

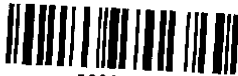


NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.410.025.05.2016

P/16/059



00384517

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(wystąpienie pokontrolne z dnia 24 lutego 2017 r., zmienione zgodnie z dokonany<sup>m</sup> w dniu 27 marca 2017 r.  
sprostowaniem oczywistej omyłki pisarskiej)

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 Informacyjny e-Zdrowie
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Maciej Brzosko – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/100/2016 z 14 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem, ul. Szpitalna 5, 16–200 Wysokie Mazowieckie <sup>1</sup>
Kierownik jednostki kontrolowanej	dr n. med. Joanna Siemienkowicz – pełnomocnik Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem <sup>2</sup> (dowód: akta kontroli str. 4)

## II. Ocena kontrolowanej działalności<sup>3</sup>

### Ocena ogólna

#### Uzasadnienie oceny ogólnej

Realizacja w Szpitalu projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie<sup>4</sup> nie przyniosła korzyści określonych w studium wykonalności PSleZ oraz we wniosku o jego dofinansowanie, mimo upływu ponad 22 miesięcy od uruchomienia w Szpitalu komponentów PSleZ (16 kwiecień 2015 r.) i wydatkowania na ten cel 2.225,6 tys. zł<sup>5</sup> ze środków własnych i UE.

Szpital w ramach Projektu otrzymał m.in. sprzęt komputerowy oraz systemy informatyczne typu ERP, EOD, BI, HIS oraz EDM<sup>6</sup>. Otrzymane aplikacje nie były jednak w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją Projektu, w szczególności:

- w aplikacji typu HIS nie prowadzono 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>,
- do oprogramowania typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej, także prowadzonej w aplikacji typu HIS, co uniemożliwiało pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych elektroniczny dostęp do dokumentacji medycznej,
- na etapie projektowania PSleZ nie zgłoszono Liderowi Projektu<sup>8</sup> potrzeb dotyczących funkcjonalności – nabywanych w ramach PSleZ – systemów wspomagających obsługę pacjenta m.in. w pracowniach rehabilitacji, poradni położniczo-ginekologicznej w Ciechanowcu, w bloku operacyjnym i porodowym oraz w opiece długoterminowej w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w Ciechanowcu, a w konsekwencji oprogramowanie to nie było wykorzystywane do przetwarzania i udostępniania pacjentom oraz lekarzom dokumentacji medycznej wytwarzanej w tych komórkach organizacyjnych,

<sup>1</sup> Dalej „Szpital”.

<sup>2</sup> Dalej „Pełnomocnik Szpitala”.

<sup>3</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>4</sup> Projekt (zwany dalej: „PSleZ” lub „Projektem”) był realizowany na podstawie decyzji Nr UDA-RPPD.04.01.00-20-001/11-00, będącej załącznikiem Nr 2 do uchwały Nr 63/778/2011 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 8 listopada 2011 r.

<sup>5</sup> Wydatki kwalifikowalne i niekwalifikowalne.

<sup>6</sup> ERP służy do zarządzania jednostką i prowadzenia spraw administracyjno-finansowych Szpitala; EOD przeznaczony jest do wprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów w Szpitalu; BI służy do generowania raportów i analiz na podstawie danych czerpanych z ERP oraz HIS i wspomagających proces zarządzania Szpitalem; HIS przeznaczony jest do prowadzenia w wersji elektronicznej dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej oraz zarządzaniem ruchem chorych na oddziałach i w poradniach; EDM to skorelowana z systemem HIS aplikacja służąca do przeglądania indywidualnej dokumentacji medycznej wytworzonej w HIS.

<sup>7</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.

<sup>8</sup> Samorząd Województwa Podlaskiego.

- nie umożliwiono pacjentom rezerwacji wizyt za pośrednictwem portalu pacjenta PSleZ we wszystkich dostępnych terminach,
- nie wykorzystywano modułu systemu informatycznego typu ERP przeznaczonego do kalkulacji procedur medycznych, zakupionego za 1.813 zł,
- nie wyeliminowano papierowego obiegu dokumentów, mimo nabycia w tym celu systemu typu EOD za 52.824 zł,
- nie w pełni zabezpieczono przed utratą lub nieuprawnionym dostępem dane znajdujące się w systemach informatycznych,
- 10 byłym pracownikom Szpitala nie odebrano dostępu do systemu typu HIS, w którym przechowywano elektroniczną dokumentację medyczną pacjentów.

Tymczasem w Studium Wykonalności PSleZ oraz we wniosku o jego dofinansowanie, sporządzonych 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 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 miał m.in. ułatwić zarządzanie Szpitalem poprzez wdrożenie elektronicznego obiegu dokumentów.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że prowadzone działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Tylko siedem osób wyraziło zgodę na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym PSleZ, zaś przy wykorzystaniu Portalu Pacjenta od października 2015 roku do grudnia 2016 roku do poradni zarejestrowało się jedynie 50 osób.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego**

#### **1. Realizacja zobowiązań w zakresie tworzenia i realizacji Projektu**

##### **1.1. Rzetelności uczestnictwa w projektowaniu rozwiązań dotyczących Projektu**

Opis stanu faktycznego

W dniu 7 listopada 2008 r. Powiat Wysokomazowiecki podpisał umowę z Województwem Podlaskim na wspólne wdrożenie Projektu. Szpital został uczestnikiem PSleZ, składając 7 kwietnia 2010 r. deklarację o chęci przystąpienia do Projektu i prac z nim związanych.

(dowód: akta kontroli str. 5-11)

W okresie objętym kontrolą (lata 2011 – 2016) Szpital (jako Partner Projektu) podpisał z Liderem Projektu cztery porozumienia partnerskie<sup>9</sup>, w których określono obowiązki stron. Do obowiązków Partnera należało m.in.:

- przekazanie Liderowi wszelkich dokumentów oraz informacji niezbędnych do sporządzenia wniosku o dofinansowanie Projektu,
- zapewnienie wkładu własnego (środków finansowych) niezbędnych do udziału w PSleZ,
- współfinansowanie części Projektu, na którą składały się koszty: inżyniera kontraktu, promocji PSleZ, audytu Projektu, Regionalnej Platformy e-Uslug Medycznych,
- obowiązek poddania się kontroli przez Lidera.

Do obowiązków Lidera należało m.in.:

- koordynowanie prac związanych z przygotowaniem i realizacją Projektu,
- przygotowanie studium wykonalności PSleZ,
- przygotowanie i złożenie wniosku o dofinansowanie realizacji Projektu w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007 – 2013,
- przeprowadzanie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego i zawieranie umów z wykonawcami na realizację zadań w ramach Projektu,
- współfinansowanie części wspólnej PSleZ,
- nadzór i kontrola nad realizacją Projektu.

(dowód: akta kontroli str. 33-74)

<sup>9</sup> 31.03.2011 r., 02.05.2012 r., 28.02.2013 r., 13.11.2014 r.

Liderowi Projektu przedstawiono 28 stycznia 2010 r. stan infrastruktury techniczno-informatycznej, którą Szpital dysponował na etapie prac planistycznych nad projektem (przed podpisaniem pierwszego porozumienia z Liderem Projektu, o którym mowa w dalszej części wystąpienia pokontrolnego). Obejmował on m.in.: 55 komputerów stacjonarnych, 31 sztuk innego sprzętu komputerowego, dwie drukarki atramentowe, 28 drukarek laserowych, jeden skaner, dwa łącza internetowe o prędkości 4 Mpb/s, dwa serwery, elektroniczny system gospodarki lekami Apteka KLIF, system do rozliczania z NFZ – System Informatycznej Rejestracji Świadczeń, system finansowo-księgowy i gospodarka majątkiem trwałym IBIZA oraz system kadrowo-płacowy MAGIC.

(dowód: akta kontroli str. 12-32, 75-114)

W dniu 19 czerwca 2012 r. w Szpitalu przeprowadzono audyt wstępny, który miał na celu weryfikację i aktualizację jego zasobów informatycznych na potrzeby studium wykonalności Projektu. Polegał on na aktualizacji danych wykazanych w ankiecie z 2010 roku. W jego wyniku ustalono m.in., że z 55 do 78 wzrosła liczba komputerów służących do obsługi pacjentów i procesu leczenia, zakupiono dwa routery, a z 28 do 30 wzrosła liczba drukarek laserowych. Z treści audytu nie wynikało, by inżynier kontraktu (przeprowadzający audyt wstępny) miał uwagi co do infrastruktury teleinformatycznej Szpitala i nie wskazano w nim rekomendacji lub zaleceń.

(dowód: akta kontroli str. 75-114)

W pierwszym porozumieniu partnerskim z 31 marca 2011 r. na realizację Projektu w Szpitalu zaplanowano 2.598,7 tys. zł, z czego 2.208,9 tys. zł pochodziło ze środków Unii Europejskiej, a 389,8 tys. zł stanowiło wkład własny. Na zakup i uruchomienie systemów informatycznych przewidziano 1.553,7 tys. zł, na stworzenie infrastruktury serwerowo-systemowej – 617,7 tys. zł, na zakup sprzętu informatycznego – 234,8 tys. zł, na szkolenie użytkowników – 103,4 tys. zł, na promocję Projektu – 12,1 tys. zł, na wydatki związane z Inżynierem Kontraktu – 43 tys. zł, na utworzenie Regionalnej Platformy e-Usług Medycznych – 28,2 tys. zł, a na audyt powdrożeniowy – 5,9 tys. zł. W porozumieniu tym nie uwzględniono kosztów budowy światłowodu, budowy sieci WAN oraz szkoleń użytkowników tej sieci.

(dowód: akta kontroli str. 33-74, 405)

Na etapie projektowania rozwiązań Projektu i późniejszego wdrażania systemu, Szpital opiniował dokumenty przekazywane przez Lidera, np. zakres rzeczowo-finansowy, wymagania funkcjonalne, specyfikacje istotnych warunków zamówienia przy poszczególnych etapach wdrażania Projektu. Od podpisania pierwszego porozumienia partnerskiego z 11 marca 2011 r. do wyłonienia wykonawcy systemów informatycznych (27 listopada 2013 r.) Szpital przekazywał swoje stanowisko w 18 różnych sprawach. W 12 przypadkach opiniował dokumenty pozytywnie, zaś w sześciu zgłaszał uwagi. Na etapie prac wdrożeniowych (od 27 listopada 2013 r. do 16 kwietnia 2015 r., tj. do końcowego odbioru systemów) Szpital przedstawiał swoje stanowisko do 20 różnego rodzaju zagadnień związanych z wdrożeniem systemów w ramach Projektu (w 14 przypadkach opiniował je pozytywnie, a w sześciu zgłaszał uwagi). Zgłaszane uwagi miały istotne znaczenie dla korzystania z poszczególnych systemów. Na przykład 27 września 2012 r., opiniując wymagania funkcjonalne, wnioskowano o dodanie możliwości generowania określonych druków lub stworzenie nowych funkcjonalności, w tym dla systemu ERP: wymagania ogólne dotyczące zgodności z przepisami o podatku dochodowym, dodatkowe druki dokumentów związanych z obrotem materiałowym, możliwość tworzenia: zamówień dla danego kontrahenta, zestawienia zamówień złożonych do określonych kontrahentów za dany miesiąc z wyszczególnieniem zamawianego towaru, zestawienia zamówień niezrealizowanych, rejestr dostawców bez umowy z uwzględnieniem asortymentu, możliwość wprowadzenia aneksu do umowy zmieniającego cenę, czy też możliwość sporządzenia wydruku zużycia wg. indeksów materiałowych i nazwy asortymentu z podziałem na komórki organizacyjne za wybrany okres. W przypadku systemu HIS wnioskowano o utworzenie rejestru zakażeń szpitalnych – jako dokumentu, rejestru drobnoustrojów chorobowych, dodanie możliwości tworzenia harmonogramu pracy pielęgniarek i położnych oraz grupy sprzątającej. W przypadku modułu rozliczenia z NFZ i innymi płatnikami: możliwość wprowadzania rozliczeń JGP w oparciu o przeglądarkę grup JGP i odrębne słowniki katalogów świadczeń zgodne z obowiązującymi zarządzeniami Prezesa NFZ. Wnioskowano również o rozbudowę modułu apteki centralnej oraz modułu

rozliczania z NFZ i innymi płatnikami np. o możliwość grupowania leków, ewidencji korekt do dokumentów ewidencjonujących dostawy środków farmaceutycznych, możliwości definiowania grup leków oraz wczytywania szablonów rachunków z NFZ i korekt szablonów rachunków. W przypadku funkcjonalności systemu HIS w zakresie działalności poradni i oddziałów szpitalnych wnioskowano np. o możliwość prowadzenia karty kwalifikacji do żywienia pozajelitowego, karty obserwacji porodu, prowadzenia karty statystycznej wg. wzoru określonego w przepisach o statystyce publicznej. Wnioskowano też o dodanie procedur higienicznych i zabiegowych realizowanych przez pielęgniarki i położne oraz obsługi szpitala, autoryzacji osoby realizującej zlecenie lekarskie. Uwzględniono niewielką część zgłaszanych uwag. W wymaganiach funkcjonalnych dodano jedynie zapisy, dotyczące w przypadku systemu ERP zgodności z przepisami prawa podatkowego, zaś w przypadku HIS – możliwości wprowadzania rozliczeń JGP w oparciu o przeglądarkę grup JGP i słowniki katalogów zgodne z obowiązującymi zarządzeniami Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 115-130, 814)

Trzy najważniejsze dokumenty z pozycji Partnerów opiniowane były przez personel medyczny Szpitala, tj. wymagania funkcjonalne oraz dokumentacja przetargowa (dwukrotnie – wersja 1.0 oraz 2.0), w skład której wchodził szczegółowy opis przedmiotu zamówienia, dotyczącego dostawy i wdrożenia zintegrowanego systemu informatycznego dla Projektu. W większości jednak przypadków analizą dokumentacji zajmował się informatyk Szpitala i główna księgowa. Nie badano opinii pacjentów na temat korzystania z rozwiązań, jakie niesie za sobą realizacja Projektu. (dowód: akta kontroli str. 115-130)

W dniu 7 kwietnia 2014 r. Szpital został włączony do grupy jednostek pilotażowych<sup>10</sup>, w których w pierwszej kolejności miało nastąpić instalowanie systemu, tzw. „Wdrożenie I”. Etap ten objął trzy jednostki pilotażowe oraz osiem innych<sup>11</sup> podmiotów leczniczych i miał trwać od 14 kwietnia 2014 r. do 8 stycznia 2015 r. Pierwszym Partnerem, u którego rozpoczął się ten etap był Szpital (proces ten miał trwać od 14 kwietnia do 19 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 758-772)

W trakcie trwania „Wdrożenia I”, Szpital 11 sierpnia 2014 r. zgłosił Marszałkowi Województwa uwagi dotyczące zainstalowanych systemów, które dotyczyły m.in.: niedostosowania systemu ERP do struktury Szpitala (Szpital był jednostką klasy „B”, zaś system był ukierunkowany na działalność w strukturach organizacyjnych klasy „A”), nieintuicyjnego i mało czytelnego interfejsu, braku możliwości dostosowania programu do różnych rozdzielczości monitorów, braku możliwości powiększenia okien. W zakresie EOD zarzucano, że nie jest on dostosowany do wielkości organizacyjnej Szpitala, przez co obieg dokumentów w proponowanym przez Wykonawcę module jest nadmiernie rozbudowany oraz brakuje powiązania z podpisem elektronicznym. W przypadku HIS Szpital podnosił, że system nie jest w pełni funkcjonalny z powodu braku ważnych modułów obsługujących: bank krwi, blok operacyjny, trakt porodowy, pracownię rehabilitacji leczniczej, laboratorium i pracownię rentgenodiagnostyki oraz niepowiązania z podpisem elektronicznym (ostatecznie Partnerzy otrzymali moduł do podpisu elektronicznego „Comarch SOPEL”). Podobne uwagi zgłosiła inna jednostka pilotażowa – SP ZOZ w Sejnach. W odpowiedzi, Wykonawca systemów stwierdził, że dostarczony przez niego produkt jest zgodny z SIWZ i umową. (dowód: akta kontroli str. 136-138)

W dniu 13 listopada 2014 r., w związku ze zgłoszeniem gotowości firmy COMARCH do odbioru zainstalowanych w Szpitalu systemów, Szpital zgłosił do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego<sup>12</sup> szereg uwag dotyczących otrzymanego

<sup>10</sup> Pierwotnie wytypowanymi jednostkami pilotażowymi był: Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach (dalej: „SP ZOZ w Sejnach”), Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łomży oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce (dalej: „SP ZOZ w Hajnówce”). Zgodnie z harmonogramem z 7 kwietnia 2014 r. SP ZOZ w Hajnówce został zastąpiony Szpitalem Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem.

<sup>11</sup> SP ZOZ w Hajnówce, Szpital Wojewódzki w Łomży im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Monikach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku oraz Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach.

<sup>12</sup> Dalej: „UMWP”.

oprogramowania wg. stanu na 12 listopada 2014 r. Dotyczyły one stanu realizacji wdrożenia w odniesieniu do harmonogramu, a także braku w systemie ERP i HIS poszczególnych funkcjonalności, błędnych lub niedostosowanych formularzy, braku możliwości wprowadzania poszczególnych danych. Podobne uwagi Szpital zgłosił Wykonawcy 2 stycznia 2015 r. Liczba zgłoszonych uwag/zastrzeżeń wynosiła ponad 100. Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Zgłoszone przez Szpital uwagi i zastrzeżenia do działania systemów na dzień 23 grudnia 2014 r. zostały przez producenta oprogramowania uwzględnione i usunięte do dnia odbioru końcowego systemów. Wiele z uwag okazało się bezzasadnych lub nie objętych wymaganiami SIWZ.” (dowód: akta kontroli str. 139-153, 656-667, 773-785)

W wyniku powstałych oszczędności, Lider Projektu 28 stycznia 2015 r. poinformował Partnerów o możliwość rozszerzenia PSleZ o dodatkowy sprzęt i oprogramowanie. W odpowiedzi, Szpital 3 lutego 2015 r. zgłosił chęć rozbudowy oprogramowania o moduły: medyczne laboratorium diagnostyczne, medyczne laboratorium mikrobiologiczne, pracownia serologii transfuzjologicznej, pracownia rentgenodiagnostyki ogólnej, pracownia ultrasonografii, pracownia tomografii komputerowej, poradnia rehabilitacji leczniczej w Ciechanowcu, Poradnia rehabilitacji leczniczej w Czyżewie, pracownia fizjoterapii (rehabilitacji) w Wysokiem Mazowieckiem, pracownia fizjoterapii (rehabilitacji) w Czyżewie, opieka długoterminowa w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w Ciechanowcu, Poradnia położniczo-ginekologiczna w Ciechanowcu, pracownia endoskopowa, pracownia badań wysiłkowych, blok operacyjny oraz blok porodowy (część brakujących modułów Szpital zgłaszał Marszałkowi Województwa Podlaskiego 11 sierpnia 2014 r.). Ponadto Szpital wnioskował o doposażenie placówki w 18 tabletów medycznych, pięć laptopów, 15 komputerów stacjonarnych, 10 drukarek z dupleksem i możliwością drukowania recept oraz drukowaniem w formacie A4, trzy drukarki do drukowania raportów w formacie A3, 20 Access Point'ów oraz pięć przełączników Switch 24 port Cisco. W dniu 20 marca 2015 r. Szpital otrzymał 12 komputerów stacjonarnych (stacja robocza i monitory).

(dowód: akta kontroli str. 136-153, 254-258, 673-682)

W dniu 17 sierpnia 2016 r. Szpital zgłosił producentowi oprogramowania potrzebę modyfikacji raportów z wizytami pacjentów rejestrowanymi poprzez Portal Pacjenta. Dotyczyło to dodania: filtrów typu „data od:”, „data do:”, aby umożliwić wyświetlanie wizyt w przeszłości, filtrów pozwalających wybrać status (np. wizyty anulowane, potwierdzone, wszystkie), kolumny ze statusem wizyty oraz możliwości wydrukowania listy wizyt. Producent oprogramowania – firma COMARCH S.A. wysłała do Szpitala wycenę takiej usługi na 1.476 zł brutto. Szpital z oferty nie skorzystał. Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Ponieważ realizacja tego zgłoszenia nie przyczyniłaby się i tak do usprawnienia pracy poradni czy Portalu Pacjenta zrezygnowano z jego odpłatnej realizacji.” Dodała, że: „Szczegóły funkcjonalności systemu były ustalane przez PUM w Białymstoku w specyfikacji istotnych warunków zamówienia do przetargu na oprogramowanie PSleZ. Dostawca oprogramowania czyli firma COMARCH przygotował oprogramowanie zgodnie ze specyfikacją opracowaną przez PUM. W związku z tym nie mogliśmy składać wcześniej wniosków dotyczących funkcjonalności systemu, który poznaliśmy dopiero po jego wdrożeniu. Inne modyfikacje firma COMARCH poza ramami SIWZ wykonuje odpłatnie, na co nie zawsze możemy się zgodzić. Tak było w przypadku rozważanej zmiany.”

(dowód: akta kontroli str. 259-261, 656-667)

Przedstawiciele Szpitala brali udział w co najmniej 18 spotkaniach zorganizowanych przez Lidera Projektu oraz wykonawcę systemów informatycznych. Pierwsze z nich odbyło się 20 października 2010 r., a ostatnie 12 lutego 2016 r. Tematyka spotkań dotyczyła m.in. aktualnego zakresu realizacji Projektu oraz rozwiązania bieżących problemów na etapie prac koncepcyjnych i wdrożeniowych.

(dowód: akta kontroli str. 131-135)

W dniu 6 maja 2015 r. podpisano trójstronne porozumienie pomiędzy Województwem Podlaskim oraz powiatami i zakładami opieki zdrowotnej, będącymi partnerami projektu, w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym w Podlaskim Systemie Informatycznym

e-Zdrowie<sup>13</sup>. Na podstawie tego porozumienia, 11 maja 2015 r. Szpital podpisał z Województwem Podlaskim umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, na poziomie regionalnym w PSleZ. Zgodnie z umową przetwarzaniu podlegały dane: ewidencyjne pacjentów, o stanie ich zdrowia (podstawowe i rozszerzone dane medyczne i inne bezpośrednio związane z medycznymi) oraz ewidencyjne i służbowe, służące do identyfikacji lekarzy i pielęgniarek. Siedmiu przedstawicielom Lidera Projektu 27 lipca 2015 r. udzielono upoważnień do przetwarzania danych osobowych pracowników i pacjentów Szpitala na poziomie regionalnym.

(dowód: akta kontroli str. 154-232)

W Szpitalu wprowadzono procedury pozyskiwania, przechowywania, aktualizowania oraz anulowania zgody pacjenta na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia na poziomie regionalnym oraz procedury określające zasady korzystania z trybu krytycznego<sup>14</sup> na Portalu Pacjenta, co szerzej opisano w pkt 1.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 233-238)

Na dzień rozpoczęcia kontroli (15 listopada 2016 r.) Szpital wykorzystał dwie wizyty serwisowe z sześciu zagwarantowanych. Pierwsza z nich odbyła się 26 stycznia 2016 r., zaś druga 2 lutego 2016 r., zgodnie z ustalonym planem asysty<sup>15</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 239-253)

Zgodnie z treścią umowy z 27 listopada 2013 r. na dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla Projektu oraz pismem Lidera Projektu z 6 lipca 2016 r. błędy związane z działaniem zainstalowanego oprogramowania należało zgłaszać poprzez systemy: IZGL – w przypadku ERP i NCR – w przypadku HIS. Na dzień 16 listopada 2016 r. poprzez system NCR przesłano 317 zgłoszeń, a przez system IZGL 108. Zagadnienie szerzej opisano w pkt. 1.2.2 wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 262-304)

W zakresie modyfikacji/rozwoju HIS zgłoszenia dotyczyły np.: dostosowania oświadczenia dołączanego do druku Historia zdrowia i choroby – Przyjęcie pacjenta na oddziale pediatrycznym (uwzględniono w kolejnej paczce aktualizacyjnej systemu), braku możliwości filtrowania danych dotyczących udzielonych porad ambulatoryjnych w Izbie Przyjęć, tj. danych wymaganych do sprawozdania ZD4 – Dział 4 (uwzględniono zgłoszenie), w karcie „ocena odleżym i działania terapeutyczne” na oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii nie drukowało się pole podpisu pielęgniarki (uwzględniono w kolejnej paczce aktualizacyjnej Systemu), czy też niezgodności wydruku „Karty wkluc obwodowych” z widokiem tej samej karty na ekranie monitora (uwzględniono).

Ponadto, Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Obecnie od strony informatycznej system spełnia wszystkie wcześniej przyjęte założenia. Oczywiście funkcjonalności niektórych modułów muszą być na bieżąco modyfikowane, chodzi tu głównie o moduł OptiNFZKom do rozliczeń z NFZ, i tak się dzieje. Aktualizacje systemów HIS są wykonywane bardzo często. Rozbudowa systemu byłaby bardzo wskazana. Głównie należałoby wdrożyć moduł laboratorium, mikrobiologia, diagnostyka obrazowa, pracownia endoskopowa, pracownia badań wysiłkowych, rehabilitacja, blok porodowy, blok operacyjny. Rozszerzenia projektu o wymienione moduły uprawniłoby w znacznym stopniu pracę personelu i pozwoliło na efektywniejsze wykorzystanie posiadanych systemów z korzyścią dla pacjenta”.

(dowód: akta kontroli str. 656-667)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niezgłoszeniu Liderowi Projektu na etapie projektowania PSleZ braku w oprogramowaniu HIS modułów obsługujących blok operacyjny, blok porodowy, pracownię rehabilitacji, poradnię położniczo-ginekologiczną w Ciechanowcu oraz

<sup>13</sup> Dalej: „Porozumienie w sprawie ochrony danych osobowych”. W dniu 16 lipca 2016 r. zaktualizowano porozumienie i podpisano nową umowę (obowiązki z pierwotnego porozumienia nie uległy zmianie).

<sup>14</sup> Tryb działania personelu medycznego w przypadku udzielania pomocy medycznej pacjentowi, stosowany gdy personel ten, w celu ratowania życia pacjenta, chce uzyskać z Portalu pacjenta zamieszczone tam dane o jego stanie zdrowia, mimo braku zgody pacjenta na wgląd do tych danych.

<sup>15</sup> W umowie z 27 listopada 2011 r. dostawca oprogramowania zobowiązał się do świadczenia asysty powdrożeniowej do upływu 3 lat od dnia podpisania protokołu odbioru bez uwag i zastrzeżeń. W umowie przewidziano, że okres świadczenia asysty powdrożeniowej dla danego systemu będzie automatycznie wydłużany o czas wystąpienia wady i czas jej usunięcia.

opiekę długoterminową w zakładzie opiekuńczo-leczniczym w Ciechanowcu. W konsekwencji aplikacje HIS i EDM nie mogły być wykorzystywane do przetwarzania i udostępniania pacjentom oraz lekarzom dokumentacji medycznej wytwarzanej w tych komórkach organizacyjnych.

Pełnomocnik Szpitala na pytanie dlaczego nie zgłaszano potrzeby rozszerzenia projektu o poszczególne moduły na etapie prac koncepcyjnych, wyjaśniła: „Z przedłożonych w dniu 5 listopada 2010 r. przez firmę ITMED wstępnych założeń Programu Funkcjonalno-Użytkowego dla Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem wynikało, że obszar elektronicznej dokumentacji medycznej obejmuje również Moduł Złecenia Medyczne, a więc z naszego punktu widzenia również całą diagnostykę, w tym laboratoryjną i obrazową. Podobnie Moduł Ruch Chorych – Poradnia, z naszego punktu widzenia obejmował wszystkie poradnie występujące w tym czasie w strukturze organizacyjnej zakładu, w tym także poradnię rehabilitacyjną. Ponadto, 19 czerwca 2012 r. przez Inżyniera Kontraktu został przeprowadzony w naszej jednostce audyt wstępny dotyczący posiadanej infrastruktury informatycznej, który wskazywał jakie obszary w naszym szpitalu są zinformalizowane, a jakie nie.” (dowód: akta kontroli str. 668-669)

## **1.2. Zapewnienie bezpieczeństwa danych gromadzonych przez Szpital oraz stopnia przygotowania na możliwość wystąpienia sytuacji kryzysowych**

Opis stanu faktycznego

W Szpitalu od 16 września 2016 r. obowiązywała<sup>16</sup> polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych<sup>17</sup> oraz instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych<sup>18</sup>. Polityka bezpieczeństwa zawierała wszystkie elementy wymagane § 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych<sup>19</sup>, zaś instrukcja zarządzania systemem informatycznym – elementy określone w § 5 pkt. 1-3 i 5-8 ww. rozporządzenia. Ponadto w instrukcji zarządzania systemem informatycznym określono procedurę niszczenia zbędnych kopii zapasowych. (dowód: akta kontroli str. 307-360)

W Szpitalu wprowadzono procedurę pozyskiwania, przechowywania, aktualizowania oraz anulowania zgody pacjenta na przetwarzanie jego danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia na poziomie regionalnym Systemu e-Zdrowie w zbiorze Regionalne repozytorium dokumentacji medycznej<sup>20</sup> oraz procedurę określającą zasady korzystania z trybu krytycznego na Portalu Pacjenta<sup>21</sup>, co było wymagane porozumieniem w sprawie ochrony danych osobowych. Na dzień 15 grudnia 2016 r. Szpital dysponował zgodami siedmiu pacjentów na przetwarzanie ich danych osobowych na Platformie Regionalnej. Zgody oraz rejestr zgód były przechowywane w Dziale Statystyki Analiz i Rozliczenia Świadczeń Medycznych Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 233-238)

Powołany w toku kontroli biegły w dziedzinie bezpieczeństwa systemów informatycznych, w sporządzonej opinii wskazał m.in. że w Szpitalu wdrożono mechanizmy realizujące wymóg zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach informatycznych, polegające w szczególności na dbałości o aktualizację oprogramowania. Włączone były mechanizmy odpowiedzialne za gromadzenie zdarzeń z systemów i aplikacji; urządzenia serwerowe chronione były przez system dostępowy (karta zbliżeniowa), systemy: alarmowy, ostrzegania o pożarze, redundantnej klimatyzacji działającej naprzemiennie oraz przez zasilanie awaryjne. Sposób realizacji nadawania uprawnień do komponentów i danych systemu HIS był zbliżony do innych systemów informatycznych, w wyniku czego administrator systemu HIS mógł posiadać dostęp do danych medycznych w sposób bezpośredni lub pośredni.

<sup>16</sup> Wcześniej obowiązująca „Polityka bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych i Instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem” obowiązywała od 16 czerwca 2011 r., na mocy zarządzenia Dyrektora Nr 18/2011.

<sup>17</sup> Dalej: „polityka bezpieczeństwa”

<sup>18</sup> Dalej: „Instrukcja zarządzania systemem informatycznym”.

<sup>19</sup> Dz. U. Nr 100 poz. 1024. Rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie przetwarzania danych osobowych”.

<sup>20</sup> Zarządzenie Dyrektora Nr 50/A/10/2015 z 29 października 2015 r.

<sup>21</sup> Zarządzenie Dyrektora Nr 51/A/10/2015 z 29 października 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 361-367)

### 1.2.2. Reakcja na awarie systemów informatycznych i sytuacje kryzysowe

Na dzień 16 listopada 2016 r. poprzez system NCR przesłano 317 zgłoszeń, zaś przez system IZGL 108 zgłoszeń, dotyczących:

- 19 awarii krytycznych: po jednej HIS i EDM, trzy – EOD i trzy innych systemów oraz 11 – ERP,
- 36 błędów: 23 – ERP, 10 – BI, dwa – EOD i jeden innego systemu,
- 230 usterek/wad/korekt: 207 – HIS, 18 – ERP, po dwie – EOD i EDM oraz jedna – BI,
- 51 modyfikacji HIS,
- 89 innych zdarzeń: 57 dotyczyło HIS, 28 – ERP, jedna – BI i trzy innych systemów.

Przekroczony czas reakcji zamkniętych zgłoszeń stwierdzono w 82 przypadkach (81 dotyczyło HIS i jedno EDM). Opóźnienia wynosiły od trzech minut do 109 dni czterech godzin i trzech minut. W 22 przypadkach opóźnienie było mniejsze niż jedna godzina, w 26 mniejsze niż 12 godzin, w 13 mniejsze niż pięć dni, a w dwóch mniejsze niż sześć dni. Odnotowano 14 zgłoszeń, które na dzień 15 listopada 2016 r. nie zostały zamknięte. Utworzono je między 25 sierpnia 2015 r. a 30 sierpnia 2016 r. (od 307 dni do 52 dni wcześniej). Przekroczony czas realizacji naprawy odnotowano w 31 przypadkach (30 dotyczyło HIS, jeden EDM), a opóźnienie wynosiło od 43 minut do 67 dni trzech godzin i jednej minuty. W 11 przypadkach opóźnienie było mniejsze niż trzy dni, w pięciu mniejsze niż 10 dni, w ośmiu mniejsze niż 20 dni, zaś w siedmiu wynosiło od 20 dni pięciu godzin i 18 minut do 67 dni trzech godzin i jednej minuty. W systemie NCR i IZGL przekroczone czasy reakcji i realizacji dotyczyły zgłoszeń typu „korekta”. W warunkach asysty powdrożeniowej nie określono ram czasowych dla tego typu zgłoszeń, jednak z danych raportowych NCR i IZGL wynikało, że określone ramy czasowe dla tych zdarzeń były takie same jak w przypadku usterek, tj. cztery godziny czas reakcji na zgłoszenie i 30 dni czas realizacji naprawy. Wskazać przy tym należy, że opóźnienia mogły wynikać z braku odpowiedniej reakcji Szpitala (np. brak zamknięcia zgłoszenia w systemie).

(dowód: akta kontroli str. 304, 825-827)

*Informatyk Szpitala wyjaśnił: „Problemy, które powstają w systemie e-Zdrowie głównie usuwamy na miejscu bez zgłaszania ich do dostawcy oprogramowania. Kontaktujemy się również czasami z serwisem telefonicznie w celu uzyskania porady. W przypadku jednak wystąpienia błędów systemowych, są one niezwłocznie zgłaszane na serwer dostępowy NCR lub IZGL. Wtedy naprawa wykonywana jest już przez serwis COMARCH'u. Również w przypadku stwierdzenia, że w systemach występują błędne schematy czy druki, np. są niezgodne z wymaganiami, wtedy również zgłaszamy to na serwer NCR lub IZGL. Naprawa odbywa się również często przez wgranie aktualizacji. Aktualizacje systemowe HIS dogrywamy sami, po uzyskaniu informacji e-mail od dostawy oprogramowania, że takie są dostępne.”*

(dowód: akta kontroli str. 305-306)

Na dzień rozpoczęcia kontroli NIK Szpital nie miał przygotowanych sformalizowanych rozwiązań na nadzwyczajne sytuacje, jak długotrwały brak zasilania. Szpital posiadał agregat prądowórczy o mocy 100 kW, który nie spełniał wymogów § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>22</sup>, gdyż nie był wyposażony w funkcję „autostart”. Ponadto agregat ten zasiliał jedynie budynek główny Szpitala oraz budynek przychodni, a nie zasiliał budynku administracji. Urządzenie to podlegało corocznym przeglądom technicznym. W przypadku wystąpienia przerw w dostawie energii elektrycznej, część pionu administracyjnego miała możliwość nieprzerwanej pracy na komputerach (cztery komputery w Dziale Statystyki Analiz i Rozliczania Świadczeń, komputer głównej księgowej oraz po jednym komputerze w Dziale Księgowości i w kasie wyposażono w awaryjne źródło zasilania tzw. UPS). Blok operacyjny Szpitala wyposażono w awaryjne źródła zasilania. Szpital nie prowadził rejestru awarii w dostawie energii elektrycznej. Powołany w toku kontroli biegły, w opinii z 19 grudnia

<sup>22</sup> Dz. U. z 2012 r. poz. 739.

2016 r. wskazał, że część serwerowa była całkowicie odporna na pojedynczą awarię (za wyjątkiem urządzeń sieciowych, jak przełącznik i router) oraz że urządzenia serwerowe chronione są przez system zapewniający jakość zasilania i chroniący przed jego zanikiem UPS. (dowód: akta kontroli str. 379-391)

Szpital posiadał program dostosowania do wymagań rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>23</sup> Zgodnie z programem, do 31 grudnia 2016 r. Szpital miał dostosować lub zakupić nowy agregat prądowórczy z funkcją autostartu, zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej. W dniu 18 stycznia 2017 r. na wniosek Szpitala, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny w Białymstoku przedłużył ten termin do 31 grudnia 2017 r.<sup>24</sup> (dowód: akta kontroli str. 385-388, 392-404, 723-728)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Obowiązująca w Szpitalu instrukcja zarządzania systemem informatycznym nie wskazywała bezpośrednio częstotliwości tworzenia kopii zapasowych systemów informatycznych oraz jakie dane i serwery podlegały procesowi tworzenia kopii zapasowych, co było niezgodne z § 5 pkt. 4 rozporządzenia w sprawie przetwarzania danych osobowych, który stanowi, że instrukcja zarządzania systemem informatycznym zawiera m.in. procedury tworzenia kopii zapasowych zbiorów danych oraz programów i narzędzi programowych służących do ich przetwarzania. W § 31 tej instrukcji wskazano, jedynie, że częstotliwość tworzenia kopii zapasowych oraz okres ich przechowywania ustala Administrator Bezpieczeństwa Informacji<sup>25</sup> oraz że kopie awaryjne raz w tygodniu są sprawdzane pod kątem ich dalszej przydatności do odtworzenia danych w przypadku awarii systemu informatycznego.

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Wykonywanie kopii zapasowych danych na serwerach wykonywane jest przy użyciu narzędzi programistycznych dostarczonych i skonfigurowanych przez dostawcę urządzeń i oprogramowania do systemu PSiEZ. Kopie wykonywane są automatycznie codziennie. Instrukcje techniczne tego oprogramowania ze względu na swą szczegółowość i objętość nie zostały zawarte w Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym. (...) Instrukcja opisuje zasady tworzenia kopii zapasowych w rozdziale VI. Tym niemniej obecne zapisy zostaną uzupełnione i uszczegółowione w nowej wersji tej instrukcji.”

(dowód: akta kontroli str. 307-360, 723-725, 729)

2. Serwer uwierzytelniający użytkownika w systemie operacyjnym stacji roboczej wymuszał zmianę hasła po upływie 42 dni, tj. w czasie dłuższym od określonego w instrukcji zarządzania systemem informatycznym (30 dni).

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Systemy serwerowe i Polityki GPO były ustawiane i następnie dostosowywane do wymagań HIS i ERP przez dostawcę tych systemów, czyli firmę COMARCH. W całym 2016 roku obowiązuje jeszcze okres asysty dla tych systemów. Niemniej jednak w drugiej dekadzie miesiąca grudnia 2016 roku zmieniliśmy ważność haseł użytkowników uwierzytelniających się do systemu operacyjnego stacji roboczych (domeny) i obecnie jest to okres 30 dni. Tym samym spełniamy już zapisy Instrukcji zarządzania systemem informatycznym obowiązującej w Szpitalu.”

(dowód: akta kontroli str. 361-367, 656-667)

3. W wyniku badania próby 17 użytkowników systemów, których stosunek pracy (lub umowa cywilno-prawna) w Szpitalu wygasł przed 30 listopada 2016 r., wykryto 10 kont użytkowników, którym nie odebrano uprawnień dostępu do systemu HIS. Wskazuje to na wadliwe działanie procedury odbierania uprawnień użytkownikom, określonej w § 18 instrukcji zarządzania systemem informatycznym. Było to niezgodne z § 20 ust. 2 pkt. 5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych

<sup>23</sup> Decyzja Nr 88/D-I/E/2012 z 19 listopada 2012 r. Podlaskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku pozytywnie opiniująca program. Dalej: „program dostosowania Szpitala”.

<sup>24</sup> Decyzja Nr 14/D-I/E/2017 z 18 stycznia 2017 r.

<sup>25</sup> Dalej: „ABI”.

i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych<sup>26</sup>.

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Użytkownicy HIS (...) zostali zdezaktywowani w systemie ich konta są zablokowane. Dezaktywacja kont osób odchodzących z pracy odbywała się za pośrednictwem przekazu słownego bezpośredniego lub telefonicznego od osób pracujących w Dziale Spraw Organizacyjnych i Pracowniczych. Pracownik zatrudniony w ramach umowy o pracę w momencie rozwiązania stosunku pracy zgłaszał się do informatyka z kartą obiegową, co było sygnałem do podjęcia działań zablokowania ich kont w systemie informatycznym. Kart obiegowych nie otrzymywały osoby pracujące w ramach umów cywilno-prawnych. Bezpośrednią przyczyną niedotrzymania zasad procedury odbierania uprawnień użytkownikom mogła być absencja pracownika wymienionego działu lub informatyków. W związku z zaistniałą sytuacją podjęto decyzję o pisemnym przekazywaniu z Działu Spraw Organizacyjnych i Pracowniczych do informatyków, wykazu pracowników wobec których wygasł stosunek pracy lub umowa cywilno-prawna, celem odebrania uprawnień.”

(dowód: akta kontroli str. 361-367, 371-378, 656-667)

4. Nie opracowano regulacji wewnętrznych, których celem byłoby zapewnienie ochrony przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniem lub zakłóceniami, przez monitorowanie dostępu do informacji realizowane przez gromadzenie logów (brak informacji o potrzebie, częstotliwości gromadzenia logów i czasu ich przechowywania), co było niezgodne z § 20 ust. 2 pkt. 5 rozporządzenia KRI.

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Systemy są dostosowane, brakuje jedynie zapisów, które by to regulowały. Zobowiązano ABI do wprowadzenia brakujących zapisów w dokumentach Polityki Bezpieczeństwa i Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym Szpitala. Uchybienia w zapisach dokumentów wynikają z braku wiedzy na temat szczegółów tych przepisów w momencie opracowywania dokumentacji przez ABI.”

(dowód: akta kontroli str. 346-367, 656-667)

5. Regulacje wewnętrzne nie zawierały zapisów o środkach, których stosowanie ma na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych i minimalizowaniu ryzyka uraty informacji w wyniku awarii. Brakowało też opisu wdrożonych rozwiązań takich jak zasilacze awaryjne, klimatyzatory, systemy alarmowe, przeciwpożarowe, redundancja części serwerowej Projektu, co było niezgodne z § 20 ust. 2 pkt. 12 lit. b rozporządzenia KRI.

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Sprzęt i systemy zostały dostosowane przez dostawcę sprzętu i oprogramowania w zakresie Systemu e-Zdrowie. Brakuje jedynie zapisów, które by to regulowały. Zapisy takie zostaną dołączone do Polityki bezpieczeństwa i Instrukcji zarządzania systemem informatycznym.”

(dowód: akta kontroli str. 309-345, 361-367, 656-667)

6. Pracownicy Szpitala nie monitorowali czy wykonawca systemu wywiązuje się z obowiązku wykonywania kopii bezpieczeństwa. Ponadto miejsce przechowywania kopii zapasowych stwarzało ryzyko utraty danych produkcyjnych i kopii zapasowych w przypadku zdarzeń takich jak pożar. Było to niezgodne z § 20 ust. 2 pkt. 12 lit. e rozporządzenia KRI.

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Obowiązuje jeszcze umowa asysty dostawcy oprogramowania, więc serwer backup'owy nie był tak często sprawdzany. Nie wystąpiły incydenty wymagające wykorzystania backup'ów danych. Jest to już naprawione i sprawdzany wykonywanie się kopii bezpieczeństwa codziennie.”

(dowód: akta kontroli str. 346-367, 656-667)

W toku kontroli podjęto działania mające na celu weryfikację poprawności wykonywania się kopii bezpieczeństwa oraz uwzględnienia dodatkowego miejsca przechowywania kopii bezpieczeństwa (poza serwerownią).

(dowód: akta kontroli str. 368-370, 656-667)

<sup>26</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 113. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem KRI”.

Szpital opiniował przedkładaną przez Lidera dokumentację dotyczącą Projektu oraz zgłaszał zastrzeżenia do zastosowanych rozwiązań i funkcjonalności systemu, a także uwagi na etapie wdrożenia pilotażowego do działania zainstalowanych programów. Na etapie prac projektowych nie zgłoszono jednak uwag dotyczących braku funkcjonalności systemu HIS umożliwiających obsługę m.in. laboratorium, pracowni RTG i USG, bloku operacyjnego i porodowego oraz pracowni fizjoterapii (rehabilitacji). W konsekwencji aplikacje HIS i EDM nie mogły być wykorzystywane do przetwarzania i udostępniania pacjentom oraz lekarzom dokumentacji medycznej wytwarzanej w tych komórkach. Opracowano procedury wymagane zapisami porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w systemie e-Zdrowie, a także dokumentację określającą formy zabezpieczenia przetwarzanych danych, jak polityka bezpieczeństwa i instrukcja zarządzania systemem informatycznym. Dokumenty te nie były jednak dostosowane do rozwiązań wynikających ze zrealizowania PSleZ (brak zapisów dotyczących gromadzenia logów i opisu wdrożonych rozwiązań zapobiegających utracie danych w wyniku awarii). W Szpitalu nie monitorowano wykonywania kopii bezpieczeństwa, zaś miejsce przechowywania kopii zapasowych stwarzało ryzyko utraty danych produkcyjnych i kopii zapasowych w przypadku pożaru. Kontrola wykazała również niestosowanie przyjętych w Szpitalu procedur, dotyczących odbierania uprawnień użytkownikom systemu HIS oraz ważność haseł użytkowników uwierzytelniających się do domeny.

## **2. Stopień wykorzystywania przez Szpital sprzętu oraz rozwiązań informatycznych zakupionych w ramach Projektu**

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

Opis stanu  
faktycznego

Koszty uczestnictwa Szpitala w Projekcie wynosiły 2.225,6 tys. zł<sup>27</sup> (1.883,4 tys. zł sfinansowano środkami Unii Europejskiej, a resztę środkami własnymi). Poniesione wydatki stanowiły 85,6% pierwotnego planu wydatków na ten cel, czego przyczyną były oszczędności wynikające z udzielonych zamówień publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 405, 414-429)

Poniesione przez Szpital wydatki niekwalifikowalne wyniosły 2.613 zł i obejmowały podatek VAT. Szpital nie dokonywał zakupów związanych z PSleZ, które nie były rozliczane w ramach tego Projektu. Wysokość naliczonych kar umownych wykonawcom wyniosła 7.277 zł.

(dowód: akta kontroli str. 414-429)

W ramach Projektu Szpital 9 lipca 2013 r. uzyskał m.in. 63 stacje robocze wraz z oprogramowaniem i monitorami, cztery notebooki, dziewięć drukarek specjalistycznych (do drukowania opasek i kodów kreskowych), 18 czytników kodów kreskowych, jeden skaner. 51 stacji roboczych z monitorami oraz notebooki, drukarki specjalistyczne, czytniki kodów kreskowych oraz skaner Szpital, zaś pozostałe 12 komputerów – 24 marca 2015 r. W ramach projektu dostosowano pomieszczenie Szpitala do potrzeb serwerowni, wybudowano sieć WAN (odpowiadała za transmisję danych) oraz zakupiono systemy informatyczne typu ERP, EOD, EDM, HIS i BI.

(dowód: akta kontroli str. 406, 414-429, 414-448)

Ogłędziny części otrzymanego sprzętu komputerowego<sup>28</sup> wykazały, że był on wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem. Urządzenia rozlokowano w komórkach organizacyjnych Szpitala, które wykorzystywały do codziennej pracy systemy zakupione w ramach Projektu. Wszystkie oddziały szpitalne otrzymały drukarki i czytniki kodów kreskowych, a jedną z drukarek kodów kreskowych wykorzystywał Dział Księgowości do druku naklejek ewidencyjnych na potrzeby ewidencji środków trwałych (prowadzonej w ERP). W Szpitalu równolegle z Systemem HIS funkcjonował System PROJEKT Provideo służący do obsługi zleceń i wyników badań diagnostyki obrazowej RTG/USG pomiędzy pracownią diagnostyki obrazowej a oddziałami i poradniami Szpitala. System ten był

<sup>27</sup> Koszty działalności Szpitala za lata 2011 – 2015 wynosiły kolejno: 31.348 tys. zł, 31.180 tys. zł, 31.627 tys. zł, 32.825 tys. zł oraz 35.510 tys. zł.

<sup>28</sup> Siedem komputerów stacjonarnych z monitorami, jeden notebook, dwie drukarki kodów kreskowych i trzy skanery kodów kreskowych.

skonfigurowany z Systemem HIS, dzięki czemu możliwe było importowanie do HIS opisów badań RTG i USG. (dowód: akta kontroli str. 411-413, 430-432)

Ogłędziny przeprowadzone 3 stycznia 2017 r. wykazały, że prowadzone przez Szpital działania promocyjne Projektu polegały na rozwieszeniu na każdym oddziale Szpitala i w każdej poradni, na Izbie Przyjęć oraz w budynku administracji plakatów informacyjnych dotyczących Portalu Pacjenta, wyłożeniu ulotek o tej samej tematyce w dwóch oddziałach szpitalnych i w jednej poradni (Oddział Położniczo-Ginekologiczny, Chirurgiczny Ogólny i rejestracja Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc) oraz zawieszeniu tablicy informacyjnej o Projekcie w budynku głównym Szpitala. Ponadto na stronie internetowej Szpitala<sup>29</sup> widniał odnośnik do strony internetowej Projektu<sup>30</sup>. Działania te były jednak nieskuteczne, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”. (dowód: akta kontroli str. 433-440, 814)

Od grudnia 2016 roku Szpital odbierał od rejestrujących się pacjentów trzy rodzaje zgód, które wprowadzał do HIS – na przetwarzanie danych medycznych, na przetwarzanie danych osobowych oraz na udostępnienie dokumentacji oraz udzielenie informacji o stanie zdrowia. W grudniu 2016 roku przekazano na Platformę Regionalną 1.046 dokumentów, podczas gdy w sierpniu 2016 roku – 80 (na Platformę Regionalną przekazywane były takie dokumenty jak: karta Informacyjna leczenia szpitalnego, skierowania oraz karta zdrowia i choroby z poradni ambulatoryjnej). Liczba hospitalizacji i porad udzielonych w 2016 roku wyniosła 50.118. (dowód: akta kontroli str. 816-822, 890-891)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieużytkowaniu przez okres od 58 do 343 dni 51 komputerów stacjonarnych, czterech notebooków oraz jednego skanera, a przez okres od 351 i 353 dni dziewięciu drukarek kodów kreskowych i 18 czytników kodów kreskowych, które Szpital odebrał od dostawcy 9 lipca 2013 r. 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 bowiem z umowy zawartej przez Lidera PSleZ z dostawcą, a wykorzystanie sprzętu uzależnione było od wykonania niezbędnej infrastruktury i otrzymania oprogramowania, zamawianego również przez Lidera Projektu.

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Szpital nie dysponował siecią informatyczną na terenie budynku głównego. W związku z powyższym dostarczony w dniu 09 lipca 2013 r. sprzęt zeskładowano w pomieszczeniu przeznaczonym na serwerownię – pokój 207. Stacje robocze były systematycznie sprawdzane przez informatyków i w pierwszej kolejności rozdysponowane w budynku administracji, gdzie sieć istniała. Ponadto pomimo otrzymania komputerów z już zainstalowanym systemem Windows7, na każdej stacji roboczej należało ten system uruchomić, zaktualizować i utworzyć użytkownika. Następnie należało ustawić domenę i wgrać system antywirusowy, wgrać do rejestru systemu klucze ERPx64 i ustawić zmienne środowiskowe. Czynności te były wykonywane w całości przez informatyków. Po całej operacji komputery były ponownie pakowane do kartonów i składowane w wyznaczonym wcześniej pomieszczeniu. Wraz z zakończeniem prac instalacyjnych sieci oraz powzięciem telefonicznej informacji z Urzędu Marszałkowskiego o możliwości użytkowania stacji roboczych w zakresie systemów operacyjnych – pomimo braku pozostałych systemów – wznowiono prace w zakresie instalacji pozostałego sprzętu w wyznaczonych komórkach organizacyjnych zakładu. Do dnia przeprowadzenia pierwszych testów funkcjonalności systemów wszystkie stacje robocze były gotowe.” (dowód: akta kontroli str. 406-429, 656-667, 809-813)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że prowadzone działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Do rozpoczęcia kontroli NIK tylko siedem osób wyraziło zgodę na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym PSleZ (odpowiało to 0,01% świadczeń medycznych udzielonych w Szpitalu w 2016 roku), zaś przy wykorzystaniu Portalu Pacjenta od października 2015 roku do grudnia 2016 roku do poradni

<sup>29</sup> [www.szpitalwysmaz.pl](http://www.szpitalwysmaz.pl).

<sup>30</sup> <https://ezdrowie.wrotapodlasia.pl/>.

zarejestrowało się jedynie 50 osób, co stanowiło 0,1% ogółu porad udzielonych w 2016 roku (42.042). (dowód: akta kontroli str. 433-436, 670)

## **2.2. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę Szpitala**

Opis stanu faktycznego

Do obsługi finansowo-administracyjnej oraz wspomagania procesu zarządzania Szpitalem, w ramach Projektu zakupiono systemy typu ERP, EOD oraz BI.

Odbiór zakupionych systemów nastąpił 16 kwietnia 2015 r. Do systemu typu ERP Szpital otrzymał 48 licencji, do BI pięć, natomiast do EOD licencją otwartą.

System ERP składał się z dziewięciu modułów (zarządzanie: finansami, kosztami, kadrami i placami, majątkiem trwałym, wyposażeniem, inwentaryzacją, zapasami i zasobami ludzkimi oraz kalkulacja procedur medycznych). Liczba licencji do ERP była niewystarczająca, bowiem na 22 grudnia 2016 r. liczba użytkowników posiadających uprawnienia do systemu wynosiła 77 osób. (dowód: akta kontroli str. 406, 441-448, 537)

W Szpitalu nie ustalono procedur wewnętrznych uwzględniających funkcjonalności systemów zakupionych w ramach Projektu ani zakresu ich wykorzystania w bieżącej pracy. Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Programy w ramach Projektu e-Zdrowie są wykorzystywane zgodnie z ich funkcjonalnością. Dostawca systemów udostępnił w formie elektronicznej instrukcje obsługi dla każdego modułu. Nie ma więc potrzeby ustalania dodatkowych wewnętrznych procedur związanych z funkcjonalnością systemu.”

(dowód: akta kontroli str. 449, 656-667)

Na mocy zarządzenia nr 61/12/2014 Dyrektora Szpitala z 31 grudnia 2014 r. w sprawie wprowadzenia Zakładowego Planu kont wraz z zasadami polityki rachunkowości, Szpital od 1 stycznia 2015 r. prowadził księgi rachunkowe przy wykorzystaniu systemu ERP. Załącznik nr 9 do tego zarządzenia pt. „Opis systemu przetwarzania danych w systemie informatycznym oraz zasady ochrony danych i ich zbiorów” zawierał zapisy dotyczące systemu ERP. Tym samym zasady rachunkowości stosowane w Szpitalu dostosowano do wymogów art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>31</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 450-462)

W bieżącej pracy Szpitala wykorzystywane były moduły ERP za wyjątkiem modułu służącego do kalkulacji kosztów leczenia, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

System ERP był wykorzystywany m.in. do prowadzenia księgowości Szpitala, akt osobowych, obliczania i ewidencjonowania wynagrodzeń, śledzenia wartości bilansowej posiadanego majątku, prowadzenia ewidencji dostaw i rozchodów materiałowych. Oprogramowanie to pozwalało m.in. na prowadzenie kart inwentarzowych środków trwałych, obliczania wartości środków na dany dzień z możliwością dowolnego sortowania danych w tym zakresie. Możliwe było generowanie miesięcznych raportów z listy plac dla poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala, jak. np. oddziały szpitalne z wyszczególnieniem danej osoby i grupy składników wchodzących w miesięczne wynagrodzenie, a także generowanie zbiorowego zestawienia z listy plac, raportów magazynowych z uwzględnieniem wartości przychodu i rozchodu. Ewidencja kadrowa pozwalała na prowadzenie akt osobowych osób zatrudnionych w Szpitalu z wyszczególnieniem np. danych osobowych, informacji o umowach, przysługujących urlopach, stawkach wynagrodzenia. (dowód: akta kontroli str. 463-477, 538-544)

W Szpitalu użytkowano też zakupiony w ramach PSieZ system informatyczny typu BI. Od 12 stycznia 2015 r. do 22 listopada 2016 r. czterech pracowników Szpitala logowało się do systemu 226 razy, w tym 223 razy przed rozpoczęciem kontroli NIK (15 listopada 2016 r.). Dyrektor Szpitala, mimo posiadania uprawnień dostępowych do BI nie logował się do systemu. Liczba posiadanych licencji (pięć) odpowiadała liczbie osób przewidzianych do korzystania z systemu (dyrektor, główny księgowy, informatyk, kierownik Działu Statystyki Analiz i Rozliczania Świadczeń Medycznych).

(dowód: akta kontroli str. 478, 485-486)

<sup>31</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1047.

System BI umożliwił wygenerowanie 73 różnych raportów, np.: analiza zatrudnienia – płeć, rodzaj umowy (czas określony, czas nieokreślony, na wypowiedzeniu), hospitalizacje z podziałem na wiek, koszty ogółem, monitorowanie transportu sanitarnego, struktura kosztów bezpośrednich i pośrednich. (dowód: akta kontroli str. 479-484)

Porównanie danych zawartych w ośmiu raportach<sup>32</sup> za drugi kwartał 2016 roku, sporządzonych w systemie BI oraz w odpowiadających im raportach wykonanych w systemie ERP i HIS wykazało, że w siedmiu przypadkach prezentowane dane obejmujące: koszty ogółem, koszty wg rodzajów, przychody ogółem, wynik finansowy ogółem, zgony, średnie wynagrodzenia zasadnicze oraz poziom wykonania kontraktu, były identyczne. Różnice wystąpiły w raporcie „liczba osobodni”. W raporcie z systemu BI liczba ta na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii była wyższa o jeden dzień w stosunku do danych wykazanych w HIS (BI wykazywał 162 osobodni, HIS 161) – w toku kontroli NIK główna księgowa wysłała zgłoszenie do wykonawcy w celu zdiagnozowania przyczyn rozbieżności. Raport w HIS nie uwzględniał osobodnia dla księgi 2059 (wypis w dniu przyjęcia w trybie zgonu), co zostało skorygowane.

(dowód: akta kontroli str. 487-521 684-687)

W okresie od 7 września 2015 r. do 12 sierpnia 2016 r. dokonano 11 zgłoszeń w zakresie niezgodności danych zaciągniętych do systemu BI z systemów ERP i HIS Główna księgowa wyjaśniła: „Dane zawarte w raportach dostępnych w systemie BI były wielokrotnie weryfikowane, a stwierdzone niezgodności zgłaszane do firmy Comarch, poprzez system IZGL. Niezgodności były weryfikowane przez wyznaczonych pracowników firmy Comarch, których zadaniem było ustalenie przyczyny błędu i jego wyeliminowanie.” Ponadto główna księgowa wyjaśniła: „Moje uprawnienia dostępowe wykorzystuję do okresowej weryfikacji danych zaciąganych z systemu ERP, udostępnienia okresowego sprawozdania z przychodów i kosztów oraz sprawdzenia i zgodności z danymi finansowo-księgowymi.”

(dowód: akta kontroli str. 828-837)

System EOD zakupiony w ramach Projektu e-Zdrowie był wykorzystywany do rejestrowania w nim korespondencji wpływającej do Szpitala i przekazywania jej dalej w tym Systemie do właściwego personelu. Osobą odpowiedzialną za wprowadzanie dokumentacji do systemu oraz jej dalsze przekazanie właściwym osobom była pracownica sekretariatu Dyrektora Szpitala. Dokument wpływający do Szpitala i rejestrowany w EOD otrzymywał indywidualny numer (nalepka z kodem kreskowym), był wprowadzany do systemu np. z informacją o nadawcy, jego adresie, datach: dokumentu, jego wpływu i zarejestrowania w EOD. Pismo było skanowane, dołączane do „sprawy” w EOD, a następnie przekazywane wg. właściwości do poszczególnych pracowników Szpitala. Wraz z wersją elektroniczną przekazywano oryginał w wersji papierowej. Adresaci pism w razie potrzeby dekretowali je w EOD do podległych sobie pracowników (informacja o zadekretowaniu pisma była uwidaczniana w systemie).

Pierwszy dokument zarejestrowano w EOD 25 listopada 2014 r., a do 13 grudnia 2016 r. w rejestrze ujęto 787 korespondencji przychodzących do Szpitala (pisma z NFZ, pisma urzędowe, umowy i aneksy do umów – Dział Zaopatrzenia, pisma dotyczące postępowań w sprawie zamówień publicznych, w tym oferty, zapytania). Stanowiło to zaledwie 5% korespondencji przychodzącej w tym okresie (15.859).

W dniu 13 grudnia 2016 r. oględzinom poddano 30 losowo wybranych dokumentów i ustalono, że w każdym przypadku do sprawy był załączany skan dokumentu źródłowego, który był przekazywany adresatom końcowym wg. właściwości. W skrzynkach odbiorczych użytkowników systemu EOD widniała jednak nieodebrana poczta przychodząca, w skrajnym przypadku nawet od 23 listopada 2015 r, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 522-533, 894-895)

Przed produkcyjnym uruchomieniem systemów informatycznych zakupionych w ramach Projektu wykonawca przeprowadził szkolenia personelu Szpitala w zakresie obsługi

<sup>32</sup> Badaniem objęto raporty dotyczące [1] kosztów ogółem, [2] kosztów wg rodzajów, [3] przychodów ogółem, [4] wyniku finansowego ogółem, [5] zgonów, [6] liczby osobodni, [7] średnich wynagrodzeń zasadniczych kwartalnych, [8] poziomu wykonania kontraktu..

systemów typu ERP, EOD i BI. Szkolenia z obsługi systemu ERP przeprowadzono od 1 do 23 lipca 2014 r. Uczestniczyło w nich 61 osób zatrudnionych w Szpitalu, czyli wszyscy, którzy w tamtym czasie docelowo mieli korzystać z systemu (na 22 grudnia 2016 r. dostęp do systemu miało 77 użytkowników). W szkoleniu brali udział pracownicy administracyjni i personel medyczny.

Szkolenie z korzystania z aplikacji typu BI odbyło się 25 lipca 2014 r. Wzięły w nim udział dwie osoby – ówczesny Dyrektor Szpitala oraz główna księgowa. Na dzień 26 grudnia 2016 r. dostęp do oprogramowania miały cztery osoby (dodatkowo informatyk oraz kierownik Działu Statystyki Analiz i Rozliczania Świadczeń Medycznych).

Z kolei szkolenia z oprogramowania typu EOD odbywały się od 24 do 25 lipca 2014 r. Wzięły w nich udział 73 osoby, zaś na 22 grudnia 2016 r. dostęp do tego systemu miało 67 użytkowników. (dowód: akta kontroli str. 534-535, 538-544)

Nowi pracownicy, którzy nie uczestniczyli w szkoleniach organizowanych przez wykonawcę byli szkoleni przez informatyka lub współpracowników. (dowód: akta kontroli str. 545)

Przed zakupem systemów w ramach PSleZ, do obsługi finansowo-księgowej, w tym: gospodarki materiałowej, gospodarki majątkiem trwałym, ewidencji środków trwałych i wyposażenia, wykorzystywano system IBIZA. Do spraw kadrowo-płacowy wykorzystywano natomiast system MAGIC. (dowód: akta kontroli str. 12-32)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Szpital nie wykorzystywał funkcjonalności systemu typu ERP do kalkulacji kosztów leczenia pacjenta (koszt licencji na ten moduł wynosił 1.813 zł). Kalkulator 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 usług medycznej ustalana była w oparciu o „Zakładowy cennik usług zdrowotnych i badań diagnostycznych”, stanowiący załącznik Nr 5 do Regulaminu Organizacyjnego Szpitala. Było to niezgodne z treścią art. 45 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>33</sup>, który stanowi, że przy ustalaniu wysokości opłaty kierownik uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego. W 2016 roku Szpital wystawił 49 faktur na 49.977 zł za świadczenia udzielone przez Izbę Przyjęć, oddziały szpitalne i poradnie.

Główna księgowa wyjaśniła: „(...)Wdrożenie kalkulacji procedur medycznych w szpitalu wymaga niewspółmiernego do efektów nakładu pracy i zaangażowania sztabu ludzi. Aby rozpocząć ten proces należy między innymi opracować wykaz procedur wykonywanych w jednostce, powołać zespół ludzi, którzy będą ewidencjonowali wszystkie czynności związane z daną procedurą. Niezbędnych danych nie da się uzyskać w całości z użytkowanych systemów trzeba więc je wykonać ręcznie, a szpital nie dysponuje żadnymi rezerwami kadrowymi. Priorytetem dla szpitala było wdrożenie systemu części białej, ponieważ dotychczas szpital nie dysponował żadnym systemem umożliwiającym prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej. W związku z czym nie jest możliwe oddelegowanie pracowników medycznych wyłącznie do pracy związanych z liczeniem kosztów procedur. Jeżeli chodzi o stan prawny to rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1998 r. Nr 164, poz. 1194) zostało uchylone art. 220 pkt 1 ustawy o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. nr 112, poz. 654 ze zm.), wobec czego brak jest na dzień dzisiejszy podstaw prawnych obligujących szpital do ich prowadzenia.”

(dowód: akta kontroli str. 546-567, 838-839)

W ocenie NIK, posiadanie narzędzia w postaci kalkulatora kosztów procedur medycznych niezbędne jest do ustalania prawidłowej wartości kosztu udzielonych świadczeń medycznych, w przypadku konieczności wystawienia faktury osobom

<sup>33</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1638.

nieubezpieczonym lub pacjentom z zagranicy. Zgodnie z art. 45 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>34</sup>, przy ustalaniu wysokości opłaty kierownik uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego. Jednocześnie kalkulator kosztów leczenia, poprzez nieokreślenie w nim wszystkich składników wyliczających koszty związane z wykonywanymi świadczeniami, nie mógł być narzędziem do polepszenia zarządzania szpitalem – co było jednym z założeń Projektu.

2. W Szpitalu, mimo zakupu Systemu EOD za 52.824zł, nie wyeliminowano papierowego obiegu dokumentów. Równoległe z dokumentem w wersji elektronicznej przekazywano do właściwych osób wersję papierową korespondencji. Ponadto nie przekazywano przy wykorzystaniu EOD całej korespondencji przychodzącej do Szpitala. Od daty rejestracji pierwszego dokumentu w EOD (25 listopada 2014 r.) do 13 grudnia 2016 r. w systemie zarejestrowano 787 korespondencji, co stanowiło 5% korespondencji przychodzącej w tym okresie (15.859).

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie był bardzo dużym projektem obejmującym zarówno część „białą” jak i „szarą”. Przed wdrożeniem systemu e-Zdrowie dokumentacja medyczna i administracyjna była prowadzona wyłącznie w formie papierowej. Wdrożenie jednocześnie tak wielu modułów w zakładzie, przy minimalnej obsadzie personelu, gdzie dotychczas posługiwano się wyłącznie dokumentem papierowym napotykało na wiele oporów ze strony pracowników. Wielu z nich nie korzystało wcześniej z systemów informatycznych, nie miało żadnej wiedzy z zakresu obsługi komputera. Mając na względzie unormowania prawne o konieczności wprowadzenia w niedługim czasie elektronicznej dokumentacji medycznej, za priorytet uznano wdrożenie systemu HIS i EDM. Natomiast korzystanie z systemu EOD wdrażane jest stopniowo. Przekazanie dokumentu przychodzącego następuje zarówno w formie elektronicznej jak i papierowej. Brak czasu i wypracowanego nawyku powoduje, że pracownicy częściej odpowiadają na sprawę w formie papierowej niż elektronicznej. W celu pełnego wykorzystania funkcjonalności systemu EOD planuje się ponowne zobowiązanie pracowników do korzystania z udostępnionego modułu.

(dowód: akta kontroli str. 414-422, 522-533, 656-667, 894-895)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Liczba licencji na poszczególne moduły systemu ERP, zakupionych w ramach Projektu, była niewystarczająca. Na 22 grudnia 2016 r. liczba użytkowników posiadających uprawnienia do systemu wynosiła bowiem 77 osób, podczas gdy zakupiono 48 licencji. Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła m.in., że na etapie prac nad projektem wnioskowano o dodatkowe licencje i otrzymano częściowo ich zwiększenie oraz że Szpital planuje wystąpić o dodatkowe licencje.

Producent oprogramowania 10 stycznia 2017 r. poinformował Szpital, że do końca marca 2017 roku nie będzie zgłaszał uwag co do przekroczenia przez podmiot liczby licencji. Jednocześnie zwrócił się o uregulowanie tej kwestii we wskazanym terminie.

(dowód: akta kontroli str. 406, 441-448, 537, 723-725, 730-731)

2. Instrukcja obiegu dokumentów nie obejmowała elektronicznego obiegu dokumentów, co mogło być przyczyną niewykorzystywania w pełni funkcjonalności zakupionego oprogramowania typu EOD.

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: *W najbliższym czasie zostaną rozpoczęte prace związane z opracowaniem stosownej, poprawionej instrukcji obiegu dokumentów uwzględniającej system EOD.*

(dowód: akta kontroli str. 568-579, 723-725, 729, 800-808)

### 2.3. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

Opis stanu faktycznego

W ramach Projektu zakupiono systemy typu EDM oraz HIS wspomagające obsługę pacjenta, które od dostawcy odebrano 16 kwietnia 2015 r.

Do systemu HIS Szpital otrzymał 419 licencji, a do EDM 150 licencji. System HIS składał się z ośmiu modułów: ruch chorych – oddział, ruch chorych – poradnia, ruch chorych – izba

<sup>34</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.

przyjęć, zlecenia medyczne, apteka centralna, apteczki oddziałowe, rozliczenia z NFZ i innymi płatnikami oraz moduł administracyjny. Na dzień 22 grudnia 2016 r. system typu HIS użytkowało 270 pracowników, a EDM – 44.

System typu HIS służył do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej na oddziałach szpitalnych i w poradniach. Była w nim możliwość prowadzenia dokumentacji indywidualnej pacjenta, ale też np. ksiąg oddziałowych, rozkładu operacji, zapotrzebowania na leki z apteki szpitalnej. System typu EDM służył zaś do przechowywania dokumentacji medycznej wytworzonej w HIS. Na dzień 16 grudnia 2016 r. w EDM możliwe było gromadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta w postaci: ambulatoryjnej historii zdrowia i choroby, wystawionych skierowań, badań laboratoryjnych, protokołu zabiegowego/operacyjnego, karty informacyjnej oraz karty danych ratunkowych. Zasilenie EDM dokumentacją wytworzoną w HIS następowało automatycznie i nie wymagało w tym celu ingerencji użytkownika systemu. (dowód: akta kontroli str. 406, 441-448, 535, 580-582)

Wydruki z EDM przykładowej dokumentacji medycznej czterech pacjentów Szpitala (karta informacyjna, historia zdrowia i choroby ambulatoryjna, skierowanie) zawierały wszystkie dane określone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Regulach biznesowych i walidacyjnych, określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na Platformie P1<sup>35</sup>. (dowód: akta kontroli str. 583-602)

W Szpitalu nie ustalono procedur wewnętrznych uwzględniających wykorzystanie funkcjonalności systemów HIS i EDM wspomagających obsługę pacjenta w bieżącej pracy. Nie opracowano również harmonogramu wdrożenia dokumentów medycznych z wykorzystaniem HIS. Ówczesny Dyrektor Szpitala, 28 października 2013 r. wyznaczył 21 pracowników (był to zarówno personel medyczny jak i pracownicy administracyjni), którzy mieli nadzorować i być odpowiedzialni za wdrożenie systemu informatycznego zakupionego w ramach Projektu w kierowanych przez nich komórkach i jednostkach organizacyjnych Szpitala<sup>36</sup>. Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Pracownicy sumiennie i z pełnym zaangażowaniem podchodzili do prowadzenia kompletnej dokumentacji w systemie elektronicznym. Wszelkie problemy, które były związane z prawidłowym funkcjonowaniem i wykorzystywaniem systemu informatycznego HIS rozwiązywane były na bieżąco. (...) W ramach kontroli i nadzoru nad funkcjonowaniem i wykorzystaniem systemu informacyjnego w Szpitalu Dyrekcja organizowała miesięczne spotkania z kadrą kierowniczą, która była zobowiązana do przedstawienia postępów w wykorzystaniu systemu informacyjnego lub zgłaszania ewentualnych problemów w jego funkcjonowaniu. Dodatkowo jeden raz w tygodniu odbywały się cykliczne spotkania z pielęgniarkami oddziałowymi, mające na celu wychwycenie bieżących problemów w funkcjonowaniu i wykorzystaniu systemu HIS w ramach Projektu e-Zdrowie. W celu weryfikacji pracy pracowników medycznych związanej z wykorzystaniem systemów informacyjnych w oddziałach szpitalnych, prowadzono okresowy przegląd dokumentacji medycznej pacjentów.” (dowód: akta kontroli str. 449, 656-667, 840-841)

Ogłędziny dokumentacji medycznej 40 pacjentów Szpitala<sup>37</sup> wykazały, że w systemie HIS wytwarzane były:

- w przypadku indywidualnej dokumentacji medycznej na oddziale: historia zdrowia i choroby – przyjęcie pacjenta, konsultacje lekarskie, wypis, druki wydane (skierowania, zlecenia, zaświadczenia), podane leki, zabiegi i procedury, wywiad, badanie przedmiotowe, obserwacje lekarskie, dokumentacja pielęgniarstwa w postaci m.in. karty obserwacji pielęgniarstwa, karty czynności pielęgniarstwa, karty indywidualnej opieki pielęgniarstwa, karty oceny ryzyka odleżyn (wg. Norton), historia choroby – wypis, diagnozy pielęgniarstwa, wskazówki pielęgniarstwa, karta obserwacji wkluc obwodowych, karta obserwacji miejsca operowanego lub ran, ocena stanu odżywienia NRS,

<sup>35</sup> Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. W systemie P1 mają się znajdować informacje o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski – niezależnie od płatnika oraz obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych w Polsce.

<sup>36</sup> Zarządzenie Nr 36/10/2013 Dyrektora z 28 października 2013 r. w sprawie nadania uprawnień do występowania z pełnomocnictwem Dyrektora Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem przy wdrażaniu w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem systemu informatycznego.

<sup>37</sup> Badaniem objęto indywidualną dokumentację medyczną po pleci u pacjentów z oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej, chorób płuc i położniczo-ginekologicznego oraz odpowiadających im poradni.

- w przypadku indywidualnej dokumentacji medycznej w poradni prowadzona była historia zdrowia i choroby ambulatoryjna (oddzielnie dla każdej wizyty). W dokumentacji tej uzupełniano takie rubryki jak: wywiad pierwszorazowy (w przypadku pacjenta, który po raz pierwszy zgłosił się do poradni), wywiad, badanie fizykalne, procedury ICD9, zastosowane leczenie, recepty, zalecenia, wydane druki, skierowanie, opis przebiegu zabiegu (za wyjątkiem dwóch przypadków).

Wytworzona w HIS dokumentacja była drukowana, podpisywana i załączana do papierowej wersji dokumentacji medycznej.

W HIS nie wytwarzano natomiast takiej dokumentacji jak np.: karta gorączkowa (druk z HIS wypełniany ręcznie), karta całościowej oceny geriatrycznej, wywiad epidemiologiczny, karta oceny ryzyka, karta zleceń lekarskich (druk HIS wypełniany ręcznie), dokumentacja anestezjologiczna i bloku operacyjnego, dokumentacja położniczo-ginekologiczna i neonatologiczna<sup>38</sup>, klasyfikacja pacjenta (bowiem te same dane wykazywane były w karcie czynności pielęgniarstwa), co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

W przypadku wyników badań RTG i USG opis był przekazywany do systemu HIS za pomocą Systemu PROJEKT Provideo. Wyniki pozostałych badań, jak np. EKG, badania laboratoryjne, badania endoskopowe, spirometria, KTG były drukowane z analizatorów lub innych urządzeń, przy użyciu których badania wykonywano lub które wykorzystywano do opisu badania, a następnie wyniki w wersji papierowej załączano do dokumentacji medycznej i wprowadzano do systemu HIS (z wyjątkiem trzech z 44 wyników, których nie wprowadzono).

W oddziałach szpitalnych wykorzystywano, znajdującą się w aplikacji typu HIS, zakładkę „Apteka”, przy użyciu której m.in. wystawiano do apteki szpitalnej zapotrzebowanie na leki, prowadzono rejestr przyjętych leków, zwrotu leków, przesunięcia leków do innej jednostki, kasacji leków, czy też prowadzono inwentaryzację leków. W HIS prowadzono też rozkład operacji oraz księgi oddziałowe, np.: księga raportów pielęgniarstwa, ruch chorych, księga zgonów, księga zabiegowa, księga noworodków (prowadzona w oddziale położniczo-ginekologicznym).  
(dowód: akta kontroli str. 603-632, 691-693, 842-865)

System HIS nie obsługiwał laboratorium, pracowni RTG i USG (wyniki badań z tych trzech pracowni wprowadzano do systemu HIS), pracowni fizjoterapii (rehabilitacji), bloku operacyjnego oraz bloku porodowego. System HIS nie zawierał modułów/funkcjonalności umożliwiających zintegrowanie tych komórek. Wymienione moduły nie były objęte przedmiotem zamówienia, co szerzej opisano w pkt 1.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.  
(dowód: akta kontroli str. 136-153, 254-258, 656-667)

Z otrzymanych wyjaśnień od 11 osób pełniących funkcje kierownicze w komórkach organizacyjnych Szpitala (poradnie, oddziały szpitalne, apteka szpitalna) wynika, że w większości przypadków system HIS usprawnił pracę personelu medycznego, a prowadzona dokumentacja medyczna jest czytelna, jednolita i dokładna, usprawnił dostęp do dokumentacji medycznej pacjentów. Ponadto przejście z papierowej na elektroniczną dokumentację medyczną w większości przypadków nie spowodowało większego obciążenia personelu medycznego sprawami administracyjnymi.

Koordinator Oddziału Chorób Płuc wyjaśniła zaś, że przejście z dokumentacji papierowej na elektroniczną zwiększyło obciążenie pracami administracyjnymi w szczególności personelu średniego. Ordynator Oddziału Chorób Wewnętrznych wyjaśnił natomiast, że wdrożenie Projektu pochłania zbyt dużo czasu oraz że w związku z nieprzystosowaniem aplikacji informatycznych do potrzeb medycznych, jednoczesnym prowadzeniem dokumentacji papierowej oraz niewdrożeniem wszystkich aplikacji systemu trudno jednoznacznie potwierdzić jakiegokolwiek korzyści wynikające z jego stosowania, poza korzyściami statystycznymi.  
(dowód: akta kontroli str. 633-642, 790-792)

Według informacji pozyskanych z UMWP, od listopada 2015 roku do 1 grudnia 2016 roku przez Portal Pacjenta dokonano 50 zapisów na wizytę do poradni przyszpitalnych, co stanowiło 0,1% ogółu porad udzielonych w 2016 roku (42.042).

<sup>38</sup> W ramach Projektu Szpital nie otrzymał modułu obsługującego blok operacyjny i blok porodowy.

Przy wykorzystaniu Portalu Pacjenta pacjenci mogli zapisać się na wizytę do pięciu poradni przyszpitalnych<sup>39</sup>. Możliwość zapisu istniała na dzień następy lub każdy inny dowolny termin, w którym lekarze danej poradni przyjmowali na wizyty. W Portalu Pacjenta umawiając wizytę, pacjent mógł wybrać lekarza, jednak nieaktualne były dane zamieszczone w Portalu dotyczące lekarzy zatrudnionych w poradni chirurgii ogólnej i poradni położniczo-ginekologicznej. Z kolei Szpital nie potwierdził wizyt rejestrowanych przez Portal Pacjenta do poradni gruźlicy i chorób płuc oraz poradni diabetologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 643-649, 670, 688-690, 866-870, 890-893)

Ogłędziny sposobu prowadzenia rejestracji pacjentów na wizyty w rejestracjach czterech z pięciu poradni przyszpitalnych<sup>40</sup>, do których możliwe było zapisanie się na wizytę przy wykorzystaniu Portalu Pacjenta wykazały, że w przypadku Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Położniczo-Ginekologicznej terminarz wizyt pacjentów prowadzony był wyłącznie w wersji elektronicznej przy wykorzystaniu systemu HIS. W przypadku Poradni Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej terminarz wizyt w systemie HIS co do zasady dotyczył jedynie pacjentów zgłaszających się do Poradni w bieżącym dniu.

(dowód: akta kontroli str. 694-718)

Problematykę związaną z rejestrowaniem wizyt za pośrednictwem Portalu pacjenta opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Przed produkcyjnym uruchomieniem systemów informatycznych zakupionych w ramach Projektu wykonawca przeprowadził szkolenia personelu Szpitala w zakresie obsługi systemów typu EDM oraz HIS.

Szkolenia z obsługi systemu typu EDM przeprowadzono w dniach 14-15 i 18 lipca oraz 8 sierpnia 2014 r. Uczestniczyło w nich 78 osób zatrudnionych w Szpitalu, które w tamtym czasie docelowo miały korzystać z systemu. Na dzień 22 grudnia 2016 r. dostęp do systemu miało 44 użytkowników. Zgodnie z raportem z przeprowadzonych instruktaży z obsługi systemu EDM przeszkolonych zostało 141 osób (niektóre osoby szkolone były z obsługi kilku modułów).

Szkolenia z obsługi aplikacji typu HIS odbywały się od 1 do 17 lipca i od 11 do 13 sierpnia 2014 r. Wzięło w nich udział 209 osób, tj. wszystkie osoby przewidziane do korzystania z tego systemu. Zgodnie z raportem przeprowadzonych instruktaży z obsługi systemu HIS przeszkolonych zostało 351 osób (część uczestniczyła w więcej niż jednym szkoleniu).

(dowód: akta kontroli str. 534-535)

Nowi pracownicy, którzy nie uczestniczyli w szkoleniach prowadzonych przez wykonawcę byli szkoleni przez informatyka lub współpracowników. (dowód: akta kontroli str. 653-655)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Ogłędziny dokumentacji 20 pacjentów pięciu wybranych oddziałów Szpitala<sup>41</sup> wykazały, że – pomimo zobowiązania się w porozumieniu partnerskim zawartym z Liderem Projektu do zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji – w systemie HIS nie wytwarzano kompletnej indywidualnej dokumentacji medycznej. Brakowało bowiem w tym systemie kart gorączkowych (druk z HIS wypełniany ręcznie), kart całościowej oceny geriatrycznej, wywiadów epidemiologicznych, kart oceny ryzyka, kart zleceń lekarskich (druk HIS wypełniany ręcznie), klasyfikacji pacjenta (takie dane wykazywane były w karcie czynności pielęgniarskich), kart oceny ryzyka rozwoju zakażenia w dniu przyjęcia do szpitala, skali VES-13, kontrolki pomiarów, dokumentacji anestezjologicznej i bloku operacyjnego<sup>42</sup> (tj. kart badania przedoperacyjnego, przedoperacyjnych ankiet anestezjologicznych, formularzy zgody na zabieg/badanie/leczenie, kart przebiegu znieczulenia, okołoperacyjnej karty kontrolnej, protokołu pielęgniarstwa operacyjnej, kart

<sup>39</sup> Poradnia Chirurgii Ogólnej, Poradnia Diabetologiczna, Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc, Poradnia Położniczo-Ginekologiczna oraz Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedyczna.

<sup>40</sup> Badaniem objęto rejestracje do Poradni: Gruźlicy i Chorób Płuc, Ginekologiczno-Położniczej, Chirurgii Ogólnej oraz Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

<sup>41</sup> Badaniem objęto indywidualną dokumentację medyczną po pięciu pacjentów z oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgii ogólnej, chorób płuc i położniczo-ginekologicznego.

<sup>42</sup> W ramach Projektu Szpital nie otrzymał modułu obsługującego blok operacyjny.

obserwacji w sali nadzoru poznieczuleniowego, kart kontrolnych wskaźników skuteczności sterylizacji, protokołu operacyjnego, kart oceny bólu pooperacyjnego) oraz dokumentacji położniczo-ginekologicznej i neonatologicznej<sup>43</sup> w postaci: kart kontroli tętna płodu, kart obserwacji porodu, kontrolek – bilans płynów, kart noworodka, kart oceny ryzyka wystąpienia zakażenia u noworodka w trakcie hospitalizacji w oddziale neonatologicznym (prowadzono je ręcznie w wersji papierowej).

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła m.in., że problemy dotyczące funkcjonalności w wykorzystaniu ww. dokumentów w systemie HIS związane były z problemami technicznymi lub niepełnym dostosowaniem funkcjonalności do potrzeb Szpitala. Braki zostały zgłoszone do wykonawcy systemu i Szpital oczekuje na ich realizację. Ponadto, Pełnomocnik wyjaśniła, że „Karta oceny ryzyka rozwoju zakażenia w dniu przyjęcia do szpitala, skala VES-13, kontrolka pomiarów, są w trakcie wdrażania i zaczną funkcjonować w szpitalu od 1 marca 2017 r. Dokumentacja położniczo-ginekologiczna i neonatologiczna, w tym: karta kontroli tętna płodu, karta obserwacji płodu, kontrolka – bilans płynów, karta noworodka, karta oceny ryzyka wystąpienia zakażenia u noworodka w trakcie hospitalizacji w oddziale neonatologicznym zaczną funkcjonować od II połowy 2017 roku. Dokumentacja anestezyjologiczna i bloku operacyjnego, w tym karta badania przedoperacyjnego, przedoperacyjna ankieta anestezyjologiczna, są w trakcie wdrażania. Formularz zgody na zabieg/badanie/leczenie został zgłoszony przez NCR do poprawienia i jest w trakcie naprawy przez Comarch. Pozostałe karty występują w module blok operacyjny, który nie został udostępniony w ramach Projektu e-Zdrowie. Jednocześnie informuję, że w przyszłości będziemy rozważać zakup modułu Blok operacyjny ze środków własnych, aby dla funkcjonalności Szpitala wszystkie komórki organizacyjne były dostępne w HIS.”

(dowód: akta kontroli str. 605-632, 723-725, 742-755, 887-889)

W ocenie NIK niekorzystanie z wszystkich funkcjonalności oprogramowania typu HIS uniemożliwia efektywne wykorzystanie asysty powdrożeniowej świadczonej przez dostawcę oprogramowania, powoduje ryzyko konieczności ponownego szkolenia personelu niekorzystającego z tej aplikacji oraz może stwarzać zagrożenie niewywiązania się Szpitala z – przewidzianego art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>44</sup> – obowiązku prowadzenia od 1 stycznia 2018 r. dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej. Niewytwarzanie za pomocą aplikacji HIS pełnej dokumentacji medycznej powoduje, że nie są one dostępne w aplikacji EDM i w konsekwencji także dla pacjentów w Portalu pacjenta PSleZ.

2. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej, także 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. W aplikacji typu EDM znajdowały się – w formach wytworzonych w HIS – karta informacyjna z leczenia szpitalnego, skierowania oraz karta zdrowia i choroby z poradni ambulatoryjnej. Do systemu tego nie przekazywano pozostałej dokumentacji medycznej wytwarzanej w oprogramowaniu HIS, np. historii choroby z kartą obserwacji lekarskich i pielęgniarskich z oddziałów szpitalnych.

Pełnomocnik Szpitala wyjaśniła: „Osoby mające dostęp do aplikacji EDM (lekarze) nie były świadome, że dokumentacja pacjenta wytworzona w programie HIS nie jest przekazywana automatycznie w całości do Systemu EDM, dlatego nie informowali o tej sytuacji. W dniu dzisiejszym, tj. 23 stycznia 2017 r. problem zgłoszono przedstawicielowi firmy COMARCH i czekamy na odpowiedź w sprawie.”

(dowód: akta kontroli str. 756-757)

3. W Szpitalu nie zapewniono pacjentom rejestrującym się za pośrednictwem Portalu Pacjenta, możliwości zapisania się na wizytę w dowolnych godzinach pracy poradni, z uwzględnieniem zasady kolejności zgłoszeń, wynikającej z przepisów art. 20 ust. 1

<sup>43</sup> W ramach Projektu Szpital nie otrzymał modułu obsługującego blok porodowy.

<sup>44</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.

ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>46</sup>, bowiem:

- pacjenci mieli możliwość umówienia wizyty najwcześniej na kolejny dzień, podczas gdy rejestrując się osobiście lub telefonicznie do poradni (do których nie było kolejek) wizytę można było umówić na dzień bieżący,
- w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej i chirurgii ogólnej (z czterech objętych badaniem) listy oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzono wyłącznie w formie pisemnej (nie przenoszono ich do HIS), bez wskazywania godziny wizyty, a w konsekwencji na Portalu Pacjenta nierzetelnie wskazywano, że wolne są wszystkie terminy wizyt,
- w poradni gruźlicy i chorób płuc oraz w poradni diabetologicznej (tj. w obu, w których dokonano takiego badania) nie potwierdzono terminu rezerwacji wizyty za pośrednictwem Portalu Pacjenta,
- nie aktualizowano danych w Portalu Pacjenta dotyczących lekarzy przyjmujących w poradniach przyszpitalnych. W konsekwencji np. rejestrując się na wizytę w poradni położniczo-ginekologicznej można było wybrać dwóch lekarzy, którzy w Szpitalu już nie pracowali, zaś w przypadku poradni chirurgii ogólnej nie wykazano dwóch zatrudnionych w niej lekarzy.

W odpowiedzi na pytanie dotyczące możliwości rezerwacji wizyty w poradniach dopiero na dzień następny, Pełnomocnik wyjaśniła: „Portal Pacjenta pozwala zarejestrować się do poradni na pierwszy wolny termin, jednak z wyłączeniem dnia bieżącego. Taki stan rzeczy wynika z tego, że system był wyłoniony w przetargu UMWP i w takim stanie udostępniony w Szpitalu. Niemniej jednak problem zostanie zgłoszony do Comarch-u w celu umożliwienia rejestracji na bieżąco.”

Odpowiadając na pytanie o nieprowadzenie w systemie HIS list oczekujących na udzielenie świadczenia w dwóch poradniach, Pełnomocnik wyjaśniła: „W celu prawidłowego zapewnienia ustalania kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie kolejności zgłoszeń świadczeniobiorców i wyeliminowania formy papierowej (prowadzonych ręcznie zeszytów) z dniem 20 lutego 2017 r. prowadzone będą cykliczne, indywidualne szkolenia dla wszystkich pracowników rejestracji w poradniach szpitala. Szkolenia w ww. zakresie będą miały charakter ćwiczeń technicznych prawidłowego wpisywania pacjentów rejestrujących się na terminy przyszłe w poradniach do terminarza w Systemie HIS.”

W odniesieniu do niepotwierdzania wizyt rezerwowanych przez Portal Pacjenta wyjaśniła zaś, że: „Stwierdzone nieprawidłowości w próbie rejestracji na wizytę za pośrednictwem Portalu Pacjenta wynikają z niedostatecznej umiejętności pracownika rejestracji. Zobowiązano pracowników poradni gruźlicy i chorób płuc oraz poradni diabetologicznej do korzystania z Portalu Pacjenta i prowadzenia rejestracji zgodnie z przeznaczeniem.”

Z kolei na pytanie dotyczące niezaktualizowania w Portalu Pacjenta danych o lekarzach zatrudnionych w poradniach, Pełnomocnik wyjaśniła: „Zaistniała sytuacja wynikała z przeoczenia. Personel Szpitala (kadry) został poinformowany o bezwzględnej i natychmiastowej aktualizacji danych lekarzy wykazywanych w Portalu Pacjenta.”

(dowód: akta kontroli str. 643-649, 688-690, 704-713, 721-722, 866-886, 892-893)

4. Listy oczekujących na udzielenie świadczenia w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej prowadzone były w formie zeszytów, w których odnotowywano numer kolejny wpisu, imię, nazwisko, rok urodzenia i numer telefonu kontaktowego pacjenta, co było niezgodne z wymogami art. 20 ust. 2 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i uniemożliwiało weryfikację kolejności zgłoszenia się pacjentów do poradni.

Pełnomocnik wyjaśniła, że w celu zapewnienia ustalania kolejności udzielania świadczeń na podstawie kolejności zgłoszeń świadczeniobiorców i wyeliminowania

<sup>46</sup> Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

formy papierowej (prowadzonych ręcznie zeszytów) przeprowadzone zostaną cykliczne szkolenia dla pracowników rejestracji w poradniach szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 704-713, 871-886)

#### Ocena cząstkowa

Zakupiony w ramach Projektu sprzęt informatyczny był wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem. Uruchomiono też systemy informatyczne dostarczone w ramach PSleZ oraz przeszkolono personel z ich obsługi. Pomimo jednak upływu 22 miesięcy, nie wykorzystywano wszystkich funkcjonalności dostępnych w nabytym oprogramowaniu. Nie używano modułu systemu informatycznego typu ERP przeznaczonego do kalkulacji procedur medycznych, niektórych funkcjonalności aplikacji typu HIS, do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej oraz nie wyeliminowano papierowego obiegu dokumentów. W systemie HIS niezetelnie prowadzono zaś terminarze wizyt do poradniach specjalistycznych, nie potwierdzano terminów wizyt rezerwowanych za pośrednictwem Portalu Pacjenta, a rejestracji dokonywano niezgodnie z wymogami prawa obligującymi do ustalania terminów zgodnie z kolejnością zgłoszenia. Tymczasem w studium wykonalności PSleZ oraz we wniosku o dofinansowanie, sporządzonych przez Lidera Projektu przewidziano, że system EDM pozwalać będzie na przechowywanie kompletnej dokumentacji medycznej pacjenta w postaci elektronicznej, a Portal Pacjenta umożliwi dostęp do dokumentacji medycznej oraz zdalną rejestrację na wizytę.

#### 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>46</sup>, wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od pracowników Szpitala wykorzystywania wszystkich funkcjonalności oprogramowania zakupionego w ramach Projektu, w tym umożliwienie lekarzom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej, a pacjentom szpitala – także rejestracji wizyt poprzez Portal pacjenta PSleZ we wszystkich dostępnych terminach i zgodnie z kolejnością zgłoszeń.
2. Aktualizację polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym o Projekt e-Zdrowie.
3. Dostosowanie instrukcji zarządzania systemem informatycznym do wymogów § 5 pkt 4 rozporządzenia w sprawie przetwarzania danych osobowych oraz pełne jej stosowanie.
4. Uzupełnienie polityki bezpieczeństwa i instrukcji zarządzania systemem informatycznym o brakujące zapisy wymagane z § 20 ust. 2 pkt. 5 oraz pkt. 12 lit. b rozporządzenia KRI.
5. Korzystania z systemu ERP w zgodności z ilością posiadanych licencji.
6. Prowadzenie listy oczekujących na udzielenie świadczenia (w wersji papierowej) stosownie do wymogów art. 20 ust. 1 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

#### V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden kierownikowi jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

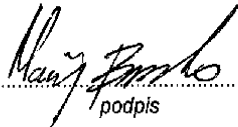
Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

<sup>46</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 1096, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.


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 24 lutego 2017 r.

Kontroler  
Maciej Brzosko  
starszy inspektor kontroli państwowej

  
.....  
podpis

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

  
.....  
podpis

