymogi określone w § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą[21]. Czas załączenia agregatu w przypadku utraty zasilania wynosił pięć sekund. Serwerownia posiadała zasilanie awaryjne[22] i była podłączona do agregatu prądotwórczego.

W książce serwisowej agregatu prądotwórczego, prowadzonej w Szpitalu[23], odnotowano, że w ostatnim roku były cztery przerwy w zasilaniu, o średnim czasie trwania 46 minut[24] oraz comiesięczne testowe rozruchy, wymagane w instrukcji producenta. Do 2 grudnia 2015 r. Szpital posiadał także agregat o mocy 100 kVA, który był już zużyty.

(dowód: akta kontroli str. 398-401, 407-408)

Zgodnie z § 11 pkt 6 umowy na dostawę i podłączenie agregatu prądotwórczego, Szpital obowiązany był do minimum jednego przeglądu technicznego w roku. W wymaganym terminie Szpital wystąpił do wykonawcy o przegląd, który ma odbyć się w lutym 2017 roku.

(dowód: akta kontroli str. 402-406)

Ustalone nieprawidłowości

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

1. Użytkownicy systemu informatycznego typu HIS Szpitala nie zmieniali haseł po upływnie 30 dni, mimo takiego obowiązku wynikającego z cz. A. IV ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych oraz z Instrukcji

[20] Typu FP 100 ACG FOGO.PRO.
[21] Dz. U. z 2012 r. poz. 739.
[22] Dwa UPS o mocy 6 kVA każdy.
[23] Ewidencję w przypadku nowego agregatu prowadzono od 29 listopada 2015 r.
[24] W dniach 23 marca 2016 r. – 70 min., 23 marca 2016 r. – 40 min., 29 czerwca 2016 r. – 25 min., 11 lipca 2016 r. – 50 min.

zarządzania systemem informatycznym w Szpitalu, wprowadzonej zarządzeniem Nr 1A/06/16 z 6 czerwca 2016 r. (w rozdziale II pkt. 1). Serwer uwierzytelniający użytkownika w systemie operacyjnym stacji roboczej nie wymuszał zmiany hasła po upływie określonego czasu. Dla wszystkich użytkowników włączona była opcja oznaczająca, że hasło nie wygasa nigdy. Informatyk Szpitala wyjaśnił, że: *„W Szpitalu została wyłączona opcja zmiany haseł co 30 dni ponieważ personel sobie z nimi nie radził. Często mi zgłaszano że nie potrafią zmienić hasła, że zmienili hasło i nie pamiętają. Musiałem interweniować, a to zabierało mi bardzo dużo czasu i odbijało się na moich obowiązkach".* Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„Informatyk zgłaszał, że personel medyczny albo nie wiedział jak zmienić hasło, albo jak zmienił to zapomniał na jakie. Konta były blokowane, przywrócenie prawidłowego działania zabierało informatykowi dużo czasu. Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. oraz Instrukcji zarządzania systemem informatycznym blokada zmiany haseł została zdjęta. Użytkownicy będą zmieniać hasła nie rzadziej niż co 30 dni."*

W trakcie kontroli zmieniono konfigurację serwera w taki sposób, że wymuszał on zmianę hasła po 30 dniach.

(dowód: akta kontroli str. 291-294, 325-328, 364-368, 600)

2. PBI nie zawierała opisu struktury zbiorów danych wskazującego zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązań między nimi oraz sposobu przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami, wymaganego § 4 pkt 3 i 4 ww. rozporządzenia.

   Informatyk Szpitala wyjaśnił, że: *„Brak struktury zbiorów wynika z tego że nie dostaliśmy od wykonawców systemów ERP, HIS-Optimed jak ta struktura zbiorów wygląda. Zwróciłem się do odpowiednich osób o dostarczenie wymaganych informacji."*

   (dowód: akta kontroli str. 314-324, 364-368)

3. Instrukcja zarządzania systemem informatycznym nie zawiera kompletnych procedur nadawania uprawnień do przetwarzania danych osobowych i rejestrowania tych uprawnień w systemie informatycznym, przewidzianych § 20 ust. 2 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie KRI. Nie uregulowano w niej bowiem kwestii cofania uprawnień, w razie zmian kadrowych lub zmian w zakresach zadań.

   Pięciu byłych pracowników Szpitala miało aktywne konta na dzień 24 listopada 2016 r. Zdaniem biegłego, w związku z brakiem procedur lub opisu sposobu postępowania w przypadku zmiany i odbierania uprawnień w systemie informatycznym należy rozważyć aktualizację regulacji wewnętrznych w tym zakresie. Informatyk Szpitala wyjaśnił, że: *„(...) odnośnie 5 pracowników którzy nie pracują, a ich uprawnienia nadal są aktywne oświadczam, że nie dostałem żadnych informacji z Kadr lub z innej komórki organizacyjnej że z danym pracownikiem rozwiązano umowę o pracę. Dodatkowo odnośnie jednego pracownika (...). z pięciu o których mowa była pomimo, że nie dostałem informacji o rozwiązaniu z nim umowy o pracę wiedziałem że już nie pracuje i zapomniałem wyłączyć jego konto. Na chwilę obecną wszyscy pracownicy wymienieni w w/w piśmie mają wyłączone konta."* Dyrektor wyjaśnił, że: *„Procedura odbierania uprawnień została uzupełniona § 2 ust. II pkt 3 Instrukcji zarządzania systemem informatycznym „W przypadku odebrania upoważnienia do przetwarzania danych osobowych Administrator Bezpieczeństwa Informacji wyłącza konto użytkownikowi i w Ewidencji osób przetwarzających dane w podmiocie posiadających upoważnienie (załącznik nr. 6 do Polityki Bezpieczeństwa) wpisuje datę ustania upoważnienia. Osobą odpowiedzialną za nadawanie/odbieranie upoważnień jest Administrator Bezpieczeństwa Informacji po uzyskaniu pisemnej informacji z Kadr o zatrudnieniu/zwolnieniu pracownika personelu medycznego."*

   (dowód: akta kontroli str. 291-294, 325-328, 341-346, 348-350)

   W trakcie kontroli ww. pięciu osobom wyłączono dostęp do systemu HIS, a zarządzeniem Nr 03/01/17 z dnia 13 stycznia 2017 r. wprowadzono aneks do Instrukcji ZSI, określający procedury odbioru uprawnień.

   (dowód: akta kontroli str. 332-333, 348-350, 653-655)

4. Zdaniem biegłego należy uzupełnić regulacje wewnętrzne, dotyczące zarządzania bezpieczeństwem informacji w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych, polegającego w szczególności na dbałości o aktualizację oprogramowania, o których mowa w § 20 ust. 2 pkt 12 lit. a rozporządzenia w sprawie KRI. Regulacje powinny określać sposób realizacji tego zadania, wskazywać osoby odpowiedzialne za wykonywanie tych czynności, częstotliwość ich wykonywania oraz określać wymagania dotyczące monitorowania poprawności wykonywania aktualizacji i wygodnego dokumentowania wykonywania czynności. Należy rozważyć regularną aktualizację systemów operacyjnych stacji roboczych, w celu podniesienia bezpieczeństwa przetwarzanych informacji. Informatyk Szpitala wyjaśnił, że: *„Usługa Aktualizacji została wyłączona po tym jak Microsoft ogłosił że każdy system operacyjny Microsoftu od wersji 7, 8, 8.1 będzie miał możliwość aktualizacji do wersji Windows 10, i w obawie że użytkownicy będą to robić wyłączyłem. Później polityka Microsoftu się zaostrzyła i nie ważne, że ktoś nie chciał aktualizacji do Windowsa 10 aktualizacja i tak była zaplanowana. W chwili obecnej stacjom roboczym włączam usługę i dokonuję aktualizację lecz to zabiera czas. Stacje robocze po włączeniu tejże usługi są automatycznie aktualizowane."*

   (dowód: akta kontroli str. 336-340, 364-368)

5. Szpital zarządzeniami Nr 5B/09/16 i 5A/09/16 Dyrektora Szpitala z 6 września 2016 r. wprowadził procedury zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym oraz procedury korzystania i kontroli wykorzystania trybu krytycznego, wymagane odpowiednio: § 5 ust. 3 i § 10 ust. 8 porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSIeZ, tj. po upływie 16 miesięcy od zawarcia ww. porozumienia.

   Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„(...) Po podpisaniu pierwszego porozumienia 06.05.2015 r. szpital był akurat po odbiorze końcowym systemów wdrażanych przez firmę Comarch. Mieliśmy sporo problemów technicznych związanych z funkcjonowaniem programu Optimed. Jednocześnie partnerzy projektu zaczęli zgłaszać potrzeby zmian zapisów porozumienia. W związku z tym postanowiliśmy się wstrzymać z wprowadzeniem procedur do momentu zaktualizowania porozumienia."*

   (dowód: akta kontroli str. 668)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Należy rozważyć przechowywanie kopii poza miejscem, w którym znajdują się dane produkcyjne, celem zabezpieczenia ich przed zdarzeniami, których skutkiem byłaby utrata urządzeń znajdujących się w serwerowni (np. pożar, kradzież, wandalizm, zalanie). Informatyk Szpitala wyjaśnił, że: *„Rozdzielenie kopii od danych w oddzielnym pomieszczeniu nie było przewidziane w projekcie. Nie zostały przewidziane na to żadne środki finansowe. Nie posiadamy wolnego pomieszczenia, gdzie można by taki backup serwerów umieścić. Z tego co słyszałem, kopia danych miała być przesyłana do Urzędu Marszałkowskiego w Białymstoku, jednak ze względu na ograniczenia przepustowości łącza internetowego jest to niemożliwe. Z tego co mi wiadomo, prędkość łącza upload to 2 Mb/s."* (dowód: akta kontroli str. 282-283, 336-340)

2. Należy rozważyć rozszerzenie zakresu monitorowania urządzeń, w celu weryfikacji ich konfiguracji i regularnego przeglądania logów urządzenia.

   (dowód: akta kontroli str. 336-340)

Ocena cząstkowa

Szpital uczestniczył w pracach koncepcyjnych na etapie projektowania i wdrażania rozwiązań Projektu. Wnoszone uwagi nie dotyczyły jednak wszystkich oczekiwanych funkcjonalności systemu HIS. Nieprowadzenie konsultacji z personelem medycznym na temat przydatnych rozwiązań mogło wpłynąć na nieuwzględnienie w otrzymanym oprogramowaniu funkcjonalności pozwalających np. na wymianę danych z laboratorium, a w konsekwencji brak w elektronicznej dokumentacji wyników laboratoryjnych.

Nie przygotowano również procedur wewnętrznych w zakresie gromadzenia i dostępu do miejsca przechowywania danych, a także bieżącego monitorowania prawidłowości funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów

zabezpieczenia tych danych, co nie zapewniało całkowitego zabezpieczenia przed utratą danych znajdujących się w systemach informatycznych.

Zrezygnowano z wymuszania zmiany haseł dostępowych do systemów informatycznych po upływie 30 dni, wbrew przepisom o ochronie danych osobowych i Instrukcji zarządzania systemem informatycznym. Nie uregulowano też kwestii odbierania uprawnień byłym pracownikom. W konsekwencji pięciu z nich nadal posiadało uprawnienia umożliwiające dostęp do systemu HIS, co obniżało bezpieczeństwo przetwarzanych danych.

2. Stopień wykorzystywania sprzętu oraz rozwiązań informatycznych zakupionych w ramach Projektu

2.1. Wydatki związane z realizacją Projektu i wykorzystywanie zakupionego sprzętu

Opis stanu faktycznego

Koszty uczestnictwa Szpitala w Projekcie, związane m.in. z zakupem sprzętu komputerowego, systemów informatycznych typu ERP, EOD, BI, HIS oraz EDM, budową serwerowni oraz sieci LAN i WAN, wyniosły 1.644,8 tys. zł, tj. 4,7% kosztów ogółem Szpitala z lat 2012 – 2015 (35.363,7 tys. zł).

Wkład własny Szpitala do Projektu wyniósł 253,3 tys. zł (15%)[25], a 1.391,5 tys. zł (85%) pokryto środkami z budżetu UE. Koszty poniesione na realizację Projektu były o 81,9 tys. zł wyższe od pierwotnie planowanych (1.562,9 tys. zł), co wynikało z zakupienia dodatkowego sprzętu, tj. ośmiu zestawów komputerowych[26] i jednego serwera, w związku z oszczędnościami uzyskanymi przez Lidera Projektu na etapie udzielania zamówień publicznych. (dowód: akta kontroli str. 243-257, 99-100, 601)

Koszty kwalifikowalne zostały pomniejszone o kary umowne w wysokości 3,3 tys. zł nałożone za nieterminowe wykonanie zadań na wykonawcę sieci WAN i wykonawcę serwerowni wraz okablowaniem sieci LAN.

Wydatki niekwalifikowalne poniesione przez Szpital w związku z realizacją Projektu wyniosły 4,5 tys. zł i obejmowały podatek od towarów i usług. (dowód: akta kontroli str. 257, 409-414)

Szpital poniósł dodatkowe wydatki w związku z realizacją i funkcjonowaniem PSIeZ w wysokości 52,7 tys. zł. W celu dostosowania pomieszczenia serwerowni do standardu wymaganego w ramach Projektu, Zakład wydał z własnych środków 40,7 tys. zł na zakup i montaż szaf rack'owych, zasilaczy awaryjnych oraz drzwi pożarowych w docelowej serwerowni. Powyższe wydatki nie zostały rozliczone w ramach PSIeZ, ponieważ zmiana lokalizacji serwerowni nastąpiła po etapie przygotowywania dokumentacji przetargowej na dostosowanie serwerowni (co opisano w pkt. 1.1 wystąpienia pokontrolnego) i Lider PSIeZ odmówił ich sfinansowania w ramach Projektu. Również Starostwo Powiatowe w Sokółce odmówiło dofinansowania tych kosztów.

Szpital zakupił również 20 drukarek laserowych za 12 tys. zł, niezbędnych do pracy z systemem HIS. W sprawie zakupu drukarek główna księgowa wyjaśniła: *„Potrzeba zakupu drukarek wynikła w 2015 r. (...) po zainstalowaniu w gabinetach lekarskich komputerów z oprogramowaniem. Projekt e-Zdrowie zakładał prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta w formie elektronicznej i przesyłanie (udostępnianie) dokumentacji pacjenta między jednostkami służby zdrowia. Projekt nie zakładał zakupu drukarek (...) Zakup drukarek do każdego gabinetu był niezbędny, aby lekarz mógł drukować pacjentowi niezbędne dokumenty (recepty, skierowania).”* (dowód: akta kontroli str. 415-420, 422-425)

Środki trwałe i wyposażenie nabyte przez Szpital w ramach PSIeZ obejmowały 26 zestawów komputerowych z oprogramowaniem[27], sześć czytników kodów kreskowych, trzy drukarki specjalistyczne, jeden skaner, sieć strukturalną (WAN i LAN) oraz serwerownię wraz z częścią wyposażenia. Szpital nie zgłaszał uwag podczas odbioru poszczególnych składowych Projektu.

Oględziny wykazały, że w większości sprzęt komputerowy zakupiony w ramach PSIeZ został rozdysponowany do docelowych komórek organizacyjnych Szpitala oraz prawidłowo

[25] W tym 100 tys. zł stanowiła dotacja Powiatu Sokólskiego.
[26] Zgłoszono siedem zestawów komputerowych.
[27] Początkowo otrzymano 18 zestawów komputerowych (stacji roboczych z monitorami), lecz w związku z oszczędnościami w Projekcie zakupiono osiem kolejnych zestawów.

skonfigurowany. Wyjątek stanowił znajdujący się w sekretariacie Szpitala skaner dedykowany do obsługi systemu EOD, który nie był wykorzystywany do tego celu oraz trzy drukarki specjalistyczne i trzy czytniki kodów kreskowych podłączone do komputerów na izbie przyjęć, oddziale wewnętrznym i ZOL, które uruchomiono dopiero w trakcie kontroli. Pozostałe trzy czytniki kodów kreskowych znajdowały się w pudełkach w pokoju informatyka i stanowiły rezerwę po likwidacji jednego z oddziałów Szpitala (dopiero w trakcie kontroli rozstawiono je na oddziale wewnętrznym – w pokoju lekarskim, w ZOL-u – w gabinecie kierownika oraz w pokoju fizjoterapeutów).

Dodatkowo stwierdzono, że zamontowana w serwerowni rozdzielnica elektryczna nie posiada obudowy zamykającej, w związku z czym odkryte były wszystkie znajdujące się w niej przewody. (dowód: akta kontroli str. 286-287, 426-444, 464-475)

W sprawie zagospodarowania w Szpitalu zestawów komputerowych otrzymanych 12 lipca 2013 r. (18 szt.), tj. ponad dziewięć miesięcy przed wdrożeniem urządzeń sieci LAN i od rozpoczęcia biegu trzyletniego okresu gwarancji na ten sprzęt, były informatyk Szpitala wyjaśnił, że: *„Większość zestawów zagospodarowano sukcesywnie na stanowiskach docelowych użytkowników. Pracownicy mogli się na nich logować do dotychczasowej sieci i wykonywać bieżącą pracę. Kilka pozostawiono w zabezpieczonym Magazynku do czasu uruchomienia serwerowni."* (dowód: akta kontroli str. 278-279, 630-635)

W ramach promocji PSIeZ przed wszystkimi poradniami specjalistycznymi[28] oraz poradnią rodzinną (POZ) rozmieszczono plakaty z instrukcją e-rejestracji, dotyczącą m.in. utworzenia i aktywacji konta oraz wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych. Ponadto przy rejestracji do POZ oraz poradni zdrowia psychicznego, ginekologiczno-położniczej i chirurgii leżały ulotki informujące pacjentów o potencjale portalu pacjenta powstałego w ramach Projektu, tj. m.in. możliwości rejestracji do poradni specjalistycznych i dostępu do własnej dokumentacji medycznej. Na stronie internetowej Szpitala znajdował się link do portalu pacjenta. (dowód: akta kontroli str. 476-478, 671-672)

Ustalone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieużytkowaniu trzech drukarek specjalistycznych oraz sześciu czytników kodów kreskowych, zakupionych za 9,1 tys. zł i odebranych 12 lipca 2013 r. do użytkowania w ramach Projektu. W konsekwencji nie drukowano opasek pacjentom przyjmowanym na oddział, co uniemożliwiało ich elektroniczną identyfikację.

Informatyk Szpitala wyjaśnił, że: *„Po odbiorze systemu od Wykonawcy byłem zajęty doszkalaniem personelu. Do tego dochodziły liczne błędy, awarie związane z programem Optimed. Taka sytuacja trwała ponad rok. Gdy już chcieliśmy uruchomić w szpitalu drukarki specjalistyczne okazało się, że opaski są źle drukowane. W wolnej chwili próbowałem konfigurować ustawienie drukarki, ale w dalszym ciągu wychodziły w niewłaściwym formacie. W końcu ustaliłem, że każda drukarka otrzymana w ramach projektu e-Zdrowie zawiera niewłaściwy do wydruku opasek format papieru. Dowiedziałem się jaki papier jest potrzebny, zamówiliśmy go i dopiero w grudniu 2016 r. udało się mi poprawnie skonfigurować i wydrukować opaskę. Jeśli chodzi o czytniki kodów to nie było sensu ich uruchomiać wcześniej, bo nie miałyby one żadnego zastosowania, gdyż służą one do sczytywania kodów z opasek. Jednocześnie personel nie dopominał się o uruchomienie drukarek do opasek, gdyż w sytuacji uczenia się nowego programu w praktyce wolał korzystać z tradycyjnej metody ich przygotowania."* W trakcie kontroli skonfigurowano ww. sprzęt i zaczęto drukować opaski dla pacjentów.
(dowód: akta kontroli str. 282-283, 473-475, 594, 614-620, 645-647)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Od 6 maja 2015 r. tylko osiem osób (w tym siedmiu pracowników Szpitala) wyraziło zgodę na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym PSIeZ (odpowiadało to 0,01% świadczeń medycznych udzielonych w Szpitalu w 2016 roku) oraz podjęto jedynie dwie próby rezerwacji wizyt poradniach Szpitala za pośrednictwem portalu pacjenta PSIeZ (stanowiło to 0,004% ogółu wizyt w 2016 roku – 54.229), co omówiono

[28] Poradnia zdrowia psychicznego, ginekologiczno-położnicza, chirurgiczna i rehabilitacji.

w pkt. 1.2 i 2.3 wystąpienia pokontrolnego. Zgodnie z podpisanym porozumieniem partnerskim promocja Projektu należała do Lidera PSIeZ i jego partnerów.
(dowód: akta kontroli str. 291-294, 334, 476-478, 661-662)

2. Zamontowana w serwerowni rozdzielnica elektryczna nie posiadała obudowy zamykającej, co może zagrażać zdrowiu przebywających tam osób.
(dowód: akta kontroli str. 278-279, 473-475)

2.2. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę Zakładu

Opis stanu faktycznego

Szpital w ramach Projektu otrzymał dwa systemy informatyczne wspomagające proces obsługi administracyjno-finansowej, tj. oprogramowanie typu BI, EOD. Posiadaną aplikację ERP, składającą się z dziewięciu modułów, tj. finansowo-księgowego, rachunek kosztów, rejestr sprzedaży, kadry, płace, grafiki (wersja ograniczona tylko do pracy w systemie płacowym), gospodarka magazynowo-materiałowa, środki trwałe i wyposażenie rozbudowano o moduł grafiki i zintegrowano z platformą lokalną.
(dowód: akta kontroli str.451-452,464)

Oprogramowanie nie posiadało modułu do obliczania kosztów procedur medycznych. Główna księgowa poinformowała, że: *„W ramach projektu e-Zdrowie nie został zakupiony moduł do obliczania kosztów jednostkowych procedur medycznych. Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnik świadczeń SP ZOZ-ów nie płaci za wykonane świadczenia w/g poniesionych kosztów i nie wymaga od jednostek rozliczania kosztów na pacjenta. Rozliczanie kosztów jednostkowych na pacjenta wymaga wprowadzenia wielu zmian w zakładzie: m.in. nowego, rozbudowanego planu kont, dużego zaangażowania i dodatkowej pracy personelu medycznego."*

Według wyjaśnień Głównej Księgowej: *„Dyrekcja SP ZOZ podjęła decyzję o nie przystąpieniu do dużego softu. Posiadane oprogramowanie ERP było znane, czytelne, dostosowane do obowiązujących przepisów".* (dowód: akta kontroli str. 596-599)

Systemy informatyczne EOD i BI zostały oddane do użytkowania 27 kwietnia 2015 r. Na oprogramowanie EOD pozyskano otwartą licencję, dającą prawo użytkowania oprogramowania przez nieograniczoną liczbę użytkowników, zaś dla BI pozyskano pięć licencji. Oprogramowanie EOD służyło do elektronicznego obiegu dokumentów, tj. przesyłania korespondencji między podłączonymi odbiorcami, zaś BI umożliwiało m.in. gromadzenie danych statystycznych/raportów w zakresie realizowanych świadczeń i możliwości dotyczących hospitalizacji pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 453-455, 464)

Do zakończenia kontroli nie rozpoczęto użytkowania systemu EOD, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Ustalone nieprawidłowości".*
(dowód: akta kontroli str. 663)

Dyrektor Szpitala w ankiecie dotyczącej zabezpieczenia trwałości Projektu z 12 stycznia 2017 r., na jedno z pytań: „Czy zakupione w ramach projektu wartości niematerialne i prawne (oprogramowanie operacyjne, serwerowe, systemy EOD, EDM itp.) wykorzystywane są w bieżącej działalności firmy", odpowiedział twierdząco, gdyż – jak wyjaśnił – *„udzielenie odpowiedzi „NIE" oznaczałoby, że w naszym zakładzie całkowicie nie są wykorzystywane wartości niematerialne i prawne, co byłoby nieprawdą. Oprócz EOD wykorzystywane są wszystkie systemy."* (dowód: akta kontroli str. 675, 677-680)

Zarządzeniem nr 03A/02/15 z dnia 10 lutego 2015 r. Dyrektor Szpitala wprowadził politykę rachunkowości Zakładu. W dokumencie nie określono programów wspierających obsługę finansową, wymaganych art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości[29]., co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Ustalone nieprawidłowości".* (dowód: akta kontroli str. 484-523)

W Szpitalu nie opracowano procedur wewnętrznych, uwzględniających funkcjonalności programów wspomagających obsługę administracyjno-finansową, pozyskanych w ramach Projektu. Do systemu ERP otrzymano nieograniczoną liczbę licencji.

[29] Dz. U. z 2016 r. poz. 1047.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że:„ *Z modułu GRAFIKI korzysta obecnie 7 osób. Do szkolenia zgłoszono, zgodnie w umową, 5 osób. Po przeszkoleniu wszyscy od razu zaczęli pracować na tym programie. Dodatkowe 2 osoby które korzystają z grafików zostały przeszkolone przez kadrową."* (dowód: akta kontroli str. 286-287, 451-452)

Analiza 10 (z 72 dostępnych w aplikacji BI) raportów[30] sporządzonych w systemie BI oraz w odpowiadających im raportach wykonanych w systemie ERP i HIS wykazała, że w sześciu przypadkach prezentowane dane obejmujące: koszty ogółem i wg rodzajów, liczba zgonów i osobodni oraz poziom wykonania kontraktu były zgodne.

Różnice odnotowano w czterech raportach dotyczących: przychodów ogółem, średniego wynagrodzenia zasadniczego, liczby łóżek na oddziałach, hospitalizacji z podziałem na płeć (niezgodny w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zgodny w oddziale wewnętrznym).
(dowód: akta kontroli str. 529-530, 553-557, 604)

Koszt integracji użytkowanego oprogramowania finansowo-księgowego do wymogów Projektu wyniósł 276 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 253-256)

Stwierdzono, że od 14 listopada 2015 do 24 listopada 2016 r. do systemu BI logowali się następujący pracownicy Szpitala: informatyk (71 razy), specjalista ds. projektu unijnego (siedem razy) i Dyrektor (jeden raz). Księgowa i statystyk medyczny zaczęły się logować w trakcie kontroli. (dowód: akta kontroli str. 558)

Stosownie do postanowień umowy na dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla projektu PSIeZ, od 14 października 2014 r. do 22 stycznia 2015 r. odbyły się szkolenia z systemów ERP, BI, EOD[31]. Cały personel Szpitala przewidziany do pracy w tych systemach został przeszkolony z ich obsługi (z systemu ERP pięciu pracowników administracji, EOD – 11, BI – trzech). Szkolenia odbyły się przed uruchomieniem ww. systemów. Natomiast w późniejszym czasie pracownik kadr przeszkolił z systemu ERP dodatkowo dwie osoby. (dowód: akta kontroli str. 559-565, 663)

Ustalone nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie zweryfikowano poprawności danych we wszystkich dostępnych raportach wygenerowanych przy użyciu aplikacji typu BI. Tymczasem analiza 10 z nich wykazała, że cztery raporty zwracały informacje niezgodne z danymi źródłowymi z aplikacji HIS i ERP.

   Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *„Raport wynik finansowy ogółem – raport BI i ERP nie zgadza się. Problem niezgodności zgłoszony do ASSECO (...)" w trakcie kontroli „(...) Raport średnie wynagrodzenie zasadnicze kwartalne – raport BI i ERP nie zgadza się. Raport BI zawiera 10 grup zawodowych, wynagrodzenie zgodne jest w 4 grupach, nie zgadza się w 6 grupach zawodowych (...) Raport liczba łóżek na oddziałach – raport BI i HIS OPTIMED nie zgadza się. (...) Raport hospitalizacje z podziałem na płeć – w oddziale chorób wewnętrznych – raport BI i HIS OPTIMED zgodny, w Zakładzie Opiekuńczo-Leczniczym – raport BI i HIS OPTIMED nie zgadza się."* Wyjaśnił też: *„(...) W związku z tym, że raporty przekazywane do BI od samego początku nie zgadzały się z danymi przekazywanymi z ERP i HIS jedynie informatyk korzystał z BI w celu porównywania zgodności raportów i zgłaszania błędów na serwis IZGL (informatyk jako jedyna osoba ma uprawnienia do systemu IZGL). W obecnej chwili błędy wciąż występują, ale jest ich niewiele i w związku z tym zostały nadane uprawnienia kolejnym użytkownikom do BI tak aby sami mogli monitorować poprawność raportów i ewentualne różnice zgłaszać informatykowi, który przekaże je na serwis. Obecnie z systemu BI korzysta 5 osób".*
   (dowód: akta kontroli str. 532-557)

   Wskutek rozbieżności między danymi prezentowanymi przez oprogramowanie typu HIS, ERP i BI, system BI nie spełniał w pełni swojej roli w zakresie szybkiego dostępu do analiz mających być podstawą do efektywniejszego zarządzania Szpitalem. Wykorzystywanie niezweryfikowanych i obarczonych błędami danych stwarza istotne

[30] Za drugi kwartał 2016 roku.

[31] Szkolenia podzielone zostały na instruktarze stanowiskowe (dla pionu administracyjnego oraz personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek).

ryzyko podjęcia niewłaściwych decyzji, a sporządzenie sprawozdań na podstawie takich informacji stwarza ryzyko przekazania zainteresowanym podmiotom nieprawdziwych danych. (dowód: akta kontroli str. 291-294)

2. W Szpitalu nie korzystano z informatycznego systemu EOD, przeznaczonego do elektronicznego obiegu dokumentacji, zakupionego za 52,8 tys. zł[32], który odebrano do użytkowania 27 kwietnia 2015 r. W związku z tym skaner o wartości 6,1 tys. zł dedykowany dla tego systemu, także nie był wykorzystywany do obsługi oprogramowania EOD.

   Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *„Szpital nie wdrożył System Elektronicznego Obiegu Dokumentów ze względu na problemy ze strukturą organizacyjną. Firma Comarch informowała nas że w strukturze pobieranej z programu ERP Asseco brak jest podległości, przypisań przełożonych do poszczególnych komórek. Sami poprawialiśmy te błędy w programie ERP, ale okazało się że EOD tych zmian „nie widzi", a struktura musi zostać przez nas poprawiona i na nowo wgrana przez Asseco. (...) struktura organizacyjna jest po raz kolejny opiniowana i jak zostanie zatwierdzona przez SPZOZ zostanie przekazana podwykonawcy Asseco do wdrożenia. (...)"*
   (dowód: akta kontroli str. 253-256, 291-294, 663, 648-651, 657-660)

3. W polityce rachunkowości Szpitala, wprowadzonej zarządzeniem nr 03A/02/15 Dyrektora z 10 lutego 2015 r, nie określono programów finansowo-księgowych wymaganych art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b i c oraz pkt 4 ustawy o rachunkowości, tj.: wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury, wzajemnych powiązań oraz ich funkcji w organizacji całości ksiąg rachunkowych i w procesach przetwarzania danych, opisu algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemów ich przetwarzania, systemu służącego ochronie danych i ich zbiorów, w tym dowodów księgowych.

   Główna Księgowa wyjaśniła że: *„Powodem braku ww. elementów w polityce rachunkowości jest moje przeoczenie. W najbliższym czasie zamierzamy uzupełnić ten dokument o brakujące elementy."*

   W trakcie kontroli NIK, zarządzeniem nr 02/01/17 Dyrektora Szpitala z 9 stycznia 2017 r. do obowiązującej polityki rachunkowości wprowadzono brakujące elementy.
   (dowód: akta kontroli str. 484-528, 566)

2.3. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

Opis stanu faktycznego

W ramach Projektu zakupiono systemy typu HIS i EDM, wspomagające obsługę pacjenta. Zostały one oddane 27 kwietnia 2015 r. System HIS umożliwił prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, zaś EDM jest repozytorium tej dokumentacji i służy do przeglądania dokumentów wytworzonych w systemie HIS. Licencje na korzystanie z oprogramowania nadano na poszczególne moduły w ramach systemów. Na przykład dla systemu HIS nadano 290 licencji (101 dotyczących modułu ruch chorych oddział, 24 – modułu ruch chorych poradnia[33], 45 – modułu izba przyjęć, 45 – modułu zlecenia medyczne, cztery – modułu apteka centralna, pięć – modułu rozliczenia z NFZ i innymi płatnikami, 56 – modułu apteka oddziałowa, dwa – modułu administracja), a dla systemu EDM – 103 licencje. Korzystanie z systemów HIS i EDM umożliwiono odpowiednio 123 i 29[34] lekarzom. Liczba licencji uzyskanych przez Zakład na oprogramowanie pozyskane w ramach Projektu była wystarczająca. Szpital zwracał się o dodatkowe licencje w module ruch chorych – poradnia[35] i dodatkowo otrzymał 24 sztuki.
(dowód: akta kontroli str. 453-457, 464)

Na wszystkich (26) komputerach otrzymanych w ramach Projektu, możliwy był dostęp do systemów medycznych EDM i HIS, wspomagających codzienną pracę. Z możliwości tej nie korzystano na komputerze w rejestracji poradni rehabilitacji, która nie była włączona

[32] Zakupiony w ramach Projektu.
[33] Licencja na osiem sztuk z 27 kwietnia 2015 r., zwiększona 2 czerwca 2015 r. do 24 sztuk.
[34] Stan na 24 listopada 2016 r.
[35] Pismo z 4 maja 2015 r.

do systemu, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Ustalone nieprawidłowości."* (dowód: akta kontroli str. 472-478)

W systemie EDM znajdowały się cztery rodzaje dokumentów medycznych, które przenoszone były automatycznie z systemu HIS. Z porównania wygenerowanych z przedmiotowego systemu: karty informacyjnej, skierowania oraz historii zdrowia i choroby ambulatoryjnej, recepty z wymaganiami opisanymi w „Regułach biznesowych i walidacjach określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na Platformie P1" wynika, że ww. dokumenty posiadają wszystkie elementy wymagane powyższymi regułami. (dowód: akta kontroli str. 567-570)

W Szpitalu nie ustalono harmonogramów wdrażania, obowiązku wykorzystywania zakupionego oprogramowania, zespołów odpowiadających za wdrożenie i jego monitorowanie, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Uwagi dotyczące badanej działalności"*. Jedynie w zakresie czynności specjalisty ds. projektu unijnego wpisano m.in. obsługę systemów informatycznych wdrażanych w ramach PSIeZ, bieżące monitorowanie prac związanych z ich realizacją, a także wewnętrzną stroną Projektu oraz prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów i jej archiwizowanie, natomiast w zakresie czynności informatyka – udział w realizacji PSIeZ. (dowód: akta kontroli str. 291-294, 571-577)

W Szpitalu w ramach systemu HIS w formie elektronicznej prowadzono sześć z 19 rodzajów dokumentacji medycznej, w tym indywidualną zewnętrzną (karta informacyjna z leczenia szpitalnego i skierowanie lub zlecenie na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem) oraz część dokumentacji zbiorczej wewnętrznej (księga główna przyjęć i wypisów, księga odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielonych w izbie przyjęć, lista oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych). (dowód: akta kontroli str. 578)

Podstawową formą indywidulanej dokumentacji medycznej pacjentów była forma papierowa, sporządzana odręcznie. Zakres dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej w poszczególnych oddziałach i poradniach był zróżnicowany. Nie prowadził jej średni personel medyczny[36] oraz personel poradni rehabilitacji. Na oddziale wewnętrznym, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, poradni zdrowia psychicznego i ginekologicznej w formie elektronicznej wytwarzano część dokumentacji medycznej, Z kolei w poradni chirurgicznej oraz w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej całość dokumentacji medycznej prowadzono elektronicznie. Skierowania w systemie HIS wytwarzano w pięciu z siedmiu jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala[37], a recepty – w czterech[38]. Potwierdza to analiza dokumentacji medycznej 38 losowo wybranych pacjentów z siedmiu jednostek lub komórek organizacyjnych Szpitala, w tym trzech poradni specjalistycznych[39], oddziału wewnętrznego[40], zakładu opiekuńczo-leczniczego, nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej, izby przyjęć, dla których prowadzono dokumentację medyczną z wykorzystaniem systemu HIS. Problem ten szerzej omówiono w dalszej treści wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Ustalone nieprawidłowości"*.

Dane z dokumentów wytwarzanych w HIS przechodziły automatycznie do systemu EDM, ale ich zakres był ograniczony do karty informacyjnej, historii zdrowia i chorób ambulatoryjnych, rozpoznania, wywiadu, zleconych procedur medycznych, badań fizykalnych i zastosowanego leczenia. (dowód: akta kontroli str. 579-591, 614)

Zakupiony w ramach PSIeZ system typu HIS nie posiadał funkcjonalności pozwalających na wymianę danych z system pracowni RTG i systemem laboratorium, co szerzej opisano w punkcie 1.1. wystąpienia pokontrolnego. (dowód: akta kontroli str. 282-283, 479)

---

[36] Spośród dostępnej, tj. m.in. obserwacje pielęgniarskie, karta czynności pielęgniarskich, diagnoza pielęgniarska, karta gorączkowa, karta obserwacji wkłucia centralnego, karta obserwacji wkłucia obwodowego, karta obserwacji założonego cewnika, karta profilaktyki i pielęgnowania odleżyn, karta podanych i wydalonych płynów, formularz zgłoszenia zdarzenia niepożądanego, karta oceny ryzyka i leczenia odleżyn.

[37] W trzech poradniach rodzinnych, w poradni zdrowia psychicznego i na jedynym oddziale Szpitala. Nie wytwarzano jej w poradni ginekologiczno-położniczej i chirurgicznej.

[38] W trzech poradniach rodzinnych i w poradni zdrowia psychicznego. Nie wytwarzano jej na jedynym oddziale Szpitala, w poradni ginekologiczno-położniczej i chirurgicznej.

[39] Były to poradnie zdrowia psychicznego, ginekologiczno-położniczej, chirurgii ogólnej.

[40] Jedyny oddział w Szpitalu.

Na podstawie informacji telefonicznej uzyskanej 7 – 8 grudnia 2016 r. z rejestracji działających przy poszczególnych poradniach specjalistycznych w sprawie terminów wizyt ustalono, że w połowie poradni, tj. w poradni chirurgii oraz ginekologiczno-położniczej pacjenci przyjmowani byli na bieżąco, w dniu zgłoszenia się do placówki. W pozostałych dwóch przypadkach, tj. w poradni zdrowia psychicznego oraz w poradni rehabilitacyjnej pierwszy wolny termin dla pacjenta stabilnego wyznaczono odpowiednio na 15 grudnia 2016 r. (po ośmiu dniach) i 9 stycznia 2017 r. (po miesiącu i dwóch dniach), zaś w trybie pilnym odpowiednio 8 i 20 grudnia 2016 r. (odpowiednio po jednym i po 13 dniach).

Na podstawie oględzin i wyjaśnień informatyka ustalono, że w trzech poradniach, tj. zdrowia-psychicznego, chirurgicznej, ginekologiczno-położniczej, spośród czterech badanych poradni specjalistycznych Szpitala[41], terminarz wizyt opracowywano w wersji elektronicznej.

W przypadku ww. trzech z czterech poradni specjalistycznych udostępnionych przez portal pacjenta utworzony w ramach PSIeZ[42] pacjentom umożliwiono rejestrację wizyty i wybór lekarza. Najwcześniejszym terminem był jednak następny dzień. Terminy wizyt uzyskane podczas rejestracji za pośrednictwem portalu pacjenta były zgodne z wyznaczonymi w rejestracji[43] tylko w przypadku wizyt nie dotyczących bieżącego dnia. Przyjęty sposób rejestracji do poradni nie pozwalał na umawianie wizyt według kolejności zgłoszeń, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Ustalone nieprawidłowości".*

Nie umożliwiono e-rejestracji przez portal pacjenta do poradni rehabilitacji oraz medycyny pracy[44], co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *„Ustalone nieprawidłowości".* Rejestracji w formie papierowej dokonywano z uwzględnieniem zasady kolejności zgłoszeń, wynikającej z przepisów art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[45], odnotowując m.in.: termin udzielenia świadczenia oraz datę i godzinę dokonania wpisu.

(dowód: akta kontroli str. 347, 351-356, 472-478)

Od 19 października 2015 r. do 1 grudnia 2016 r. za pośrednictwem portalu pacjenta 18 razy dokonywano rezerwacji wizyty w poradniach funkcjonujących w Szpitalu, z tego 16 było rezerwacjami testowymi, a dwie dokonali pacjenci. Jedna z zarejestrowanych wizyt odbyła się w terminie, natomiast z drugiej pacjent zrezygnował. (dowód: akta kontroli str. 480-481)

Stosownie do postanowień umowy na dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla PSIeZ, personel medyczny Szpitala od 15 do 29 stycznia 2015 r. odbył szkolenia z użytkowania systemów informatycznych wspomagających obsługę pacjenta. W zakresie systemu EDM przeszkolono wszystkich 50 lekarzy, a z systemu HIS – cały personel medyczny (78 osób), z wyjątkiem trzech pielęgniarek.

Specjalista ds. projektu unijnego wyjaśniła, że: *„(...) W przypadku szkoleń z HIS z powodu przeoczenia, na skutek zwolnień pracowników związanych z zamykaniem oddziałów, nie uwzględniono 3 pielęgniarek. Osoby te były szkolone w trakcie wdrażania systemów przez Wykonawcę oraz Informatyka. W chwili obecnej wszyscy użytkownicy posiadają umiejętności obsługi systemów."* Z wyjaśnień uzyskanych od trzech osób zatrudnionych w Szpitalu po uruchomieniu nowego oprogramowania, wynika że zostały one przeszkolone przez informatyka. (dowód: akta kontroli str. 559-565, 605, 610-612, 663)

Ustalone nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie prowadzono pełniej dokumentacji w formie elektronicznej, mimo że w porozumieniu partnerskim zawartym z Liderem Projektu, Szpital zobowiązał się m.in. do zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji. Wystąpiły też przypadki prowadzenia jej w sposób nierzetelny.

[41] Tj. poradni: zdrowia-psychicznego, chirurgicznej, ginekologiczno-położniczej, rehabilitacyjnej.
[42] Tj. poradni: zdrowia psychicznego, chirurgii ogólnej, ginekologiczno-położniczej, medycyny pracy.
[43] Było to możliwie od dnia następnego.
[44] Testowa próba e-rejestracji nie powiodła się (brak grafików, lekarza).
[45] Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

Dokumentacji medycznej nie prowadzono w oprogramowaniu HIS w poradni rehabilitacji, a także przez średni personel medyczny Szpitala, chociaż program umożliwiał tworzenie co najmniej 15 rodzajów takiej dokumentacji. Prowadzenie dokumentacji elektronicznej na oddziale wewnętrznym ograniczało się jedynie do wprowadzania karty informacyjnej, a w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w czterech z pięciu przypadków – do karty informacyjnej oraz zabiegów i procedur rehabilitacyjnych[46] (tylko raz zarejestrowano obserwację psychologiczną).

Z 38 przypadków analizowanej dokumentacji medycznej pacjentów, tylko w dwóch przypadkach została ona wytworzona oraz wydrukowana z systemu HIS i dotyczyła wyłącznie kart informacyjnych na oddziale wewnętrznym, w kolejnych ośmiu kartę informacyjną sporządzono i wydrukowano z formularza w edytorze tekstów Word, zaś w pozostałych 28 przypadkach podstawowe dokumenty medyczne (głównie karta zdrowia i choroby lub obserwacja) były wytwarzane odręcznie, a następnie wprowadzane do HIS. W konsekwencji dokumentacja medyczna zamieszczona w systemie HIS była niekompletna lub zubożona w porównaniu z wersją sporządzoną odręcznie. W dziesięciu z 38 przypadków zawartość dokumentu „Historia zdrowia i choroby ambulatoryjna" w formie elektronicznej odbiegała bowiem od ich wersji „papierowych" lub była niekompletna. Na przykład zamiast treści wywiadu lekarskiego w systemie HIS wstawiono „(...)" (w trzech przypadkach w poradni ginekologiczno-położniczej, w jednym – w poradni zdrowia psychicznego), w innym przypadku zamiast treści było odwołanie do dokumentacji „papierowej" (poradnia zdrowia psychicznego) lub wytwarzana elektroniczna dokumentacja medyczna była uboższa w stosunku do wersji sporządzonej odręcznie, w tym w trzech przypadkach (w poradni zdrowia psychicznego) w zakresie wywiadu medycznego w „Historii zdrowia i choroby ambulatoryjna", w dwóch przypadkach (w izbie przyjęć) – w zakresie zabiegów/konsultacji.

Skierowania i recepty w systemie HIS wytwarzano odpowiednio w pięciu i czterech z siedmiu komórek organizacyjnych Szpitala.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: *„Głównym powodem, dla którego w nieznacznym stopniu prowadzi się dokumentację medyczną w formie elektronicznej jest obowiązek prowadzenia dokumentacji pacjentów zarówno w programie Optimed jak i w formie papierowej. Lekarze i pielęgniarki nie chcą tego robić podwójnie, bo jak twierdzą najważniejszy jest pacjent. Niestety dopóki wszyscy nie zaczną pracować solidnie w programie Optimed nie możemy zrezygnować z dokumentacji papierowej i przejść wyłącznie na elektroniczną. Próbujemy wprowadzać w szpitalu możliwość wydruku danych z Optimedu i dołączania go do wersji papierowej".*

Wyjaśniając przypadki nierzetelnego przepisywania odręcznej dokumentacji medycznej do wersji elektronicznej, Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„Jednym z powodów, dla którego dokumentacja elektroniczna wytwarzana w Szpitalu odbiega od wersji papierowej jest obowiązek prowadzenia jej zarówno elektronicznie w systemie jak i w formie papierowej. Część lekarzy prowadzi dokumentację elektroniczną zgodną z papierową. Pozostali dalej prowadzą ją w formie papierowej, a do systemu wprowadzają tylko podstawowe dane niezbędne do rozliczeń z NFZ. Personel medyczny wie, że prowadzenie dokumentacji medycznej pacjentów wyłącznie w formie elektronicznej nie jest jeszcze obowiązkowe dlatego jest ona wytwarzana papierowo i w nieznacznym stopniu elektronicznie. Wprowadzamy stopniowo, w poradniach i szpitalu, obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, a następnie robimy wydruk z systemu i dołączamy go do wersji papierowej. Dopóki personel medyczny nie będzie prawidłowo pracował w systemie nie możemy zrezygnować z formy papierowej. Nadmieniam, iż personel medyczny został pouczony o obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów w systemie Optimed."*

(dowód: akta kontroli str. 286-287, 579-588, 614, 668)

Niekorzystanie ze wszystkich funkcjonalności oprogramowania typu HIS uniemożliwia efektywne wykorzystanie asysty powdrożeniowej świadczonej przez dostawcę

[46] Spośród dostępnej, w tym historia choroby, wywiad lekarki, badanie przedmiotowe, obserwacje, karta medycznych czynności ratunkowych, oświadczenia o szczepieniach WZW, ocena ryzyka rozwoju, kart zleceń lekarskich, dokumentacja pielęgniarska, wyniki badań EKG, RTG, USG.

oprogramowania, powoduje ryzyko konieczności ponownego szkolenia personelu niekorzystającego z tej aplikacji oraz może stwarzać zagrożenie niewywiązania się Szpitala z – przewidzianego art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia[47] – obowiązku prowadzenia od 1 stycznia 2018 r. dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej. Niewytwarzanie w części komórek organizacyjnych Szpitala dokumentacji medycznej za pomocą aplikacji HIS powoduje, że nie są one dostępne w aplikacji EDM i w konsekwencji także dla pacjentów w portalu pacjenta PSIeZ.

2. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej przewidzianej w studium wykonalności projektu, w tym również prowadzonej w oprogramowaniu typu HIS, chociaż – stosownie do studium wykonalności Projektu – miała w niej się znajdować kompletna dokumentacja medyczna pacjenta, co miało zmniejszyć koszty powtarzanych badań medycznych, także w innych podmiotach leczniczych. Dostęp do tej dokumentacji mieli mieć pacjenci i lekarze z innych podmiotów leczniczych, po wyrażeniu zgody przez pacjenta.

   Dane z dokumentów wytwarzanych w HIS przechodziły automatycznie do systemu EDM, ale ich zakres był ograniczony do karty informacyjnej, historii zdrowia i chorób ambulatoryjnych, rozpoznania, wywiadu, zleconych procedur medycznych, badań fizykalnych i zastosowanego leczenia. W jedynym z 38 zbadanych przypadków w systemie HIS zarejestrowano obserwację psychologiczną, która nie przeszła automatycznie do systemu EDM (w zakładzie opiekuńczo-leczniczym).

   Informatyk Szpitala wyjaśnił że: *„Nie znam przyczyn. Nie zauważyliśmy tego do tej pory ponieważ nikt z pacjentów, pracowników ani lekarzy Szpitala nie zgłaszał nam takiego problemu, a dostęp do bazy EDM mają lekarze i pacjenci, więc trudno to całościowo przetestować. Kiedy wyszło to w trakcie analizy dokumentacji na potrzeby kontroli, niezwłocznie ten błąd zgłosiłem do Serwisu i będziemy to monitorować w celu jak najszybszego naprawienia."* (dowód: akta kontroli str. 579-591, 592, 614)

3. Uniemożliwiono elektroniczną rejestrację, za pośrednictwem portalu pacjenta, na wizytę do poradni rehabilitacji i medycyny pracy. W sprawie problemów z poprawną strukturą organizacyjną skonfigurowaną w systemie ERP informatyk Szpitala wyjaśnił, że: *„Na Portalu Pacjenta nie figuruje Poradnia Rehabilitacji ponieważ brak jest jej w strukturze organizacyjnej w ERP Asseco. Niedawno odkryliśmy, że w tym leży problem, a wadliwa struktura funkcjonuje od przynajmniej 2015 roku, dokładnie od kiedy nie jestem w stanie tego dokładnie sprecyzować. Dopiero jesteśmy w trakcie tworzenia prawidłowej struktury i jej opiniowania. Po finalnym jej zatwierdzeniu zostanie przesłana do podwykonawcy Asseco by ją w ERPie Asseco naniósł. (...) Jeśli chodzi o problemy ze strukturą organizacyjną w programie ERP Asseco, jak już wcześniej wyjaśniałem, program nie daje możliwości elastycznej modyfikacji danych w niej zawartych, a trzeba ją tworzyć od nowa. (...) W dniu wczorajszym Przedstawiciel Asseco osobiście rozmawiał ze mną w tej sprawie i zadeklarował możliwie szybkie jej rozwiązanie."*
   (dowód: akta kontroli str. 291-294, 348-353)

   W dniu 17 października 2016 r. Szpital wystąpił do wykonawcy o usunięcie z portalu pacjenta m.in. poradni medycyny pracy. Świadczenia udzielane przez te poradnię nie były bowiem objęte kontraktem NFZ. (dowód: akta kontroli str. 482-483)

   Dyrektor Szpitala dodał: *„(...) Struktura została na początku 2016 roku poprawiana, 29 kwietnia 2016 roku otrzymaliśmy certyfikat i przekazaliśmy go Asseco. Jednak okazało się, że struktura nadal jest błędna, a podwykonawca Asseco poinformował nas 6682*
   w rozmowie telefonicznej, że strukturę można modyfikować tylko raz w roku. Struktura organizacyjna jest po raz kolejny opiniowana i jak zostanie zatwierdzona przez SP ZOZ zostanie przekazana podwykonawcy Asseco do wdrożenia".
   (dowód: akta kontroli str. 291-294, 348-353)

[47] Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.

4. W Szpitalu nie zapewniono pacjentom rejestrującym się za pośrednictwem portalu pacjenta możliwości zapisania się na wizytę w dniu bieżącym (było to niezależne od Szpitala, gdyż wynikało z ustawień systemowych). Pacjenci bowiem mieli możliwość umówienia wizyty najwcześniej na kolejny dzień, podczas gdy rejestrując się osobiście lub telefonicznie do poradni (w których nie było kolejek) wizytę można było umówić na dzień bieżący.

   Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„Rejestracja na wizytę do poradni na bieżący dzień nie jest możliwa ze względów na parametr dostępny administratorom systemu e-Rejestracji (rola ROLE_ADMIN w systemie Draco). Parametr ten oznacza „ukrywanie wolnych terminów przy rejestracji [dni]". Aktualna wartość parametru równa 1 oznacza, że w e-Rejestracji wyświetlają się terminy począwszy od dnia następnego. Takie ustawienie parametru zostało ustalone na etapie wdrożenia i żaden z partnerów projektu nie wniósł uwag. W przypadku ustawienia tego parametru na 0 istnieje ryzyko, że pacjent rejestrując się poprzez e-Rejestrację na dzień bieżący, na wizytę która ma się odbyć np. za 15 minut – przyjdzie na wizytę która nie została potwierdzona, a personel medyczny nie będzie miał szansy np. zmiany terminu. Zgodnie z zapisami Analizy Przedwdrożeniowej Systemu EDM pacjent korzystający z e-Rejestracji ma możliwość wyboru: dnia (ale nie może to być dzień bieżący), lekarza oraz godziny, która jest dostępna."* (dowód: akta kontroli str. 672)

   W ocenie NIK, taka sytuacja może zniechęcić pacjentów do korzystania z tej funkcjonalności portalu pacjenta, co w konsekwencji może zagrażać osiągnięciu wskaźnika Projektu w postaci liczby wizyt zarezerwowanych online.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w Szpitalu nie ustalono wewnętrznych procedur, harmonogramów wdrażania, obowiązku wykorzystywania systemów zakupionych w ramach Projektu, ani nie powołano zespołów, których celem byłoby wdrożenie i monitorowanie tych systemów. Taki sposób wdrażania istotnej zmiany, głównie w tworzeniu dokumentacji medycznej, przy jednoczesnym nieprowadzeniu na etapie projektowania i wdrażania PSIeZ konsultacji z personelem medycznym Zakładu na temat oczekiwanych rozwiązań programu typu HIS, mógł mieć wpływ na poziom wykorzystywania aplikacji otrzymanych w ramach PSIeZ. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *„Szpital nie posiada procedur wewnętrznych związanych z wykorzystaniem systemów informatycznych służących do obsługi pacjenta, uruchomionych w ramach projektu e-Zdrowie. Poszczególne moduły realizowane w ramach projektu są wdrażane stopniowo, tak aby personel medyczny mógł się dobrze zapoznać ze specyfiką programu Optimed."* dowód: akta kontroli str. 291-294)

Ocena cząstkowa

Zakupiony w ramach Projektu sprzęt był w większości wykorzystywany do bieżącej pracy Szpitala i obsługi nowych systemów informatycznych. Do rozpoczęcia kontroli nie wykorzystywano trzech drukarek specjalistycznych oraz sześciu czytników kodów kreskowych (o wartości 9,1 tys. zł.), przewidzianych do elektronicznej identyfikacji pacjentów. Uruchomiono też systemy informatyczne dostarczone w ramach PSIeZ oraz przeszkolono personel z ich obsługi. Pomimo jednak ponad 22 miesięcy od otrzymania tych systemów, nie wdrożono do wykorzystania wszystkich dostępnych funkcjonalności oraz nie umożliwiono pacjentom elektronicznej rejestracji na wizytę do poradni rehabilitacji i medycyny pracy. Świadczy to o nieskutecznym wdrożeniu funkcjonalności otrzymanego oprogramowania, którego używanie miało ograniczyć koszty wykonywania powtórnych badań medycznych oraz przechowywania papierowej dokumentacji medycznej.

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 z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[48], wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od pracowników Szpitala wykorzystywania wszystkich funkcjonalności oprogramowania zakupionego w ramach Projektu, w tym umożliwienie lekarzom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej, a pacjentom – także

[48] Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK".

rejestracji wizyt poprzez portal pacjenta PSIeZ do wszystkich poradni i we wszystkich dostępnych terminach.

2. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu typu BI, umożliwiającego wykorzystanie jego możliwości do zarządzania Szpitalem.
3. Uzupełnienie Polityki Bezpieczeństwa Informacji Szpitala o opis struktury zbiorów danych wskazujący zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązań między nimi oraz sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami, stosownie do § 4 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych.
4. Uzupełnienie regulacji wewnętrznych w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi 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 Białymstoku.

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.

Białystok, dnia 6 czerwca 2017 r.

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR
Robert Skwarko

.....
podpis