



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.025.04.2016

P/16/059



00571217

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(wystąpienie pokontrolne z dnia 10 lutego 2017 r., zmienione zgodnie z treścią uchwały Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 18 kwietnia 2017 r. KPK-KPO.443.048.2017, podjętej w sprawie zastrzeżeń)

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
Kontroler	Adrian Gosk – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/99/2016 z 14 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o., ul. Papieża Jana Pawła II 3, 18-300 Zambrów (dalej: Szpital lub Spółka)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bogusław Dębski – Prezes Zarządu ¹

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Realizacja w Szpitalu projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie³ nie przyniosła wszystkich korzyści określonych w Studium Wykonalności PSleZ oraz we wniosku o dofinansowanie Projektu, mimo upływu ponad 20 miesięcy od uruchomienia w Szpitalu jego komponentów (kwiecień – maj 2015 r.) i wydatkowania na ten cel 1.760,3 tys. zł ze środków własnych i UE. Wynikało to przede wszystkim z nieskutecznego wdrożenia funkcjonalności otrzymanych systemów informatycznych⁴.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital w ramach Projektu zakupił m.in. sprzęt komputerowy, systemy informatyczne typu ERP, EOD, BI, EDM oraz zintegrował nabyte oprogramowanie z posiadanym systemem typu HIS⁵, a także uzyskał dostęp do Portalu Menedżerskiego. Pozyskane aplikacje nie były jednak w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją Projektu, w tym:

- do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej przewidzianej w Studium Wykonalności i Programie Funkcjonalno-Użytkowym 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 systemu BI, zakupionego za 8,2 tys. zł, który ponadto nie pozwalał wygenerować dwóch z 10 analizowanych raportów, a kolejnych pięć było niezgodnych z danymi źródłowymi z programów HIS bądź ERP,

¹ Funkcję pełni od 24 czerwca 2011 r. Wcześniej (od 30 września 2002 r. do 24 czerwca 2011 r.) Prezesem był Wojciech Przemysław Chrzanowski.

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: „PSleZ” lub „Projektem”. Realizowano go 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 Kontrolą objęto lata 2011 – 2016.

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

- Szpital otrzymał dostęp do zbędnego Portalu Menedżerskiego, za który zapłacono 47,1 tys. zł, gdyż był on dedykowany organom założycielskim zakładów opieki zdrowotnej i posiadał funkcjonalności dostępne w innym programie (BI),
- nie używano modułu systemu informatycznego typu ERP do kalkulacji kosztów procedur medycznych oraz nie wprowadzono elektronicznego obiegu dokumentów, co miało być wykonane za pomocą systemu EOD (za moduł i aplikację EOD zapłacono odpowiednio 17,2 tys. zł i 55,9 tys. zł),
- dopiero w trakcie kontroli NIK (w grudniu 2016 roku) wprowadzono politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, o których mowa w § 3 ust. 1 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 osobowych⁶.

Jednymi z głównych przyczyn tych nieprawidłowości może być nieopracowanie harmonogramu wdrożenia Projektu, niewprowadzenie obowiązku wykorzystywania nabytych aplikacji, ani niepowołanie zespołów do wdrożenia oraz nieprowadzenie na etapie projektowania i wdrażania PSleZ konsultacji z personelem na temat oczekiwanych rozwiązań pozyskiwanego oprogramowania.

Tymczasem w Studium Wykonalności PSleZ oraz wniosku o jego dofinansowanie, sporządzonych przez Lidera Projektu⁷ 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 powtarzanych oraz na obniżenie kosztów przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. Ponadto portal pacjenta PSleZ umożliwić miał zdalną rejestrację na wizytę w Szpitalu. Z kolei system kontrolno-zarządczy pozwolić miał m.in. na ułatwienie zarządzania Szpitalem poprzez wdrożenie narzędzi analityczno-raportowych oraz elektronicznego obiegu dokumentów.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że prowadzone działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Do czasu kontroli tylko dwie osoby zarejestrowały się na wizyty w poradniach Szpitala poprzez portal pacjenta PSleZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja zobowiązań w zakresie tworzenia i realizacji Projektu

1.1. Uczestnictwo Szpitala w projektowaniu rozwiązań dotyczących PSleZ

Opis stanu faktycznego

W marcu 2011 roku Spółka przystąpiła do konkursu dotyczącego wyłonienia podmiotu spoza sektora finansów publicznych przy realizacji Projektu, a Zarząd Województwa Podlaskiego 15 marca 2011 roku dokonał wyboru Szpitala na swojego partnera. Zdaniem Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala, przygotowania do udziału w Projekcie trwały od kilku lat. Szpital zgłoszony został pierwotnie do udziału w PSleZ przez udziałowcę (Powiat Zambrowski), stąd brak jest Spółce dokumentacji z tamtego okresu.

Szpital na etapie przygotowania do udziału w Projekcie (luty 2010 roku) nie posiadał oprogramowania pozwalającego na zorganizowanie elektronicznego obiegu dokumentów (EOD) oraz systemu umożliwiającego wycenę poszczególnych procedur medycznych, natomiast zadeklarował posiadanie następującej infrastruktury techniczno-informatycznej oraz oprogramowania:

- 42 komputerów (pochodzących z lat 1997 – 2003), 20 drukarek laserowych (nie określono okresu ich użytkowania), czterech serwerów (z lat 1996 – 2007), dwóch

⁶ Dz. U. Nr 100, poz. 1024 ze zm. Rozporządzenie dalej zwane „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych”.

⁷ Województwo Podlaskie, którego zadania wykonywał Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego.

- urządzeń wielofunkcyjnych (z lat 2008 – 2009) oraz jednego skanera (zakupionego w 2006 roku),
- systemów informatycznych wspomagających obsługę pacjenta (HIS): „KS-Somed”, „KS-Medis”, „KS-Solab” oraz „KS-ASW” (z lat 2006 – 2009),
- systemów obsługujących obszar administracyjno-finansowy Szpitala (ERP), tj. „Finanse i Księgowość” oraz „Kadry-Płace” (poszczególne moduły tych programów pochodziły z lat 2002 – 2008),
- wewnętrznej sieci LAN (bez serwerowni).

Zapotrzebowanie Szpitala w ramach Projektu w listopadzie 2010 roku oszacowane zostało na 12 komputerów, jeden skaner i kompletne wyposażenie serwerowni oraz oprogramowanie: ERP, EOD, EDM, a także integrację posiadanego systemu HIS. Na tym etapie Spółka nie zgłaszała zapotrzebowania na dostęp do Portalu Menedżerskiego oraz oprogramowanie BI. (dowód: akta kontroli str. 4-5, 30-70)

Zasady współpracy pomiędzy Szpitalem a Liderem zostały wstępnie określone w porozumieniu partnerskim z 31 marca 2011 roku, a następnie w trzech kolejnych porozumieniach⁸, wprowadzających zmiany dotyczące m.in. wartości, zakresu i harmonogramu Projektu. Zgodnie z zapisami porozumień, zadaniem Szpitala było m.in.: [1] zapewnienie finansowania wkładu własnego, [2] współpraca z Liderem, [3] obowiązek zasilania danymi systemów i aplikacji wdrożonych w Projekcie, [4] osiągnięcie wskaźników Projektu oraz zapewnienie trwałości przez pięć lat od dnia zakończenia jego realizacji, [5] promocja Projektu. Zadaniem Lidera było zaś m.in.: [1] przygotowanie dokumentacji technicznej Projektu, [2] uzyskanie niezbędnych uzgodnień i decyzji finansowo-prawnych warunkujących jego realizację, [3] przygotowanie Studium Wykonalności Projektu (wraz z załącznikami w postaci programu funkcjonalno-użytkowego oraz zakresu rzeczowo-finansowego), [4] przeprowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych i zawieranie umów na realizację zadań w ramach Projektu, [5] współfinansowanie części wspólnej PSleZ⁹, [6] promocja i nadzór nad realizacją Projektu oraz jego trwałością. Jednocześnie, zgodnie z zapisami porozumień, Szpital udzielił pełnomocnictwa Liderowi do przeprowadzenia postępowań o udzielenie zamówień publicznych i zawarcia umów w jego imieniu.

Koszty Projektu (w części dotyczącej Szpitala) zaplanowano pierwotnie na 1.484,5 tys. zł brutto, a ostatecznie na 1.770,7 tys. zł (z czego Spółka ze środków własnych pokryła 265,6 tys. zł). Na tę kwotę składały się koszty:

- zakupu i uruchomienia systemów informatycznych¹⁰ (675,2 tys. zł),
- wykonania infrastruktury serwerowo-systemowej (562,9 tys. zł),
- budowy sieci WAN (216,2 tys. zł),
- zakupu sprzętu informatycznego (126,8 tys. zł),
- utworzenia Portalu Menedżerskiego (46,7 tys. zł),
- szkoleń użytkowników (40,1 tys. zł).

Ponadto Spółka zobowiązała się do udziału w kosztach wspólnych, związanych z opłaceniem usług inżyniera kontraktu (53,6 tys. zł), utworzeniem Regionalnej Platformy E-usług (47,9 tys. zł), usługami audytorskimi (0,7 tys. zł) oraz promocją Projektu (0,6 tys. zł).

Zdaniem Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala, dodanie do Projektu Portalu Menedżerskiego (równoległe do zakupu programu BI) nastąpiło z woli Lidera, a Spółka potraktowała to jako element obowiązkowy, z którego nie mogła zrezygnować. Spółka nie informowała o tej sprawie Powiatu Zambrowskiego, ponieważ był

⁸ Z 2 maja 2012 r., 28 lutego 2013 r. i 13 listopada 2014 r. Wszystkie porozumienia zawarto w sprawie współdziałania przy realizacji zadania „Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie”.

⁹ Składały się na nią koszty inżyniera kontraktu, promocji projektu, jego audytu i koszty Regionalnej Platformy e-Zdrowia.

¹⁰ W stosunku do pierwotnego zapotrzebowania Szpitala, przedstawionego w listopadzie 2010 roku, Spółka w porozumieniu podpisanym w marcu 2011 roku przewidziała w ramach Projektu m.in. nabycie oprogramowania BI.

on udziałowcem, a nie organem tworzącym i nie współfinansował nabycia tego oprogramowania. Z kolei wzrost pierwotnie zakładanych kosztów wynikał głównie z budowy sieci WAN (nieprzewidzianej na etapie zawierania porozumienia w marcu 2011 roku), co również było decyzją Lidera, a Szpital nie kwestionował jej biorąc pod uwagę uwarunkowania techniczne. (dowód: akta kontroli str. 22, 80-119)

W dniu 19 czerwca 2012 r. w Spółce przeprowadzony został tzw. „audyt wstępny”, w ramach którego zweryfikowane zostały zasoby informatyczne Szpitala, w tym zaktualizowano ww. dane z lutego 2010 roku (ustalenia w tym zakresie w większości pokrywały się – poza wycofanymi bądź dokupionymi pojedynczymi stanowiskami komputerowymi infrastruktura teletechniczna nie zmieniła się). Raport audytowy nie zawierał rekomendacji i zaleceń dla Spółki, a także preferencji przedstawionych przez Szpital. Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił że raport z audytu był materiałem opracowanym przez audytora, stąd nie zawiera zapisów o preferencjach, niemniej były one zgłaszane ustnie w trakcie wizyty. W stosunku do pierwotnych założeń Lidera, Szpital w trakcie Projektu zawniósł o wyższy transfer danych oraz dodatkowo komputery i ostatecznie oba wnioski zrealizowano.

(dowód: akta kontroli str. 19, 28-63)

Stosowaną w trakcie prac nad Projektem formą opiniowania dokumentów przedkładanych przez Lidera partnerom było oświadczenie akceptujące lub odrzucające proponowane rozwiązania. W okresie prac koncepcyjnych i wdrożeniowych (od 11 marca 2011 r. do 27 kwietnia 2015 r.) Szpital 35 razy składał takie oświadczenia, z czego w 24 przypadkach bez uwag akceptował lub wyrażał zgodę na proponowane rozwiązania, a w 11 zgłosił uwagi. Wątpliwości Szpitala dotyczyły w szczególności harmonogramu prac, przesunięć w zakresie rzeczowo-finansowym, zwiększenia przepustowości łączy oraz objęcia Projektem modułu HIS dotyczącego transportu sanitarnego. Spółka otrzymywała zaproszenia na spotkania konsultacyjne u Lidera, nie dysponowała natomiast dokumentami potwierdzającymi udział jej przedstawicieli w tych spotkaniach oraz przeprowadzenie wewnętrznych konsultacji związanych z opiniowaniem poszczególnych rozwiązań techniczno-informatycznych. Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił, iż na etapie prac koncepcyjnych Projektu przedstawiciele Szpitala (Prezes oraz dwie upoważnione osoby) uczestniczyli w spotkaniach organizowanych przez Lidera. Omawiano na nich m.in. stan i przebieg realizacji poszczególnych zamówień publicznych, finansowo-rozliczeniowe aspekty Projektu, jak również zagadnienia związane ze sprzętem i wyposażeniem. Jednak ze względu na obowiązek leżący po stronie Lidera, Spółka nie dysponuje dokumentami potwierdzającymi liczbę spotkań z udziałem jej pracowników oraz szczegółami omawianych zagadnień. Kierownik dodał także, że – jako osoba wyznaczona przez Prezesa – opiniował dokumenty dotyczące Projektu przekazywane przez Lidera drogą elektroniczną – do większości z nich nie wnosił uwag, do niektórych były uwagi, a część z nich (nie określił ich liczby) została zaakceptowana w trybie tzw. „milczącej zgody”. Ponadto treść składanych oświadczeń w większości przypadków nie była konsultowana z innymi pracownikami Szpitala, z uwagi na – jak to określił – „obszerność dokumentacji i większość zapisów stricte technicznych (informatycznych)”. W przypadku dokumentów dotyczących pionu administracyjnego, niektóre z nich były konsultowane (ustnie bez dokumentowania). Zdaniem Kierownika, „z reguły, terminy określone przez UMWP były zbyt krótkie biorąc pod uwagę obszerność i zawłość dokumentów udostępnionych do zaopiniowania”. Zwrócił również uwagę, iż „Szpital nie uczestniczył we wdrażaniu HIS, a więc nie były wymagane szerokie konsultacje z pionem medycznym, a skromna obsada administracyjna uzasadniała przeprowadzanie konsultacji w trybie roboczym (nie dokumentowanych)”.

Szpital nie przeprowadzał także badań (w tym ankietowych) wśród pacjentów w zakresie rozwiązań zastosowanych w Projekcie, gdyż – według Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala – zgodnie z treścią zawartych Porozumień z Liderem, UMWP odpowiadał za stworzenie tzw. Portalu Pacjenta oraz reprezentację stron Porozumienia na zewnątrz, zatem również wobec pacjentów zainteresowanych rejestracją przez ten Portal.

(dowód: akta kontroli str. 8, 19-21)

W dniu 21 lipca 2016 r. Szpital zawarł (na czas nieokreślony) z Liderem porozumienie w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym (dalej: porozumienie w sprawie ochrony danych osobowych na poziomie regionalnym). Spółka udzieliła sześciu przedstawicielom Lidera upoważnień do przetwarzania tych danych, jednak nie opracowała dwóch procedur wymaganych ww. porozumieniem, co szerzej omówiono poniżej, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 120-147, 155-160)

Szpital od momentu odebrania bądź zintegrowania systemów informatycznych (kwiecień – maj 2015 roku) korzystał z asysty powdrożeniowej obu firm wykonawczych (taką możliwość przewidziano do kwietnia 2016 roku w przypadku integracji systemu HIS oraz do kwietnia 2018 roku w przypadku dostawcy pozostałych systemów), co szerzej omówiono w pkt 1.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. (dowód: akta kontroli str. 16, 161-164, 300-301)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieopracowaniu przez Spółkę dwóch procedur wymaganych porozumieniem w sprawie ochrony danych osobowych na poziomie regionalnym, tj.: procedury przechowywania zgód pacjenta na przetwarzanie danych osobowych (wymóg § 5 pkt 5 ww. porozumienia) oraz stosowania tzw. trybu krytycznego (§ 10 pkt 7 tegoż porozumienia), mimo że zgodnie z § 13 porozumienia zobowiązała się niezwłocznie dostosować przepisy wewnętrzne do wymagań tego dokumentu. Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił, iż bezpośrednio po uruchomieniu Portalu Pacjenta (w połowie 2016 roku) umieszciliśmy w dokumentacji medycznej pacjentów wzór oświadczenia dotyczącego wyrażania zgody na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym. Nie posiadamy danych ilu pacjentów faktycznie wyraziło zgody, ale na pewno liczba ta systematycznie wzrasta (zgody wyrażają wszyscy nowo rejestrowani pacjenci) i są one przechowywane w ich indywidualnej dokumentacji medycznej. Wg Prezesa Spółki, Szpital zbiera, przechowuje i aktualizuje w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta wymagane zgody osób na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym i przekazuje im stosowne informacje, mimo nieopracowania formalnych procedur. Procedura taka jest przewidziana do opracowania w ramach przygotowań jednostki do akredytacji.

(dowód: akta kontroli str. 19, 120-143, 149, 171-174)

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

Opis stanu
faktycznego

Do rozpoczęcia niniejszej kontroli Szpital nie posiadał polityki bezpieczeństwa, ani instrukcji zarządzania systemem informatycznym, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych – co szerzej omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 171-190)

Spółka wdrożyła zabezpieczenia przed niepowołanym dostępem do danych, w tym elektronicznej dokumentacji medycznej. W opinii powołanego w trakcie kontroli biegłego, przyjęte w Szpitalu rozwiązania spełniały minimalne wymagania dla zabezpieczenia systemów informatycznych, przewidziane § 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 teleinformatycznych¹¹. I tak:

- zbudowano system monitorowania dostępu do informacji (m.in.: skonfigurowano urządzenia separujące sieć kontrolowanej jednostki od sieci Internet, dostęp odbywał się za pomocą serwerów uwierzytelniających lub kont i haseł, a użytkowników pozbawiono praw administracyjnych),
- zapewniono odpowiedni poziom bezpieczeństwa systemów informatycznych (m.in.: poprzez ochronę antywirusową, aktualizację oprogramowania oraz tworzenie

¹¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 113, ze zm.

i monitorowanie kopii bezpieczeństwa, zminimalizowano ryzyko utraty informacji w wyniku awarii, a także zapewniano bezpieczeństwo plików systemowych).

Jednocześnie w opinii biegłego należy rozważyć rozszerzenie rozwiązań w zakresie bezpieczeństwa, co szerzej omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności” (dowód: akta kontroli str. 165-170)

Do końca października 2016 roku nastąpiło 13 zgłoszeń do firmy wykonującej integrację systemu HIS (osiem dotyczyło awarii bądź usterek, a pięć polegało na konsultacjach) oraz 264 zgłoszenia do dostawcy systemu ERP (197 polegało na konsultacjach, a 67 dotyczyło błędów, awarii lub usterek¹²). Nie było natomiast żadnego zgłoszenia dotyczącego systemów BI, EOD i EDM, co szerzej omówiono poniżej, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”. Wg Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala, żadne ze zgłoszeń nie dotyczyło poważnych (krytycznych) awarii systemów, a w zdecydowanej większości ich istotą były propozycje polepszenia funkcjonalności programów. Nie było sytuacji powodującej wstrzymanie pracy systemów, a klasyfikowanie zdarzenia leżało po stronie zgłaszającego, stąd zgłoszenia awarii zamiast usterek wydają się błędnym zakwalifikowaniem. Dodał, że obie firmy zrealizowały (w ramach technicznych możliwości i zakresu zamówienia) wszystkie zgłoszenia w terminie uzgodnionym ze Szpitalem. (dowód: akta kontroli str. 16, 20)

Szpital posiadał procedury postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych. Został wyposażony w rezerwowe źródła zaopatrzenia w energię elektryczną – dwa agregaty prądotwórcze o mocy 150 kW i 350 kW (w stosunku do mocy szczytowej wynoszącej 300 kW). Oba urządzenia w 2016 roku zostały sprawdzone przez serwisantów i dopuszczone do dalszej eksploatacji. Kierownik Sekcji Gospodarczo-Technicznej Szpitala wyjaśnił, że w okresie objętym kontrolą zdarzały się pojedyncze przerwy w dostawach energii elektrycznej do Szpitala (trwające od kilku minut do 2-3 godzin). Posiadane agregaty umożliwiają zaś podtrzymanie zasilania w Szpitalu przez dwie doby. (dowód: akta kontroli str. 191-213)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieopracowaniu do rozpoczęcia kontroli NIK polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych. Prezes Spółki wyjaśnił, że od 1 listopada 2016 r. została zatrudniona osoba, która ma w zakresie obowiązków nadzór nad polityką bezpieczeństwa informacji. Do czasu kontroli NIK w Szpitalu stosowano dokument opracowany na poziomie regionalnym¹³. W dniu 15 grudnia 2016 r. Prezes Spółki wprowadził ww. dokumenty¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 165-190)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. W opinii powołanego w trakcie kontroli biegłego należy rozszerzyć przyjęte w Szpitalu rozwiązania w zakresie bezpieczeństwa, w tym opracować i wdrożyć wewnętrzne regulacje:
 - wskazujące m.in.: wymagania dotyczące monitorowania dostępu do informacji (które systemy, aplikacje i urządzenia powinny gromadzić w postaci logów informacje o dostępie do informacji, jaki okres retencji powinny mieć te logi oraz czy i przez jaki okres powinny być one archiwizowane), czynności zmierzające do wykrycia nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji, a w szczególności osoby odpowiedzialne, sposób i częstotliwość wykonywania tych czynności, środki stosowane w celu uniemożliwienia nieautoryzowanego dostępu

¹² Żadne z ww. zgłoszeń nie wystąpiło poza normatywnymi godzinami pracy osób odpowiedzialnych.

¹³ Celem tego dokumentu, opracowanego w ramach realizacji Projektu, było określenie ogólnych wytycznych i zasad bezpieczeństwa służących do wprowadzenia i poprawnego funkcjonowania systemów zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz umożliwiających opracowanie przez partnerów Projektu szczegółowych polityk bezpieczeństwa.

¹⁴ Zarządzenie Nr 15 Prezesa Szpitala Powiatowego w Zambrowie Sp. z o.o. z dnia 15 grudnia 2016 r. w sprawie ustalenia „Polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych” w Spółce.

na poziomie systemów operacyjnych, usług sieciowych i aplikacji (na przykład wymogi w zakresie jakości hasel oraz okresowej ich zmiany),

- które będą opisywały jak działa ochrona plików systemowych, osoby odpowiedzialne za monitorowanie, jej częstotliwość oraz sposób dokumentowania tych zadań.

(dowód: akta kontroli str. 165-170, 175-189)

2. Do rozpoczęcia kontroli nie zgłoszono dostawcy systemu BI (w ramach usługi asysty powdrożeniowej) uwag o niemożliwości wygenerowania części raportów lub o nieprawidłowych danych zawartych w niektórych raportach z tego oprogramowania, co omówiono szerzej w pkt 2 niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 16, 20, 313-330)

Ocena cząstkowa

Spółka przystępując do Projektu zinwentaryzowała posiadane zasoby techniczno-informatyczne, oszacowała potrzeby w zakresie sprzętu i oprogramowania, a następnie zgłosiła je Liderowi. Na etapie projektowania i wdrożenia rozwiązań Projektu, Szpital uczestniczył w pracach koncepcyjnych, jednak większość rozwiązań nie została skonsultowana z personelem wykorzystującym na co dzień dane oprogramowanie, co mogło mieć wpływ na nieskuteczne wdrożenie systemów informatycznych. Szpital zgłaszał dostawcom oprogramowania większość problemów w funkcjonowaniu systemów informatycznych. Nie skorzystano jednak z takiej możliwości, mimo zauważonych niezgodności w systemie BI. Spółka nie przygotowała również dwóch procedur wymaganych porozumieniem w sprawie ochrony danych osobowych na poziomie regionalnym, zaś politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym wprowadzono dopiero w trakcie kontroli NIK. Pomimo braku tego dokumentu, Szpital zapewnił wymagany poziom bezpieczeństwa danych gromadzonych w programach nabytych w ramach Projektu.

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

2.1. Wydatki związane z realizacją Projektu i wykorzystanie zakupionego sprzętu

Opis stanu faktycznego

Wydatki związane z realizacją Projektu w Szpitalu wyniosły 1.760,3 tys. zł¹⁵ (99,4% kwoty przewidzianej w ostatnim harmonogramie rzeczowo-finansowym), z czego 1.496,3 tys. zł (85%) pochodziło ze środków Unii Europejskiej, a 264 tys. zł (15%) stanowiło wkład własny.

(dowód: akta kontroli str. 215-295, 355)

Spółka, poza zakupem we wrześniu 2015 roku ze środków własnych oprogramowania służącego ewidencjonowaniu wyjazdów pojazdów sanitarnych (tzw. Moduł Transportu Sanitarnego HIS), nie nabywała dodatkowego sprzętu i oprogramowania służącego realizacji Projektu. Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił, iż na etapie koncepcyjnym nie inwentaryzowano zasobów ze szczegółowością dotyczącą poszczególnych modułów, a tym bardziej funkcjonalności (w okresie tym sprawdzano posiadanie zaledwie tzw. części białej i szarej przez poszczególne Szpitale). W miarę upływu czasu uszczegóławiano faktycznie posiadane zasoby, weryfikując poszczególne programy, a następnie moduły tych programów i dlatego samodzielnie doszliśmy do wniosku, że dobrym rozwiązaniem byłoby również wdrożenie modułu transportu sanitarnego. Ostatecznie jednak, ze względu na odmowę zakwalifikowania ww. wydatku w ramach Projektu, zakupiliśmy za ok. 25 tys. zł pięć licencji ze środków własnych. Spółka w trakcie kontroli była na etapie konfiguracji oraz szkolenia użytkowników tego oprogramowania.

(dowód: akta kontroli str. 21, 24, 215)

W ramach Projektu Szpital w latach 2013 – 2015 otrzymał m.in.: kompletnie wyposażoną serwerownię, 20 stacji roboczych z monitorami i oprogramowaniem, cztery notebooki, dwie drukarki specjalistyczne, sześć czytników kodów kreskowych oraz jeden skaner (przy odbiorze nie zgłaszano uwag do otrzymanego sprzętu, a przeprowadzone w trakcie kontroli

¹⁵ Dla porównania koszty funkcjonowania Szpitala w latach 2012 – 2015 wynosiły: 16.059,9 tys. zł, 17.248,9 tys. zł, 18.241,7 tys. zł i 20.482,5 tys. zł.

ogledziny potwierdziły jego wykorzystanie). Ponadto w kwietniu i maju 2015 roku otrzymano oprogramowanie ERP, EOD, EDM i BI, a system HIS został z nimi zintegrowany. Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala oświadczył, że nie miał wpływu na otrzymanie większości sprzętu (ośmiu zestawów komputerowych, czterech notebooków oraz czytników, drukarek i skanera) już we wrześniu 2013 roku. Była to bowiem decyzja Lidera. Sprzęt ten bezpośrednio po otrzymaniu został rozdysponowany i do momentu otrzymania oprogramowania (po ok. 1,5 roku) był wykorzystywany do obsługi wcześniej posiadanych systemów informatycznych, a następnie testowania próbnych wersji programów z Projektu. (dowód: akta kontroli str. 215-295, 334)

W ramach przewidzianych Projektem działań promocyjnych, Szpital za 0,6 tys. zł zakupił oraz oznaczył tabliczkami bądź nalepkami pomieszczenia, dokumentację i sprzęt, sfinansowane w ramach PSleZ. W budynku głównym Szpitala zainstalowana została tablica pamiątkowa dotycząca realizacji Projektu, a informacja o możliwości skorzystania przez pacjentów z elektronicznej rejestracji oraz utworzenia Portalu Pacjenta w sierpniu 2016 roku umieszczona została na stronie internetowej Szpitala¹⁶. Wg Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala promocja Projektu realizowana była także dzięki wsparciu Lidera, który udostępniał nieodpłatnie ulotki i plakaty informacyjne. Materiały te były następnie upubliczniane na terenie Szpitala, jednak – jak wyjaśnił Kierownik – ze względu na upływ czasu oraz brak wymogu odnotowywania nie dysponowano danymi na temat okresu dystrybucji tych materiałów i faktycznej ich ilości.

(dowód: akta kontroli str. 333-336)

Ustalone
nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

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

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że prowadzone działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Do czasu kontroli tylko dwie osoby zarejestrowały się na wizyty w poradniach Szpitala poprzez portal pacjenta PSleZ, zaś – zgodnie z porozumieniem partnerskim – promocja Projektu należała również do jego partnerów.

(dowód: akta kontroli str. 89-90, 333-336)

2.2. Wykorzystanie oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę Szpitala

Opis stanu
faktycznego

Spółka przed realizacją Projektu posiadała następujące systemy (zakupione ze środków własnych) wspomagające obsługę administracyjno-finansową:

- oprogramowanie finansowo księgowo pn. „Finanse i Księgowość” (z modułami Sprzedaż, Gospodarka Magazynowa, Środki Trwałe i Wyposażenie) z lat 2002 – 2008,
- oprogramowanie kadrowo-płacowe pn. „Kadry-Płace” z 2002 roku.

Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił, iż oprogramowanie wspomagające obsługę administracyjno-finansową było przestarzałe (bazowało na DOS-ie), nie spełniało podstawowych norm bezpieczeństwa danych i należało je wymienić. (dowód: akta kontroli str. 21, 30-63)

W ramach Projektu zainstalowano i odebrano następujące oprogramowanie:

1. ERP, w skład którego wchodziło dziewięć modułów do usprawnienia m.in. procesów zarządzania kadrami, finansami, majątkiem i wyposażeniem oraz zapasami (Szpital otrzymał od dwóch do czterech licencji na poszczególne moduły – aplikacje zainstalowano na serwerze, co umożliwiło logowanie się na dowolnym komputerze Szpitala).

¹⁶ W ww. informacji wskazano m.in. o możliwości korzystania przez pacjentów z elektronicznej rejestracji do większości poradni specjalistycznych w województwie oraz dostępie i możliwości wydruku własnej dokumentacji medycznej bez konieczności pozyskiwania jej z podmiotów leczniczych (przez Internet). Zamieszczono też link do portalu E-Zdrowie. Nie określono przy tym terminów pełnej dostępności tych usług, ani innych wymogów związanych z uzyskaniem świadczenia zdrowotnego np. obowiązku dostarczenia oryginału skierowania dla tzw. pacjentów pierwszorazowych.

2. Workflow (EOD) – dodatkowy system elektronicznego obiegu dokumentów (Spółka otrzymała jedną licencję otwartą, umożliwiającą wejście do środowiska na każdym komputerze w Szpitalu).
3. Oracle Business Intelligence (BI) – dodatkowy system do analiz ilościowo wartościowych z hurtownią danych. Szpital otrzymał pięć licencji na oprogramowanie. Aplikację zainstalowano na serwerze, co umożliwia zalogowanie się na dowolnym komputerze w Szpitalu. Ponadto Spółka otrzymała dostęp do Portalu Menedżerskiego (narzędzie informatyczne oferujące funkcjonalności dostępne w systemie BI), co szerzej omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Wstępne uruchomienie ww. oprogramowania nastąpiło w kwietniu i maju 2015 roku. Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił, że do końca 2015 roku, w celu wychwycenia błędów i usterek, równoległe do systemu ERP funkcjonowało wcześniej użytkowane oprogramowanie. Liczba licencji oprogramowania wspomagającego obsługę administracyjno-finansową zaspokajała aktualne potrzeby Szpitala w tym zakresie. (dowód: akta kontroli str. 30-63, 215-295, 333-336)

Spółka z dniem 31 grudnia 2015 r. dostosowała zasady polityki rachunkowości do wymogów art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹⁷. Nie wprowadzono natomiast innych regulacji (procedur) wewnętrznych związanych z wykorzystaniem ww. oprogramowania, tj. określających harmonogram wdrożenia oraz poszczególne zadania i osoby odpowiedzialne. Zdaniem Prezesa Spółki podpisane umowy nie nakładały obowiązku opracowania i wdrożenia procedur, a jedynie wykorzystanie oprogramowania co było realizowane. Ponadto brak procedur nie świadczy o tym, że personel nie wie jak ma go wykorzystywać, przeprowadzono bowiem szkolenia i przekazano za pośrednictwem środowiska sieciowego dostęp do instrukcji szczegółowo opisujących zasady funkcjonowania i możliwości tych systemów.

(dowód: akta kontroli str. 171-174, 302-304)

Szpital wykorzystywał w bieżącej pracy oprogramowanie ERP i EOD, jednak nie zawsze i nie w pełnym zakresie (nie korzystano z modułu kalkulacji procedur medycznych ERP). Nie wykorzystywano natomiast aplikacji BI oraz Portalu Menedżerskiego, o czym szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 331, 334-336, 353)

Ponad 90% (64 osoby) personelu zajmującego się obsługą administracyjno-finansową Szpitala zostało przeszkolonych przez dostawcę oprogramowania (szkolenia podzielone były według zakresów tematycznych niezbędnych do pracy na danym stanowisku bądź w danej komórce organizacyjnej). Zdaniem Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala w ramach Projektu zrealizowane zostały szkolenia wszystkich osób, które wymagały przeszkolenia (faktycznie odbyło je więcej osób niż przewidywały założenia Projektu). Dodał, że była grupa użytkowników poszczególnych programów, która nie posiada potwierdzenia przeszkolenia. Ich nieobecność wynikała z obiektywnych przeszkód (m.in. zwolnienia lekarskie, wyjazdy służbowe). Zostali oni objęci szkoleniami wewnętrznymi (kaskadowymi – realizowanymi przez współpracowników w ramach wymiany doświadczeń). Kierownik Sekcji wyjaśnił, że szkolenia dotyczące korzystania z aplikacji typu ERP i EOD w pełni zadawały pracownikom. Niewystarczające w jego ocenie było natomiast szkolenie dotyczące BI. Dodał, że nowo zatrudniany personel jest szkoleny przede wszystkim w wewnętrznych szkoleniach kaskadowych (nie sporządza się z tych szkoleń dokumentów) oraz uzyskuje pomoc informatyka. Nie było zgłoszeń o problemach w tym zakresie. (dowód: akta kontroli str. 12, 22-23)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości, polegające na nierealizowaniu przez Szpital niektórych zobowiązań wynikających z założeń Projektu, dotyczących obowiązku zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji oraz osiągnięcia wskaźników Projektu. I tak:

1. Do grudnia 2016 roku w Szpitalu nie wykorzystywano systemu BI, za który zapłacono 8,2 tys. zł (do ww. systemu logował się jedynie Kierownik Sekcji Rejestr Usług

¹⁷ Dz.U. z 2016 r. poz.1047.

Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala w celu przetestowania oprogramowanie; nie sporządzano raportów bądź analiz na potrzeby zarządcze Szpitala). Ponadto system nie umożliwiał wygenerowania dwóch raportów (wynik finansowy oraz średnie wynagrodzenie zasadnicze kwartalne), z kolei dane zawarte w pięciu z 10 przeanalizowanych raportów odbiegały od danych uzyskanych z systemów HIS lub ERP (dotyczyło to: kosztów ogółem, liczby osobodni, liczby łóżek na oddziałach, poziomu wykonania kontraktu oraz liczby hospitalizacji). Pomimo to Szpital nie zgłaszał do dostawcy oprogramowania zauważonych nieprawidłowości, chociaż posiadał usługę asysty powdrożeniowej. Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił, że weryfikował zgodność danych prezentowanych w systemach BI oraz HIS i ERP. Z jego szacunków wynikało, że ok. 80% raportów prezentowało dane zgodne. Szpital nie zgłaszał jednak dostawcy oprogramowania zauważonych nieprawidłowości, co Kierownik wyjaśnił natłokiem bieżącej pracy oraz niewykorzystywaniem aplikacji BI. W jego ocenie, system ten jest bardzo rozbudowany, a szkolenie było za krótkie. Stwierdził, że BI jest dobrym narzędziem i może być przydatny, jednak trudno jest go wykorzystywać przy takim zakresie bieżących zadań i tak skromnej obsadzie kadrowej w administracji Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 12, 16, 20, 89-90, 313-330, 353)

2. Szpital wydatkował 47,1 tys. zł na uzyskanie dostępu do Portalu Menedżerskiego, z którego nie korzystano (w trakcie kontroli żaden z pracowników nie posiadał do niego dostępu), podczas gdy te same funkcjonalności były dostępne w oparciu o program BI, zakupiony w ramach PSleZ, z którego również nie korzystano. Według Prezesa Spółki Portal Menedżerski stworzony został na potrzeby organów tworzących, które poprzez niego mają dostęp do BI i mogą kontrolować sytuację finansową swoich podmiotów leczniczych. Ustalono, iż w kosztach portalu partycypują wszyscy partnerzy zarządzający szpitalami, a Szpital w Zambrowie, będąc spółką z o.o., jest jednocześnie podmiotem leczniczym i organem tworzącym, w związku z czym partycypuje również w tych kosztach. Prezes dodał, iż w trakcie kontroli zwrócono się o nadanie loginów oraz hasel dostępu. Spółka zgodnie z art. 6 ust. 2 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej¹⁸ jest podmiotem leczniczym utworzonym przez jednostkę samorządu terytorialnego – Powiat Zambrowski, którego nie informowała o zakupie przedmiotowego narzędzia.

(dowód: akta kontroli str. 113-119, 171-174, 243, 269-270, 334-336)

3. Do grudnia 2016 roku w Szpitalu nie wykorzystywano modułu systemu informatycznego ERP przeznaczonego do kalkulacji procedur medycznych (za który zapłacono 17,2 tys. zł) oraz nie określono terminu jego wdrożenia. Analizator kosztów medycznych nie mógł być zatem narzędziem do polepszenia zarządzania Szpitalem oraz ograniczał funkcjonalność systemu BI w zakresie możliwości generowania raportów i analiz dotyczących takich kosztów. W razie konieczności wystawienia faktury osobom nieubezpieczonym wartość usługi medycznej ustalana była na podstawie wartości punktowej świadczenia według wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia. Było to niezgodne z treścią art. 45 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, który stanowi, że przy ustalaniu wysokości opłaty kierownik uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego. Zdaniem Głównego Księgowego Szpitala, Spółka korzysta ze wszystkich modułów ERP, w takim zakresie w jakim jest to niezbędne i wymaga tego przyjęty model zarządzania. Dodał, że niektóre moduły ERP są wykorzystywane na co dzień, a inne okresowo np. Moduł Zarządzania Inwentaryzacją. Jeśli chodzi o zarządzanie kosztami, to Szpital posiada dokładne rozeznanie jeśli chodzi o ich kształtowanie się w poszczególnych komórkach organizacyjnych (oddziałach). Dane te są przedstawiane i analizowane przez Prezesa i Radę Nadzorczą Szpitala, a ich układ jest ewentualnie modyfikowany w zależności od zapotrzebowania tych organów. Wyjaśnił też, że kalkulacja poszczególnych procedur medycznych jest skomplikowana, bowiem wymaga doprecyzowania podziału kosztów pośrednich i nie ma w tym zakresie jasnych przepisów czy wytycznych. Nie oznacza to jednak, że Moduł Kalkulacji Procedur Medycznych był Szpitalowi niepotrzebny – jego

¹⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.).

pełne wykorzystanie będzie zależne od woli organów zarządzających. Dodał, że aktualnie pracuje nad prawidłowym przypisaniem kosztów do poszczególnych procedur oraz, że wycena poszczególnych procedur ma większe znaczenie w przypadku innych szpitali niż powiatowe, gdyż ustalenie faktycznych kosztów procedur i poprawianie efektywności działania szpitala powiatowego nie może wiązać się z rezygnacją z niektórych niedochodowych procedur w kontekście ich opłacania przez NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 171-174, 331, 334-336)

4. W Szpitalu nie wprowadzono elektronicznego obiegu dokumentów, do czego służyło oprogramowanie EOD zakupione w ramach projektu za 55,9 tys. zł. Sprzęt i oprogramowanie otrzymane do elektronicznego obiegu dokumentów wykorzystywano do skanowania dokumentów przychodzących i przesyłania jej adresatom za pomocą aplikacji typu EOD, co potwierdziła analiza 30 dokumentów, które wpłynęły w listopadzie 2016 roku. W Szpitalu nadal funkcjonował jednak tradycyjny (papierowy) obieg dokumentów, a archiwizacją korespondencji zajmowali się poszczególni jej adresaci. W przypadku dokumentów wielostronicowych bądź o nietypowych formatach (innych niż A4) drogą elektroniczną przesyłano jedynie pierwszą stronę bądź informację o wpływie takiego dokumentu. Prezes Spółki wyjaśnił, iż nie było obowiązku zastąpienia obiegu tradycyjnego obiegiem elektronicznym, a otrzymane oprogramowanie było wykorzystywane.

(dowód: akta kontroli str. 171-174, 334-336)

2.3. Wykorzystanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

Opis stanu faktycznego

W ramach oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta, Szpital przed zrealizowaniem Projektu posiadał system HIS (zakupiony ze środków własnych), w skład którego wchodziły:

- KS-Somed (jedenaście licencji z 2006 roku), umożliwiający m.in.: obsługę przychodni, radiologii i rehabilitacji, śledzenie ruchu chorych oraz prowadzenie rozliczeń z NFZ.
- KS-Medis (trzydzieści licencji z 2006 roku), umożliwiający m.in.: zarządzanie ruchem chorych, tworzenie zleceń medycznych i prowadzenie statystyki medycznej, a także rozliczeń z NFZ.
- KS-Solab (dwanaście licencji z 2007 roku), który był systemem usprawniającym obsługę laboratorium.
- KS-ASW (sześć licencji z 2009 roku), tj. system usprawniający proces zaopatrzenia, gospodarki magazynowej i ewidencji księgowej obrotu materiałowego, ewidencję dostaw i rozchodu leków, a także planowanie zamówień.

Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił, iż ww. oprogramowanie było w miarę nowoczesne, spełniało oczekiwania, a przede wszystkim posiadało więcej funkcjonalności niż oprogramowanie oferowane w ramach Projektu (chodziło głównie o moduły obsługujące laboratorium oraz radiologię). Ostateczną decyzję w zakresie pozostawienia ww. oprogramowania podjął ówczesny Prezes.

W ramach Projektu w kwietniu 2015 roku zainstalowano i odebrano dodatkowy system typu EDM, wspomagający obsługę pacjenta, który umożliwiał gromadzenie archiwalnej dokumentacji medycznej (dostęp do EDM dopuszczony został wyłącznie dla lekarzy Szpitala; w odróżnieniu do HIS mieli oni możliwość dostępu do dokumentacji wszystkich pacjentów, a nie tylko znajdujących się na danym oddziale). Szpital w ramach Projektu otrzymał 146 licencji tego oprogramowania, co zaspokajało jego potrzeby w tym zakresie. Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił, iż liczba licencji EDM określa górną granicę sprawności działania tego systemu, a na etapie zgłaszania zapotrzebowania nie było jasnej deklaracji ze strony Lidera i wykonawcy jaki będzie charakter tych licencji (sztywne przypisanie do użytkownika czy licencje płynne).

(dowód: akta kontroli str. 21, 24, 30-63, 214, 332, 334-336, 346-352)

Porównanie zgodności cech karty informacyjnej leczenia szpitalnego przykładowego pacjenta (wygenerowanej w systemie EDM) z wymogami określonymi dla Systemu Informacji Medycznej (SIM), wykazało zbieżność danych w stosunku do wzoru służącego

zapewnieniu standaryzacji interoperacyjnej dokumentów w stopniu umożliwiającym ich przetwarzanie na platformie P1¹⁹. (dowód: akta kontroli str. 305-312)

Spółka nie wprowadziła regulacji (procedur) wewnętrznych związanych z wykorzystaniem oprogramowania EDM, w tym zobowiązujących personel medyczny do bieżącego zasilania tego systemu danymi z HIS. Zdaniem Prezesa Spółki podpisane umowy nie nakładały obowiązku opracowania i wdrożenia procedur, a jedynie wykorzystanie oprogramowania, co było realizowane. Ponadto stwierdził, że brak procedur nie świadczy o tym, że personel nie wie jak ma wykorzystywać aplikację. Przeprowadzono bowiem szkolenia i przekazano za pośrednictwem środowiska sieciowego dostęp do instrukcji szczegółowo opisujących zasady funkcjonowania i możliwości tych systemów. (dowód: akta kontroli str. 171-174)

Podstawową formą prowadzenia dokumentacji medycznej w Szpitalu była jednak forma papierowa (zakładanym terminem wdrożenia dokumentacji w formie elektronicznej był 31 grudnia 2017 r.), przy czym analiza zawartości elektronicznej dokumentacji medycznej 40 pacjentów Szpitala z 2016 roku wskazywała, że część dokumentów (m.in. wyniki badań i konsultacji, recepty, skierowania oraz historie choroby) równolegle wytwarzana była elektronicznie w systemie HIS. Problematykę tę omówiono szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 13-14, 334-345)

Zdaniem Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wdrożenie EDM nie miało wpływu na obciążenie personelu medycznego pracami administracyjnymi, a w konsekwencji na zmianę (skrócenie lub wydłużenie) czasu poświęcanego pacjentom. (dowód: akta kontroli str. 22)

Szpital nie posiadał procedury autoryzacji pacjentów zainteresowanych korzystaniem z Portalu Pacjenta, gdyż – wg Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala – nie było takiego wymogu ze strony Lidera. Po zgłoszeniu się pacjenta zainteresowanego otrzymaniem autoryzacji, przekierowywano go z rejestracji do Kierownika, który weryfikował złożenie zgody na przetwarzanie danych przez tą osobę i występował poprzez system o udzielenie PIN-u, który był następnie przesyłany drogą elektroniczną do osoby, występującej o autoryzację. Wyjaśnił, że do czasu kontroli NIK wydał PIN-y ok. 15 osobom.

Terminy wizyt do poradni specjalistycznych obowiązujące w trakcie rejestracji osobistej lub telefonicznej różniły się od danych prezentowanych na Portalu Pacjenta, co szerzej omówiono szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”. (dowód: akta kontroli str. 15, 22, 24)

Ponad 80% (107 osób) personelu przewidzianego do obsługi systemu EDM została przeszkolona przez dostawcę oprogramowania w grudniu 2015 roku. Zdaniem Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala, w ramach Projektu zrealizowane zostały szkolenia wszystkich osób, które wymagały przeszkolenia (faktycznie odbyło je więcej osób niż przewidywały założenia Projektu). Dodał, że była grupa użytkowników poszczególnych programów, która nie posiadała potwierdzenia przeszkolenia. Ich nieobecność wynikała z obiektywnych przeszkód (m.in. zwolnienia lekarskie, wyjazdy służbowe). Osoby te odbyły szkolenia wewnętrzne (kaskadowe realizowane przez współpracowników w ramach wymiany doświadczeń). Pracownicy nie wnosili skarg i uwag w zakresie szkoleń z wykorzystania tej aplikacji. Nowo zatrudniany personel był szkolony przede wszystkim w wewnętrznych szkoleniach kaskadowych (nie sporządza się z tych szkoleń dokumentów) oraz uzyskiwał pomoc informatyka. W ocenie Kierownika, oprogramowanie EDM funkcjonuje na zasadzie przeglądarkowej i nie wymaga specjalnego przygotowania. (dowód: akta kontroli str. 12, 22-23)

W ocenie Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala, w ramach Projektu zabrakowało doposażenia modulem e-Obchód HIS, który umożliwiłby bezpośredni dostęp lekarzy do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów

¹⁹ Wzory dokumentów zaprezentowano na stronie internetowej <https://www.csioz.gov.pl/HL7POL/pl-cda-html-pl-PL/document-templates.html>.

w dowolnej części Szpitala, zaś aktualną przeszkodą w jego samodzielnym nabyciu przez Spółkę są znaczne środki finansowe związane z opomiarowaniem i instalacją niezbędnej infrastruktury oraz zakupami specjalistycznego sprzętu. (dowód: akta kontroli str. 334-336)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość: do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej wytworzonej z wykorzystaniem programu 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, a obowiązkiem Szpitala – zgodnie z porozumieniem partnerskim – było zasilanie danymi wdrożonych systemów i aplikacji. W przypadku 12 (30%) z 40 losowo wybranych pacjentów z 2016 roku w EDM nie było jakiegokolwiek dokumentu z systemu HIS, a u pozostałych 28 (70%) dostępne były jedynie karty informacyjne leczenia szpitalnego bądź historie zdrowia i choroby z leczenia ambulatoryjnego. Kierownik Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala wyjaśnił, że do automatycznego przeniesienia dokumentu z systemu HIS do EDM wymagana była wcześniejsza zgoda pacjenta oraz zaznaczenie jej uzyskania przez pracownika Szpitala, a także obowiązek podpisania danego dokumentu przez poszczególnych lekarzy. Brak ww. zgodności zawartości EDM i HIS, zdaniem Kierownika, wynikał zatem z niepodpisywania elektronicznie dokumentacji przez lekarzy. Dodał, że zgodnie z założeniami Projektu do regionalnego repozytorium dokumentacji medycznej docelowo mają być przekazywane zatwierdzone na poziomie lokalnym: skierowania, zlecenia, recepty, zwolnienia, wyniki konsultacji medycznych, karty wypisowe, opisy wyników badań obrazowych oraz wyniki innych badań (np. laboratoryjnych), a także okazał dokument potwierdzający przeprowadzenie z wynikiem pozytywnym testów dotyczących zintegrowania EDM z HIS.

(dowód: akta kontroli str. 23-25, 171-174, 300-301, 331, 334-345, 353)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w Szpitalu nie ustalono wewnętrznych procedur, harmonogramów wdrażania, obowiązku wykorzystywania, ani nie powołano zespołów do wdrożenia Projektu. Taki sposób wdrażania istotnej zmiany, przy jednoczesnym nieprzebiegnięciu na etapie projektowania i wdrażania PSleZ konsultacji z personelem na temat oczekiwanych rozwiązań oprogramowania, mógł mieć wpływ na poziom wykorzystywania zakupionych aplikacji. (dowód: akta kontroli str. 171-174)

Ponadto Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, na wątpliwości towarzyszące przyjętym w Szpitalu regułom umawiania wizyt pacjentów rejestrujących się za pośrednictwem Portalu Pacjenta, z punktu widzenia zasad określonych w art. 20 i art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁰. I tak:

- rezerwacja wizyty w poradni drogą elektroniczną była możliwa jedynie w wybranych godzinach jej funkcjonowania (tzw. okienko do rezerwacji internetowych),
- listy pacjentów oczekujących w Szpitalu na wizytę u lekarzy specjalistów różniły się od danych prezentowanych na Portalu Pacjenta – najbliższy termin wizyty w ośmiu poradniach Szpitala prezentowany na stronie internetowej wynosił pięć – sześć dni, podczas gdy faktycznie w siedmiu poradniach wynosił on od pięciu do 193 dni, a w jednej poradni kolejki nie było,
- nie było możliwości sprawdzenia na stronie internetowej terminu wizyty w trzech poradniach oraz w dwóch pracowniach Szpitala (faktycznie w dwóch poradniach kolejki nie było, a w pozostałych poradniach i pracowniach termin ten wynosił od 16 do 73 dni).

Ponadto Szpital przy rejestracji drogą tradycyjną (w siedzibie Szpitala, w oparciu o elektroniczny terminarz prowadzony w systemie HIS) umożliwiał pacjentom dokonanie rezerwacji wizyty u konkretnego lekarza, natomiast na Portalu Pacjenta nie było takiej możliwości (elektroniczna rezerwacja obejmowała jedynie gabinet i lekarza dyżurującego).

Zdaniem Kierownika Sekcji Rejestr Usług Medycznych i Dokumentacji Chorych Szpitala, do chwili obecnej rejestracja poprzez Portal Pacjenta w zasadzie jeszcze nie przyjęła się w praktyce, bowiem do czasu kontroli zarejestrowało się dopiero dwóch pacjentów,

²⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

z których terminowo wizytę odbył jeden (drugi nie zgłosił się do lekarza). Nie był to zatem problem praktyczny. Dodał, że zdecydowano się ograniczyć możliwość rejestracji przez Portal do wybranych godzin (tworzenia tzw. okienek), ponieważ umożliwiało to bardziej elastyczne reagowanie na zmiany faktycznego funkcjonowania poszczególnych poradni, ze względu m.in. na zastępstwa lekarzy. Na Portalu Pacjenta prezentowane są dane o kolejkach pozyskiwane z sytemu HIS. Tymczasem dane o kolejkach do brakujących poradni bądź pracowni gromadzone są w systemie pn. AP KOLCE. Zgodnie z założeniami Projektu za uruchomienie Portalu Pacjenta (w tym prawidłowe skonfigurowanie z posiadanymi bazami danych) odpowiadał Lider, który nie występował do Szpitala w tej sprawie. Stwierdził, że do momentu kontroli nie zauważono tego braku. Kierownik dodał także, że pacjent rejestrujący się elektronicznie ma możliwość uzyskania telefonicznie informacji o dostępności konkretnego lekarza i dokonania w ten sposób rezerwacji, nie wykonując w tej sprawie wizyty w Szpitalu. (dowód: akta kontroli str. 15, 22, 300-301, 354)

Ocena cząstkowa

Zakupiony w ramach Projektu sprzęt był wykorzystywany do bieżącej pracy Szpitala i obsługi nowych systemów informatycznych. Uruchomiono także programy dostarczone w ramach PSleZ oraz przeszkolono personel z ich obsługi. Pomimo jednak ponad 20 miesięcy od dostarczenia (kwiecień – maj 2015 roku), nie wykorzystania wszystkich funkcjonalności systemów informatycznych. Nie używano modułu systemu ERP przeznaczonego do kalkulacji procedur medycznych oraz programów typu EOD i BI, który ponadto nie generował dwóch (z 10 analizowanych) raportów, a kolejne pięć z nich było niezgodnych z danymi źródłowymi. Z kolei za 47,1 tys. zł nabyto zbędny dostęp do Portalu Menedżerskiego, który posiada funkcjonalności dostępne w oprogramowaniu typu BI. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej wytworzonej z wykorzystaniem programu typu HIS, chociaż jednym z głównych założeń Projektu było zapewnienie pacjentom i lekarzom (także z innych podmiotów leczniczych) – przy użyciu tego oprogramowania i Portalu pacjenta PSleZ – dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Pacjenci nie mieli faktycznej możliwości zarejestrowania się do poradni drogą elektroniczną, co mogło przyczynić się do niewielkiego zainteresowania tą usługą. Świadczy to o nieskutecznym wdrożeniu funkcjonalności otrzymanego oprogramowania, które miało ograniczyć m.in. 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 Kontroli²¹, wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od pracowników Szpitala wykorzystywania oprogramowania zakupionego w ramach Projektu, w tym umożliwienie lekarzom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej.
2. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu typu BI, umożliwiającego wykorzystywanie jego możliwości do zarządzania Szpitalem.
3. Niezwłoczne dostosowanie wewnętrznych regulacji do wymagań porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych na poziomie regionalnym.

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.

²¹ 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

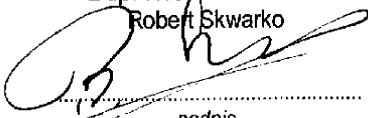
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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 27 kwietnia 2017 r.

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WICEDYREKTOR

Robert Skwarko



.....
podpis

