



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Białymstoku



LBI.410.025.03.2016

P/16/059

*LINK. 7850/17*

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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](mailto:lbi@nik.gov.pl)



## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/059 – Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie	
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku	
Kontrolerzy	Piotr Jurkin – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/98/2016 z 9 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)	
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach, ul. Szpitalna 8, 17-300 Siemiatycze (dalej: „Szpital” lub „SP ZOZ”)	
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Szewczuk – Dyrektor Szpitala <sup>1</sup>	(dowód: akta kontroli str. 3)

## II. Ocena kontrolowanej działalności<sup>2</sup>

### Ocena ogólna

Realizacja w Szpitalu Projektu Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie<sup>3</sup> nie przyniosła korzyści określonych w Studium Wykonalności Projektu oraz we wniosku o jego dofinansowanie, mimo upływu ponad 20 miesięcy od uruchomienia w Szpitalu komponentów Projektu e-Zdrowie (14 maja 2015 r.) i wydatkowania na ten cel 2.407,9 tys. zł ze środków własnych i Unii Europejskiej<sup>4</sup>. Wynikało to przede wszystkim z nieskutecznego wdrożenia funkcjonalności otrzymanych systemów informatycznych.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital w ramach Projektu otrzymał m.in. sprzęt komputerowy oraz systemy informatyczne typu EOD, BI, HIS oraz EDM<sup>5</sup>. Aplikacje te nie były jednak w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją Projektu, w tym:

- w 11 (z 15) poradniach specjalistycznych nie prowadzono dokumentacji medycznej w systemie informatycznym HIS, w kolejnych dwóch tylko część lekarzy wytwarzała ją z wykorzystaniem tego oprogramowania, zaś w czterech analizowanych oddziałach Szpitala nie w pełni prowadzono ją w formie elektronicznej, chociaż w porozumieniu partnerskim zawartym 31 marca 2011 r. z pozostałymi partnerami i Liderem Projektu<sup>6</sup>, Szpital zobowiązał się m.in. do zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji,
- w jednej (z czterech analizowanych) poradni informacje zamieszczone w wersji „papierowej” i elektronicznej dokumentacji medycznej były odmienne,
- do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej przewidzianej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>7</sup>, w tym

<sup>1</sup> Pełniący obowiązki od 8 czerwca 2016 r. Wcześniej funkcję tę pełnili: Robert Marek Maksymiuk od 1 sierpnia 2008 r. do 19 czerwca 2011 r., Cezary Nowosielski od 20 czerwca 2011 r. do 31 lipca 2015 r. oraz Adam Grzegorz Dębski od 1 sierpnia 2015 r. do 7 czerwca 2016 r.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Projekt współfinansowany przez UE w ramach RPO Województwa Podlaskiego, którego celem jest rozwój i poprawa dostępności do publicznej służby zdrowia ludności województwa podlaskiego. Realizowany był 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. (dalej: „Projekt e-Zdrowie” lub „Projekt”).

<sup>4</sup> Okres objęty kontrolą to lata 2011 – 2017 (do dnia zakończenia czynności kontrolnych).

<sup>5</sup> Systemy informatyczne: 1/ HIS (Hospital Information System) – do prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, 2/ EDM (Elektroniczna Dokumentacja Medyczna) – skorelowany z systemem HIS – do przeglądania dokumentacji medycznej (prowadzonej w systemie HIS) dotyczącej danego pacjenta 3/ EOD (Elektroniczny Obieg Dokumentów) – do elektronicznego obiegu dokumentów w Szpitalu oraz 4/ system lokalny BI (Business Intelligence) – służący do generowania raportów i analiz wspomagających proces zarządzania Szpitalem.

<sup>6</sup> Województwo Podlaskie, którego zadania wykonywał Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego (dalej „UMWP”).

<sup>7</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 2069. Rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania”.

- również prowadzonej i przechowywanej w HIS, co uniemożliwiało pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych elektroniczny dostęp do dokumentacji medycznej,
- nie umożliwiono pacjentom rezerwacji wizyt za pośrednictwem Portalu Pacjenta<sup>8</sup> do trzech (z 15) poradni SP ZOZ, a termin wizyty wyznaczany w ten sposób do kolejnej poradni różnił się o 91 dni od wyznaczanego w rejestracji pacjentów,
  - nie użytkowano pozyskanych w ramach Projektu 20 czytników kodów, dziesięciu specjalistycznych drukarek oraz dwóch zestawów komputerowych o wartości 36,9 tys. zł, co w konsekwencji uniemożliwiało m.in. elektroniczną identyfikację pacjentów,
  - nie używano programu EOD przeznaczonego do elektronicznego obiegu dokumentów w Szpitalu, zakupionego za 55,7 tys. zł,
  - siedem z 10 analizowanych raportów generowanych przy użyciu aplikacji typu BI było niezgodnych z danymi źródłowymi programu HIS i ERP<sup>9</sup>,
  - nie opracowano procedur wymaganych zapisami porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym.

Jednymi z głównych przyczyn tych nieprawidłowości może być nieopracowanie harmonogramu wdrożenia Projektu, niepowołanie zespołów do wdrożenia zmiany, nieegzekwowanie od pracowników obowiązku wykorzystania otrzymanych aplikacji oraz nieprzewodzenie na etapie projektowania i wdrażania Projektu konsultacji z personelem medycznym SP ZOZ na temat oczekiwanych rozwiązań programu typu HIS.

Tymczasem w Studium Wykonalności oraz we wniosku o dofinansowanie jego realizacji, sporządzonym przez Lidera Projektu, 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. Ponadto Portal Pacjenta umożliwić miał zdalną rejestrację na wizytę w Szpitalu. Z kolei system kontrolno-zarządczy m.in. ułatwić miał zarządzanie Szpitalem poprzez wdrożenie narzędzi analityczno-raportowych oraz elektronicznego obiegu dokumentów na poziomie SP ZOZ.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że prowadzone działania promocyjne Projektu nie były skuteczne, bowiem tylko pięć osób od dnia uruchomienia systemów informatycznych w Szpitalu umówiło wizyty do poradni poprzez Portal Pacjenta.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Realizacja przez SP ZOZ zobowiązań w zakresie tworzenie i realizacji projektu

##### 1.1. Rzetelność uczestnictwa przez SP ZOZ w projektowaniu rozwiązań dotyczących projektu e-Zdrowie

Opis stanu faktycznego

1.1.1. Szpital uczestniczył w Projekcie wskutek działań podjętych przez Starostwo Powiatowe w Siemiatyczach, tj. podmiot tworzący Szpital. W dniu 7 listopada 2008 r. Starostwo zawarło umowę z Województwem Podlaskim, Liderem Projektu, w sprawie współdziałania przy realizacji ww. zadania. Zgodnie z § 1 pkt 2 umowy, Projekt swoim zasięgiem obejmował zakłady opieki zdrowotnej, zainteresowane rozwijaniem usług z zakresu świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia dla mieszkańców województwa podlaskiego za pośrednictwem technik informacyjnych.

W ankiecie przekazanej 3 lutego 2010 r. Liderowi Projektu przedstawiono stan infrastruktury techniczno-informatycznej, z której wynika, że w tym czasie Szpital dysponował m.in. 38 komputerami, 24 drukarkami, dwoma skanerami, oprogramowaniem: KSPPS służącym do rozliczania świadczeń zdrowotnych z NFZ z modułami: leczenie szpitalne, opieka długoterminowa, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie stomatologiczne, POZ. Posiadał także oprogramowanie księgowo-Info-Medica z modułami: finansowo-księgowym,

<sup>8</sup> Portal powstał w ramach Projektu, w celu umożliwienia m.in. dokonania elektronicznej rejestracji wizyt w poradniach specjalistycznych prowadzonych przez podmioty będące partnerami Projektu.

<sup>9</sup> ERP – służący do zarządzania jednostką i prowadzenia spraw administracyjno-finansowych Szpitala.

gospodarki materiałowej, kadrowo-płacowym, środków trwałych i wyposażenia oraz serwerem do przechowywania danych księgowych. SP ZOZ dysponował dwoma łączami Internetowymi (do 2 Mpb/s) oraz wewnętrzną siecią o przepustowości do 100 Mpb/s. Ponadto w ramach dotacji z Ministerstwa Zdrowia pozyskano oprogramowanie na potrzeby Pracowni Radiodiagnostyki, umożliwiające podgląd zdjęć RTG czy tomografu w formie cyfrowej<sup>10</sup>. Szpital nie miał natomiast m.in. systemów do obsługi zleceń medycznych, wyliczania kosztów leczenia szpitalnego, analiz menadżerskich, wyceny procedur, obsługi laboratorium oraz elektronicznego obiegu dokumentów.

(dowód: akta kontroli str. 4-28, 643-646)

1.1.2. W dniu 31 marca 2011 r. Szpital zawarł z Województwem Podlaskim porozumienie w sprawie współdziałania przy realizacji zadania „Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie” (dalej: „Porozumienie Partnerskie”)<sup>11</sup>. Określono w nim m.in. przedmiot i wartość Projektu, obowiązki stron, zasady współpracy, procedury rozliczenia finansowego oraz proces monitorowania przebiegu jego realizacji<sup>12</sup>. Szpital, jako partner Projektu, zobowiązany był m.in. do: zapewnienia środków finansowych w zakresie wkładu własnego zgodnie z wymogami Instytucji Zarządzającej RPOWP<sup>13</sup>, współpracy z Liderem w każdym obszarze niezbędnym dla należytego udzielania zamówień publicznych w ramach Projektu czy zasilania danymi systemów i aplikacji wdrożonych w Projekcie<sup>14</sup>. Natomiast do obowiązków Lidera należało m.in. koordynowanie prac związanych z przygotowaniem i realizacją Projektu, uzyskanie niezbędnych uzgodnień i decyzji finansowo-prawnych warunkujących jego realizację, przeprowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych i zawieranie umów na realizację zadań w ramach Projektu z wykonawcami wyłonionymi w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>15</sup>, przy współudziale inżyniera kontraktu, promocja i nadzór nad jego trwałością.

W zakresie rzeczowo-finansowym<sup>16</sup> określono planowaną wysokość kosztów realizacji Projektu (2.617 tys. zł brutto) z wyszczególnieniem planowanych kosztów: zakupu i uruchomienia poszczególnych systemów obsługujących Projekt<sup>17</sup> (1.209,9 tys. zł), stworzenia odpowiedniej infrastruktury serwerowo-systemowej (261,4 tys. zł), zakupu sprzętu informatycznego (837,5 tys. zł), szkolenia pracowników (107,9 tys. zł), promocji (7,2 tys. zł), udziału w kosztach wspólnych Projektu dotyczących: inżyniera kontraktu (107,2 tys. zł), utworzenia Regionalnej Platformy e-Usług Medycznych (74,1 tys. zł) oraz audytu powdrożeniowego (11,8 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 29-67)

1.1.3. W dniu 22 czerwca 2012 r. Szpital poddany został audytowi wstępnemu, przeprowadzonemu przez Inżyniera kontraktu. W trakcie audytu ustalono i zweryfikowano informacje na temat: posiadanego sprzętu informatycznego<sup>18</sup>, stosowanych w Szpitalu programów informatycznych<sup>19</sup> oraz ogólnego stanu z informatyzowania bieżącej pracy Szpitala, co miało na celu ustalenie zapotrzebowania na sprzęt oraz oprogramowanie niezbędne do uruchomienia i wykorzystywania funkcjonalności systemów informatycznych wdrażanych w ramach Projektu. Inżynier kontraktu nie zgłaszał uwag i rekomendacji co do infrastruktury teleinformatycznej SP ZOZ. Również Szpital w tym etapie nie wysuwał własnych propozycji dotyczących Projektu.

(dowód: akta kontroli str. 68-111)

<sup>10</sup> Dwa monitory diagnostyczne wraz z serwerem i oprogramowaniem (systemem PACS) otrzymano 13 grudnia 2012 r.

<sup>11</sup> Zgodnie z § 1 ust. 2 Porozumienia Partnerskiego okres trwałości Projektu e-Zdrowie wyznaczono na pięć lat od zakończenia jego realizacji, liczony od dnia ostatecznego rozliczenia końcowego wniosku o płatność, tj. od 29 kwietnia 2016 r.

<sup>12</sup> Porozumienie Partnerskie trzykrotnie aktualizowano: 2 maja 2012 r., 28 lutego 2013 r. oraz 13 listopada 2014 r. W dalszej części niniejszego wystąpienia, jako obowiązujące rozumie się porozumienie zawarte 31 marca 2011 r., w brzmieniu ustalonym 13 listopada 2014 r.

<sup>13</sup> Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego.

<sup>14</sup> Stosownie do postanowień określonych odpowiednio w § 5 pkt 1 i 2 Porozumienia Partnerskiego.

<sup>15</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, ze zm.

<sup>16</sup> Będącym załącznikiem nr 1 do Porozumienia Partnerskiego.

<sup>17</sup> W tym koszty licencji, wdrożenia i integracji poszczególnych systemów: ERP – 313,4 tys. zł, HIS – 573,6 tys. zł, EDM – 342,1 tys. zł, EOD – 83,5 tys. zł.

<sup>18</sup> Stwierdzono wyposażenie Szpitala w komputery (44 sztuki), drukarki (19) oraz sprzęt do obrazowania (cztery usg, dwa rentgeny, po jednym videogastroskopie i videokolonoskopie).

<sup>19</sup> M.in.: KSPPS dotyczący rozliczenia kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia czy Info-Medica (system księgowy typu ERP z modułami: finansowo-księgowym, gospodarki materiałowej, kadri i plac oraz środków trwałych i wyposażenia), służący do bieżącego prowadzenia księgowości Szpitala.

1.1.4. Na etapie prac koncepcyjnych nad Projektem e-Zdrowie (marzec 2011 roku – listopad 2013 roku<sup>20</sup>) przedstawiciele<sup>21</sup> Szpitala uczestniczyli w dwóch<sup>22</sup> spotkaniach zespołu ds. koordynacji, realizacji i monitorowania Projektu<sup>23</sup>, zorganizowanych przez Lidera Projektu. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: „*Nie dysponujemy informacją na temat ilości i przebiegu spotkań organizowanych przez lidera Projektu z okresu przed 23 lipca 2013 r. z uwagi na fakt licznych zmian i rotacji personelu zajmującym się Projektem oraz rozwiązaniem stosunku pracy z osobą, która przed 2014 rokiem była odpowiedzialna za wdrażanie programu e-Zdrowie w SP ZOZ w Siemiatyczach. Natomiast spotkania (...) dotyczyły m.in. uzgodnień w sprawie wyposażenia w sprzęt niezbędny do realizacji projektu, procedur postępowań zamówień publicznych, finansowania projektu i jego rozliczeń*”. Ponadto Szpital w tym okresie 37-krotnie opiniował takie dokumenty jak: zakres rzeczowo-finansowy Projektu, dokumenty dotyczące postępowań przetargowych na: budowę i utrzymanie sieci WAN, dostosowanie pomieszczeń przyszłych serwerowni oraz montaż okablowania strukturalnego, dostawę stacji roboczych i urządzeń peryferyjnych, dostawę i wdrożenie urządzeń sieci LAN, serwerów i urządzeń pamięci masowej. W większości przypadków (20) nie zgłoszono żadnych uwag, zaś w pozostałych 17 uwagi dotyczyły poszczególnych dokumentów przetargowych dotyczących ww. postępowań<sup>24</sup>.

Na etapie prac wdrożeniowych Projektu (listopad 2013 roku – maj 2015 roku<sup>25</sup>), przedstawiciele<sup>26</sup> Szpitala uczestniczyli w dziewięciu<sup>27</sup> spotkaniach zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania Projektu, na których omawiano m.in. sprawy dotyczące procesu realizacji zamówień publicznych, w tym dostawy sprzętu (komputerów, drukarek), sieci internetowej i serwerowni, przygotowanie jednostki do wdrożenia nowych systemów komputerowych, zagadnienia związane z integracją systemów lokalnych z platformą regionalną czy realizacją asysty powdrożeniowej. Szpital w tym okresie 12-krotnie opiniował dokumenty dotyczące m.in. procedury odbioru sieci LAN, regulaminu przetwarzania danych na poziomie regionalnym, asysty powdrożeniowej, a także dokumenty dotyczące postępowań przetargowych na wykonanie tablic pamiątkowych dla Projektu i przeprowadzenia niezależnego audytu. Nie zgłaszano żadnych uwag.

Opiniowanie dokumentów odbywało się w terminach wyznaczonych przez Lidera Projektu, tj. od jednego do 18 dni od dnia umieszczenia poszczególnych dokumentów na stronie internetowej Projektu.

W Szpitalu nie prowadzono konsultacji wewnętrznych z personelem medycznym i administracyjnym w zakresie oczekiwanych rozwiązań dotyczących m.in. programów w pozyskanych ramach Projektu. (dowód: akta kontroli str. 112-138, 205)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „*SP ZOZ w Siemiatyczach w momencie prac koncepcyjnych i wdrożeniowych Programu E-Zdrowie nie uwzględnił podłączenia do systemu Laboratorium z uwagi na fakt chęci wydzierżawienia pomieszczeń firmie zewnętrznej, która wykonywałaby usługę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej (...)*”. Dodatkowo wyjaśnił, że: „*W związku licznymi zmianami i rotacją personelu zajmującego się projektem oraz rozwiązaniem stosunku pracy z osobą, która przed 2014 rokiem była odpowiedzialna wdrażanie programu e-Zdrowie w SP ZOZ w Siemiatyczach nie jestem w stanie odpowiedzieć dlaczego nie wnioskowano do Lidera Projektu, tj. Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego o uzupełnienie otrzymanych systemów o moduł rehabilitacji oraz integrację (...) systemu PACS z systemem HIS. (...) w okresie późniejszym prowadzono rozmowy z producentem oprogramowania, jednak z uwagi*

<sup>20</sup> 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 Informatyczny e-Zdrowie”.

<sup>21</sup> Informatyk oraz dwóch pracowników księgowości.

<sup>22</sup> 23 lipca i 4 listopada 2013 r. Szpital nie dysponował danymi z tego zakresu z lat wcześniejszych.

<sup>23</sup> Zespół powołano zgodnie z § 3 Porozumienia Partnerskiego. W jego skład wchodził przedstawiciel partnerów Projektu.

<sup>24</sup> Dokumenty opiniowano po zasięgnięciu stanowiska kierownika komórki zamówień publicznych Szpitala.

<sup>25</sup> Od chwili wyłonienia wykonawcy systemów informatycznych w ramach Projektu e-Zdrowie do czasu odbioru systemów informatycznych uruchomionych w ramach tego Projektu.

<sup>26</sup> Dyrektor SP ZOZ, informatyk, główna księgowa oraz dwóch pracowników księgowości.

<sup>27</sup> 14 i 30 kwietnia, 23 maja, 9 czerwca, 14 lipca 2014 r., 25 lutego, 14 kwietnia 2015 r. oraz 12 lutego i 30 marca 2016 r.

na koszt tego przedsięwzięcia nie zdecydowano się za zakup sprzętu i integrację laboratorium oraz systemu PACS z systemem HIS".

(dowód: akta kontroli str. 288-290, 648-652)

1.1.5. W dniu 6 maja 2015 r. Szpital zawarł z Liderem Projektu e-Zdrowie porozumienie w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym w ramach Projektu e-Zdrowie<sup>28</sup> oraz na jego podstawie w dniu 8 maja 2015 r. – na okres trwałości Projektu – umowę w sprawie powierzenia danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów na poziomie regionalnym<sup>29</sup>. Zgodnie z umową Szpital upoważnił Lidera Projektu do przetwarzania danych ewidencyjnych lekarzy, pielęgniarek i pacjentów oraz danych o stanie zdrowia pacjentów w związku z realizacją Porozumienia Partnerskiego.

Szpital nie opracował procedury wewnętrznej dotyczącej stosowania trybu krytycznego wymaganej w związku z zawarciem ww. porozumienia (co szerzej opisano poniżej, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*). (dowód: akta kontroli str. 173-205)

1.1.6. Szpital – na dzień zakończenia kontroli – dysponował możliwością wykorzystania czterech (z sześciu<sup>30</sup>) bezpłatnych wizyt serwisowych oferowanych przez wykonawcę systemów informatycznych Projektu e-Zdrowie w ramach usługi asysty powdrożeniowej<sup>31</sup>. Z wyjaśnień kierownika sekcji informatyki wynika, że: „Nie zgłaszaliśmy żadnych propozycji dotyczących nowych rozwiązań w zakresie funkcjonowania systemów pozyskanych w ramach Projektu E-Zdrowie, ponieważ użytkownicy końcowi nie sygnalizowali takich potrzeb”. (dowód: akta kontroli str. 208-215, 268-270)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie opracowano procedury określonej w porozumieniu z 21 lipca 2016 r. w sprawie ochrony danych osobowych, dotyczącej zasad korzystania i wykorzystania trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta, mimo takiego wymogu określonego w § 10 ust. 7 ww. porozumienia. Ponadto z § 13 ust. 1 porozumienia wynika, że Szpital zobowiązany był do niezwłocznego dostosowania przepisów wewnętrznych do wymogów w nim zawartych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Powodem nieopracowania procedur był m.in. brak przepływu informacji między komórkami organizacyjnymi Szpitala (większość dokumentów trafiła bezpośrednio do księgowości) oraz duża ilość innych obowiązków związanych z wdrażaniem i realizacją projektu e-Zdrowie”. (dowód: akta kontroli str. 173-194, 205, 216-218)

Zdaniem NIK, brak takiej procedury może w przyszłości niekorzystnie wpływać na skuteczne udzielanie pomocy, w sytuacji braku dostępu do historii leczenia danego pacjenta.

2. W Szpitalu nie prowadzono konsultacji wewnętrznych z personelem medycznym i administracyjnym na temat rozwiązań oczekiwanych w ramach Projektu. Nie badano także opinii pacjentów na temat korzystania z rozwiązań jakie niesie ze sobą jego realizacja. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że powodem był brak od października 2013 roku osoby odpowiedzialnej za nadzór nad całością realizacji projektów Szpitalu oraz niewskazanie kolejnej osoby związanej z wdrażaniem projektu.

W ocenie NIK niepodjęcie takich działań mogło wpłynąć na brak w otrzymanym oprogramowaniu typu HIS funkcjonalności umożliwiających obsługę działu rehabilitacji Szpitala oraz pozwalających na wymianę danych z systemem PACS w pracowni RTG.

<sup>28</sup> Porozumienie zaktualizowano 21 lipca 2016 r.

<sup>29</sup> Umowę aneksowano 21 lipca 2016 r.

<sup>30</sup> Jedna wizyta została wykorzystana 3 października 2015 r. w celu m.in. wyłączenia nodów klastra bazodanowego wraz z próbą uruchomienia baz w przypadku wystąpienia problemów. Dokonano również instruktażu odtworzenia backupu. Kolejna wizyta miała miejsce 5 kwietnia 2016 r. i dotyczyła udzielenia pomocy pracownikom Sekcji Statystyki Medycznej przy rozliczaniu świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych oraz rozwiązaniu bieżących problemów związanych z działaniem aplikacji OptiNFZKom.

<sup>31</sup> Asysta powdrożeniowa, zgodnie z § 5 ust. 2 umowy nr PN/18/11/2013 z 27 listopada 2013 r. na dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla Projektu e-Zdrowie, obowiązuje przez trzy lata od odbioru systemów informatycznych (tj. do 14 maja 2018 r.).

Do systemu HIS nie podłączono też laboratorium SP ZOZ z uwagi na chęć zlecenia firmie zewnętrznej świadczenia usług w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, co dokonano 27 września 2016 r. W konsekwencji aplikacje HIS i EDM nie mogły być wykorzystywane do przetwarzania i udostępniania pacjentom oraz lekarzom dokumentacji medycznej wytwarzanej w tych komórkach.

(dowód: akta kontroli str. 136-138, 205, 648-649)

## **1.2. Zapewnienie bezpieczeństwa danych gromadzonych przez SP ZOZ oraz przygotowanie na możliwość wystąpienia sytuacji kryzysowych**

Opis stanu faktycznego

**1.2.1.** Zarządzeniem wewnętrznym Nr 101/2013 z 28 listopada 2013 r. Dyrektor Szpitala wdrożył: Politykę bezpieczeństwa danych osobowych w systemach informatycznych w SP ZOZ w Siemiatyczach (dalej: „Polityka bezpieczeństwa”), Instrukcję zarządzania systemem informatycznym przetwarzającym dane osobowe (dalej: „Instrukcja zarządzania”) oraz Instrukcję postępowania w sytuacji naruszenia ochrony danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 219-241)

W Instrukcji zarządzania zawarto elementy wymagane § 5 pkt 1 – 5 i 8 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<sup>32</sup>. Opisano m.in. sposób nadawania uprawnień do przetwarzania danych osobowych, określono sposób rejestrowania i wyrejestrowania użytkowników z systemów informatycznych, procedurę pracy na stanowisku komputerowym, metodę i częstotliwość tworzenia kopii awaryjnych. Nie opracowano jednak żadnego z wzorów dokumentów przytoczonych w wykazie załączników do ww. instrukcji, dotyczących m.in. wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych czy wniosku o założenie/nadanie uprawnień w systemie informatycznym, co w praktyce uniemożliwiało stosowanie procedur/zaleceń opisanych w przedmiotowym dokumencie.

Natomiast wdrożona Polityka bezpieczeństwa nie posiadała elementów wymaganych w § 4 ww. rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.  
(dowód: akta kontroli str. 221-236)

**1.2.2.** Powołany w trakcie kontroli biegły z zakresu bezpieczeństwa systemów informatycznych stwierdził, że w SP ZOZ nie wdrożono kompletnych wewnętrznych regulacji, których celem byłoby określenie sposobów wypełnienia zapisów, o których mowa w rozdziale IV paragraf 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<sup>33</sup>. Wykonywane czynności dotyczące nadawania dostępu do systemu HIS nie odpowiadają istniejącym regulacjom i nie są dokumentowane. Wykonywane były jednak z należytą starannością gwarantującą, że dostęp do danych systemu HIS nowego użytkownika jest na właściwym poziomie.

Pomimo określenia w Instrukcji zarządzania regulacji dotyczących zmiany i odbierania dostępu do badanego systemu, nie były one realizowane<sup>34</sup>. Nie weryfikowano okresowo adekwatności nadanych uprawnień do systemu, które mogły ulec zmianie (na przykład na skutek zmiany stanowiska, zakresu obowiązków lub komórki organizacyjnej). W związku z tym istnieje ryzyko dostępu do systemu HIS osób nieuprawnionych (które utraciły prawo dostępu do danych na skutek np. ustania stosunku pracy), po uzyskaniu dostępu do pomieszczeń Szpitala i stacji roboczych.

Pomimo braku kompletnych regulacji wewnętrznych dotyczących zapewnienia ochrony przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniami lub zakłóceniami w dostępie do informacji, zaimplementowano mechanizmy minimalizujące

<sup>32</sup> Dz. U. Nr 100 poz. 1024. Rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych”.

<sup>33</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 113.

<sup>34</sup> W pkt. I i II Instrukcji Zarządzania opisano zasady dotyczące rejestrowania i wyrejestrowania użytkowników systemu oraz nadawania uprawnień do przetwarzania danych.

te ryzyka. Kierownik sekcji informatyki SP ZOZ wyjaśnił, że polegały one m.in. na: „*monitorowaniu oprogramowania antywirusowego, automatycznej aktualizacji systemów operacyjnych, weryfikowaniu całości kopii bezpieczeństwa na podstawie logów ArcServ. Poprawność odtworzenia pełnej kopii systemu (backup) została zweryfikowana ostatnio podczas wizyty serwisowej, tj. 10 października 2015 r.*” Następstwem implementacji tych mechanizmów powinno być ich regularne, częste monitorowanie.

W SP ZOZ nie opracowano regulacji wewnętrznych dotyczących zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych, polegającego w szczególności na: dbałości o aktualizację oprogramowania, minimalizowaniu ryzyka utraty informacji w wyniku awarii, zapewnieniu bezpieczeństwa plików systemowych. Pomimo braku tych elementów, wprowadzono rozwiązania minimalizujące ryzyko utraty danych. Kopie bezpieczeństwa przechowywano w jednym pomieszczeniu z danymi produkcyjnymi. Kierownik sekcji informatyki Szpitala wyjaśnił, że: „*rozwiązania dotyczące podniesienia poziomu bezpieczeństwa przechowywania informacji polegały na instalacji oprogramowania do tworzenia kopii bezpieczeństwa, wdrożenia lokalnego systemu aktualizacji oraz zainstalowania systemu antywirusowego z konsolą zarządzania*”.

W wewnętrznych regulacjach nie określono sposobu zabezpieczania urządzeń przenośnych, nie powoduje to jednak konsekwencji w stosunku do badanego systemu HIS, gdyż urządzeń tych nie wykorzystywano dotąd do dostępu do tego systemu.

Sposób realizacji nadawania uprawnień do komponentów i danych systemu HIS był zbliżony do innych systemów informatycznych, w wyniku czego administrator systemu HIS posiadał dostęp do danych medycznych w sposób bezpośredni. W innym przypadku – zdaniem biegłego – kompleksowa weryfikacja poprawnego działania systemu HIS oraz wsparcie użytkowników systemu w zakresie funkcjonalności systemu przez osobę odpowiedzialną za jego działanie byłaby utrudniona lub niemożliwa.

(dowód: akta kontroli str. 229-236, 242-247, 268-270)

Dostęp do systemu HIS odbywał się dwuetapowo. Użytkownik za pomocą konta i hasła logował się do systemu operacyjnego stacji roboczej, a po uruchomieniu systemu HIS podawał identyfikator i hasło. W trakcie kontroli stwierdzono, że dostęp do systemu HIS posiadało, oprócz uprawnionego personelu Szpitala, także 26 byłych jego pracowników, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*. Uprawnienia do aplikacji typu HIS nadawane były na szesnastu poziomach w zależności od wykonywanych zadań, a dostęp do systemu typu EDM mieli jedynie lekarze Szpitala. Aplikacja HIS umożliwiała weryfikację czasu przeprowadzanych w niej operacji, w tym nazwę użytkownika i rodzaju wpisu. Zmiany dokonane w elektronicznej dokumentacji medycznej były odzwierciedlone w systemach informatycznych typu HIS i EDM. Z informacji uzyskanych od producenta oprogramowania wynika, że w systemie HIS i EDM istniała możliwość przeglądania poprzednio wytworzonych wersji dokumentacji medycznych i ich porównywania (dotyczy to dokumentów XML): Administracja > EDM > Indeks Dokumentów. Dokument wytworzony w HIS zostaje od razu przeniesiony do EDM (po zatwierdzeniu w systemie HIS), nie jest w tym celu wymagana żadna ingerencja. Raz wytworzony dokument nie można usunąć z systemów. (dowód: akta kontroli str. 293-294, 610-611)

1.2.3. W SP ZOZ zgody pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym przechowywano razem z dokumentacją medyczną pacjenta. Nie opracowano procedury ich przechowywania i aktualizacji, mimo takiego wymogu określonego w § 5 ust. 5 porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*. Ponadto Dyrektor wyjaśnił, że: „*W Szpitalu nie zakładano i nie pomagano zakładać kont na Portalu Pacjenta dla pacjentów Szpitala z uwagi na fakt, iż nikt z taką prośbą do nas się nie zwracał*”.

(dowód: akta kontroli str. 205, 648-649)

1.2.4. W rozdziale IV pkt. 3 lit. b i c Instrukcji zarządzania ustanowiono, że kopie awaryjne danych osobowych oraz danych konfiguracyjnych systemu informatycznego powinny być wykonywane raz w miesiącu.

Z opinii biegłego wynika, że kopie bezpieczeństwa całych systemów serwerowych użytkowanych przez Szpital wykonywane były codziennie. Proces tworzenia kopii był

monitorowany raz w miesiącu. Kopie przechowywano na macierzy umieszczonej w serwerowni. Dodatkowo bazy danych systemu e-Zdrowie kopiowano raz dziennie na macierz.

W rozdziale IV pkt. 4 Instrukcji Zarządzania opisano procedurę niszczenia zbędnych kopii zapasowych, zgodnie z którą nośniki kopii awaryjnych, które zostały wycofane z użycia, podlegają zniszczeniu, po usunięciu danych osobowych w odpowiednim urządzeniu niszczącym przez administratora systemu informatycznego, w obecności Administratora Bezpieczeństwa Informacji. (dowód: akta kontroli str. 229-236, 243-247)

**1.2.5.** Szpital zgłosił wykonawcy systemów 67 błędów oraz 34 usterki (do 30 listopada 2016 r.). Wszystkie usterki i 64 błędy dotyczyły systemu HIS, zaś pozostałe trzy systemu BI. Ponadto odnotowano trzy awarie krytyczne dotyczące systemu HIS. We wszystkich przypadkach nieprawidłowości zostały usunięte przez wykonawcę zdalnie, w terminach od jednego do 27 dni od zgłoszenia w systemach zgłoszeniowych IZGL lub NCR<sup>35</sup>.

Kierownik sekcji informatycznej w Szpitala wyjaśnił, że: „*W przypadkach wystąpienia awarii/usterek poza ustalonymi godzinami pracy ja dokonuję takich zgłoszeń wsparciu technicznemu – producentowi oprogramowania. Jestem dostępny cały czas pod telefonem i w przypadku wystąpienia takich sytuacji (zgłoszenia telefonicznego) zdalnie łączę się z systemem poprzez szyfrowane łącze, identyfikuję problem i zgłaszam go do wsparcia technicznego. Nie prowadzę rejestru i nigdzie nie zgłaszam usterek, które jestem w stanie samodzielnie usunąć.*” (dowód: akta kontroli str. 248-270)

**1.2.6.** W Szpitalu nie określono instrukcji (procedury) działania w sytuacjach nadzwyczajnych, w tym długotrwałego braku zasilania w energię elektryczną.

Szpital posiadał jeden agregat prądowórczy o mocy 120 kW, pracujący w trybie automatycznym (autostart), zaś szczytowy pobór mocy wynosił 90 kW, co spełniano 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<sup>36</sup>. Czas załączenia agregatu w przypadku utraty zasilania wynosił od 10 do 13 sekund.

Z przedłożonej ewidencji zaników energii elektrycznej oraz czasowego próbnego rozruchu agregatora wynika<sup>37</sup>, że w 2012 roku odnotowano jedną przerwę w dostawie prądu (18 marca przez 2,5 godz.). W 2013 roku stwierdzono trzy takie przerwy, tj. 12 i 25 listopada po 3 godz. 50 min każda oraz godzinną – 5 grudnia. W dniu 26 kwietnia 2014 r. odnotowano trzygodzinną przerwę w dostawie energii elektrycznej. W dniach 18 i 19 lipca 2015 r. stwierdzono dwie dwugodzinne przerwy w dostawie energii elektrycznej. Podobnie w 2016 roku odnotowano dwie przerwy w dostawie prądu (2 czerwca i 5 sierpnia), które trwały odpowiednio 1 godz. i 1 godz. 30 min.

W przedmiotowej ewidencji odnotowywano również próbne rozruchy agregatu prądowórczego. Wynika z niej, że od 16 marca 2012 r. do 8 listopada 2016 r. nie rzadziej niż raz w miesiącu dokonywano próbnego rozruchu silnika agregatu.

Zgodnie pkt. 7 instrukcji obsługi agregatu prądowórczego, zatwierdzonej przez Dyrektora Szpitala w listopadzie 2013 roku, przeglądy zespołu prądowórczego powinny być wykonywane nie rzadziej niż raz na sześć miesięcy. W praktyce dokonywano ich co trzy lata (ostatni 25 maja 2016 r., zaś poprzedni 30 października 2013 r.). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „*W kwietniu 2016 roku poprzedni Dyrektor SP ZOZ podjął decyzję, że przeglądy agregatu prądowórczego (...) będą wykonywane co 12 miesięcy. W maju 2017 roku zlecimy przegląd agregatu firmie zewnętrznej. Brak przeglądów w wyznaczonym przez instrukcję terminie dotyczył trudnej sytuacji finansowej Szpitala i generowania przez ten fakt dodatkowych nakładów finansowych, na które SP ZOZ nie stać. Podkreśliamy jednak, że agregat jest sprawny i przynajmniej raz w miesiącu podlega rozruchowi.*”

(dowód: akta kontroli str. 271-287)

<sup>35</sup> IZGL dotyczy zgłaszania błędów w systemach EOD, EDM i BI, zaś NCR – w systemie HIS.

<sup>36</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 739.

<sup>37</sup> Ewidencję prowadzono od 16 marca 2012 r.

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie opracował i nie wdrożył procedury, określonej w porozumieniu z 21 lipca 2016 r. w sprawie ochrony danych osobowych, dotyczącej sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych, mimo takiego wymogu zawartego w § 5 ust. 5 powyższego porozumienia. Nie opracowano również procedur wewnętrznych w zakresie bezpieczeństwa i trwałości gromadzenia danych, dotyczących m.in. dostępu do danych i miejsca ich przechowywania, czy bieżącego kontrolowania funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia, a także nie dokonywano okresowych ocen skuteczności tych sposobów, mimo takiego obowiązku wynikającego z § 86 ust. 2 rozporządzenia w sprawie wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Kierownik sekcji informatycznej w SP ZOZ wyjaśnił: *„Powodem nieopracowania procedur był m.in. brak przepływu informacji między komórkami organizacyjnymi Szpitala oraz duża ilość innych obowiązków”*. Dodał, że: *„Nie opracowano żadnych uregulowań wewnętrznych dotyczących funkcjonalności programów pozyskanych w ramach Projektu e-Zdowie. Nie przygotowano i nie dokonywano żadnych analiz dotyczących zagrożeń użytkowanych systemów, nie opracowano procedur zabezpieczenia dokumentacji i systemów ich przetwarzania ani innych procedur dotyczących czynności wymienionych w § 86 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (...). Wynikało to z mojego niedopatrzenia i dużej ilości innych obowiązków. Dokumentacja ta zostanie uzupełniona niezwłocznie po zakończeniu kontroli NIK”*.

W konsekwencji nieopracowania procedury dotyczącej sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych, Szpital nie miał informacji o liczbie pacjentów, którzy udzielili taką zgodę.

(dowód: akta kontroli str. 205, 243-247, 268-270, 288-290)

2. Polityka Bezpieczeństwa nie zawiera elementów wymienionych w § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych, zaś Instrukcja zarządzania nie spełniała wymogów określonych w § 5 pkt. 6 i 7 tego rozporządzenia. Kierownik sekcji informatycznej Szpitala wyjaśnił, że: *„Wynikło to z mojego niedopatrzenia. Treść dokumentów była konsultowana z radcą prawnym, który nie wniósł do nich żadnych uwag. W związku z tym byłem przekonany, że są one zgodne z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie”*. (dowód: akta kontroli str. 221-227, 268-270)

Pomimo opracowania w pkt. II Instrukcji zarządzania procedury wyrejestrowywania użytkowników z systemu informatycznego nie sporządzono żadnego z wzorów dokumentów przytoczonych w wykazie załączników do ww. instrukcji, w tym wniosku o założenie profilu/nadanie uprawnień/modyfikację uprawnień w systemie informatycznym. W konsekwencji procedury nie stosowano w praktyce, a na dzień 21 listopada 2016 r. 26 byłych pracowników posiadało dostęp do systemu HIS Szpitala. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że nie opracowano załączników do Instrukcji zarządzania z powodu przeoczenia, zaś niestosowanie zapisów ww. procedury wynikało z *„niewystarczającego przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi Szpitala. W najbliższym czasie braki zostaną usunięte”*. W trakcie kontroli (13 grudnia 2016 r.) ww. 26 osobom odebrano dostęp do systemu HIS.

(dowód: akta kontroli str. 229-236, 288-291)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że kopie bezpieczeństwa przechowywano w jednym pomieszczeniu z danymi produkcyjnymi, co nie zapewnia należytego zabezpieczenia trwałości tych danych. Należy zatem rozważyć okresowe przenoszenie oraz przechowywanie kopii bezpieczeństwa danych poza pomieszczeniami serwerowni, w celu ochrony danych przed utratą na skutek np. pożaru lub włamania. Określenie częstotliwości wnoszenia danych poza serwerownię powinno być wynikiem analizy ryzyk, na jakie te dane są narażone oraz skutków ich utraty.

Natomiast nieprzeprowadzanie okresowych przeglądów agregatu prądotwórczego w terminach wynikających z instrukcji jego obsługi, może wpływać na zapewnienie bezpieczeństwa Szpitala w przypadku zdarzeń związanych z brakiem zasilania.

Szpital uczestniczył w pracach koncepcyjnych na etapie projektowania rozwiązań Projektu e-Zdrowie oraz pracach wdrożeniowych, po wyłonieniu przez UMWP wykonawcy systemów informatycznych. Wnoszone na tym etapie uwagi nie dotyczyły jednak oczekiwanych funkcjonalności systemu HIS. Nie przeprowadzono też konsultacji z personelem na temat oczekiwanych rozwiązań Projektu e-Zdrowie. Mogło to wpłynąć na brak w otrzymanym oprogramowaniu funkcjonalności umożliwiających obsługę działu rehabilitacji Szpitala oraz pozwalających na wymianę danych z system pracowni RTG. W konsekwencji aplikacje HIS i EDM nie mogły być wykorzystywane do przetwarzania oraz udostępniania pacjentom i lekarzom dokumentacji medycznej wytwarzanej w tych komórkach.

Nie wdrożono także procedur wewnętrznych dotyczących sposobu zabierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym oraz zasad korzystania i wykorzystania trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta. 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. Nie były też realizowane procedury dotyczące odbierania uprawnień byłym pracownikom Szpitala. W konsekwencji 26 z nich nadal posiadało uprawnienia umożliwiające dostęp do systemu HIS, w tym do elektronicznej dokumentacji medycznej.

## 2. Stopień wykorzystywania przez SP ZOZ sprzętu oraz rozwiązań informatycznych zakupionych w ramach Projektu

### 2.1. Wydatki związane z realizacją Projektu i wykorzystywanie zakupionego sprzętu

Opis stanu faktycznego

2.1.1. Koszty uczestnictwa Szpitala w Projekcie wyniosły 2.407,9 tys. zł brutto (92% zaplanowanych), z czego 361,2 tys. zł (15%) poniesiono ze środków własnych, a 2.046,7 tys. zł (85%) ze środków europejskich. Koszty zakupu i uruchomienia systemów informatycznych wyniosły 945,8 tys. zł (78% zaplanowanych środków), stworzenie odpowiedniej infrastruktury serwerowo-systemowej Projektu – 351,3 tys. zł (134%), zakup sprzętu informatycznego – 851,6 tys. zł (101%), szkolenia użytkowników – 102,5 tys. zł (95%), a promocja Projektu – 0,8 tys. zł (12%). Szpital partycypował ponadto w kosztach wspólnych Projektu<sup>38</sup>, w tym w kosztach inżyniera kontraktu – 107,2 tys. zł (100%), utworzenia Regionalnej Platformy e-Uslug Medycznych – 47,9 tys. zł (65%), audytu powdrożeniowego – 0,7 tys. zł (6%).

Koszty funkcjonowania Szpitala w latach 2012 – 2015 (tj. gdy realizowano wydatki związane z Projektem) wnosły 101.534,5 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 67, 647)

2.1.2. Szpital poza Projektem poniósł wydatki na zakup 22 drukarek (15 w kwietniu 2015 roku i siedmiu w marcu 2016 roku) w wysokości 11,1 tys. zł. Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Projekt e-Zdrowie przewidywał jedynie zakup drukarek specjalistycznych do wydruku etykiet, kodów kreskowych. Założeniem głównym projektu było wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej i wyeliminowanie papierowego obiegu dokumentów. Nie przewidziano jednak, iż w momencie wdrażania projektu, czyli w okresie dostosowawczym, który nota bene często był przesuwany przez Instytucję Zarządzającą, zapobiegawczo jednostki będą postugiwały się dwoma formami (elektroniczną i papierową). W związku z powyższym w celu poprawności w prowadzeniu i udostępnianiu dokumentacji medycznej, a także zgodnie z wytycznymi NFZ mówiącymi o potrzebie wygenerowania pisemnych oświadczeń pacjenta w wersji papierowej, niezbędne było dokonanie (...) zakupu drukarek laserowych A4”. Zakupione drukarki zainstalowano w oddziałach, poradniach i administracji Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 292-294, 300-303)

<sup>38</sup> Ustalono proporcjonalnie dla każdego podmiotu uczestniczącego w Projekcie e-Zdrowie.

### 2.1.3. W ramach Projektu dokonano następujący odbiorów technicznych:

- 27 marca 2013 r. – pomieszczeń serwerowni wraz z dostawą i montażem okablowania strukturalnego w Szpitalu,
- 6 marca 2015 r. – sprzętu informatycznego w tym: czterech czytników kodów, dwóch specjalistycznych drukarek<sup>39</sup> oraz skanera,
- 24 marca 2015 r. – 36 zestawów komputerowych (stacje robocze z oprogramowaniem i monitorami),
- 12 lipca 2013 r. – sprzętu informatycznego: 49 zestawów komputerowych (stacje robocze wraz z oprogramowaniem i monitorami), skaner, 16 czytników kodów kreskowych oraz siedem specjalistycznych drukarek,
- 7 maja 2014 r. – odbioru i wdrożenia urządzeń sieci LAN, serwerów i urządzeń pamięci masowej wraz z systemami operacyjnymi i wirtualnymi,
- 10 kwietnia 2014 r. – odbioru budowy sieci WAN,
- 19 maja 2014 r. – uruchomienia sieci WAN,
- 24 kwietnia 2015 r. – interfejsu integracyjnego ERP z platformą lokalną wraz z modułem grafiki,
- 19 maja 2015 r. – odbioru okablowania strukturalnego i sieci VPN w Bacikach.  
(dowód: akta kontroli str. 319-346)

Z protokołów odbioru wynika, że część nabytego w ramach Projektu sprzętu komputerowego (49 zestawów komputerowych, jeden skaner, 16 czytników kodów kreskowych oraz siedem drukarek specjalistycznych o wartości 188.569 zł<sup>40</sup>) odebrano 12 lipca 2013 r. Urządzenia te od 28 marca 2014 r. do 4 kwietnia 2015 r., tj. po upływie od ponad ośmiu do ponad 19 miesięcy od otrzymania i rozpoczęcia biegu trzyletniego okresu gwarancji na ten sprzęt, zaczęto sukcesywnie przekazywać do komórek organizacyjnych Szpitala, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.  
(dowód: akta kontroli str. 268-270, 336-341, 616-625)

Do zakończenia kontroli nie wykorzystywano żadnego z 20 zakupionych czytników kodów kreskowych oraz dziewięciu drukarek specjalistycznych, a także dwóch zestawów komputerowych w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym dla dzieci i młodzieży w Bacikach Średnich (o wartości 36,9 tys. zł), co szerzej przedstawiono poniżej, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.  
(dowód: akta kontroli str. 293-299)

**2.1.4.** Działania promocyjne były realizowane poprzez wywieszenie plakatów promujących Projekt na terenie Szpitala, w tym w pobliżu gabinetów lekarskich, a także wyłożenie ulotek na korytarzach i przy recepcji. Na stronie internetowej SP ZOZ umieszczono odnośniki do portalu pacjenta, uruchomionego w ramach Projektu e-Zdrowie. Ponadto w lokalnej gazecie „Głos Siemiatycz” w dniu 2 listopada 2016 r. ukazał się artykuł m.in. promujący Projekt oraz zachęcający do skorzystania z jego funkcjonalności. Brak było w nim jednak informacji o sposobie założenia konta na portalu.  
(dowód: akta kontroli str. 293-294, 349-350, 649-652)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie użytkował 20 czytników kodów kreskowych, dziewięciu drukarek specjalistycznych i dwóch zestawów komputerowych w ZOL w Bacikach Średnich, zakupionych w ramach Projektu za 36,9 tys. zł. W konsekwencji nie drukowano opasek identyfikujących pacjentów na oddziałach. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„SP ZOZ w Siemiatyczach nie użytkuje zakupionego sprzętu (drukarki i czytniki kodów kreskowych w celu identyfikacji pacjenta) ze względów ekonomicznych. Koszt wydruku opaski jest znacznie droższy niż ich zakup. Natomiast z uwagi na fakt braku zakontraktowania psychiatrii dla dzieci i młodzieży w Bacikach Średnich, dla której*

<sup>39</sup> Drukarki przeznaczone do wydruku opasek z kodami kreskowymi dla pacjentów Szpitala.

<sup>40</sup> Faktura VAT 113/MAG/2013 z 9 sierpnia 2013 r.

przewidziano zakup w ramach e-Zdrowia dwóch zestawów komputerowych, są one nieużywane i przechowywane w magazynie".

(dowód: akta kontroli str. 288-299, 321-322, 341-342)

2. SP ZOZ nie użytkował przez okres od ponad ośmiu do ponad 19 miesięcy otrzymanych 12 lipca 2013 r. 49 zestawów komputerowych, skanera, 16 czytników kodów kreskowych oraz siedmiu drukarek specjalistycznych. W tym dniu rozpoczął się też trzyletni okres gwarancji na ten sprzęt. Było to jednak niezależne od Szpitala. Termin dostarczenia sprzętu, okres gwarancji i data rozpoczęcia jej biegu wynikały z umowy zawartej przez Lidera Projektu z dostawcą. Kierownik sekcji informatyki wyjaśnił, że: „Do czasu jego instalacji sprzęt był przechowywany w magazynie”.

(dowód: akta kontroli str. 268-270, 336-341, 616-625)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że prowadzone działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Od 14 maja 2015 r. tylko pięć osób dokonało rezerwacji w Portalu Pacjenta wizyt w poradniach Szpitala, co omówiono w pkt. 2.3.6 wystąpienia pokontrolnego. Zgodnie natomiast z podpisanym porozumieniem partnerskim promocja Projektu należała do Lidera i partnerów.

## 2.2. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę Zakładu

Opis stanu faktycznego

2.2.1. Szpital nie pozyskiwał oprogramowania wspomagającego obsługę administracyjno-finansową. Użytkowano oprogramowanie Info-Medica<sup>41</sup>, które w ramach Projektu zostało zintegrowane z pozostałymi systemami użytkowymi w Szpitalu. Dysponowano następującymi modułami: finansowo-księgowy, gospodarka magazynowa, kadry i płace, środki trwałe i wyposażenie. Oprogramowanie nie posiadało modułu do obliczania/analizy kosztów procedur medycznych. Z wyjaśnień Głównej księgowej wynika, że: „W ramach projektu e-Zdrowie nie został zakupiony moduł do obliczania kosztów jednostkowych procedur medycznych. Nie jestem w stanie określić dlaczego nie zakupiono modułu. Nie uczestniczyłam w pracach związanych z projektem e-Zdrowie”.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że z powodu braku osoby odpowiedzialnej za nadzór nad realizacją Projektu i kompletu dokumentów z nim związanych nie wie dlaczego uznano, iż posiadane oprogramowanie finansowo-księgowe jest wystarczające.

(dowód: akta kontroli str. 68-111, 348, 351-352)

Systemy informatyczne EOD i BI<sup>42</sup> zostały oddane do użytkowania 14 maja 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 umożliwiała m.in. gromadzenie danych statystycznych/raportów w zakresie realizowanych świadczeń i możliwości dotyczących hospitalizacji pacjentów. (dowód: akta kontroli str. 360-366)

2.2.2. W Szpitalu nie opracowano procedur wewnętrznych uwzględniających funkcjonalności programów wspomagających obsługę administracyjno-finansową pozyskanych w ramach Programu.

Zarządzeniem Nr 57 z 28 września 2012 r. Dyrektor Szpitala wprowadził politykę rachunkowości. Przyjęty dokument nie dostosowano do części wymagań określonych w art. 10 ustawy o rachunkowości<sup>43</sup>, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji Ustalone nieprawidłowości. (dowód: akta kontroli str. 205, 370-397)

2.2.3. Główna księgowa wyjaśniła, że: „Koszty jednostkowe procedur medycznych w SP ZOZ w Siemiatyczach są obliczane w sposób ręczny (aktualizowane co 6 miesięcy)”.

(dowód: akta kontroli str. 351-352)

W Szpitalu funkcjonował papierowy obieg dokumentów. Do odbioru korespondencji ze Starostwa Powiatowego w Siemiatyczach SP ZOZ korzystał z systemu obiegu

<sup>41</sup> Oprogramowanie typu ERP.

<sup>42</sup> Elektroniczny Obieg Dokumentów, Biznes Intelligence.

<sup>43</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 330, ze zm.

dokumentów SMART DOC (dokumenty kierowane do Starostwa przekazywano nadal w wersji papierowej), użyczonych przez Starostwo, na podstawie umowy z 7 lipca 2015 r. Użyczający pozyskał przedmiotowe oprogramowanie w ramach projektu: „Wdrażanie elektronicznych usług dla ludności województwa podlaskiego – część II, administracja samorządowa”<sup>44</sup>. Pismem z 10 stycznia 2017 r. Starostwo, w związku z nieużywaniem systemu SMART DOC, wycofało użyczony sprzęt i oprogramowanie ze Szpitala. Natomiast z każdego komputera umieszczonego w poradniach, oddziałach i administracji Szpitala możliwy był dostęp do oprogramowania EOD pozyskanego w ramach Projektu e-Zdrowie, którego nie użytkowano. Wydatki związane z zakupem oprogramowania EOD wyniosły 55,7 tys. zł. Problem ten przedstawiono także w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 293-294, 398-404, 660)

Lokalny system BI umożliwiał generowanie 72 raportów. Analiza 10 z nich wykazała, że siedem<sup>45</sup> generowało dane niezgodne ze stanem faktycznym. Informacje przedstawiane w pozostałych trzech raportach (liczba zgonów, liczba łóżek na oddziałach oraz poziom wykonania kontraktu) były prawidłowe. Problem ten przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”

Kierownik sekcji statystyki medycznej wyjaśniła: „*W bieżącej pracy w systemie BI korzystano jedynie z raportu „Poziom wykonania kontraktu” (kilkukrotnie w ciągu roku). Innych funkcjonalności nie użytkowano. Po raz pierwszy w pełni wykorzystamy możliwości systemu BI po zakończeniu pełnego roku obrachunkowego w celu przygotowania sprawozdań/danych statystycznych do przekazania odpowiednim instytucjom.*”

(dowód: akta kontroli str. 405-492)

W ankiecie przekazanej 18 sierpnia 2016 r. do Lidera Projektu Szpital nie zgłaszał problemów dotyczących niespójności danych wygenerowanych z systemu BI ze stanem rzeczywistym<sup>46</sup> w modułach: koszty ogółem, koszty według rodzajów, liczba i wartość świadczeń niewykonanych do limitu określonego umową, poziom wykonania kontraktu, przychody ogółem, przychody wg. rodzajów oraz wynik finansowy ogółem. Stwierdzono jedynie, że raporty generowane przez dwa moduły (plan finansowy i jego wykonanie oraz wynik finansowy oddziałów) są niezgodne ze stanem faktycznym. Od 11 kwietnia do 20 września 2016 r. Szpital sześciokrotnie zgłaszał do producenta oprogramowania niezgodności danych generowanych z systemu BI ze stanem rzeczywistym<sup>47</sup>.

W dniu 21 grudnia 2016 r. odbyła się wizyta serwisowa autoryzowanego przedstawiciela producenta oprogramowania. Z wyjaśnień kierownika sekcji informatyki Szpitala wynika, że: „*Wizyta miała na celu m.in. wyeliminowanie błędów z raportów BI. Prace integracyjne ciągle trwają. Do dnia dzisiejszego nie dało się wyeliminować wszystkich błędów.*”

(dowód: akta kontroli str. 228, 493-494)

Koszt integracji użytkowanego oprogramowania Info-Medica do wymogów Projektu wyniósł 313,4 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 346-347)

Od 14 listopada 2015 do 23 listopada 2016 r. stwierdzono następującą liczbę logowań pracowników Szpital do systemu BI: informatyk – 46 razy, księgowość – 19, sekcja statystyki medycznej – 10<sup>48</sup>. (dowód: akta kontroli str. 495-496)

**2.2.4.** Od 18 listopada 2014 r. do 16 marca 2015 r. cały personel medyczny i administracyjny Szpitala<sup>49</sup> został przeszkolony w korzystaniu z rozwiązań udostępnionych w ramach Projektu. Szkolenia podzielone zostały na instruktarze stanowiskowe (dla personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek oraz pionu administracyjnego). Odbyły się one przed uruchomieniem systemów uzyskanych w ramach Projektu. W szkoleniu

<sup>44</sup> W ramach tego projektu, umową użyczenia z 20 listopada 2014 r. przekazano Szpitalowi również 14 zestawów komputerowych, jeden skaner oraz czytnik kodów kreskowych. Komputery zainstalowano na stanowiskach w administracji Szpitala.

<sup>45</sup> Koszty ogółem, koszty wg. rodzajów, przychody ogółem, wynik finansowy ogółem, liczba osobodni, średnie wynagrodzenie zasadnicze, hospitalizacje z podziałem na pleć.

<sup>46</sup> Dotyczyło to danych za okres od stycznia do czerwca 2016 roku.

<sup>47</sup> Maile z 11 kwietnia, 17 sierpnia, 2, 16, 20 i 26 września 2016 r.

<sup>48</sup> Z pięciu licencji na użytkowanie systemu BI, jedną przydzielono informatykowi, a po dwie pracownikom sekcji statystyki medycznej i sekcji finansowo-księgowej.

<sup>49</sup> Na dzień 16 marca 2015 r. w Szpitalu pracowało 276 osób.

poświęconym systemowi HIS wzięło udział 276 pracowników, systemu ERP – 10, EOD – 70, systemu EDM – 96, a systemu lokalnego BI – ośmiu. Kierownik sekcji informatyki wyjaśnił: „W przypadkach gdy zostaje zatrudniona nowa osoba nie mająca wcześniej styczności z systemami: HIS, BI czy EDM oraz ERP w zakresie modułu grafików (ogólnie z projektem e-Zdrowie), to zostaje ona przeszkolona przez personel posiadający doświadczenie w obsłudze poszczególnych programów funkcjonujących w ramach Projektu e-Zdrowie lub przez informatyka. Fakt odbycia tych szkoleń nie był w żaden sposób dokumentowany”.

Z wyjaśnień uzyskanych od trzech osób zatrudnionych w Szpitalu po uruchomieniu nowego oprogramowania, wynika że zostały one przeszkolone przez personel posiadający doświadczenie w obsłudze poszczególnych systemów.

(dowód: akta kontroli str. 268-270, 497-519, 529-531)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W Polityce Rachunkowości Szpitala nie określono części elementów wymaganych art. 10 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 (wymóg art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. b tej ustawy),
- opisu algorytmów i parametrów oraz programowych zasad ochrony danych, w szczególności metod zabezpieczenia dostępu do danych i systemów ich przetwarzania (wymóg art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ww. ustawy),
- systemu służącego ochronie danych i ich zbiorów, w tym dowodów księgowych (wymóg art. 10 ust. 1 pkt 4 ustawy o rachunkowości).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „zostało to przeoczone ze względu na ogrom pracy (...) przy wdrażaniu i dostosowywaniu projektu e-Zdrowie do potrzeb Szpitala. W najbliższym czasie braki zostaną usunięte”.  
(dowód: akta kontroli str. 216-217, 370-397)

2. W Szpitalu nie wykorzystywano zainstalowanego w maju 2015 roku systemu elektronicznego obiegu dokumentów (EOD), mimo że stosownie do postanowień § 5 ust. 2 pkt 7 Porozumienia Partnerskiego SP ZOZ zobowiązany był do zasilania danymi systemów i aplikacji wdrożonych w wyniku realizacji Projektu. Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach korzysta z Systemu Obiegu Dokumentów (EOD) użyczonego przez Starostwo Powiatowe w Siemiatyczach (SMART DOC), zamiast uzyskanego w ramach Projektu e-Zdrowie systemu EOD firmy Comarch jedynie w zakresie odbioru korespondencji wysyłanej przez Starostwo Powiatowe w Siemiatyczach z uwagi na fakt, iż organ tworzący SP ZOZ Starostwo Powiatowe realizuje projekt dotyczący rozwoju społeczeństwa informatycznego „Wdrażanie elektronicznych usług dla ludności Województwa Podlaskie” – Cyfrowy Urząd, a wszelkie jednostki mu podległe obejmują tym zakresem. System Smart Doc jest bardziej rozbudowany i umożliwia kontakt z innymi jednostkami administracyjnymi na terenie województwa podlaskiego, za pomocą nowoczesnych technologii internetowych, które są łatwo dostępne poprzez Internet dla interesantów, program Smart Doc czyni urzędy/jednostki im podległe dostępnymi w dowolnie wybranym miejscu i czasie. SP ZOZ nie posiada żadnego wewnętrznego zarządzenia mówiącego o podjęciu decyzji w sprawie wdrożenia systemu (...) opiera się jedynie na dyspozycji Starosty Siemiatyckiego nakazującej od 1 marca 2016 r. stosownie powyższego systemu. Natomiast w związku z zakończeniem stosunku pracy w październiku 2013 roku z osobą odpowiedzialną za realizację projektu e-Zdrowie i brakiem wskazania kolejnej związanej z wdrażaniem projektu, a także zmianą Dyrektora SP ZOZ w sierpniu 2015 roku i czerwcu 2016 roku, nie jesteśmy w stanie ustalić kto i na jakiej podstawie podjął decyzję o nie korzystaniu z systemu EOD e-Zdrowie”. Dodał, że: „SP ZOZ w Siemiatyczach nie był informowany na etapie prac koncepcyjnych o zamysłach projektowych Starostwa oraz o ujęciu Szpitala w ewentualnym programie, dlatego też w związku z powyższym nie zgłaszaliśmy tego faktu liderowi Projektu e-Zdrowie (Urzędowi Marszałkowskiemu Województwa

Podlaskiego). W odpowiedzi na email z dnia 24 czerwca 2014 r. w sprawie przygotowań do wprowadzenia systemu Smart Doc do użytkowania w Szpitalu, w dniu 27 czerwca 2014 r. wystosowaliśmy email do Starostwa Powiatowego w Siemiatyczach oraz Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego z informacją, iż SP ZOZ w Siemiatyczach jest w trakcie wdrażania projektu e-Zdrowie, w którym przewidziane jest oprogramowanie EOD, więc nie widzieliśmy potrzeby dublowania systemów. Żaden z adresatów nie zareagował na wyżej wymienioną informację". Nieużywanie systemu EOD pozyskanego w ramach e-Zdrowia zostało potwierdzone w trakcie wizyty kontrolnej zrealizowanej 22 sierpnia 2016 r. przez Lidera Projektu.

(dowód: akta kontroli str. 293-294, 300-318, 612-615, 627-629)

3. Analiza 10 (z 72 możliwych do sporządzenia raportów) wykazała, że siedem<sup>50</sup> generowało dane niezgodne ze stanem faktycznym. Informacje przedstawiane w pozostałych trzech raportach (liczba zgonów, liczba łóżek na oddziałach oraz poziom wykonania kontraktu) były prawidłowe. Kierownik sekcji statystyki medycznej wyjaśniła, że powodem różnic w liczbie hospitalizacji z podziałem na płeć między Systemem Obsługi Pacjenta a wskazywanych przez BI był fakt nieimportowania do modułu BI systemu świadczeń opieki długoterminowej, zaś rozbieżności między modułami dotyczące osobodni wynikały z ich niespójności. Ustalone nieprawidłowości zostały w trakcie kontroli zgłoszone do producenta oprogramowania<sup>51</sup>. Natomiast główna księgowia Szpitala wyjaśniła, że: „Dane/raporty za II kwartał 2016 roku z systemu księgowego (ERP) Info Medica firmy Asseco są niespójne z raportami uzyskanymi z modułu BI za ww. okres, ponieważ informacje są nieprawidłowo powiązane z odpowiadającymi im danymi w systemie księgowym Szpitala. (...) niespójności danych pomiędzy systemem ERP a BI zostaną poddane szczegółowej analizie z dostawcą oprogramowania (...). Niezgodności zostały zgłoszone do podwykonawcy firmy Asseco (...), która jest odpowiedzialna za integrację pomiędzy systemem ERP i BI<sup>52</sup>”.

(dowód: akta kontroli str. 351-359, 405-492)

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w związku z rozbieżnościami pomiędzy danymi prezentowanymi przez oprogramowanie typu HIS a oprogramowanie BI, narzędzie to nie spełniało w pełni swojej roli w zakresie szybkiego dostępu do analiz mających być podstawą do efektywnego zarządzania Szpitalem. Jakość prezentowanych danych nie mogła być też pomocna do sprawowania przez Starostwo Powiatowe w Siemiatyczach nadzoru nad SP ZOZ, które zgodnie z założeniami Projektu miało dostęp do raportów generowanych w oprogramowaniu BI, nie miało zaś dostępu do systemów dziedzinowych Szpitala (ERP i HIS). Wykorzystywanie bowiem obciążonych błędami danych stwarza istotne ryzyko podjęcia niewłaściwej decyzji, a sporządzenie sprawozdań na podstawie takich informacji stwarza ryzyko przekazania zainteresowanym podmiotom nieprawdziwych danych.

### 2.3. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

Opis stanu faktycznego

**2.3.1.** W ramach Projektu zakupiono systemy HIS i EDM wspomagające obsługę pacjenta. Zostały one oddane do użytkowania 14 maja 2015 r. System HIS umożliwił prowadzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, zaś EDM służył do przeglądania dokumentów wytworzonych w systemie informacyjnym HIS. Licencje na korzystanie z oprogramowania nadano na poszczególne moduły w ramach systemów. I tak np.: dla systemu HIS – 620 licencji (244 dotyczących Modułu Ruch Chorych Oddział, 15 – Modułu Ruch Chorych Poradnia, 112 – Modułu Izba Przyjęć, 77 – Modułu Zlecenia Medyczne, pięć – Modułu Apteka Centralna, siedem – Modułu Rozliczenia z NFZ i Innymi Płatnikami, 157 – Modułu Apteka Oddziałowa, trzy – Modułu Administracja), a dla systemu EDM – 247 licencji. Korzystanie z systemów umożliwiono odpowiednio 326 i 93<sup>53</sup> pracownikom SP ZOZ.

<sup>50</sup> Koszty ogółem, koszty wg. rodzajów, przychody ogółem, wynik finansowy ogółem, liczba osobodni, średnie wynagrodzenie zasadnicze, hospitalizacje z podziałem na płeć.

<sup>51</sup> Mail z 28 listopada 2016 r.

<sup>52</sup> Zgłoszenia mailowe dotyczyły niezgodności danych generowanych z systemu BI ze stanem rzeczywistym i dotyczyły raportów: koszty ogółem, koszty wg. rodzajów. W przypadku raportów dotyczących m.in. przychodów ogółem, kosztów ogółem, przychodów wg. rodzajów, wyniku finansowego ogółem zgłaszano, że raporty były puste. Przekazano pięć zgłoszeń z tego zakresu między 11 kwietnia i 20 września 2016 r.

<sup>53</sup> Dane odpowiednio na 21 listopada oraz 19 grudnia 2016 r.

Kierownik sekcji informatyki wyjaśnił, że: „(...) liczba licencji uzyskanych przez Szpital na oprogramowanie pozyskane w ramach Projektu e-Zdrowie jest wystarczająca”.

(dowód: akta kontroli str. 268-270, 360-366, 520-528)

Na komputerach rozmieszczonych w poradniach i oddziałach Szpitala możliwy był dostęp do systemów medycznych EDM i HIS, z wyjątkiem Poradni Okulistycznej i POZ w Mielniku, które nie były podłączone do systemu e-Zdrowie<sup>54</sup>. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „(...) brak podłączenia Poradni Okulistycznej wynikał z prac koncepcyjnych nad przebudową i remontem istniejącej Przychodni Specjalistycznej przy ul. 11 Listopada i zakładał przeniesienie owej poradni w inne miejsce. W najbliższym czasie Poradnia Okulistyczna zostanie przeniesiona i niezwłocznie podłączona do systemu e-Zdrowie. W przypadku POZ w Mielniku, poprzedni dyrektor planował przekazać go dla gminy”, co nie doszło do skutku.

(dowód: akta kontroli str. 288-290, 293-294)

**2.3.2.** W systemie EDM znajdowały się trzy 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 z wymaganiami opisanymi w „Regulach biznesowych i walidacjach określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na Platformie P1”<sup>55</sup> wynika, że ww. dokumenty posiadają wszystkie elementy wymagane powyższymi regulami.

(dowód: akta kontroli str. 532)

**2.3.3.** Zarządzeniem wewnętrznym Nr 37/2015 z dnia 23 lipca 2015 r. w sprawie wprowadzenia systemu informatycznego „Optimed”, Dyrektor SP ZOZ zobowiązał personel medyczny zatrudniony w Szpitalu (lekarzy i pielęgniarki) do prowadzenia dokumentacji medycznej i wprowadzania wszystkich procedur w systemie HIS programu „Optimed”. W Szpitalu nie ustalono harmonogramów wdrożenia systemów pozyskanych w ramach Projektu ani nie powołano zespołu do jego wdrożenia. Dyrektor wyjaśnił, że: „w związku z licznymi zmianami i rotacją personelu zajmującego się projektem oraz rozwiązaniem stosunku pracy z osobą, która przed 2014 rokiem była odpowiedzialna za wdrażanie programu e-Zdrowie w SP ZOZ w Siemiatyczach nie jestem w stanie odpowiedzieć dlaczego nie ustalono harmonogramu wdrażania oraz nie powołano zespołu ds. wdrażania projektu e- Zdrowie. Wsparciem dla użytkowników korzystających z systemu był Informatyk”.

(dowód: akta kontroli str. 533, 658-659)

**2.3.4.** W Szpitalu funkcjonowało siedem oddziałów leczniczych, dwie izby przyjęć (ogólna i dziecięca) oraz 15 poradni. Dokumentacja medyczna, przy wykorzystaniu systemu HIS, a następnie drukowana do formy papierowej, prowadzona była w czterech poradniach oraz we wszystkich oddziałach leczniczych i w obu izbach przyjęć. W ramach systemu HIS dostępne było 80 dokumentów opracowanych w wersji elektronicznej, z których w bieżącej pracy wykorzystywano 51, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 534-536, 626)

Na podstawie analizy dokumentacji medycznej po pięciu wybranych losowo pacjentów czterech poradni specjalistycznych<sup>56</sup> oraz czterech oddziałów leczniczych<sup>57</sup>, dla których prowadzono dokumentację medyczną z wykorzystaniem systemu HIS, stwierdzono:

- w poradni chirurgicznej spośród trzech lekarzy, tylko jeden prowadził dokumentację medyczną z wykorzystaniem systemu HIS, zaś pozostałych dwóch „papierowo”<sup>58</sup>,
- w poradni ortopedyczno-urazowej spośród pięciu przyjmujących lekarzy, tylko jeden sporządzał dokumentację w formie wydruku z systemu HIS, a pozostali – w wersji „papierowej”,
- w poradni diabetologicznej dokumentacja medyczna wszystkich pięciu wylosowanych pacjentów była prowadzona w formie wydruku z wersji elektronicznej,

<sup>54</sup> Do systemu nie podłączono również laboratorium, mimo że usługi laboratoryjne dopiero od 27 września 2016 r. zostały powierzone firmie zewnętrznej oraz kuchni.

<sup>55</sup> Dostępnych na stronie internetowej <http://www.csioz.gov.pl/HL7POL/pl-cda-html-pl-PL/>.

<sup>56</sup> Poradnie: chirurgiczna, diabetologiczna, neurologiczna i ortopedyczno-urazowa.

<sup>57</sup> Oddziały: chirurgiczny, wewnętrzny, pediatryczny oraz anestezjologii i intensywnej terapii.

<sup>58</sup> Spośród pięciu pacjentów objętych badaniem, dokumentację medyczną trzech prowadzono z wykorzystaniem systemu HIS, zaś dokumentacja dwóch pozostałych była prowadzona w sposób tradycyjny.

- w poradni neurologicznej dokumentację medyczną prowadzono w dwóch formach, tj. z wykorzystaniem systemu HIS oraz „papierowo”. Jednak analiza historii chorób pięciu pacjentów wykazała, iż tylko w jednym przypadku informacje zawarte w obu wersjach były identyczne. W pozostałych czterech dokumentacja wydrukowana z systemu HIS zawierała mniej informacji niż prowadzona tradycyjnie.

We wszystkich czterech oddziałach leczniczych objętych badaniem dokumentację medyczną prowadzono w wersji elektronicznej, w formie wydruków z systemu HIS, z wyjątkiem kart zleceń lekarskich oraz części dokumentacji pielęgniarskiej<sup>59</sup>. Zagadnienie to szerzej omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.  
(dowód: akta kontroli str. 537-542)

**2.3.5.** Z wyjaśnień pielęgniarek oddziałowych lub kierowników sześciu (z siedmiu) oddziałów szpitalnych oraz trzech (z czterech) poradni specjalistycznych SP ZOZ, w których prowadzono dokumentację medyczną pacjentów z wykorzystaniem systemu HIS<sup>60</sup> wynika, że nie sprawiało to personelowi medycznemu trudności oraz nie spowodowało zwiększenia obciążenia pracami administracyjnymi, a także nie zmniejszyło czasu jaki należało poświęcić pacjentom.

Natomiast z wyjaśnień pielęgniarki oddziałowej Oddziału Wewnętrznego wynika, że: *„(...) prowadzenie dokumentacji medycznej na oddziale (...) w formie elektronicznej spowodowało zwiększenie obciążenia personelu pracami administracyjnymi, a w konsekwencji zmniejszeniem czasu poświęconego pacjentom. Bardzo dużo czasu zajmuje pielęgniarkom rozliczanie leków na pacjenta oraz konieczność wielokrotnego logowania się podczas dyżuru”*. Kierownik poradni neurologicznej wyjaśnił, że: *„Prowadzenie dokumentacji elektronicznej, następnie powielanie jej w formie papierowej znacznie ogranicza ramy czasowe pracy, ogranicza czas pracy należny dla właściwego, dokładnego (...) zbadania pacjenta (...)”*.  
(dowód: akta kontroli str. 543-553)

**2.3.6.** Wizyty do poradni specjalistycznych prowadzonych przez SP ZOZ poprzez Portal Pacjenta zarejestrowało pięć osób. Wszystkie odbyły się w zaplanowanym terminie.

(dowód: akta kontroli str. 554, 630-640)

Z zestawienia sporządzonego przez Szpital na podstawie list pacjentów oczekujących na wizytę do specjalistycznych poradni prowadzonych przez SP ZOZ na dzień 2 grudnia 2016 r. wynika, że w 13 poradniach (z 15) pacjenci stabilni jak i mający skierowanie w trybie pilnym byli przyjmowani na bieżąco, tj. w dniu zgłoszenia się do placówki. W pozostałych dwóch przypadkach, tj. w poradni kardiologicznej pierwszy wolny termin dla pacjenta stabilnego wyznaczono na 7 marca 2017 r., zaś dla pacjentów potrzebujących pilnej konsultacji – 3 grudnia 2016 r. Natomiast w poradni rehabilitacyjnej na fizjoterapię ambulatoryjną dla dorosłych i dzieci pierwszy wolny termin dla pacjentów stabilnych wyznaczono odpowiednio na 23 stycznia 2017 r. i 5 grudnia 2016 r., zaś w przypadku pacjentów ze skierowaniem w trybie pilnym odpowiednio – na 12 i 2 grudnia 2016 r. W wyniku porównania danych ujętych w ww. zestawieniu z informacjami uzyskanymi z rejestracji działających przy poszczególnych poradniach nie stwierdzono rozbieżności.

(dowód: akta kontroli str. 555-563)

W dniu 2 grudnia 2016 r. poprzez Portal Pacjenta dokonano próby ustalenia dat najbliższych terminów wizyt do wszystkich 15 działających przy SP ZOZ poradni specjalistycznych. Za pośrednictwem ww. portalu możliwe było umówienie się na wizytę do dwunastu z nich. W 11 przypadkach, jako termin wizyty, wskazywano najbliższy dzień, w którym dana poradnia udzielała świadczeń. W kolejnym (poradnia kardiologiczna) jako termin najbliższej wizyty wskazano 6 grudnia 2016 r., tj. dzień w którym była ona nieczynna. Natomiast w sposób tradycyjny możliwe było zarejestrowanie się dopiero na 7 marca 2017 r., tj. później o 91 dni od terminu wskazanego na Portalu Pacjenta. Do pozostałych

<sup>59</sup> M.in. nie prowadzono w wersji elektronicznej: indywidualnej dokumentacji pielęgniarskiej pacjenta, pielęgniarskiej karty procesu pielęgnowania pacjenta, wywiadu epidemiologicznego dotyczącego pacjenta z okresu 8 m-cy przed przyjęciem do Szpitala.

<sup>60</sup> Izby przyjęć (dziecięca i ogólna), oddziały lecznicze oraz poradnie: ortopedyczno-urazowa, chirurgiczna, diabetologiczna oraz neurologiczna.

trzech poradni tj.: neonatologicznej, rehabilitacyjnej oraz leczenia uzależnień pacjenci nie mieli możliwości rezerwacji wizyt poprzez Portal Pacjenta.

Ponadto przy próbie dokonania rejestracji do poszczególnych poradni za pośrednictwem Portalu Pacjenta nie było możliwości wyboru lekarza (z wyjątkiem poradni kardiologicznej). Natomiast pacjenci dokonujący rejestracji telefonicznej lub bezpośrednio w rejestracji mieli taką możliwość. Zagadnienia te szerzej omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Szpital nie wprowadził żadnych ograniczeń czasowych w zakresie dokonywania rejestracji poprzez Portal Pacjenta. Umożliwiono pacjentom rejestrację wizyt do 11 (z 15) poradni specjalistycznych Szpitala w godzinach ich pracy, co uwzględniało postanowienia art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>61</sup>.

W SP ZOZ nierzetelnie prowadzono rejestr pacjentów oczekujących do poradni kardiologicznej, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 140-172, 564-581, 584-593, 641)

**2.3.7.** Szkolenia zrealizowane przez dostawcę oprogramowania nie obejmowały swoim zakresem obsługi Portalu Pacjenta z poziomu systemu HIS. Kierownika sekcji informatyki wyjaśnił, że: „Firma odpowiedzialna za zainstalowanie i uruchomienie systemów w ramach Programu e-Zdrowie nie przeszkoliła pracowników Szpitala w zakresie obsługi Portalu Pacjenta z poziomu systemu HIS. Na podstawie przekazanej Instrukcji sam przeszkoliłem pracowników Szpitala”. (dowód: akta kontroli str. 268-270, 594-605)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „głównym problemem z jakim boryka się Szpital podczas realizacji Projektu jest długoletnie przyzwyczajenie części personelu medycznego do prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji papierowej oraz ciągły problem w pełnym wyegzekwowaniu obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej w systemie HIS. Fakt licznych zmian i rotacji w personelu zajmującym się projektem oraz rezygnacja z pracy z osobą, która przed 2014 rokiem była odpowiedzialna za jego wdrażanie również negatywnie wpłynęły na cały proces wdrożeniowy. System HIS jest nie intuicyjny co utrudnia szczególnie osobom starszym jego użytkowanie”.

(dowód: akta kontroli str. 658-659)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W Szpitalu nie prowadzono w systemie typu HIS kompletnej dokumentacji medycznej przewidzianej rozporządzeniem w sprawie wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania, bowiem:
  - w 11 (z 15) poradniach specjalistycznych działających przy SP ZOZ, tj.: kardiologicznej, alergologicznej, neonatologicznej, chorób płuc i gruźlicy, okulistycznej, laryngologicznej, dermatologicznej, ginekologicznej, rehabilitacji leczniczej, psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz w POZ w Mielniku nie wykorzystywano systemu HIS do wytwarzania dokumentacji medycznej,
  - w kolejnych dwóch poradniach specjalistycznych (chirurgicznej i ortopedyczno-urazowej) tylko dwóch (z ośmiu) lekarzy prowadziło dokumentację medyczną za pomocą tej aplikacji,
  - w poradni neurologicznej informacje pochodzące z wersji „papierowej” i elektronicznej były odmienne,
  - w czterech oddziałach leczniczych Szpitala objętych badaniem (wewnętrznym, pediatrycznym, anestezjologii i intensywnej terapii oraz chirurgicznym) systemu HIS nie wykorzystywano do prowadzenia od trzech do pięciu rodzajów dokumentacji medycznej (karty zleceń lekarskich i części dokumentacji pielęgniarskiej),
  - wykorzystywano 51 z 80 dokumentów opracowanych w wersji elektronicznej.

<sup>61</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

Postępowanie takie naruszało postanowienia zarządzenia wewnętrznego Nr 37/2015 z dnia 23 lipca 2015 r. Dyrektora SP ZOZ zobowiązującego lekarzy i pielęgniarki do prowadzenia dokumentacji medycznej i wprowadzania wszystkich procedur w programie „Optimed” oraz § 5 ust. 2 pkt 7 Porozumienia Partnerskiego, zgodnie z którym Szpital zobowiązał się do zasilania danymi systemów i aplikacji wdrożonych w Projekcie. Dyrektora ds. Medycznych Szpitala wyjaśnił, że: „Z uwagi na długoletnią praktykę, która ciągle obowiązuje wśród „starszego personelu” Szpitala, nie prowadzi się kompletu dokumentacji medycznej w programie „OPTIMED” (...), mimo że Dyrektor SP ZOZ (...) zobowiązał personel medyczny zatrudniony w Szpitalu (lekarzy i pielęgniarki) do prowadzenia owej dokumentacji i wprowadzania wszystkich wykonywanych procedur w ww. programie. W najbliższym czasie ponownie personel zostanie przeszkolony i zobligowany do jej prowadzenia w systemie elektronicznym, a Dyrekcja położy większy nacisk na wyegzekwowanie tego obowiązku wśród personelu. Podobnie ma się sytuacja w poradniach (...) dokumentacja medyczna w ww. komórkach jest ciągle prowadzona w wersji papierowej z uwagi na problem z wyegzekwowaniem obowiązku nałożonego przez Dyrektora (...). Ponadto poradnie cechują się dużą ilością pacjentów, a lekarze i pielęgniarki mają natłok obowiązków wynikających z realizacji kontaktu. Nieprawidłowości w tym zakresie zostaną jednak w trybie pilnym usunięte”. Dyrektor wyjaśnił też, że: „(...) nie wykorzystuje się wszystkich opracowanych i udostępnionych w systemie OPTIMED wzorów dokumentacji medycznej z powodu długoletnich przyzwyczajeń części personelu medycznego do prowadzenia dokumentacji medycznej w wersji papierowej oraz ciągłymi problemami w pełnym wyegzekwowaniu obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej (...) w systemie HIS”.

Natomiast kierownik poradni neurologicznej wyjaśnił, że: „Obsada w poradni jest jednoosobowa, nie ma zatrudnionej pielęgniarki. Specyfika poradni dotyczy często osób niedołącznych, poruszających się przy pomocy kul łokciowych, baloników i wózków inwalidzkich, rejestracja pacjenta jest przyjęta co 10 min. W okresie 10 min. powinieniem przeprowadzić badanie (...) przedmiotowe, neurologiczne (...) ocenić badania dodatkowe (...) sporządzić dokumentację w formie papierowej z pełnym wydrukiem i badaniem neurologicznym, zaordynować leki (...), zlecić badania dodatkowe, poinformować badanego o stanie zdrowie, rozpoznaniu klinicznym (...), zleconych lekach (...). Dlatego na rozbudowaną i pełną informację w wersji elektronicznej (...) brakuje czasu (...). Być może pełna obsada w/w poradni pozwoliłaby na odciążenie lekarza, który mógłby zająć się badaniem pacjenta, co jest najważniejsze”.

(dowód: akta kontroli str. 29-66, 533-544, 606-609, 626)

Niewytwarzanie w części komórek organizacyjnych Szpitala dokumentacji medycznej lub wybiórcze jej prowadzenie za pomocą aplikacji HIS powoduje, że nie są one dostępne w aplikacji EDM i w konsekwencji także dla lekarzy i pacjentów, co może zniechęcać potencjalnych użytkowników do korzystania z Portalu Pacjenta z powodu niekompletnych danych w nim umieszczanych lub ich braku.

2. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej przewidzianej rozporządzeniem w sprawie wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania, w tym wytworzonej z wykorzystaniem programu 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. W przedmiotowej aplikacji znajdowały się – w formach wytworzonych w HIS – karta informacyjna, skierowanie oraz historia zdrowia i choroby ambulatoryjna. Do systemu nie przekazywano natomiast recept, zleceń na zaopatrzenie, historii choroby z kartą obserwacji z oddziałów szpitalnych czy orzeczeń i opinii lekarskich, chociaż wytwarzane były w systemie HIS. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „(...) z udzielonych od producenta oprogramowania informacji wynika, że do systemu EDM przekazywane są następujące dokumenty: karta informacyjna, skierowanie oraz historia zdrowia i choroby ambulatoryjna. Inne dokumenty nie są ujmowane w EDM”.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca jedna uwagę, że w Studium Wykonalności Projektu, sporządzonym przez Lidera, przewidziano, że system EDM pozwalać będzie na przechowywanie kompletnej dokumentacji medycznej pacjenta w postaci elektronicznej. (dowód: akta kontroli str. 532, 653-657)

3. W Szpitalu rejestr oczekujących pacjentów do poradni kardiologicznej prowadzono w formie pisemnej. Odnotowywano w nim kolejny numer wpisu, datę i godzinę wizyty, dane pacjenta i PESEL, adres świadczeniobiorcy i podpis osoby dokonującej wpisu, co było niezgodne z wymogami art. 20 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej ze środków publicznych i uniemożliwiało weryfikację kolejności zgłoszenia pacjentów do tej poradni. (dowód: akta kontroli str. 641)

4. Pacjenci nie mieli możliwości poprzez Portal Pacjenta umówić się na wizytę do trzech poradni: neonatologicznej, rehabilitacyjnej oraz leczenia uzależnień, a przeprowadzona 2 grudnia 2016 r. próba zarejestrowania wizyty do tej poradni kardiologicznej poprzez ten Portal wykazała, że najbliższy termin wizyty wyznaczono na dzień, w którym była ona nieczynna (6 grudnia 2016 r.), podczas gdy faktycznie możliwe było zarejestrowanie się dopiero na 7 marca 2017 r., tj. o 91 dni później (podwodem było niewprowadzanie harmonogramu przyjęć do aplikacji elektronicznej). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Brak możliwości rejestracji pacjenta online przez Portal Pacjenta w poradni neonatologicznej, poradni rehabilitacji oraz poradni leczenia uzależnień wynika z błędnej konfiguracji poradni. Niezwłocznie zostaną podjęte działania w celu usunięcia problemu”. Wyjaśnił też, że: „Rozbieżność między godzinami pracy w Poradni Kardiologicznej w SP ZOZ w Siemiatyczach, wynika z częstych rotacji lekarzy i częstych zmianach harmonogramu przyjęć. Pracownicy nie zdążyli zaktualizować harmonogramu na czas. W celu wyeliminowania niniejszej sytuacji w przyszłości położę większy nacisk na wyegzekwowanie od pracowników uaktualnienia harmonogramu w systemie Optimed na bieżąco”.

Rejestracja do 14 poradni specjalistycznych za pośrednictwem Portalu Pacjenta nie umożliwiało dokonania wyboru lekarza (z wyjątkiem poradni kardiologicznej), podczas gdy taką możliwość mieli pacjenci dokonujący rejestracji telefonicznej lub bezpośrednio w rejestracji Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Brak widoczności imiennych grafików lekarzy po stronie Portalu Pacjenta wynika najprawdopodobniej z problemów integracyjnych pomiędzy platformą firmy Comarch, a Asseco. Niestety do dnia dzisiejszego tj. 12.12.2016 r. pomimo wymiany informacji z dwoma wyżej wymienionymi firmami nie udało się rozwiązać problemu”.

(dowód: akta kontroli str. 136-140, 560-585, 641)

5. Nie drukowano opasek identyfikujących pacjentów na oddziałach, co szczegółowo opisano w pkt 2 wystąpienia.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że nieprowadzenie lub wybiórcze prowadzenie dokumentacji medycznej z wykorzystaniem systemu HIS oraz nieprzekazywanie całości dokumentacji medycznej do systemu EDM może zniechęcać potencjalnych użytkowników do korzystania z Portalu Pacjenta z powodu niekompletnych danych w nim umieszczanych lub ich braku. Podobny skutek może mieć niemożliwienie rejestracji poprzez ten Portal do poradni neonatologicznej, rehabilitacyjnej i leczenia uzależnień oraz nierzetelna rejestracja do poradni kardiologicznej. W Szpitalu nie ustalono harmonogramów wdrożenia systemów pozyskanych w ramach Projektu ani nie powołano zespołu do jego wdrożenia. Taki sposób wdrażania istotnych zmian, głównie w tworzeniu dokumentacji medycznej, przy jednoczesnym nieprzeprowadzeniu konsultacji z personelem medycznym SP ZOZ na temat oczekiwanych rozwiązań programu typu HIS, mógł mieć wpływ na poziom wykorzystania otrzymanych w ramach Projektu aplikacji.

Ocena cząstkowa

Szpital nie w pełni zrealizował zapisy przewidziane w Studium Wykonalności Projektu i we wniosku o jego dofinansowanie. Poszczególne oddziały lub poradnie nie prowadziły dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej lub prowadziły ją w niepełnym zakresie, mimo zarządzenia wewnętrznego dyrektora Szpitala, zobowiązującego lekarzy i pielęgniarki do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w programie „Optimed”. Ponadto do systemu EDM nie przekazano całości dokumentacji medycznej, także wytworzonej

z wykorzystaniem programu HIS. W konsekwencji pacjentom i lekarzom (także z innych podmiotów leczniczych) nie zapewniono dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, chociaż było to jednym z głównych założeń Projektu. Pacjentom uniemożliwiono dokonanie rejestracji w wizytę poprzez Portal Pacjenta do trzech poradni specjalistycznych, zaś próba rejestracji do poradni kardiologicznej okazała się nieskuteczna. Nie użytkowano też oprogramowania do elektronicznego obiegu dokumentów, a spośród 10 analizowanych raportów z systemu typu BI, tylko trzy przedstawiały prawidłowe dane. Nie wykorzystywano też w bieżącej działalności pozyskanych specjalistycznych drukarek oraz czytników kodów, a także dwóch zestawów komputerowych, co skutkowało niewytworzeniem, przewidzianych w Projekcie, opasek identyfikujących pacjentów. W konsekwencji realizacja Projektu nie w pełni wpłynęła na poprawę dostępności usług medycznych oraz nie zapewniła przetwarzania dokumentów medycznych wyłącznie w formie elektronicznej, zaś pacjenci nie uzyskali możliwości zdalnego dostępu do kompletu dokumentacji medycznej. Uczestnictwo w Projekcie nie miało też wpływu na jakość zarządzania Szpitalem. Jednym z powodów były nieskuteczne działania promocyjne Projektu, które nie spowodowały wzrostu zainteresowania mieszkańców regionu wykorzystywaniem dostępnych funkcjonalności (tylko pięć osób umówiło wizyty do poradni poprzez Portal Pacjenta).

#### **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<sup>62</sup> wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od pracowników Szpitala wykorzystywania oprogramowania zakupionego w ramach Projektu, w tym umożliwienie lekarzom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej, a pacjentom Szpitala – także rejestracji wizyty poprzez Portal Pacjenta.
2. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu typu BI, umożliwiającego wykorzystywanie jego możliwości do zarządzania Szpitalem.
3. Prowadzenie rejestru pacjentów oczekujących na wizytę do poradni kardiologicznej (w wersji papierowej) stosownie do wymogów art. 20 ust. 1 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Przestrzeganie regulacji określonych w Instrukcji zarządzania dotyczących zmian i odbierania dostępu do posiadanego systemu informatycznego.
5. Dostosowanie Polityki bezpieczeństwa oraz instrukcji zarządzania do wymogów zawartych odpowiednio w § 4 i § 5 pkt. 6 i 7 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych.
6. Wdrożenie procedur wewnętrznych wymaganych w § 5 ust. 5 i § 10 ust. 7 porozumienia z 21 lipca 2016 r. w sprawie ochrony danych osobowych na poziomie regionalnym.
7. Wdrożenie procedur w zakresie gromadzenia i dostępu do miejsca przechowywania danych, a także bieżącego monitorowania prawidłowości funkcjonowania wszystkich organizacyjnych i techniczno-informatycznych sposobów zabezpieczenia tych danych, stosownie do zapisów § 86 ust. 2 rozporządzenia w sprawie wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.
8. Dostosowanie polityki rachunkowości Szpitala do wymagań określonych art. 10 ustawy o rachunkowości.

#### **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

<sup>62</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag i  
wykonania wniosków

21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku.

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.

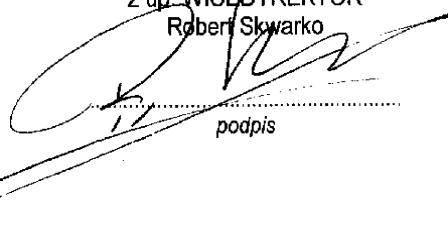
W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Białystok, dnia 10 luty 2017 r.

Kontroler  
Piotr Jurkin  
starszy inspektor kontroli państwowej

  
.....  
podpis

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

  
.....  
podpis