



**NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI**  
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.025.10.2016  
P/16/059



# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(wystąpienie pokontrolne z dnia 21 lutego 2017 r., zmienione zgodnie z treścią uchwały Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 6 kwietnia 2017 r. KPK-KPO.443.050.2017, podjętej w sprawie zastrzeżeń oraz w związku ze sprostowaniem oczywistych omyłek pisarskich)

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



## I. Dane identyfikacyjne kontroli

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| Numer i tytuł kontroli              | P/16/059 – Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie   |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku  |
| Kontrolerzy                         | Paweł Tołwiński – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/105/2016 z dnia 17 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)<br>Marek Ozga – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/109/2016 z dnia 2 grudnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4) |
| Jednostka kontrolowana              | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sokółce, ul. gen. Władysława Sikorskiego 40, 16-100 Sokółka (zwany dalej: „SP ZOZ” lub „Szpitalem”)  |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Jerzy Kułakowski – Dyrektor SP ZOZ w Sokółce <sup>1</sup> (dowód: akta kontroli str. 5)   |

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

### Ocena ogólna

Realizacja w Szpitalu projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie<sup>3</sup> nie przyniosła wszystkich korzyści określonych w studium wykonalności PSleZ oraz we wniosku o jego dofinansowanie, mimo upływu 21 miesięcy od uruchomienia w Szpitalu komponentów Projektu (18 maja 2015 r.) i wydatkowania na ten cel 2.097,7 tys. zł ze środków własnych i Unii Europejskiej. Wynikało to przede wszystkim z nieskutecznego wdrożenia funkcjonalności otrzymanych systemów informatycznych.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital w ramach Projektu zakupił m.in. sprzęt komputerowy oraz systemy informatyczne typu ERP, EOD, BI, HIS oraz EDM<sup>4</sup>. Aplikacje te nie były jednak w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją Projektu, w szczególności:

- nie w pełni wykorzystywano system informatyczny HIS, chociaż w porozumieniu partnerskim zawartym 31 marca 2011 r. z pozostałymi partnerami PSleZ i Liderem Projektu<sup>5</sup>, Szpital zobowiązał się m.in. do zasilania danymi wdrożonych systemów,
- do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości indywidualnej dokumentacji medycznej przewidzianej w studium wykonalności projektu, w tym również prowadzonej i przechowywanej w HIS, co uniemożliwiało pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych elektroniczny dostęp do tej dokumentacji,
- nie używano modułu systemu informatycznego typu ERP (zakupionego za 1,8 tys. zł) do kalkulacji rzeczywistych kosztów leczenia poszczególnych pacjentów,
- nie wprowadzono elektronicznego obrotu dokumentów, do czego miał służyć program typu EOD, zakupiony za 45,2 tys. zł,
- nie pozbawiono możliwości dostępu do systemu HIS siedmiu (z ośmiu) byłych pracowników Szpitala,

<sup>1</sup> Pełniący funkcję od 1 grudnia 2008 r.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

<sup>3</sup> Projekt (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>4</sup> ERP służy do zarządzania jednostką i prowadzenia spraw administracyjno-finansowych Szpitala; EOD przeznaczony jest do wprowadzenia elektronicznego obrotu dokumentów w Szpitalu; BI służy do generowania raportów i analiz na podstawie danych czerpanych z ERP oraz HIS i wspomagający 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 skorelowana z systemem HIS aplikacja służąca do przeglądania indywidualnej dokumentacji medycznej wytworzonej w HIS.

<sup>5</sup> Województwo Podlaskie, którego zadania wykonywał Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego (zwany „UMWP”).

- z opóźnieniem opracowano procedury wewnętrzne, określające zasady korzystania i wykorzystania trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta oraz procedury dotyczącej sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych.

Tymczasem w studium wykonalności PSleZ oraz we wniosku o jego dofinansowanie, sporządzonych przez Lidera PSleZ 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. Z kolei system kontrolno-zarządczy pozwolić miał m.in. na ułatwienie zarządzania Szpitalem poprzez wdrożenie narzędzi analityczno-raportowych oraz elektronicznego obiegu dokumentów na poziomie SP ZOZ.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

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

##### 1.1. Rzetelność uczestnictwa w projektowaniu rozwiązań dotyczących Projektu

Opis stanu  
faktycznego

1.1.1. SP ZOZ nie składał odrębnej deklaracji wyrażającej chęć uczestnictwa w Projekcie. Decyzja taka została podjęta przez Powiat Sokólski (organ założycielski Szpitala). SP ZOZ został poinformowany<sup>6</sup> o zawarciu 8 września 2008 r. umowy w sprawie współdziałania przy realizacji Projektu, pomiędzy Województwem Podlaskim a Powiatem Sokólskim (Partnerem Projektu). Przedmiotem umowy była realizacja wspólnego przedsięwzięcia polegającego na: [1] przygotowaniu do realizacji Projektu według właściwości miejscowej jednostki samorządu terytorialnego, tj. terenu Powiatu Sokólskiego, [2] wspólnego wdrożenia Projektu w przypadku uzyskania dofinansowania. W dokumencie tym określono ponadto: źródła finansowania Projektu (Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2007 – 2013, finansowany w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego<sup>7</sup>), kwestie związane z zarządzaniem Projektem, trwałością oraz własnością majątku uzyskanego w jego ramach. W umowie określono również obowiązki Partnera Projektu, do których należało m.in.: [1] sporządzenie zapotrzebowania rzeczowego i finansowego, [2] przygotowanie dokumentacji technicznej, [3] uzyskanie wszelkich niezbędnych uzgodnień i decyzji warunkujących realizację inwestycji, [4] zapewnienie środków finansowych, [5] promowanie Projektu, [6] delegowanie osób do współpracy z Liderem Projektu w Zespole ds. koordynacji, realizacji i monitorowania Projektu.

(dowód: akta kontroli str. 6-16, 284)

SP ZOZ, na prośbę Lidera i w terminie przez niego wskazanym (29 stycznia 2010 r.), wypełnił ankietę<sup>8</sup> dotyczącą wstępnego określenia zasobów IT oraz potrzeb i oczekiwań związanych z realizacją Projektu. Wskazano w niej m.in.: [1] dane dotyczące organizacji Szpitala, w tym: liczbę komórek administracyjnych i medycznych, liczbę osób korzystających z sieci komputerowej w komórkach administracyjnych, liczbę lekarzy i pielęgniarek korzystających z sieci komputerowej; [2] ogólną liczbę użytkowanych komputerów (67), w tym w celach administracyjnych (14), z których cztery zakupione zostało przed 2000 rokiem), do obsługi systemów dziedzinowych (27), spośród których sześć zakupiono przed 2000 rokiem), w celach obsługi pacjenta i procesu leczenia (26), z których dwa zakupiono przed 2000 rokiem); [3] infrastrukturę sieciową (w tym posiadane łącze internetowe); [4] dwa posiadane serwery, funkcjonujące na nich silniki baz danych, informacje o sposobie wykonywania kopii bezpieczeństwa bazy danych (kompresja do 7zip i zapis na CD/DVD) oraz fakt niearchiwizowania tej bazy; [5] informacje o wykorzystywanym sprzęcie do obrazowania (cztery aparaty USG i siedem aparatów RTG) oraz niewykonywaniu za ich pomocą badań w formie cyfrowej (brak systemu PACS/RIS do cyfrowej dystrybucji obrazu); [6] dane dotyczące oprogramowania dziedzinowego wykorzystywanego: w pracowni diagnostycznej, do obsługi laboratorium (system

<sup>6</sup> Pismem Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego nr DI.II.0190-6-10/08 z dnia 12 listopada 2008 r.

<sup>7</sup> Zwany dalej: „RPOWP”.

<sup>8</sup> Znajdująca się na stronie [http://si.wrotapodlasia.pl/pl/e\\_zdrowie/ankiet\\_skiero\\_do\\_szpita.htm](http://si.wrotapodlasia.pl/pl/e_zdrowie/ankiet_skiero_do_szpita.htm).

zarządzający rejestracją, aparaturą i obsługą laboratorium oraz umożliwiający odczyt wyników na oddziałach), w aptece szpitalnej, do statystyki medycznej i rozliczania kontraktów z NFZ, do obsługi finansowo-księgowej, kadrowo-płacowej, gospodarki materiałowej, gospodarki majątkiem trwałym i ewidencji środków trwałych oraz wyposażenia; [7] dane dotyczące integracji systemów dziedzicznych oraz informacje o braku standaryzacji wykorzystywanych systemów; [8] typy wdrożeń wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne, które zdaniem Szpitala, przyczyniłyby się do poprawy jakości opieki medycznej oraz zarządzania placówką.

(dowód: akta kontroli str. 17-39)

1.1.2. SP ZOZ 31 marca 2011 r. zawarł porozumienie partnerskie w sprawie współdziałania przy realizacji Projektu, którego stronami byli: Województwo Podlaskie, 10 powiatów (w tym sokólski) i 28 podmiotów leczniczych z terenu tego województwa (dla których organami założycielskimi byli ww. starostowie).

(dowód: akta kontroli str. 40-49, 248-282)

Porozumienie było aktualizowane trzy razy, tj. 2 lutego 2012 r., 28 lutego 2013 r. i 13 listopada 2014 r. Wskazano w nim m.in.: [1] przedmiot porozumienia – przygotowanie i wdrożenie Projektu, [2] wartość projektu, [3] obowiązek zapewnienia wkładu własnego przez Partnerów w wysokości co najmniej 15%, [4] wspólną odpowiedzialności za zapewnienie trwałości, [5] obowiązek stosowania przepisów o zamówieniach publicznych. Ponadto w § 5 ust. 2 określono obowiązki Partnerów, w tym:

- przekazanie Liderowi dokumentów oraz informacji niezbędnych do sporządzenia wniosku o dofinansowanie Projektu,
- współpraca z Liderem w każdym obszarze niezbędnych dla należytego udzielenia zamówień publicznych w ramach realizacji PSleZ,
- współfinansowanie części wspólnej Projektu, na którą składają się następujące koszty: inżynier kontraktu, promocja i audyt PSleZ oraz regionalna platforma e-Zdrowia,
- w przypadku zaistnienia konieczności, wykonanie na własny koszt infrastruktury techniczno-budowlanej, która nie została określona w zakresach rzeczowo-finansowych, celem umożliwienia instalacji urządzeń i sprzętu zakupionego w ramach Projektu,
- zasilanie danymi systemów i aplikacji wdrożonych w PSleZ,
- osiągnięcie wskaźników Projektu i dostarczenie Liderowi informacji o jego efektach,
- zapewnienie trwałości PSleZ przez 5 lat,
- nadzór i utrzymanie w należyłym stanie środków będących efektem realizacji Projektu oraz ponoszenie kosztów utrzymania oraz nakładów odtworzeniowych na te środki,
- promowanie PSleZ.

(dowód: akta kontroli str. 40-49, 248-282)

Porozumienie zawierało wysokość planowanych kosztów realizacji Projektu dla każdego z partnerów. Dla SP ZOZ pierwotnie określono wydatki na poziomie 2.514,8 tys. zł. W wyniku aktualizacji porozumień kwota ta uległa zmniejszeniu i wyniosła 2.097,3 tys. zł. Ostatecznie w zakresie rzeczowo-finansowym zaplanowano dla Szpitala wydatki na:

- zakup i uruchomienie systemów informatycznych – 1.039,2 tys. zł (pierwotnie planowano 1.546,5 tys. zł),
- stworzenie infrastruktury serwerowo-systemowej Projektu – 512,4 tys. zł (pierwotnie 426,6 tys. zł),
- zakup sprzętu informatycznego – 271,7 tys. zł (początkowo 340,4 tys. zł),
- szkolenia użytkowników – 121,6 tys. zł (planowano 108,6 tys. zł),
- promocję Projektu – 0,7 tys. zł (pierwotnie 12,1 tys. zł),
- inżyniera kontraktu – 53,4 tys. zł (planowano 42,9 tys. zł),
- utworzenie Regionalnej Platformy e-Usług Medycznych – 47,7 tys. zł (początkowo 28,1 tys. zł),
- audyt powdrożeniowy – 0,7 tys. zł (planowano 5,9 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 40-49, 248-282)

1.1.3. SP ZOZ w dniu 22 czerwca 2012 r. został poddany audytowi wstępnemu (przez przedstawiciela inżyniera kontraktu Projektu), którego przedmiotem była weryfikacja i aktualizacja inwentaryzacji zasobów informatycznych (przeprowadzonej 29 stycznia 2010 r.). Stwierdzone w trakcie audytu zmiany w tych zasobach dotyczyły: liczby użytkowanych zestawów komputerowych, posiadanego dostępu do Internetu, posiadanego silnika baz danych oraz użytkowanego systemu antywirusowego. Ponadto w protokole<sup>9</sup> z czynności audytowych ujęto wskazane przez Szpital propozycje wykorzystujące technologie informacyjno-komunikacyjne, które jego zdaniem przyczyniłyby się do poprawy jakości opieki medycznej oraz zarządzania jednostką. Należały do nich m.in.: [1] podniesienie jakości świadczeń medycznych, w tym diagnostyki obrazowej, [2] możliwość konsultacji w zakresie diagnostyki obrazowej z odległymi ośrodkami konsultacji medycznej, [3] możliwość wymiany doświadczeń pomiędzy specjalistami różnych ośrodków krajowych i zagranicznych poprzez wykorzystanie systemów wideokonferencji, [4] możliwość budowy i wykorzystania regionalnych i innych medycznych baz danych, [5] ewidencja kosztów usług medycznych i fakturowanie, [6] administrowanie systemem zarządzania w placówce ochrony zdrowia, [7] obsługa: kartoteki pacjentów, laboratorium, medyczna pacjenta, pacjentów w izbie przyjęć, pacjentów w poradni, [8] obsługa magazynowa apteki centralnej – zarządzanie dostawami leków. Przedstawiciel inżyniera kontraktu nie zgłaszał uwag dotyczących infrastruktury informatycznej SP ZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 285-323)

1.1.4. Od podpisania 31 marca 2011 r. porozumienia partnerskiego do odbioru 18 maja 2015 r. systemów informatycznych ERP, BI, EOD, HIS i EDM Szpital uczestniczył w pracach projektowych i wdrożeniowych Projektu. Dyrektor Szpitala brał udział we wszystkich dziewięciu spotkaniach zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania Projektu, na które został zaproszony przez Lidera. Ponadto w trzech z tych spotkań wzięli udział trzej inni pracownicy SP ZOZ: główna księgowa, księgowa oraz informatyk. Na spotkaniach omawiano m.in. sprawy organizacyjne, działania związane z realizacją Projektu, harmonogram jego realizacji, zasady i terminy odbiorów poszczególnych elementów PSieZ, realizowane i planowane postępowania przetargowe, status realizowanych i planowanych postępowań przetargowych, zidentyfikowane ryzyka realizacji Projektu, analizy przedwdrożeniowe oraz rozliczanie jego kosztów.

(dowód: akta kontroli str. 125-130, 511)

Od 31 marca 2011 r. do 18 maja 2015 r. SP ZOZ zaopiniował 58 dokumentów dotyczących realizacji Projektu, które były zamieszczane przez Lidera na wewnętrznej stronie internetowej Projektu<sup>10</sup>. Wśród nich znajdowały się m.in.: [1] zakres rzeczowo-finansowy PSieZ dotyczący Szpitala, [2] projekt Polityki Bezpieczeństwa Szpitala, [3] zmiany w Porozumieniu Partnerskim [4] harmonogram robót budowlanych serwerowni, [5] plan Projektu, [6] plan startu produkcyjnego, [7] projekt wykonawczy serwerowni, [8] schemat odbioru sieci LAN, [9] dokumentacja przetargowa dotycząca budowy sieci WAN, zintegrowanego systemu informatycznego, dostawy i wdrożenia urządzeń sieci LAN, dostawy sprzętu komputerowego i urządzeń peryferyjnych, [10] specyfikacja konfiguracji sprzętowej, [11] specyfikacja wymiany danych, [12] regulamin przetwarzania danych osobowych na poziomie regionalnym.

(dowód: akta kontroli str. 324-331)

Przekazane przez SP ZOZ opinie do otrzymanej dokumentacji były konsultowane z Dyrektorem Szpitala, jego zastępcą ds. medycznych, głównym księgowym oraz informatykiem. Treść tych dokumentów nie była konsultowana bezpośrednio z personelem medycznym Szpitala. Kwestie związane z wdrożeniem Projektu, takie jak szkolenia wdrożeniowe, informacje na temat przebiegu realizacji Projektu, poruszane były na organizowanych w SP ZOZ radach ordynatorów. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: „w trakcie prowadzonych konsultacji z personelem Zakładu w początkowej fazie Projektu poruszano przede wszystkim problem konieczności wprowadzenia systemu informatycznego najbardziej, jak to tylko możliwe, kompletnego pod względem zgodności dokumentacji z wymogami prawnymi oraz umożliwiającego objęcie swoim zakresem całej

<sup>9</sup> Podpisany 22 czerwca 2012 r. przez Dyrektora SP ZOZ i przedstawiciela wykonawcy.

<sup>10</sup> www.ezdrowie.podlaskie.eu.

struktury Zakładu, w związku ustawowym obowiązkiem wprowadzenia dokumentacji elektronicznej. Natomiast w fazie realizacji były poruszane głównie kwestie związane z koniecznością zaangażowania wszystkich pracowników w szkolenia, wdrażanie oraz bieżące stosowanie nowych systemów informatycznych. Poruszano również aktualne problemy związane z jednoczesną realizacją projektu, udzielaniem świadczeń medycznych oraz wynikającymi z tego relacjami między personelem i pacjentami". Szpital nie prowadził badania opinii pacjentów na temat korzystania z rozwiązań, jakie niesie za sobą realizacja Projektu. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: „Zakład nie badał bezpośrednio opinii pacjentów w związku z realizacją projektu, gdyż taki obowiązek nie wynikał z zawartych porozumień, ani też Zakład nie posiadał na ten cel środków finansowych. Jednakże w ramach działań Zakładu prowadzona była „polityka informacyjna”, w ramach której informacje na temat realizacji projektu były przekazywane reprezentantom społeczeństwa, również z możliwością dyskusji, m.in. w czasie posiedzeń Rady Społecznej”.

(dowód: akta kontroli str. 6-12, 324-331, 512-521)

W 34 (z 58) sprawach Szpital wnosił uwagi lub propozycje do przedstawianych dokumentów. Dotyczyło to głównie: specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz dokumentacji dla poszczególnych przetargów prowadzonych przez Lidera Projektu, polityki bezpieczeństwa informacji, proponowanych zmian w treści porozumienia partnerskiego, regulaminu przetwarzania danych na poziomie regionalnym, wykonania i montażu tablic pamiątkowych. Uwagi dotyczyły m.in.: rezygnacji z zapisów dotyczących konieczności opiniowania Polityki Bezpieczeństwa Szpitala przez organ tworzący, wydłużenia przyjętych terminów gwarancji i licencji na dostarczany sprzęt, doprecyzowania specyfikacji czytników kodów kreskowych, wydłużenia minimalnego okresu szkoleń, określenia roli przedstawiciela SP ZOZ w procesie nadzorowania wdrażania systemu, sposobu odbioru wdrażanych systemów, planowanego wprowadzenia zharmonizowanego planu kont we wszystkich jednostkach uczestniczących w Projekcie, opóźnień realizacji wdrożenia systemów w odniesieniu do terminów przyjętych w harmonogramie.

(dowód: akta kontroli str. 6-12, 324-331)

W 24 (z 58) przypadkach Szpital zaakceptował bez uwag przedstawione dokumenty (żaden z nich nie był zaakceptowany w formie tzw. milczącej zgody). Dotyczyło to m.in. kolejnych wersji dokumentacji przetargowych na dostosowanie do jednego standardu technicznego pomieszczeń przyszłych serwerowni, dostawy i wdrożenia urządzeń sieci LAN, dostawy stacji roboczych i urządzeń peryferyjnych, dostarczenia i wdrożenia zintegrowanego systemu informatycznego, schematu odbioru sieci LAN, zamówienia na wykonanie audytu zewnętrznego.

(dowód: akta kontroli str. 324-331)

W związku z pismem Lidera<sup>11</sup> informującym o powstałych oszczędnościach w realizacji Projektu, Szpital wniósł o rozszerzenie Projektu, tj.: [1] uruchomienie w dostarczonym oprogramowaniu funkcjonalności: blok operacyjny, diagnostyka obrazowa, rehabilitacja, stacja dializ oraz integracja z laboratorium, [2] dokupienie 35 zestawów komputerowych wraz z oprogramowaniem, osiem urządzeń wielofunkcyjnych (drukarek recept ze skanerem), dwóch switchów oraz routera. Ponadto SP ZOZ poinformował o rozmowach prowadzonych z dostawcą systemów, dotyczących uruchomienia funkcjonalności (m.in. możliwości: wypełnienia i wydruku karty informacyjnej bloku operacyjnego, wysłania zlecenia badania do pracowni diagnostycznej oraz śledzenia jego stanu i zwrotnego otrzymania wyniku badania, przechowywania skanowanych kart anesteziologicznych). Dodatkowo Szpital zwrócił uwagę, że z uwagi na ograniczony czas, rozszerzenie Projektu o dodatkowe moduły „wydaje się niemożliwe”. Wnioski Szpitala nie zostały uwzględnione przez Lidera PSleZ. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „SP ZOZ na etapie przygotowania Projektu pokazał zarówno swoją strukturę organizacyjną, jak i posiadaną infrastrukturę informatyczną oczekując w ramach Projektu możliwości wprowadzenia rozwiązań jak najbardziej kompleksowych. Jednocześnie po stronie Szpitala była świadomość, że w Projekcie bierze udział wiele ośrodków zróżnicowanych pod względem organizacyjnym oraz, że środki finansowe możliwe do pozyskania nie są nieograniczone, a zatem przy

<sup>11</sup> Nr DHI.433.1.107.2015 z 28 stycznia 2015 r.

*zastosowaniu rozwiązań kompromisowych istnieje prawdopodobieństwo, że nie wszystkie oczekiwania będą mogły być zaspokojone.* (dowód: akta kontroli str. 332-335, 582-585)

W 50 (z 58) przypadkach Szpital opiniował dokumenty w terminach wyznaczonych przez Lidera, tj. od jednego do 24 dni od dnia umieszczenia dokumentu na wewnętrznej stronie internetowej Projektu (np. termin zaopiniowania dokumentacji przetargowej zintegrowanego systemu informatycznego posiadającej około 360 stron wynosił trzy i cztery dni, a termin zaopiniowania dokumentacji przetargowej na dostawę i wdrożenie urządzeń sieci LAN i urządzeń pamięci masowej w podmiotach leczniczych, posiadającej około 180 stron – pięć i 14 dni). Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„terminy wyznaczone przez Lidera Projektu do zaopiniowania dokumentacji projektowej były adekwatne do terminu realizacji całego projektu. Wyznaczenie dłuższych terminów, w szczególności uwzględniając dużą liczbę partnerów, mogłoby doprowadzić do sytuacji braku czasu na realizację Projektu. Ponadto terminy miały charakter porządkowy i w przypadku uzasadnionej potrzeby wydłużenia terminu niezbędnego do analizy dokumentacji istniała taka możliwość.”*

W kolejnych ośmiu przypadkach Szpital zaopiniował dokumentację zamieszczoną na wewnętrznej stronie Projektu z przekroczeniem (od jednego do 11 dni) terminu wyznaczonego przez Lidera. Dotyczyło to na przykład terminu zgłoszenia potrzeby wprowadzenia zmian w zakresie licencji wdrażanych modułów, zaprojektowania i wdrożenia zapasowej serwerowni systemów Projektu. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, opóźnienia w opiniowaniu dokumentacji wynikały z: *„konieczności dokonania głębszej analizy dokumentów w celu wyeliminowania wątpliwości po stronie Szpitala, połączonej z konsultacjami z Liderem.”* (dowód: akta kontroli str. 6-12, 324-331, 492-493)

1.1.5. W dniu 6 maja 2015 r. Szpital przystąpił do ogólnego porozumienia<sup>12</sup> w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym w Projekcie. W ramach porozumienia SP ZOZ zobowiązał się m.in., że dane te będą: [1] przetwarzane zgodnie z prawem, [2] zbierane dla oznaczonych, zgodnie z prawem celów i niepoddawane dalszemu przetwarzaniu niezgodnemu z tymi celami, [3] merytorycznie poprawne i adekwatne w stosunku do celów przetwarzania, [4] przechowywane w postaci umożliwiającej identyfikację osób, których dotyczą, nie dłużej niż jest to niezbędne do osiągnięcia celów przetwarzania. Wymagane było również określenie sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód osób na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym oraz sposobu poinformowania tych osób o adresach siedzib partnerów, celu zbierania danych, a w szczególności o znanych kategoriach odbiorców danych, prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, a także dobrowolności podania danych. Uczestnicy porozumienia określili też zakres danych osobowych przetwarzanych w zbiorze *Regionalne repozytorium dokumentacji medycznej*, w tym m.in.:

- danych ewidencyjnych: osobowe pacjenta i osoby do kontaktu w nagłych wypadkach,
- podstawowych danych medycznych i związanych z nimi, w szczególności: [1] dane krytyczne (np. grupa krwi, nadwrażliwość i uczulenia, choroby przewlekłe i zażywane leki, wykonane szczepienia), [2] dane główne (np. waga, wzrost, ciśnienie, tętno, alergie), [3] skierowania (wystawione i ich status), [4] wizyty, porady, konsultacje, [5] badania, [6] recepty, [7] profilaktyka i planowanie leczenia (np. plany szczepień, informacje o wykonanych badaniach kontrolnych), [8] wydane orzeczenia i zaświadczenia lekarskie, [9] dane o zdrowiu samodzielnie rejestrowane przez pacjenta, [10] indywidualne dokumentacje zdrowia i choroby pacjentów (np. o udzielonych usługach ambulatoryjnych i wyjazdowych, hospitalizacjach, wykonanych badaniach diagnostycznych, przebiegu ciąży), [11] historycznych wynikach laboratoryjnych, [12] dane multimedialne (np. zdjęcia RTG, USG, tomograficzne).

<sup>12</sup> Porozumienie zostało podpisane przez Województwo Podlaskie oraz 36 jego partnerów. W dniu 21 lipca 2016 r. znowelizowano porozumienie, w związku z koniecznością naniesienia dodatkowych zmian, które wynikały z konsultacji z Administratorem Bezpieczeństwa Informacji i radcą prawnym Lidera Projektu (m.in. dotyczących zmian używanych w porozumieniu pojęć i ich definicji oraz uzupełnień w tekście.

Strony ustaliły również termin obowiązywania porozumienia, w brzmieniu § 17 Porozumienia Partnerskiego z dnia 31 marca 2011 r., tj. w przypadku zrealizowania przedmiotu porozumienia oraz upływu okresu jego trwałości porozumienie zostanie wygaszone, a w przypadku zaistnienia okoliczności uniemożliwiających dalsze wykonanie obowiązków zawartych w porozumieniu – za zgodą stron bądź za 30-dniowym wypowiedzeniem – porozumienie może zostać rozwiązane. (dowód: akta kontroli str. 57-94)

Na podstawie podpisanego porozumienia SP ZOZ zawarł z Liderem Projektu indywidualną umowę, w której upoważnił Lidera do przetwarzania danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, na poziomie regionalnym w Projekcie<sup>13</sup>. Szpital w ramach umowy przekazał Liderowi dostęp do zbiorów danych osobowych na poziomie lokalnym (Lokalne repozytorium dokumentacji medycznej, i Lokalna ewidencja lekarzy i pielęgniarek), prowadzonych odpowiednio w systemie EDM i ERP. Szpital odebrał również stosowne upoważnienia sześciu przedstawicieli Lidera Projektu do przetwarzania danych osobowych. (dowód: akta kontroli str. 50-56, 95-100, 553-554)

W grudniu 2015 roku, tj. po upływie siedmiu miesięcy od zawarcia umowy w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym w Projekcie, Dyrektor Szpitala wprowadził procedurę, określającą zasady korzystania i wykorzystania trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta<sup>14</sup>. Ustalił, że informacje, w szczególności o stanie zdrowia pacjenta, mogą być udostępnione na uzasadnione żądanie lekarza po uzyskaniu pisemnej zgody pacjenta na ujawnienie tajemnicy<sup>15</sup> lub bez jego zgody (gdy uzyskanie takiej zgody nie było możliwe), w razie niebezpieczeństwa dla życia lub zdrowia pacjenta bądź innych osób albo gdy zachodzi potrzeba przekazania lekarzom niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielanymi świadczeniami zdrowotnymi. Na podstawie przekazanego żądania dostęp do danych osobowych pacjenta przyznawany jest na okres 24 godzin, a jego przedłużenie wymaga złożenia następnego zgłoszenia w trybie krytycznym lub udzielenia zgody pacjenta na ujawnienie tajemnicy informacji na okres dłuższy niż 24 godziny. (dowód: akta kontroli str. 101-103)

Z kolei do marca 2016 roku Szpital nie posiadał opracowanej procedury wewnętrznej przechowywania zgód pacjenta na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym. Procedurę taką Dyrektor Szpitala zatwierdził 17 marca 2016 r.<sup>16</sup> określając, że formularze zgody na przetwarzanie danych osobowych będą wydawane pacjentom w momencie rejestracji, a po wyrażeniu dobrowolnej zgody, przechowywane w dziale Analiz, Statystyki Medycznej i RUM. (dowód: akta kontroli str. 104-107)

Dyrektor oświadczył, że: „*pierwsza zgoda pacjenta na przetwarzanie na poziomie regionalnym danych osobowych przez administratorów danych osobowych (...) została wydana w SP ZOZ w Sokółce dnia 14 marca 2016 r.*” (dowód: akta kontroli str. 106)

1.1.6. W okresie objętym kontrolą SP ZOZ skorzystał z trzyletniej asysty powdrożeniowej przewidzianej w umowie na dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego, wykorzystując dwie (z sześciu) bezpłatnych wizyt serwisowych. Przedstawiciel firmy wykonawcy systemów asystował:

- w dniach 3 – 5 lutego 2016 r. przy naliczeniu i eksporcie do banku listy płac za styczeń 2016 roku oraz przy bieżącej pracy (wprowadzaniu danych, raportów, dokonywaniu wydruków, sprawdzaniu importu dokumentów do Płatnika oraz deklaracji PIT pracowników),
- w dniach 23 – 25 maja 2016 r. przy zamknięciu ksiąg rachunkowych za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2015 r. oraz przy zaksięgowaniu dokumentów i przebiegowaniu sald kont zespołu 4 i 7 na wynik finansowy jednostki.

(dowód: akta kontroli str. 108-115, 356-359, 552)

<sup>13</sup> Umowę podpisano na czas trwałości Projektu, po upływie którego umowa wygaśnie.

<sup>14</sup> Zarządzenie Nr 35/2015 z 15 grudnia 2015 r. w sprawie udostępniania lekarzom na podstawie zgłoszonego przez nich poprzez System PSleZ żądania udostępnienia danych o stanie zdrowia pacjentów w trybie krytycznym.

<sup>15</sup> Zgoda pacjenta nie może być domniemana lub dorozumiana z oświadczenia woli o innej treści.

<sup>16</sup> Procedura 1/2016 z dnia 17 marca 2016 r.

Od kwietnia 2015 roku do 23 grudnia 2016 r. Szpital zaproponował dostawcy oprogramowania dziewięć zmian rozwojowych modułu ERP, z których siedem zostało wprowadzonych, a dwie<sup>17</sup> oczekują na realizację. Ponadto SP ZOZ zgłosił 47 propozycji modyfikacji modułu HIS, spośród których 28 nie uwzględniono. Dotyczyły one m.in.: zmiany szablonu druku „zaświadczenie dla pacjenta”, dodania dodatkowych danych pacjenta w terminarzu rejestracji do poradni (adres i numer telefonu pacjenta), utworzenia dodatkowych raportów zawierających listę osób, dla których wygenerowano pin do aktywacji konta na Portalu Pacjenta oraz listę osób, które wyraziły zgodę na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym.

Wprowadzone na wniosek Szpitala zmiany rozwojowe modułu ERP dotyczyły m.in.: modyfikacji raportu obowiązkowych składek pielęgniarek i położnych (dodanie pola z numerem PESEL i numerem PWZ<sup>18</sup>), usunięcia błędu uniemożliwiającego wykonanie raportu „kartoteka płacowa pracownika” na przełomie roku, przygotowanie raportu dotyczącego odsetek własnych Szpitala, modyfikacji druku „rozliczenie inwentaryzacji” (wprowadzenie kolumny „cena jednostkowa” i „wartość”).

Wśród 19 uwzględnionych propozycji modyfikacji modułu HIS znalazły się m.in.: [1] umożliwienie edycji kodu procedury wewnętrznej, [2] automatyczne sprawdzanie ubezpieczenia pacjenta (w systemie EWUS<sup>19</sup>) w chwili rejestracji wizyty, [3] dodanie danych pacjenta (ID, imię, nazwisko, PESEL, ks. główna, ks. oddziałowa) na formatce „karta czynności pielęgniarskich”, [4] automatyczne wpisywanie w raporcie „wydruk księgi poradni” rzeczywistej godziny przyjęcia pacjenta, [5] dodanie pozycji w karcie czynności pielęgniarskich w grupie odżywianie. (dowód: akta kontroli str. 336-355)

Ponadto pracownicy Szpitala, w ramach asysty powdrożeniowej, korzystając z narzędzi<sup>20</sup> do zgłaszania awarii i usterek uruchomionych systemów informatycznych przekazali wykonawcy informacje o 38 awariach oprogramowania (28 modułu HIS, pięciu ERP, dwóch EOD i trzech BI) oraz 669 problemów związanych z jego funkcjonowaniem, z czego:

- 229 dotyczyło błędów – w module HIS (212), BI (dziewięć<sup>21</sup>) i ERP (osiem),
- 71 wskazywało na wady i usterek – w module HIS (70) oraz ERP,
- 315 wymagało bieżących konsultacji z pracownikami dostawcy oprogramowania, prowadzonych telefonicznie, dotyczących m.in. modułów HIS (51), ERP (256) i BI (trzy).

Przywrócenie sprawności systemów zajmowało do czterech godzin w przypadku awarii, średnio siedem dni w przypadku błędów, a od czterech do 14 dni w przypadku usterek.

(dowód: akta kontroli str. 116, 123-141, 336-355)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowości, polegające na:

- opracowaniu 15 grudnia 2015 r. (po upływie siedmiu miesięcy od daty zawarcia porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym w ramach Projektu<sup>22</sup>) procedury wewnętrznej, określającej zasady korzystania i wykorzystania trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta, której opracowanie wymagane było postanowieniami § 10 ust. 8 ww. porozumienia,
- opracowaniu po upływie 10 miesięcy od daty zawarcia ww. porozumienia procedury dotyczącej sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych wymaganej § 5 pkt 3 porozumienia.

Stosownie do uregulowań zawartych w § 13 ust. 1 cytowanego porozumienia, SP ZOZ zobowiązał się do niezwłocznego dostosowania przepisów wewnętrznych do wymogów w nim zawartych.

<sup>17</sup> Zgłoszone odpowiednio: 10 września 2015 r. i 1 grudnia 2016 r.

<sup>18</sup> Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.

<sup>19</sup> Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców na Portalu: <http://ewus.csioz.gov.pl>.

<sup>20</sup> Tj. oprogramowania NCR (dla systemów informatycznych HIS i EDM) i IZGL (dla systemów informatycznych ERP, EOD i BI).

<sup>21</sup> Osiem zgłoszeń dotyczyło błędów powstałych w module lokalnym BI (LBI), a jeden regionalnym BI (RBI).

<sup>22</sup> Porozumienie zawarte pomiędzy UMWP i poszczególnymi podmiotami leczniczymi uczestniczącymi w Projekcie.

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: „*procedura dotycząca trybu krytycznego mogła być wykorzystana dopiero w sytuacji kiedy w systemie regionalnym zaczęły być przetwarzane dane pacjentów. Procedura została wprowadzona niezwłocznie po powzięciu informacji, że hipotetycznie pacjenci, których dokumentacja jest dostępna na platformie regionalnej mogą trafić do naszego Zakładu*”. Dodał, że procedura ta nie była do tej pory ani razu uruchomiana w SP ZOZ. Odnośnie zwłoki w określeniu procedury dotyczącej przechowywania zgód pacjenta stwierdził, że wprowadził ją „*niezwłocznie*” od momentu złożenia przez pacjenta pierwszej takiej zgody przez w SP ZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 65, 84-85, 101-105)

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

Opis stanu faktycznego

**1.2.1.** W SP ZOZ wdrożono Politykę Bezpieczeństwa Danych Osobowych<sup>23</sup>, określając obszar przetwarzania danych, tj. budynki i poszczególne pomieszczenia Szpitala ze wskazaniem sposobu ich zabezpieczenia oraz wykaz czterech zbiorów danych osobowych przetwarzanych w SP ZOZ (pracowników Szpitala, kandydatów na pracowników, pacjentów i kontrahentów). Wdrożony dokument był niekompletny, bowiem nie zawierał części wymagań określonych w § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 150-173)

**1.2.2.** Wdrożone w tym samym czasie zasady bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych<sup>24</sup> polegały m.in. na:

- nadawaniu uprawnień do przetwarzania danych wyłącznie osobom posiadającym pisemne upoważnienie Administratora Danych Osobowych (dalej „ADO”),
- rozpoczęciu korzystania z aplikacji systemowych po ustanowieniu przez ADO identyfikatora (loginu i hasła),
- gromadzeniu danych o dostępie do informacji, w celu zabezpieczenia systemu i przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniami lub zakłóceniami,
- wprowadzeniu systemu tworzenia kopii zapasowych (dziennych, tygodniowych, miesięcznych), przechowywanych w cyklu czterotygodniowym na macierzy dyskowej w serwerowni oraz na dysku zewnętrznym (kopia miesięczna),
- bieżącym aktualizowaniu systemów oraz programów antywirusowych (po pojawieniu się nowych sygnatur wirusów) oraz monitorowaniu oprogramowania antywirusowego przez Administratora Bezpieczeństwa Informacji za pomocą konsoli zarządzającej,
- monitorowaniu ruchu w systemie w okresie trzech ostatnich dni, dostarczającego m.in. informacji o czasie zdarzenia, użytkownika, który zdarzenie wygenerował, o przyznaniu lub nieprzyznaniu prawa do wykonania czynności przez użytkownika.

(dowód: akta kontroli str. 174-187, 229, 239-244)

W opinii biegłego powołanego przez NIK w SP ZOZ wprowadzono rozwiązania zmierzające do zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych. Wprowadzono też częściowo, w jego ocenie, regulacje wewnętrzne dotyczące zapewnienia ochrony przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniami lub zakłóceniami. W szczególności wykazano dbałość o aktualizację oprogramowania, minimalizowanie ryzyka utraty informacji w wyniku awarii, zapewnienie bezpieczeństwa plików systemowych, ustanowienie systemu identyfikatorów i haseł.

Biegły stwierdził jednak, że w Szpitalu podejmuje się działania w celu ochrony przetwarzanych danych, ale wymagają one uregulowania w wewnętrznych przepisach oraz korekty w obszarze odbierania uprawnień użytkownikom, którzy tracą do nich prawo (w próbie ośmiu osób, które utraciły uprawnienia do korzystania z systemu HIS na skutek ustania stosunku pracy, siedem osób posiadało aktywne konta użytkownika w systemie

<sup>23</sup> Wprowadzonej załącznikiem nr 1 do zarządzenia dyrektora SP ZOZ nr 21/2016 z 3 listopada 2016 r.

<sup>24</sup> Wprowadzone Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych.

HIS, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”).  
(dowód: akta kontroli str. 188-192)

1.2.3. Oględziny pomieszczeń SP ZOZ wykazały, że zgody pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym przechowywano zgodnie z opracowaną i wdrożoną procedurą (sprawa opisana w pkt 1.1.5 wystąpienia) w dziale Analiz, Statystyki Medycznej i RUM. Obecnie, wg stanu na 22 listopada 2016 r., Szpital przechowuje 72 zgody pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym, umieszczone w odpowiednio opisanej teczce, w zamkniętej metalowej szafie.

(dowód: akta kontroli str. 229)

1.2.4. Stosownie do zapisów instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych<sup>25</sup> kopie zapasowe, przechowywane na macierzy w pomieszczeniu serwerowni Szpitala, tworzono codziennie<sup>26</sup> oraz raz w tygodniu. Ponadto raz w miesiącu kopie danych i systemów informatycznych przenoszono na zewnętrzny nośnik danych i przechowywano w wyznaczonym pomieszczeniu SP ZOZ, poza serwerownią. Proces tworzenia kopii opisany ww. instrukcji obejmował wszystkie dane i serwery w cyklu przyrostowym (kopie dzienne) oraz całociowym (kopie tygodniowe i miesięczne). Nie określał natomiast sposobu testowania sporządzonych kopii i procedury niszczenia zbędnych już kopii zapasowych. Administrator Bezpieczeństwa Informacji SP ZOZ oświadczył, że: „sposób testowania kopii zapasowych umożliwia program ARCSERVE używany do tworzenia tych kopii. Z komunikatów programu wynika wprost, czy proces tworzenia kopii był prawidłowy, oraz czy dana kopia nadaje się do przywrócenia. Wiemy też z rozmowy telefonicznej przeprowadzonej z jednym z pracowników dostawcy oprogramowania, że przeprowadzane są przez nich raz w roku testowe próby przywrócenia kopii. Z perspektywy SP ZOZ w Sokółce potwierdzenie poprawności wykonywanych kopii bezpieczeństwa uzyskaliśmy po awarii oprogramowania jednego z serwerów fizycznych zawierającego również maszyny wirtualne. Udało się poprawnie przywrócić ostatnio utworzoną kopię bezpieczeństwa zawierającą serwery oraz ich ostatnie ustawienia”. Oświadczył też, że: „przyjęty przez nas cykl tworzenia kopii dzienny i tygodniowy (nadpisywanie danych starszych niż jeden miesiąc) zastępuje proces niszczenia zbędnych kopii zapasowych. Dotyczy to również dodatkowego dysku przenośnego, który zawiera kopie z ostatniego miesiąca, poprzednie kopie są kasowane”.

(dowód: akta kontroli str. 229, 238, 245-248, 555-558)

W ocenie biegłego Szpital wdrożył mechanizmy i regulacje zapewniające bezpieczeństwo plików systemowych i minimalizujące ryzyko utraty informacji w wyniku awarii. Oceniał, jednak, że miejsce przechowywania kopii stwarza ryzyko utraty danych produkcyjnych i kopii zapasowych w przypadku poważnych zdarzeń takich jak pożar. Częstotliwość sporządzania dodatkowej miesięcznej kopii bezpieczeństwa przechowywanej poza serwerownią jest zbyt mała i stwarza w najgorszym przypadku ryzyko utraty danych z ostatniego miesiąca.

(dowód: akta kontroli str. 188-192)

1.2.5. W okresie od 15 maja 2015 r. do 30 listopada 2016 r. pracownicy SP ZOZ, korzystając z narzędzi do zgłaszania awarii i usterek uruchomionych systemów informatycznych<sup>27</sup>, zgłosili dostawcy oprogramowania 38 zawiadomień o awarii użytkowanych systemów (co szerzej opisano w pkt 1.1.6 wystąpienia pokontrolnego). Pierwsze trzy awarie wystąpiły w pierwszym miesiącu funkcjonowania systemu<sup>28</sup>. Kolejne 13 awarii modułu HIS zgłoszono po upływie około siedmiu miesięcy od uruchomienia systemu<sup>29</sup>, a dalsze 12 po upływie około roku<sup>30</sup>. Pozostałe 10 awarii zgłaszano sukcesywnie w miarę ich wystąpienia.

Wszystkie zgłoszone awarie dostawcy oprogramowania usunął sprawnie, bez zbędnej zwłoki. Czas reakcji na otrzymane zgłoszenie Szpitala nie przekraczał czterech godzin.

(dowód: akta kontroli str. 116-122, 569)

<sup>25</sup> Załącznik Nr 2 do zarządzenia dyrektora SP ZOZ nr 21/16 z 3 listopada 2016 r.

<sup>26</sup> Około godz. 3:00.

<sup>27</sup> Tj. oprogramowania NCR (dla systemów informatycznych HIS i EDM) i IZGL (dla systemów informatycznych ERP, EOD i BI).

<sup>28</sup> Dotyczyło to zawieszania się lub losowego wyłączenia systemu HIS po wprowadzeniu do niego danych.

<sup>29</sup> Dotyczyło to głównie braku połączeń z bazami danych (pięć zgłoszeń) lub braku reakcji systemu (pięć zgłoszeń).

<sup>30</sup> Dotyczyło to głównie awarii technicznych lub złego funkcjonowania systemu po wprowadzeniu jego aktualizacji.

1.2.6. SP ZOZ posiada własną stację transformatorową, w której zlokalizowano rozdzielnię SN 15 kV, dwie komory transformatora, z transformatorami 2x630 kVA i rozdzielnią N.N. oraz pomieszczeniem z zespołami prądowórczymi składającymi się z dwóch generatorów o mocy 200 kW i 50 kW<sup>31</sup>. Oba generatory mogą być podłączone do rozdzielni elektrycznych po zaniku napięcia z publicznej sieci energetycznej.

(dowód: akta kontroli str. 142-143, 146-149)

Generator o mocy 50 kW (pracujący w autostarcie), zgodnie z dokumentacją instalacji elektrycznej stacji niskiego napięcia, zabezpieczał dostawę prądu na blok operacyjny, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, szpitalny oddział ratunkowy, izbę przyjęć, stację dializ oraz oddziały w zakresie oświetlenia awaryjnego. Drugi generator o mocy 200 kW, wymagał ręcznego uruchomienia i 20 minut nieprzerwanej pracy na osiągnięcie sprawności przed przełączeniem do instalacji. Dodatkowo urządzenia serwerowni zabezpieczono systemem podtrzymywania napięcia (UPS). (dowód: akta kontroli str. 142-143, 405-408)

Przedstawiona do wglądu dokumentacja nie określała częstotliwości i zakresu przeglądów generatorów prądowórczych. W „Instrukcji eksploatacji generatorów” zapisano natomiast, że szczegółowy zakres badań stanu technicznego oraz warunków ruchu próbnego powinny być uzgodnione między użytkownikiem a wytwórcą (nowe generatory) oraz użytkownikiem a zakładem remontowym w odniesieniu do generatorów po remoncie.

Analiza zapisów „Dziennik operacyjny Stacja Trafo, Generatory, książka zarządzeń, napraw, kontroli” wykazała, że generatory nie były remontowane. Nie prowadzono również zewnętrznych przeglądów technicznych generatorów. Pracownicy SP ZOZ odnotowali jedynie cykliczne testowe uruchomienia generatorów i ich tankowanie.

(dowód: akta kontroli str. 142-143)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że uznał za wystarczające przeglądy agregatów prądowórczych wykonywane przez pracowników Szpitala (posiadających uprawnienia SEP). Częstotliwość przeglądów (raz w miesiącu) została określona w Planie Przygotowań SP ZOZ w Sokółce na potrzeby obronne państwa. Dodał, że „wprowadzenie zewnętrznych przeglądów generowałoby dodatkowe nieuzasadnione koszty”. (dowód: akta kontroli str. 6-10)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W SP ZOZ wdrożono do użytkowania (3 listopada 2016 r.) niekompletną Politykę Bezpieczeństwa Danych Osobowych. Przyjęte w niej rozwiązania nie spełniały wymogów określonych w § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych, bowiem nie zawierały [1] wykazu programów zastosowanych do przetwarzania zbiorów danych osobowych funkcjonujących w SP ZOZ, [2] opisu struktury zbiorów danych wskazującego zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi, [3] sposobu przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami, [4] określenia środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że tempo prac nad projektem e-Zdrowie spowodowało powstanie braków w Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych. Dodał, że aktualnie trwają prace i przygotowywane są uzupełnienia, które wkrótce uzupełnią luki w tym dokumencie. (dowód: akta kontroli str. 6-10, 151-163)
2. W próbie ośmiu osób, które utraciły uprawnienia do korzystania z systemu HIS (na skutek rozwiązania stosunku pracy z SP ZOZ), siedem nadal posiadało aktywne konta użytkownika w systemie HIS. Było to niezgodne z postanowieniami pkt 3 instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych<sup>32</sup>, w którym określono procedurę cofania i wyrejestrowywania uprawnień. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „brak cofnięcia uprawnień wynikał z błędu technicznego przy próbie zmiany uprawnień. Błąd został usunięty niezwłocznie po jego stwierdzeniu.

<sup>31</sup> Spalinowy zespół wytwórczy prądu zmiennego X324E1-EL z zapłonem samoczynnym produkcji Wytwórni Silników Wysokoprężnych „PZL – Andrychów” wraz z prądnicą synchroniczną prądu zmiennego produkcji Zakładów Okrętowych Urządzeń Elektrycznych „ELMOR” w Gdańsku.

<sup>32</sup> Załącznik Nr 2 do zarządzenia dyrektora SP ZOZ nr 21/16 z 3 listopada 2016 r.

*Ponadto należy podkreślić, że osoby, dla których ustał stosunek pracy nie miały fizycznego dostępu do systemu".* (dowód: akta kontroli str. 188-192, 582-585)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że powołany w trakcie kontroli NIK biegły wskazał na potrzebę zintensyfikowania czynności zmierzających do wykrycia nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji. Ponadto stwierdził, że w celu uszczelnienia systemu należałoby rozważyć możliwość wykonywania okresowego przeglądu adekwatności nadanych użytkownikom uprawnień i wdrożenie automatycznego wyłączenia kont po określonym czasie nieaktywności użytkowników oraz określić sposoby, częstotliwość i dokumentowanie monitorowania dostępu do informacji oraz opisujących czynności zmierzające do wykrycia nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji. (dowód: akta kontroli str. 188-192)

Ocena cząstkowa

Szpital na etapie projektowania i wdrażania Projektu brał udział w spotkaniach zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania oraz opiniował dokumentację związaną z realizacją Projektu. Wnoszone uwagi nie dotyczyły jednak oczekiwanych funkcjonalności aplikacji HIS, co mogło wpłynąć na jego niedostosowanie do obsługi: bloku operacyjnego, poradni rehabilitacji, diagnostyki obrazowej, stacji dializ oraz integracji z laboratorium. Po uruchomieniu systemów informatycznych, SP ZOZ zgłosił 47 propozycji usprawniających funkcjonalność oprogramowania typu HIS i ERP. W Szpitalu wprowadzono też mechanizmy zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych, rozwiązania służące ochronie przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą. Nie stosowano jednak przyjętych procedur w zakresie odbierania uprawnień w dostępie do systemu HIS, w wyniku czego siedmiu byłych pracowników Szpitala nadal posiadało aktywne konta w tym module. Ponadto Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych nie uwzględniono regulacji określonych w § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych. Z opóźnieniem opracowano procedury wewnętrzne, określające zasady korzystania i wykorzystania trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta oraz procedury dotyczącej sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych.

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

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

Opis stanu faktycznego

**2.1.1.** Szpital na realizację Projektu poniósł wydatki kwalifikowalne, związane m.in. z zakupem sprzętu komputerowego, systemów informatycznych typu ERP, EOD, BI, HIS i EDM, budową serwerowni oraz sieci LAN i WAN, w wysokości 2.047,6 tys. zł, z czego 1.740,5 tys. zł (85%) stanowiły środki pozyskane z budżetu UE, a 307,1 tys. zł (15%) środki własne i otrzymane ze Starostwa Powiatowego w Sokółce<sup>33</sup>. Poniesione wydatki były o 463,3 tys. zł niższe od pierwotnie planowanych (2.510,9 tys. zł), co wynikało głównie z oszczędności uzyskanych na etapie udzielania zamówienia publicznego na zakup i uruchomienie systemów informatycznych. Wydatki własne Szpitala poniesione na realizację Projektu w latach 2012 – 2015 stanowiły 0,27% kosztów ogółem SP ZOZ (114.571,5 tys. zł). (dowód: akta kontroli str. 283, 576)

**2.1.2.** Wydatki niekwalifikowalne, poniesione przez Szpital w związku z realizacją Projektu, wyniosły 50,1 tys. zł i obejmowały koszty migracji danych oraz podatek od towarów i usług. Koszty kwalifikowalne zostały również pomniejszone o kary umowne, w wysokości 3,1 tys. zł, nałożone za nieterminowe wykonanie zadań na wykonawcę sieci WAN i wykonawcę serwerowni wraz z okablowaniem sieci LAN. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że wydatki na migrację danych nie zostały rozliczone w ramach Projektu, gdyż: „na etapie opiniowania dokumentacji przetargowej dotyczącej systemu informatycznego proces migracji danych był w niej uwzględniony. Zmiany zostały wprowadzone na etapie przetargu, po złożeniu do Prezesa Krajowej Izby Odwoławczej, odwołania przez potencjalnych wykonawców m.in. w zakresie dotyczącym migracji”.

<sup>33</sup> Szpital na realizację Projektu otrzymał ze Starostwa Powiatowego w Sokółce 1.442,20 zł.

Niekwalifikowalność ww. wydatków została potwierdzona w również w stanowisku inżyniera kontraktu. (dowód: akta kontroli str. 360-373, 492-493, 570-573)

2.1.3. Nabyte przez Szpital, w wyniku realizacji Projektu środki trwale obejmowały: 75 stacji roboczych z monitorami i oprogramowaniem, 17 czytników kodów kreskowych, pięć drukarek specjalistycznych, skaner, sieć strukturalną (WAN i LAN) oraz serwerownię wraz z wyposażeniem, system informatyczny złożony z modułów ERP, BI, EOD, HIS i EDM. SP ZOZ nie zgłaszał uwag w trakcie odbioru poszczególnych składowych Projektu. Otrzymane środki trwale i wyposażenie zostały rozdysponowane do poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala oraz prawidłowo skonfigurowane. Zgodnie z wystawionymi dokumentami OT, wszystkie urządzenia komputerowych z urządzeniami peryferyjnymi (stacje robocze z monitorami, czytniki kodów kreskowych, drukarki specjalistyczne, skaner) przekazano do użytkownika poszczególnym komórkom organizacyjnym Szpitala w terminie miesiąca od otrzymania faktury.

Przeprowadzone w trakcie kontroli NIK oględziny środków trwałych i wyposażenia nabytego przez SP ZOZ w ramach Projektu<sup>34</sup>, wykazały że były one użytkowane, zgodnie z przeznaczeniem. Znajdowały się bowiem w pomieszczeniach wskazanych w dokumentach OT, były podłączone, a każdy zestaw komputerowy posiadał dostęp do oprogramowania zainstalowanego na centralnym serwerze Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 361-399, 405-408, 490)

2.1.4. Stosownie do postanowień § 5 pkt 2 ppkt 17 porozumienia Partnerskiego SP ZOZ, poinformował pacjentów (w formie określonej we wniosku o dofinansowanie realizacji projektu w ramach RPO WP na lata 2007 – 2013), o otrzymaniu dofinansowania na realizację projektu z Funduszy Strukturalnych UE<sup>35</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 225-235, 582-585)

Ponadto w ramach promocji Projektu, na tablicach ogłoszeń w holu głównym i korytarzach Szpitala oraz w rejestracji ogólnej do przychodni SP ZOZ zawieszono plakaty z informacją o sposobie rejestracji w Podlaskim Systemie Informacyjnym e-Zdrowie, możliwościach i korzyściach wynikających z korzystania m.in. z elektronicznej rejestracji do „większości poradni specjalistycznych w województwie”, o aktualnościach, nowościach, programach profilaktycznych, elektronicznym dostępie do własnej dokumentacji medycznej i wykonywania z niej wydruków<sup>36</sup>. Na stronie internetowej SP ZOZ<sup>37</sup> zamieszczono zaś link kierujący pacjentów bezpośrednio na stronę e-Zdrowie<sup>38</sup>, a na jednej z podstron<sup>39</sup> zamieszczono informację dla pacjentów o możliwości i zakresie danych niezbędnych do elektronicznej lub e-mailowej rejestracji, o czasie oczekiwania i sposobie potwierdzenia dokonanej rejestracji wizyty w SP ZOZ. Szpital nie podejmował z własnej inicjatywy, dodatkowych działań promocyjnych Projektu, gdyż – jak wyjaśnił Dyrektor SP ZOZ – *„Zakład nie posiadał i nie posiada środków finansowych, które mógłby przeznaczyć na dodatkowe działania promocyjne Projektu. Ponadto Projekt nie zakładał prowadzenia indywidualnych działań promocyjnych”*.

(dowód: akta kontroli str. 47, 225-235, 509-510, 582-585)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

<sup>34</sup> Oględzinami objęto: 15 (z 75) zestawów komputerowych (stacja robocza i monitor), siedem (z 17) czytników kodów kreskowych, pięć switchów, pięć drukarek specjalistycznych, cztery serwery systemowe, macierz dyskową, półkę dyskową do macierzy, router, skaner.

<sup>35</sup> Zamontowano tablice pamiątkowe przy wejściu głównym do SP ZOZ, plakiety przy serwerowni i pokoju informatyków oraz na zakupionym sprzęcie i oprogramowaniu. Zamieszczono informacje o projekcie i jego finansowaniu na stronie startowej każdej aplikacji, a także na każdej dokumentacji związanej z projektem.

<sup>36</sup> Materiały promocyjne dostarczył Lider Projektu w czerwcu i listopadzie 2016 roku – 25 plakatów, 600 ulotek informacyjnych, 500 kuponów do wpisywania kodu PIN oraz 10 nalepek z informacją o tym że można do podmiotu zarejestrować się przez Internet.

<sup>37</sup> <http://www.szpitalsockolka.pl/>.

<sup>38</sup> <https://ezdrowie.wrotapodlasia.pl/>.

<sup>39</sup> <http://www.szpitalsockolka.pl/info.php>.

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że według stanu na 22 listopada 2016 r., jedynie 72 osoby wyraziły zgodę na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym PSleZ (odpowiadało to 0,1% świadczeń medycznych udzielonych w Szpitalu w 2016 roku) oraz podjęto 106 prób rezerwacji wizyt w poradniach Szpitala za pośrednictwem Portalu Pacjenta PSleZ, co stanowiło 0,2% ogółu wizyt w 2016 roku (44.047).

(dowód: akta kontroli str. 47, 225-235, 47, 509-510, 582-585, 605-606)

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

Opis stanu  
faktycznego

**2.2.1.** Szpital w związku z realizacją Projektu otrzymał trzy systemy informatyczne wspomagające proces obsługi administracyjno-finansowej, tj. oprogramowanie typu BI, EOD oraz ERP. Aplikacja ERP składała się z dziewięciu modułów obejmujących: kalkulację procedur medycznych oraz zarządzanie: finansami, kosztami, kadrami i placami, majątkiem trwałym, wyposażeniem, inwentaryzacją, zapasami i zasobami ludzkimi.

(dowód: akta kontroli str. 381-390, 409-411)

**2.2.2.** Zarządzeniami Dyrektora Szpitala z 8 grudnia 2015 r. oraz 3 listopada 2016 r. w sprawie dokumentacji dotyczącej przyjętych zasad (polityki) rachunkowości ustalono, że od 1 stycznia 2015 r. księgi rachunkowe SP ZOZ prowadzone będą za pomocą programu finansowo-księgowego typu ERP, nabytego w ramach Projektu. Wprowadzone zmiany miały na celu dostosowanie polityki rachunkowości do wymogów art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>40</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 412-429)

W Szpitalu do końca grudnia 2016 roku nie opracowano procedur wewnętrznych dotyczących wykorzystywania w bieżącej pracy systemów informatycznych typu EOD oraz BI. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „SP ZOZ nie był zobligowany do wprowadzania procedur wewnętrznych w zakresie EOD i BI przez przepisy obowiązującego prawa, czy ustalenia dotyczące realizacji Projektu. Obecnie ww. systemy są wykorzystywane w niezbędnym zakresie opisanym w piśmie Szpitala: 05/130/2016 w pkt 5 i 6. W przyszłości planowane jest szersze wykorzystanie tych modułów, a w związku z tym prawdopodobnie zostanie też określone przy pomocy odpowiednich procedur ich wykorzystanie”.

(dowód: akta kontroli str. 412-429, 494-495)

**2.2.3.** SP ZOZ rozpoczął użytkowanie wszystkich modułów ERP od 1 stycznia 2015 r., zastępując nim uprzednio użytkowane aplikacje. Moduły te były zasilane bieżącymi danymi, w szczególności: [1] moduł zarządzania finansami wykorzystywano do prowadzenia ksiąg rachunkowych Szpitala; [2] moduł zarządzania kosztami zawierał dane dotyczące budowania budżetu oraz kalkulacji kosztów SP ZOZ, wyceny procedur, współczynników podziałowych, kosztów rodzajowych; [3] moduł zarządzania kadrami i placami zawierał informacje o wynagrodzeniach i zatrudnieniu pracowników Szpitala, umożliwiał generowanie listy plac z wyszczególnieniem składowych wynagrodzenia; [4] moduły zarządzania majątkiem trwałym i wyposażeniem zawierały zestawienia środków trwałych i wyposażenia w ujęciu wartościowym i rzeczowym, protokoły przyjęcia OT środków trwałych; [5] moduł zarządzania inwentaryzacją zawierał informacje (arkusze spisowe) dotyczące inwentaryzacji składników majątku trwałego SP ZOZ, dane z przeprowadzonej inwentaryzacji wg stanu na 30 września 2015 r. oraz dane z inwentaryzacji środków trwałych dzierżawionych przez Szpital (m.in. staplerów, instrumentarium) sporządzonej na 31 grudnia 2015 r.; [6] moduł zarządzania zapasami zawierał informacje ilościowe o materiałach przyjętych do magazynu i wydanych na poszczególne komórki kosztowe; [7] moduł zarządzania zasobami ludzkimi zawierał dane dotyczące zatrudnienia (okresy zatrudnienia, rodzaj umowy, składki, staż, potrącenia z wynagrodzenia), umożliwiał prowadzenie grafików pracy przez poszczególne komórki organizacyjne; [8] moduł kalkulacji procedur medycznych, zawierał informacje w zakresie wyceny procedur medycznych w podziale na poszczególne komórki kosztowe, jednak nie był w pełni wykorzystywany do kalkulacji rzeczywistych kosztów poniesionych na leczenie danego pacjenta, co szczegółowo przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

<sup>40</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1047.

Ponadto na prośbę SP ZOZ w module ERP (moduł Generator Raportów) dostawca systemu stworzył szereg raportów dotyczących danych finansowych m.in. kalkulacji kosztów, środków trwałych, umorzenia), które wykorzystywane były m.in. do sprawdzania rozrachunków, księgowania amortyzacji, wykonywania planów finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 430-444, 577-578)

Liczba nabytych licencji do systemu ERP (53) była wystarczająca do bieżącej obsługi Szpitala, gdyż wg. stanu na 30 listopada 2016 r. obsługę administracyjną SP ZOZ sprawowało 22 pracowników. Fakt posiadania wystarczającej liczby licencji potwierdził Dyrektor Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 193, 409-410, 445-447, 472)

W SP ZOZ wykorzystywano zakupiony w ramach realizacji Projektu moduł BI. Od 1 stycznia do 30 listopada 2016 r. logowało się do niego wszystkich pięciu pracowników Szpitala posiadających dostęp do tego modułu. Łącznie logowano się 90 razy, w tym 88 przed rozpoczęciem kontroli NIK (21 listopada 2016 r.). Liczba posiadanych licencji (pięć) odpowiadała liczbie osób przewidzianych do korzystania z tego systemu, tj.: Dyrektor Szpitala, jego zastępca, główny księgowy, kierownik statystyki oraz informatyk.

(dowód: akta kontroli str. 448, 473)

System informatyczny BI umożliwiał generowanie raportów i analiz obejmujących m.in.: przychody ogółem i przychody jednostkowe, koszty ogółem i koszty jednostkowe, wynik finansowy ogółem, poziom wykonania kontraktu – ilościowy, wartościowy i procentowy, liczbę hospitalizacji, liczbę zgonów, liczbę osobodni, liczbę łóżek – rzeczywistą i średnią, analizę zatrudnienia. Dane w wygenerowanych raportach<sup>41</sup> obejmowały okres od stycznia 2015 roku do grudnia 2016 roku. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„dotychczas raporty w module BI były wykorzystywane głównie do testowania poprawności przepływu danych między modułami. Do pełnego wykorzystania analitycznego w systemie muszą zostać zgromadzone kompletne dane za okres dłuższy niż rok, a nawet dwa lata. Na obecnym etapie moduł w przypadku niektórych analiz może zawierać dane za zbyt krótki okres. Duża część przeprowadzanych obecnie analiz (poza modulem BI) sprowadza się do porównania danych w poszczególnych zakresach za co najmniej kilka lat”*.

(dowód: akta kontroli str. 430-472, 474-479, 529-536)

Przeprowadzone w trakcie kontroli NIK porównanie informacji zawartych w 10 raportach<sup>42</sup> za drugi kwartał 2016 roku, sporządzonych w systemie BI oraz w odpowiadających im raportach wykonanych w systemie ERP i HIS wykazało zgodność prezentowanych danych.

(dowód: akta kontroli str. 449-472)

**2.2.4.** Przed uruchomieniem Projektu, od 1 października do 30 listopada 2014 r., dostawca systemów informatycznych przeprowadził instruktaże stanowiskowe dla personelu administracyjnego, podzielone według zakresów tematycznych, wymaganych na danym stanowisku bądź w danej komórce organizacyjnej. W instruktażach uczestniczyli wszyscy zatrudnieni w tym czasie pracownicy, w tym 21 zapoznano się z zasadami użytkowania modułu ERP, 22 skorzystało ze szkoleń z zakresu systemu EOD, a trzy osoby<sup>43</sup> przeszkolono z zakresu obsługi systemu HIS. W tym samym czasie zorganizowano dziewięć szkoleń technicznych dla administratora wdrażanych systemów informatycznych<sup>44</sup>, a w jednym przypadku (dotyczącym administrowania systemem HIS) oprócz administratora uczestniczyła kierownik DASM i RUM.

SP ZOZ nie posiada procedury szkolenia nowo zatrudnianych pracowników, gdyż – jak wyjaśnił Dyrektor SP ZOZ – wystarczające są szkolenia stanowiskowe (w tym w zakresie zasad korzystania i obsługi systemu informatycznego), mieszczące się w zakresie obowiązków bezpośredniego przełożonego, a dodatkowo, w razie potrzeby, istnieje możliwość wykonania szkolenia przez informatyka bez określania odrębnej procedury.

(dowód: akta kontroli str. 193-217, 236-237, 559-568)

<sup>41</sup> Raporty: hospitalizacje – z podziałem na: procedury, wiek, płeć i na jednostki chorobowe, badania diagnostyczne – podział, ilość, zestawienie kosztów i przychodów na jednego leczonego/osobodzień,

<sup>42</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] liczby łóżek w oddziałach, [9] poziomu wykonania kontraktu, [10] hospitalizacji z podziałem na wiek.

<sup>43</sup> Dwie starsze księgowy i informatyk.

<sup>44</sup> Tj. Inspektor ds. Systemów Informatycznych Administrator Bezpieczeństwa Informacji.

Z wyjaśnień udzielonych przez dwie nowo zatrudnione w administracji Szpitala osoby wynika, że nie uczestniczyły one w szkoleniach z zakresu obsługi nowego systemu informatycznego. Po utworzeniu przez informatyka SP ZOZ kont w systemie, wiedzę na temat logowania do systemu i wprowadzania danych o wykonanych czynnościach gromadziły w trakcie, trwającego około 30 min., instruktażu stanowiskowego przeprowadzonego przez bezpośredniego przełożonego i informatyka. Osoby te wskazywały też, że miały możliwość korzystania na bieżąco z pomocy merytorycznej informatyka SP ZOZ i wsparcia współpracowników. Ocenily, iż przeprowadzony instruktaż był efektywny. Również w ocenie Dyrektora SP ZOZ, przyjęty system szkolenia nowych pracowników był właściwy i efektywny „*przede wszystkim z racji na niewielką ilość osób do przeszkolenia*”.

(dowód: akta kontroli str. 6-10, 218-219,224)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. SP ZOZ nie korzystał w pełnym zakresie z modułu systemu informatycznego ERP przeznaczonego do kalkulacji rzeczywistych kosztów leczenia poszczególnych pacjentów, zakupionego w ramach Projektu za 1,8 tys. zł<sup>45</sup>. Tym samym ograniczono możliwości wykorzystania funkcjonalności systemu w zakresie analizy kosztów medycznych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „*wartość usług medycznych na potrzeby wystawiania faktur osobom nieubezpieczonym została ustalona, w zakresie badań diagnostycznych w oparciu o własne kalkulacje kosztowe, z uwzględnieniem cen rynkowych, a w zakresie świadczeń medycznych typu porady i hospitalizacje dodatkowo z uwzględnieniem wartości świadczeń finansowanych przez NFZ*”. Było to niezgodne z treścią art. 45 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>46</sup>, który stanowi, że przy ustalaniu wysokości opłaty kierownik uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego. Dyrektor wyjaśnił, że: „*Szpital nie jest zobligowany przez obowiązujące przepisy do prowadzenia kalkulacji rzeczywistych kosztów poniesionych na leczenie danego pacjenta. System komputerowy jest wykorzystywany w zakresie niezbędnym dla potrzeb Zakładu, a wyliczenie indywidualnych kosztów dla każdego pacjenta, przy obowiązującym systemie rozliczeniowym byłoby bezcelowe. W przyszłości, w zależności od konieczności i potrzeb, możliwe jest szersze wykorzystanie posiadanego oprogramowania*”.

(dowód: akta kontroli str. 430-444, 577-578)

2. W Szpitalu nie wprowadzono elektronicznego obiegu dokumentów do czego miał służyć system EOD, zakupiony w ramach Projektu za 45,2 tys. zł. Przeprowadzone w ramach kontroli NIK oględziny sposobu wykorzystania tego systemu wykazały m.in., że: [1] w systemie EOD znajdują się 1.339 zarejestrowane dokumenty w 2015 roku (wprowadzane od marca 2015 roku, przy 7.197<sup>47</sup> dokumentach zaewidencjonowanych w papierowym dzienniku korespondencji przychodzącej za 2015 rok) i 1.204 zarejestrowane w EOD dokumenty z 2016 roku (przy 3.906 w papierowym dzienniku korespondencji przychodzącej – wg. stanu na 13 grudnia 2016 r.), [2] do systemu wprowadzane były informacje dotyczące korespondencji obejmujące m.in.: datę wpływu, nadawcę, adres nadawcy, tytuł pisma, [3] treść korespondencji była skanowana i zamieszwiędługczana w systemie jedynie od kwietnia do czerwca 2015 roku oraz od 8 grudnia 2016 r., [4] w przypadku korespondencji otrzymanej przez SP ZOZ i zeskanowanej do EOD, również przekazywano jej oryginalną papierową wersję do osób prowadzących daną sprawę.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił że: „*ze względów organizacyjnych i funkcjonalnych obecnie w module EOD rejestrowana jest korespondencja przychodząca zewnętrzna oraz wychodząca zewnętrzna. W przyszłości planowane jest sukcesywne rozszerzenie zakresu rejestrowanej dokumentacji o korespondencję wewnętrzną. Obecny „papierowy obieg wewnętrzny” zapewnia większą pewność i szybkość obrotu korespondencji*”.

<sup>45</sup> Wartość licencji modułu Kalkulacja Procedur Medycznych Systemu Zarządzania ERP.

<sup>46</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1638.

<sup>47</sup> Od 1 stycznia 2015 r. do 28 lutego 2015 r. w dzienniku korespondencji przychodzącej zarejestrowano 750 pism.

ze względu chociażby na wiek części personelu, który nie ma jeszcze w większości wyrobionego nawyku bieżącej kontroli komunikacji elektronicznej”.

(dowód: akta kontroli str. 445-447, 522-527)

### 2.3. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

Opis stanu  
faktycznego

2.3.1. SP ZOZ w związku z realizacją Projektu otrzymał dwa systemy informatyczne wspomagające proces obsługi pacjenta, tj.: [1] EDM pozwalający na gromadzenie dokumentacji medycznej wytworzonej w Szpitalu w formie elektronicznej i przekazywanie jej na poziom regionalny, [2] HIS umożliwiający m.in.: prowadzenie w Szpitalu dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, rozliczanie umów z NFZ oraz rejestrację przez pacjentów wizyt poradniach SP ZOZ. Oba te systemy zostały przekazane do użytkowania 18 maja 2015 r. Liczba licencji na korzystanie z programów przyznana Szpitalowi wynosiła: EDM – 214, HIS (na wszystkie moduły) – 691. Była ona wystarczająca do bieżącej pracy SP ZOZ, gdyż wg. stanu na 30 listopada 2016 r. zatrudnionych w nim było 286 osób personelu medycznego, w tym: 58 lekarzy, 176 pielęgniarek i położnych.

(dowód: akta kontroli str.472, 480-487)

2.3.2. Zakupione systemy wspomagające proces obsługi pacjenta pozwalały na tworzenie w formie elektronicznej m.in.: recept, skierowań, zleceń na zaopatrzenie medyczne, kart informacyjnych leczenia szpitalnego oraz kart porad ambulatoryjnych, które zawierały wszystkie dane określone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Regulach biznesowych i walidacyjnych określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na platformie P1<sup>48</sup>. Oprogramowanie HIS umożliwiała także podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu lub za pomocą podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP. Ponadto wyposażone było w mechanizmy wewnętrzne umożliwiające identyfikację użytkownika tworzącego dokument.

(dowód: akta kontroli str. 480-488)

2.3.3. Dyrektor SP ZOZ, w związku z wprowadzeniem systemu informatycznego wspomagającego proces obsługi pacjenta, wydał 17 marca 2015 r. polecenie służbowe nr 1/2015 w sprawie prowadzenia dokumentacji medycznej w Szpitalu. Wskazano w nim m.in.: [1] zakres dokumentacji medycznej prowadzonej w systemie dla danego pacjenta: badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, obserwacje, procedury i zabiegi ICD 9, kartę statystyczną, kartę informacyjną; [2] obowiązek odzwierciedlania w systemie rzeczywistego ruchu pacjentów w Szpitalu; [3] konieczność dokonywania wypisów pacjentów w systemie; [4] rodzaj dokumentów obowiązkowych przy zdaniu choroby (pokrywający się z dokumentacją medyczną prowadzoną dla pacjenta); [5] równoważność dokumentów wytworzonych w systemie z dokumentacją papierową oraz konieczność załączania ich wydruku do dokumentacji medycznej pacjenta, [6] obowiązek sporządzenia kompletnej dokumentacji medycznej przy wypisie pacjenta. W odpowiedzi na pytanie, dlaczego w ww. poleceniu służbowym nie wskazano, że w prowadzonym do użytkowania systemie HIS należy prowadzić pełną dokumentację medyczną z wykorzystaniem wszystkich funkcji tego modułu, Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił: „Wymienione polecenie służbowe uwzględnia stan faktyczny (...) i aktualne możliwości finansowe i organizacyjne Zakładu, przy jednoczesnym spełnieniu wymogu stosowania obowiązującego prawa w zakresie dokumentacji medycznej – w pkt 3 obliquje personel do wytworzenia kompletnej dokumentacji”.

W SP ZOZ nie ustalono wewnętrznych harmonogramów wdrażania Projektu, gdyż – jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala – „harmonogram wdrażania Projektu zgodnie z realizowaną umową został określony przez Wykonawcę w dokumencie „Przygotowania do wdrożenia systemów lokalnych w Podmiocie Leczniczym” z dnia 30 maja 2014 r. i nie zachodziła potrzeba tworzenia własnego harmonogramu bądź też powielania harmonogramu dostarczonego przez Wykonawcę”. Dodał, że: „zespół do wdrożenia został ustanowiony poprzez wskazanie (w formie elektronicznej) w 2012 roku osób do Grupy Roboczej pracującej przy Projekcie, a następnie w 2014 roku, osób do koordynacji z podziałem

<sup>48</sup> Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. W systemie P1 będą się znajdowały informacje o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski – niezależnie od płatnika oraz obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych w Polsce.

na poszczególne obszary merytoryczno-techniczne oraz na potrzeby przeprowadzenia testów akceptacyjnych". W Szpitalu nie wprowadzono dodatkowych procedur wewnętrznych w zakresie wykorzystania systemu HIS. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „stosowanie w pracy rozwiązań informatycznych, jako narzędzie pracy, na wielu stanowiskach należy wręcz do obowiązków pracowniczych, w związku z czym nie było wskazania co do konieczności wprowadzenia dodatkowej procedury nakazującej używanie narzędzi informatycznych (...) Zbyt duża ilość procedur, które miałyby obowiązywać pracowników mogłoby doprowadzić do sytuacji chaosu proceduralnego”.

(dowód: akta kontroli str. 489, 445-447, 494-495, 592-600)

2.3.4. Otrzymane w związku z realizacją Projektu oprogramowanie typu HIS wykorzystywane było na wszystkich 10 oddziałach Szpitala, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz w siedmiu (z ośmiu) poradni. Dokumentacja medyczna dotycząca poradni rehabilitacji SP ZOZ prowadzona jest w odrębnym systemie przekazanym (poza Projektem) przez dostawcę systemu HIS. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala: „wdrażanie modułu Zakładu Rehabilitacji rozpoczęto w lipcu 2015 r. Funkcje rozliczeniowe program zaczął pełnić od stycznia 2016 r. Moduł został pozyskany od dostawcy systemu HIS poza Projektem, nieodpłatnie, w celu zapewnienia z jednej strony możliwości rozwoju produktu, a z drugiej strony możliwości kompleksowego dokumentowania i rozliczania usług w zakresie rehabilitacji przez Szpital. Na etapie przygotowania Projektu SP ZOZ pokazał zarówno swoją strukturę organizacyjną, jak i posiadaną infrastrukturę informatyczną oczekując w ramach projektu możliwości wprowadzenia rozwiązań jak najbardziej kompleksowych. Jednocześnie po stronie Szpitala była świadomość, że w Projekcie bierze udział wiele ośrodków zróżnicowanych pod względem organizacyjnym oraz, że środki finansowe możliwe do pozyskania nie są nieograniczone, a zatem przy zastosowaniu kompleksowych rozwiązań istnieje prawdopodobieństwo, że nie wszystkie oczekiwania będą mogły być spełnione”.

(dowód: akta kontroli str. 445-446)

Oględziny sposobu wykorzystania systemów HIS, w trakcie którego badaniu poddano dokumentację medyczną 54 pacjentów Szpitala (po trzech z każdego oddziału i każdej przychodni) wykazały m.in., że w systemie HIS prowadzono dokumentację medyczną określoną w poleceniu służbowym nr 1/201 Dyrektora Szpitala z 17 marca 2015 r., tj.:

- dziewięć (z 11) rodzajów dokumentacji wewnętrznej zbiorczej, tj. księgi: główną przyjęć i wypisów; odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć; chorych wszystkich oddziałów Szpitala; raportów lekarskich; raportów pielęgniarskich; zabiegów; bloku operacyjnego i pracowni diagnostycznej,
- dziewięć rodzajów indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej, tj.: historię choroby; karty: noworodka; indywidualnej opieki pielęgniarskiej (na dziewięciu z 10 oddziałach); indywidualnej opieki prowadzonej przez położną; obserwacji; gorączkową (na jednym oddziale); wyniki badań diagnostycznych, wyniki konsultacji oraz protokół operacyjny (na dwóch oddziałach),
- na oddziałach SP ZOZ wytwarzano dwa rodzaje indywidualnej dokumentacji zewnętrznej, tj. kartę informacyjną z leczenia szpitalnego oraz skierowania lub zlecenia na świadczenia zdrowotne realizowane poza Szpitalem,
- w poradniach Szpitala prowadzono: wywiad pierwszorazowy, wywiad, dane podstawowe pacjenta, badanie fizykalne, zastosowane leczenie, wydane recepty, wydane druki, zlecenia, skierowania, opis przebiegu zabiegu,
- listy osób oczekujących na udzielenie w poradniach świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych. (dowód: akta kontroli str. 480-489)

Niepełne wykorzystanie dostępnych funkcjonalności modułów HIS szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

W SP ZOZ wykorzystywano moduł systemu HIS odpowiedzialny za gospodarkę lekami w aptece centralnej Szpitala i aptekach oddziałowych. Za jego pomocą ewidencjonowano zapotrzebowanie na leki oddziałów szpitalnych oraz stany magazynowe.

(dowód: akta kontroli str. 480-483, 496-497)

Oględziny systemu EDM (do którego dostęp posiadali wyłącznie lekarze), wykazały że była do niego przekazywana w sposób automatyczny (bez ingerencji pracowników Szpitala) część dokumentacji medycznej wytwarzanej w systemie HIS. W systemie EDM znajdowały się: [1] historia zdrowia i choroby ambulatoryjna, [2] wystawione skierowania, [3] badania laboratoryjne, [4] protokół zabiegowy/operacyjny, [5] karta informacyjna. Do systemu EDM nie przekazywano natomiast innej dokumentacji medycznej, także wytworzonej w Szpitalu w oprogramowaniu HIS, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 480-483, 575)

Z kolei oględziny Portalu Pacjenta wykazały m.in., że po zalogowaniu się uzyskiwał on dostęp: [1] w zakładce „Dokumenty” do dokumentacji medycznej „historia zdrowia i choroby ambulatoryjna”; [2] do swoich danych personalnych, wyników badania krwi, rozpoznania i leków, hospitalizacji; [3] raportu informującego o udostępnieniu i wydruku dokumentacji medycznej pacjenta; [4] funkcjonalności pozwalającej na udostępnianie dokumentacji medycznej wybranym lekarzom ze wskazaniem okresu takiego udostępnienia. Dane te obejmowały dokumentację medyczną wytworzoną od daty<sup>49</sup> wyrażenia zgody przez osobę uczestniczącą w oględzinach, na przetwarzanie danych medycznych oraz przetwarzanie danych osobowych w Portalu Pacjenta. Informacje zawarte w dokumentacji medycznej prezentowanej w Portalu pokrywały się z danymi w systemie EDM.

(dowód: akta kontroli str. 537-540)

**2.3.5.** Spośród 10 osób pełniących funkcje kierownicze w Szpitalu (ordynatorzy oddziałów), którzy złożyli wyjaśnienia, w ocenie sześciu prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej usprawniło pracę, ułatwiło dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta i nie spowodowało większego obciążenia personelu pracami administracyjnymi. Z kolei czterech uznało, że wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej spowodowało znaczące obciążenia personelu pracami administracyjnymi i w konsekwencji zmniejszenie czasu poświęconego pacjentom. Zwrócono uwagę na czasochłonność sposobu wprowadzania danych do systemu HIS oraz na konieczność prowadzenia elektronicznej i papierowej wersji dokumentacji medycznej. (dowód: akta kontroli str. 498-508)

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „realizacja Projektu miała prorozwojowy wpływ na Zakład, który zyskał nowy sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające wywiązanie się z prawnego obowiązku wytwarzania dokumentacji medycznej w formie cyfrowej oraz usprawniające bieżącą pracę. Ponadto pacjenci SP ZOZ uzyskali możliwość elektronicznej rejestracji do poradni, wglądu do dokumentacji oraz interaktywnej komunikacji z lekarzami”. W odniesieniu do występowania ewentualnych braków i niedogodności w systemach informatycznych otrzymanych przez Szpital w związku z realizacją Projektu wskazał, że: „systemy informatyczne zostały wdrożone zgodnie z obowiązującymi przepisami i wymogami w zakresie określonym w Projekcie. Pojawiające się w trakcie bieżącej pracy problemy są niezwłocznie zgłaszane dostawcy oprogramowania celem ich naprawienia”.

(dowód: akta kontroli str. 601-602)

**2.3.6.** W latach 2015 – 2016 (do 22 listopada) poprzez Portal Pacjenta utworzony w ramach Projektu dokonano 106 rezerwacji wizyt we wszystkich ośmiu poradniach Szpitala (jednej w 2015 roku i 105 w 2016 roku). Spośród wizyt zarejestrowanych w 2016 roku: odbyło się 78 (najwięcej w przychodni chirurgii urazowo-ortopedycznej), osiem zostało odwołanych, a 19 czeka na realizację. Informacje o dostępnych terminach wizyt w poradniach znajdujące się na Portalu Pacjenta, pokrywały się z terminami rzeczywistymi.

(dowód: akta kontroli str. 47, 509-510)

Rejestrację do wszystkich poradni Szpitala prowadzono w module „Rejestracja” otrzymanym w ramach Projektu. Wprowadzano do niego zarówno wizyty rejestrowane poprzez Portal Pacjenta, jak i rezerwowane osobiście lub telefonicznie, przy czym pacjenci rejestrujący się za pośrednictwem Portalu mieli możliwość umówienia wizyty najwcześniej na kolejny dzień. Szpital nie udostępniał możliwości rejestracji poprzez Portal Pacjenta, do wybranego lekarza przyjmującego w poradni. Umówienie wizyty do wybranego lekarza można było dokonać osobiście w oknie Rejestracji Szpitala lub telefonicznie (w odniesieniu do poradni,

<sup>49</sup> 12 grudnia 2016 r.

w których nie występują kolejki oczekujących), ustalając z pracownikami Rejestracji, dzień w którym dany lekarz ma dyżur i rezerwując odpowiednio termin wizyty. W przypadku poradni kardiologicznej i rehabilitacji, w których występowały kolejki oczekujących, pacjenci byli rejestrowani w kolejności zgłoszeń na pierwszy wolny termin (bez możliwości wyboru lekarza). Jak wyjaśnił Dyrektor: „zgodnie z art. 29 i 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...) ustawodawca przewidział możliwość wyboru przez pacjenta jedynie świadczeniodawcy, a zatem rejestracja za pośrednictwem Portalu Pacjenta jest realizowana jako rejestracja do poradni”. Ponadto dodał, że: „rejestracja osobista lub telefoniczna również jest realizowana jako rejestracja do poradni. Pacjenci mogą uzyskać informacje jaki lekarz przyjmuje w danej poradni z harmonogramów pracy poradni lub w ramach informacji w Rejestracji”.

W SP ZOZ nie korzystano z możliwości założenia pacjentom kont na Portalu Pacjenta bezpośrednio w Rejestracji Szpitala, gdyż – jak wyjaśnił Dyrektor – „wynikało z faktu, że nie zgłosili się pacjenci oczekujący takiej usługi, z drugiej strony ze względów organizacyjnych pracy Rejestracji, która w pierwszej kolejności ma za zadanie sprawne i płynne zarejestrowanie pacjentów do poradni – proces zakładania kont spowodowałby wydłużenie czasu oczekiwania na rejestrację przez wymagających pomocy pacjentów”.

(dowód: akta kontroli str. 47, 509-510, 528, 577-580)

2.3.7. Przed wdrożeniem Projektu, od 1 października do 30 listopada 2014 r., dostawca systemów przeprowadził instruktaże stanowiskowe dotyczące głównie korzystania z nowych rozwiązań teleinformatycznych, w tym m.in. związanych z prowadzeniem danych statystycznych i rozliczeniowych, rejestracją w poradniach, gablinetach, apteczkach oddziałowych oraz wystawianymi zleceniami medycznymi oraz komunikacji i zarządzania Portalem Pacjenta. W przeszkoleniu z zasad obsługi modułu HIS uczestniczyło 266 osób, a z zakresu modułu ERP – 31 osób. Nie przeszkolono pięciu z 54 zatrudnionych w tym czasie lekarzy, 13 z 59 osób średniego personelu medycznego (głównie techników laboratoryjnych – 12 i fizjoterapeuty). Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że pięciu lekarzy „udzielających świadczeń w SP ZOZ w Sokółce w niewielkim wymiarze” zadeklarowało, iż szkolenia odbędą w „macierzystych” jednostkach. Z kolei personel laboratorium nie został objęty szkoleniem z powodu braku modułu laboratoryjnego we wprowadzonym systemie. Działal tam „odrębny program, nieobjęty projektem (...) dopiero po wdrożeniu nowego systemu został z nim zintegrowany”. Dodał, że fizjoterapeutka nie została przeszkolona z uwagi na długotrwałą przerwę w pracy (urlopy macierzyński, wypoczynkowy i wychowawczy).

(dowód: akta kontroli str. 193-217, 237)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Oględziny sposobu wykorzystania systemów HIS, w trakcie których badaniu poddano dokumentację medyczną 54 pacjentów Szpitala (po trzech z każdego oddziału i każdej przychodni), wykazały m.in., że nie prowadzono następujących rodzajów indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej: karty zleceń lekarskich, karty przebiegu znieczulenia, karty medycznych czynności ratunkowych, mimo że program umożliwiał ich tworzenie.

W myśl postanowień porozumienia partnerskiego, Szpital zobowiązany był się m.in. do zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji.

Dyrektor Szpitala, odnosząc się do stwierdzonego stopnia wykorzystania systemu HIS wyjaśnił, że: „moduł HIS jest wykorzystywany w zakresie niezbędnym do dokumentowania i rozliczania przebiegu leczenia pacjentów, jednakże w okresie przejściowym przed całkowitym wprowadzeniem dokumentacji elektronicznej dopuszczalne jest wytwarzanie części dokumentacji w formie papierowej, co podyktowane jest względami praktycznymi i ekonomicznymi, przy uwzględnieniu przepisów prawa dotyczących konieczności potwierdzania wykonanych przez personel medyczny czynności podpisem – obecnie Szpital nie posiada środków finansowych niezbędnych do zakupu kwalifikowanych podpisów elektronicznych dla wszystkich pracowników”.

(dowód: akta kontroli str. 480-487, 494-495)

2. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej wytworzonej z wykorzystaniem programu typu HIS, chociaż – stosownie do studium wykonalności projektu – miała w niej się znajdować kompletna dokumentacja medyczna pacjenta, co miało zmniejszyć koszty powtarzanych badań medycznych, także w innych podmiotach leczniczych. W aplikacji EDM znajdowały się – w formach wytworzonych w HIS – historia zdrowia i choroby ambulatoryjna, skierowania, badania laboratoryjne, protokół zabiegowy/operacyjny, karta informacyjna z leczenia szpitalnego. Do systemu EDM nie przekazywano natomiast wytworzonych w aplikacji HIS: recept, historii choroby z kartą obserwacji lekarskich z oddziałów szpitalnych, kart noworodka, kart gorączkowych, zaświadczeń, orzeczeń i opinii lekarskich. Jak wyjaśnił Dyrektor Szpitala, „do aplikacji EDM z systemu HIS są przekazywane dane zgodne z zakresem określonym w umowie zawartej z Wykonawcą”.

(dowód: akta kontroli str. 480-487, 494-495, 582-585)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na wątpliwości związane z określonymi w SP ZOZ regulami umawiania wizyt pacjentów rejestrujących się za pośrednictwem Portalu Pacjenta z punktu widzenia zasad określonych w art. 20 i art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>50</sup>. Pacjenci bowiem:

- mogli dokonać rejestracji wizyty jedynie w wyznaczonym paśmie, które rozpoczyna się najwcześniej o godzinie 12.00 (poradnie pracują od godzin porannych<sup>51</sup>) i pozwala na rejestrację od dwóch do czterech pacjentów (co stanowi od 5,4% do 12,5% czasu pracy danej poradni),
- w przypadku dwóch poradni (w związku z wyznaczonym pasmem) nie mieli możliwości ustalenia wizyty w środę i sobotę (w poradni rehabilitacji) oraz w sobotę (w poradni nefrologicznej), które są dniami pracy tych poradni,
- 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.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „ustalenie obecnych zasad rejestracji elektronicznej wynika z praktycznych względów organizacyjnych pracy poradni specjalistycznych, umożliwiających dostęp do świadczeń wszystkim pacjentom, ale z uwzględnieniem m.in. stanu zdrowia pacjentów (przypadki pilne), ich uprawnień (pacjenci przyjmowani poza kolejnością) obowiązujących zasad kolejowania świadczeń”. Dodał, że: „niewykorzystane terminy w paśmie elektronicznej rejestracji przeznaczone są na rejestrację wizyt pacjentów rejestrujących się na bieżąco wg kolejności zgłoszenia w trybie pilnym lub z wyznaczoną przez lekarza terminową wizytą kontrolną wynikającą z konieczności zachowania ciągłości procesu leczenia”. (dowód: akta kontroli str. 47, 509-510, 528, 574, 577-580, 601-602)

Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę, że niekorzystanie z wszystkich funkcjonalności oprogramowania typu HIS stwarza ryzyko niewywiązania się Szpitala z przewidzianego art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>52</sup>, obowiązku prowadzenia od 1 stycznia 2018 r. dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej. Ponadto niewytwarzanie w systemie HIS części dokumentacji medycznej powoduje, że nie jest ona dostępna w systemie EDM i w konsekwencji także dla pacjentów w Portalu Pacjenta Projektu.

Ocena cząstkowa

Szpital wykorzystywał do bieżącej pracy i obsługi nowych systemów informatycznych, całość zakupionego w ramach Projektu sprzętu komputerowego. Uruchomiono nabyte systemy informatyczne oraz przeszkolono personel z ich obsługi. Pomimo upływu 21 miesięcy od otrzymania (18 maja 2015 r.) systemów informatycznych, nie wykorzystywano wszystkich ich funkcjonalności. Systemu typu ERP nie wykorzystywano bowiem do kalkulacji procedur medycznych oraz nie zastąpiono „papierowego” obiegu dokumentów, do czego miał służyć zakupiony program typu EOD. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano zaś całości dokumentacji medycznej wytworzonej z wykorzystaniem

<sup>50</sup> Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

<sup>51</sup> W zależności od dnia tygodnia poradnie rozpoczynają pracę głównie w godzinach od 7.30 do 11.00.

<sup>52</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.

programu typu HIS, mimo że jednym z głównych założeń Projektu było zapewnienie pacjentom i lekarzom (także z innych podmiotów leczniczych) – przy użyciu tego oprogramowania i Portalu Pacjenta PSleZ – dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

#### 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>53</sup>, wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od pracowników Szpitala wykorzystywania oprogramowania zakupionego w ramach Projektu, w tym umożliwienie lekarzom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej.
2. Uwzględnienie w przyjętej Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych wymogów określonych w § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych.

#### V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

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

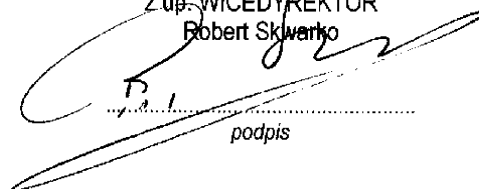
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

Białystok, dnia 4 maja 2017 r.

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



.....  
podpis

<sup>53</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 524. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.