



**WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI**
Wojciech Misiąg

KZD – 4101-05-03/2012

P/12/125

**WYSTĄPIENIE
POKONTROLNE**

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/12/125 – „Informatyzacja szpitali”
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Julita Łuczak, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 82865 z dnia 20 września 2012 r. 2. Danuta Nosal, inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr 82866 z dnia 20 września 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia (dowód: akta kontroli str. 1234)

II. Wprowadzenie

„Program Informatyzacji Ochrony Zdrowia” (zwany dalej PIOZ), finansowany z budżetu UE (Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka 2007 – 2013 r.), realizowany jest od 2008 r. PIOZ tworzyło sześć odrębnych projektów,¹ z których w trakcie kontroli wdrażane były jedynie dwa (P1 i P2).

Program ma umożliwić gromadzenie i analizę danych niezbędnych organom władzy publicznej do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa. Świadczeniodawcy uzyskują dostęp do dokumentacji medycznej w formie elektronicznej wytworzonej przez inne podmioty, a pacjenci do danych o stanie zdrowia oraz możliwość dysponowania tymi informacjami niezależnie od aktualnego miejsca pobytu.

Pozyskanie środków na ten cel umożliwiło opracowanie Studium Wykonalności dla PIOZ (30 czerwca 2008 r.) i podpisanie umów z Władzą Wdrażającą Programy Europejskie (zwaną dalej WWPE) o dofinansowanie konkretnych projektów (22 czerwca 2009 r.).

Kluczową rolę w realizacji PIOZ przewidziano dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (jednostki podległej Ministrowi Zdrowia, zwanej dalej CSIOZ)², które zgodnie z zapisami statutowymi jest odpowiedzialne za projektowanie i monitorowanie projektów informacyjnych w ochronie zdrowia.

Podstawę prawną procesu informatyzacji ochrony zdrowia stanowi ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, która weszła w życie 1 stycznia 2012 r.³

¹ Tj.: 1) P1 - „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych”, 2) P2 - „Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych”, 3) P3 - „Systemy związane z przebudową, dostosowaniem, utrzymaniem i monitorowaniem rejestrów i innych zasobów ochrony zdrowia przez organy publiczne, w tym administrację państwową i samorządową” wchodzący w skład Planu Informatyzacji Ochrony Zdrowia, 4) P4 – „Projekty związane z organizacją i administrowaniem systemami informacji publicznej (...) oraz udostępnienia informacji wielojęzycznej dotyczącej norm europejskich w informatyce. Projekty związane z usprawnieniem i integracją systemów informacyjnych w ochronie zdrowia dotyczące działalności przedsiębiorstw”, 5) P5 – „Elektroniczna platforma konsultacyjnych usług telemedycznych Ministerstwa Zdrowia, NFZ oraz sieci szpitali wysokospecjalistycznych”, 6) P6 – „Wzmocnienie strategii informacji publicznej Polskiej Instytucji Łącznikowej”.

² Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia powstało 1 sierpnia 2000 r. zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2000 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. MZ Nr 1, poz. 25).

³ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657).

Zgodnie z przepisami ustawy system informacji w ochronie zdrowia (zwany dalej SIOZ) będzie obejmować:

- 1) System Informacji Medycznej (zwany dalej SIM);
- 2) dziedzinowe systemy teleinformatyczne oraz
- 3) rejestry medyczne.⁴

SIM ma być systemem teleinformatycznym służącym przetwarzaniu danych dotyczących udzielonych i planowanych świadczeń zdrowotnych. Dane te będą pozyskiwane m.in. z systemów informatycznych usługodawców. W związku z powyższym będą oni musieli prowadzić dokumentację medyczną w formie elektronicznej. Jednocześnie, usługodawcy, za pośrednictwem SIM, będą mogli uzyskać dostęp do danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów, zgromadzonych w systemie teleinformatycznym innego usługodawcy.

SIM ma być obsługiwany przez: 1) Platformę Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych oraz 2) Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, budowane w ramach Projektów P1 i P2.

Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia ma charakter ramowy, a kluczowe zagadnienia związane z funkcjonowaniem SIOZ miały zostać określone w aktach wykonawczych wydanych na podstawie 16 upoważnień. Rozporządzenia powinny m.in. uregulować tak istotne kwestie jak:

- minimalną funkcjonalność oraz warunki organizacyjno-techniczne funkcjonowania systemów („Platformy Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych” oraz „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”), w tym wykaz usług udostępnianych przez te systemy oraz sposoby ich udostępniania (art. 9);
- format elektronicznej dokumentacji medycznej udostępnianej przez usługodawców w SIM, warunki organizacyjno-techniczne jej przetwarzania, udostępniania, autoryzacji oraz zabezpieczenia przed utratą (art. 13 pkt 1);
- warunki organizacyjno-techniczne zamieszczania w SIM dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne, a także ich pobierania z SIM (art. 13 pkt 2).

Przedmiotem kontroli była ocena działań Ministra w zakresie wdrażania wspomnianej ustawy, z uwzględnieniem koordynacji prac nad SIOZ oraz realizacji wniosków pokontrolnych sformułowanych po kontroli pn. „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji” przeprowadzonej w 2011 r. w Ministerstwie Zdrowia.⁵

III. Ocena kontrolowanej działalności⁶

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację przez Ministra Zdrowia zadań wynikających z ustawy, z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (zwanej dalej „ustawą o systemie”).⁷

⁴ Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie, minister właściwy do spraw zdrowia może tworzyć i prowadzić lub tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych i informacji o zachorowaniach, chorobach, stanie zdrowia, metodach leczenia, diagnozowania, monitorowania postępów w leczeniu oraz zagrożeniach związanych z występowaniem niektórych chorób.

⁵ Kontrola Nr P/11/045.

⁶ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

⁷ Do czasu zakończenia czynności kontrolnych w Ministerstwie Zdrowia.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Formułując powyższą ocenę NIK wzięła w szczególności pod uwagę, że Minister Zdrowia :

- 1) nie wydał żadnego aktu wykonawczego do ustawy o systemie,
- 2) nie dysponował pełnymi informacjami dotyczącymi stanu zasobów informatycznych usługodawców,
- 3) w niewystarczający sposób koordynował proces informatyzacji systemu ochrony zdrowia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Ramy prawno-organizacyjne systemu informacyjnego ochrony zdrowia

Opis stanu
faktycznego

W październiku 2010 r. Ministerstwo Zdrowia otrzymało od CSIOZ projekty 12 aktów wykonawczych do ustawy o systemie.

Departament Prawny Ministerstwa Zdrowia informował pana Jakuba Szulca, ówczesnego Sekretarza Stanu⁸, że projekty te nie spełniały podstawowych standardów w zakresie wykonania poszczególnych upoważnień ustawowych: „(...) *Dokonana analiza wykazała, że CSIOZ, mimo wcześniejszych prac nad ww. ustawą, nie miał jednoznacznej wizji w zakresie tworzonych systemów, ich funkcjonowania oraz wzajemnych relacji. Przekazano CSIOZ szereg uwag, zobowiązując do ich uwzględnienia i przekazania nowej wersji projektów. (...)*”. Stanowisko to podzielił również Departament Organizacji Ochrony Zdrowia (zwany dalej DOOZ).⁹

Przekazane ponownie w II połowie 2011 r. projekty, pomimo zapewnień CSIOZ, nie uwzględniały znacznej części uwag. W dalszym ciągu „(...) *brak było przede wszystkim spójnych i jednolitych rozwiązań, które cechować powinny zbiór regulacji prawnych dotyczących spraw technicznych mających na celu stworzenie jednolitego mechanizmu, na który składać miałyby się poszczególne systemy i których funkcjonalności, co do zasady winny ze sobą współdziałać. (...)*”. W konsekwencji przedkładane przez CSIOZ projekty aktów wykonawczych wymagały kolejnych zmian.

Do dnia zakończenia czynności kontrolnych, sześć projektów rozporządzeń zostało przekazanych do Rządowego Centrum Legislacyjnego z prośbą o zwolnienie z Komisji Prawniczej, trzy znajdowały się w Departamencie Prawnym w celu ostatecznej akceptacji przed skierowaniem analogicznego wniosku, pozostałe projekty rozporządzeń, dotyczące dziedzinowych systemów teleinformatycznych, miały zostać przekazane do Departamentu Prawnego niezwłocznie po podjęciu przez Kierownictwo Ministerstwa Zdrowia decyzji w sprawie ich finansowania.

(dowód: akta kontroli str. 269-439, 612-613)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Do czasu zakończenia badań kontrolnych Minister Zdrowia nie wydał żadnego aktu wykonawczego do ustawy o systemie, pomimo upływu 11 miesięcy od dnia jej wejścia w życie. Stanowiło to naruszenie § 127 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie zasad techniki prawodawczej¹⁰, który stanowi, że rozporządzenie powinno wchodzić w życie w dniu wejścia w życie ustawy, na podstawie której jest ono wydawane.

⁸ Notatka służbowa z dnia 2 listopada 2011 r.

⁹ Wyjaśnienia złożone NIK w piśmie z dnia 11 października 2012 r. (znak: MZ-OZ-073-29744-1/NZ/12).

¹⁰ Dz. U. Nr 100, poz. 908.

Minister Zdrowia skierował do prac legislacyjnych projekt ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia wraz z nierzetelnie przygotowanymi projektami aktów, które nie spełniały „(...) podstawowych standardów w zakresie wykonania poszczególnych upoważnień ustawowych”, a także nie zawierały „(...) jednoznacznej wizji w zakresie tworzonych systemów, ich funkcjonowania oraz wzajemnych relacji”.

Przykładem przewlekłości prac nad aktami wykonawczymi do ustawy o systemie może być sposób procedowania nad projektem rozporządzenia dotyczącego formatów wymiany danych elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), na podstawie upoważnienia zawartego w art. 13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Minister Zdrowia był zobowiązany opublikować je (z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm) i udostępnić od 1 stycznia 2012 r. w celu umożliwienia świadczeniodawcom, prowadzącym dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, prowadzenie jej według jednolitych zasad.

Ministerstwo zwróciło się w dniu 20 kwietnia 2011 r. do dyrektora CSIOZ z pytaniem o stan zaawansowania prac nad określeniem formatu elektronicznej dokumentacji medycznej. Dyrektor CSIOZ nie udzielił odpowiedzi. Na kolejne zapytanie w tej sprawie, z 30 maja 2011 r., dyrektor CSIOZ stwierdził, że *„trwają obecnie badania analityczne i uzgodnienia dotyczące przyjęcia formatów i zakresu dokumentacji elektronicznej, które powinny być przekazywane pomiędzy systemami. (...) Zakłada się, że wszystkie prace zostaną zakończone w terminie pozwalającym na osiągnięcie ostatecznych rezultatów przed dniem 1 stycznia 2012 r.”*.

(dowód: akta kontroli str. 8)

Pismem z dnia 21 grudnia 2011 r. Ministerstwo Zdrowia ponownie zwróciło się do dyrektora CSIOZ z pytaniem, kiedy możliwe będzie opublikowanie jednolitych formatów dla EDM wskazując, iż powinno to nastąpić do dnia 1 stycznia 2012 r. W odpowiedzi z dnia 28 grudnia 2011 r. ówczesny dyrektor CSIOZ pan Leszek Sikorski jedynie opisał sposób funkcjonowania elektronicznych systemów przetwarzających dokumentację medyczną u świadczeniodawców wskazując, iż są to systemy autorstwa różnych, działających na polskim rynku firm. Określił je jako *„(...) firmowe rozwiązania, dość dobrze dopracowane, w które podmioty lecznicze swego czasu zainwestowały znaczące środki finansowe. Jest oczywiste, że likwidacja lub też próba zmiany takiego oprogramowania na inne (jeszcze nie wytworzone), pozbawiona jest sensu, przede wszystkim ekonomicznego”*.

(dowód: akta kontroli str. 5-10)

Pismem z dnia 20 stycznia 2012 r. pan Jakub Szulc, ówczesny Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, ponowił prośbę o podanie terminu opublikowania jednolitych formatów dla EDM wskazując, że bez przewidzianych do stosowania przez wszystkich wytwórców dokumentacji medycznej jednolitych formatów EDM, prawna możliwość jej wymiany pomiędzy świadczeniodawcami będzie „iluzoryczna”. Nadmieniał, że *„(...) o konieczności opracowywania i publikacji jednolitych formatów poinformowano Państwa już w 2009 r.”*

W odpowiedzi z dnia 26 stycznia 2012 r. ówczesny dyrektor CSIOZ poinformował, że *„(...) zgodnie z art. 13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w CSIOZ przygotowany został projekt rozporządzenia, który dotyczy m.in. formatów dokumentacji medycznej. Projekt był przedmiotem obrad Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. (...) Przewiduje się, że prace mogą potrwać od 3 miesięcy do pół roku (...)”*.

(dowód: akta kontroli str. 6)

Projekt rozporządzenia nie był opiniowany przez Polski Komitet Normalizacyjny.

(dowód: akta kontroli str. 171, 224-227)

W październiku 2012 r. CSIOZ wciąż prowadziło prace koncepcyjne nad określeniem jednolitych formatów EDM. Jak wyjaśnił pan Marcin Kędzierski, z-ca dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia „(...) Ministerstwo Zdrowia jest świadome, iż brak zdefiniowanych struktur i formatów danych stanowi poważne zagrożenie dla płynnego przejścia od dokumentacji papierowej do elektronicznej, dlatego też kwestie te są regularnie podnoszone podczas wszelkich spotkań z przedstawicielami CSIOZ oraz podczas posiedzeń Komitetów Sterujących dla Projektu P1”.

(dowód: akta kontroli str. 5-10, 168-170)

Konsekwencją przyjętego trybu procedowania nad projektami było nie tylko wielomiesięczne opóźnienie w ich wydaniu, ale także wprowadzenie niepewności wśród usługodawców co do zakresu i kierunku niezbędnych zmian mających na celu dostosowanie ich własnych systemów do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Na proces legislacyjny wpływ miało także równoczesne prowadzenie prac nad rozwiązaniami technicznymi oraz podstawami prawnymi SIOZ. Utrudniało to przyjmowanie uwag zgłaszanych do projektów aktów wykonawczych.

Jak wynika z wyjaśnień złożonych NIK przez DOOZ „(...) początek prac nad projektem ustawy (...) zbiegł się w czasie z uruchamianiem realizacji projektów P1 i P2. Taki tryb pozwala na znaczne skrócenie czasu (...) na wdrożenie Projektów P1 i P2, ale wymaga „(...) prawidłowej koordynacji w celu uniknięcia ryzyka przyjęcia niespójnych ze sobą rozwiązań prawnych i technicznych”.¹¹

Potwierdzeniem oceny NIK jest stanowisko CSIOZ do uwag zgłoszonych przez Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji do projektu rozporządzenia z art. 9 ustawy, w którym wskazano, że „(...) w sytuacji, gdy zostały już zawarte umowy z wykonawcami uwzględniające projektowaną treść przedmiotowego projektu, obniżenie wymagań zawartych w przepisach merytorycznych będzie stawiało zamawiającego w bardzo trudnej sytuacji. Zapewnienie spełniania koniecznych warunków pozafunkcyjnych wiąże się z kosztami dla wykonawców, jak również brakiem gwarancji, że niezbędne warunki zostaną zrealizowane. (...)”.¹²

(dowód: akta kontroli str. 613-614, 622-623)

Przyczyną niewydania aktów wykonawczych było również rozbieżne podejście Ministerstwa i CSIOZ, dotyczące zakresu prac niezbędnych do przygotowania projektów aktów wykonawczych. Centrum – jak wynika z wyjaśnień złożonych przez pana Leszka Sikorskiego, ówczesnego dyrektora CSIOZ¹³ – opracowało jedynie wkład merytoryczny do projektów aktów wykonawczych, podczas gdy Ministerstwo oczekiwało przedstawienia kompleksowo opracowanych projektów wskazując, że jednostką odpowiedzialną za ich merytoryczne przygotowanie – zgodnie z § 1 ust. 2 w zw. z § 5 ust. 1 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2004 r. w sprawie zasad i trybu prowadzenia prac legislacyjnych w Ministerstwie Zdrowia – było CSIOZ.¹⁴

(dowód: akta kontroli str. 609-614, 621-623, 1039)

¹¹ Pismo z dnia 11 października 2012 r. (znak: MZ-OZ-073-29744-1/NZ/12).

¹² Pismo Dyrektora CSIOZ do Dyrektora DOOZ z dnia 8 października 2012 r. (znak: WOP.0231.55.2012).

¹³ Jak wyjaśnił Pan Leszek Sikorski ówczesny dyrektor CSIOZ, „(...) Centrum zgodnie z ww. zarządzeniem przekazuje wkład merytoryczny do Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, czyli do komórki organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia właściwej ze względu na zakres jej działania. Powyższe zgodne jest także z §1 Regulaminu Organizacyjnego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 9, poz. 56). Zgodnie z §1 pkt 7 Regulaminu Organizacyjnego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia do zadań Centrum należy jedynie przygotowywanie wstępnych projektów dokumentów programowych i wstępnych projektów aktów prawnych”.

¹⁴ Zgodnie z: zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 9, poz. 56) oraz obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2011 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 2, poz. 23), CSIOZ było jednostką podległą Ministrowi Zdrowia.

Tak duże opóźnienia w wydaniu aktów wykonawczych, normujących m.in. kluczowe zagadnienia związane z funkcjonowaniem SIOZ, w istotny sposób utrudniają realizację projektów informatycznych m.in. przez świadczeniodawców i ich organy założycielskie (właścicielskie). W ocenie Najwyższej Izby Kontroli zlecenie jednostce podległej opracowania aktów wykonawczych do ustawy nie zwalnia Ministra Zdrowia z odpowiedzialności za ich wydanie. Fakt, że Minister Zdrowia nie był w stanie wyegzekwować realizacji tego zadania, wskazuje na nieskuteczny nadzór w tym zakresie.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zgodnie z art. 19 ust. 1 i 3 ustawy o systemie Minister Zdrowia został upoważniony do tworzenia w drodze rozporządzenia rejestrów medycznych, po uprzedniej analizie zasadności ich funkcjonowania. Wykaz rejestrów minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi w Biuletynie Informacji Publicznej (art. 20 ust. 3).

Informacje o dotychczas prowadzonych rejestrach i informacjach w nich zawartych, podmioty prowadzące rejestr, zobowiązane były, zgodnie z art. 53 ust. 1 i 2 wspomnianej ustawy, przekazać ministrowi za pośrednictwem CSIOZ, w terminie sześciu miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy (tj. do 30 czerwca 2012 r.). W przypadku stwierdzenia zasadności utworzenia rejestru medycznego, minister w terminie sześciu miesięcy tworzy ten rejestr (do 31 grudnia 2012 r.).

Minister Zdrowia podejmował szereg działań w celu wyegzekwowania od podmiotów prowadzących rejestry obowiązku przekazania danych w nich zawartych, w szczególności poprzez:

- umieszczanie komunikatów na stronie internetowej Ministerstwa poczynawszy od grudnia 2011 r.¹⁵;
- doprowadzenie do powołania w CSIOZ zespołu do realizacji zadań wynikających z art. 53 wspomnianej ustawy;
- opracowanie wytycznych w celu wsparcia podmiotów prowadzących rejestry w zakresie kompleksowego przesłania niezbędnej dokumentacji dla przeprowadzenia analizy, o której mowa w art. 19 ust. 3 ustawy.

Działania powyższe okazały się jednak nieskuteczne, bowiem do dnia 1 października 2012 r. zgłoszonych zostało jedynie 13 spośród 78 rejestrów, w stosunku do których powinna zostać przeprowadzona analiza zasadności ich utworzenia. Opóźnienia w przekazywaniu przez gestorów informacji o dotychczas prowadzonych rejestrach, spowodują że będą one funkcjonowały bez wymaganej podstawy prawnej. (dowód: akta kontroli str. 1127-1165)

Do 11 października 2012 r. Centrum przekazało Ministerstwu Zdrowia trzy analizy¹⁶, które okazały się niekompletne, w szczególności w zakresie przetwarzanych w rejestrach danych¹⁷. (dowód: akta kontroli str. 616-617)

¹⁵ W komunikacie z dnia 4 lipca 2012 r. zamieszczonym na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia podano m.in., że „(...) Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (...) podmiot prowadzący do dnia 1 stycznia 2012 r. rejestry, ewidencje, listy, spisy albo inne uporządkowane zbiory danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych, w zakresie określonym w art. 19 ust. 1, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, tj. do dnia 30 czerwca 2012 r., był zobowiązany przekazać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje o ich prowadzeniu oraz zakresie danych w nich zawartych. Ponadto, w myśl przepisu art. 19 ust. 3 ustawy, utworzenie rejestru medycznego powinno być poprzedzone analizą potrzeb jego utworzenia. (...) W przypadku niedopełnienia przez podmiot prowadzący obowiązek wynikającego z art. 53 ust. 1 ustawy, niemożliwe stanie się utworzenie rejestru medycznego w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, uwzględniając art. 53 ust. 3 ustawy. Dodatkowo zgodnie z art. 53 ust. 5 ustawy podmiot prowadzący, w przypadku nieutworzenia rejestru medycznego w sposób określony w art. 20 ust. 1 zobowiązany będzie do zaprzestania jego prowadzenia oraz zniszczenia baz danych i nośników informacji w sposób uniemożliwiający ich wykorzystanie, chyba że rejestry, ewidencje, listy, spisy albo inne uporządkowane zbiory danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych stanowią materiały archiwalne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2011 r. Nr 123, poz. 698, ze zm.).
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/komunikat_csi_20120402.pdf

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Koordynacja procesu informatyzacji systemu ochrony zdrowia

Opis stanu faktycznego

1. Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2010 r.¹⁶ została powołana Rada Informatyzacji Ochrony Zdrowia. Do czasu jej rozwiązania w dniu 4 lipca 2012 r.¹⁹ Rada odbyła dwa posiedzenia: w dniu 21 grudnia 2010 r. oraz w dniu 2 czerwca 2011 r. (dowód: akta kontroli, str. 624-642)

Jej zadania przejął Zespół zadaniowy do spraw monitorowania realizacji projektów informatycznych z zakresu ochrony zdrowia, powołany decyzją Nr 8/2012 Przewodniczącego Komitetu Rady Ministrów do spraw Cyfryzacji z dnia 25 lipca 2012 r.

Zgodnie z § 1 ust. 3 wspomnianej decyzji, do zadań Zespołu należała m.in. ocena przebiegu prac przy realizacji projektów wchodzących w skład PIOZ oraz projektów informatycznych realizowanych indywidualnie przez NFZ, poprzez analizę i ocenę procesu przygotowania i realizacji projektów. Dotychczas nie odbyło się ani jedno posiedzenie Zespołu. (dowód: akta kontroli, str. 616, 1055-1057, 1125)

Zdaniem Ministra Zdrowia nie było potrzeby zwoływania Zespołu i podejmowania działań, gdyż większość kwestii leżących w jego kompetencji była w ostatnich miesiącach przedmiotem posiedzeń Komitetu Rady Ministrów do Spraw Cyfryzacji. W posiedzeniach Komitetu brali udział m.in. przedstawiciele Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, CSIOZ, NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 1073)

W lutym 2012 r. pan Jakub Szulc, ówczesny Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, zadeklarował, że osobiście będzie nadzorował całość realizacji projektu, w szczególności w celu zapewnienia sprawnej bieżącej współpracy pomiędzy NFZ a CSIOZ. (dowód: akta kontroli str. 1201-1202)

Deklarację realizowano poprzez uczestnictwo w dwóch spotkaniach Komitetu Sterującego. Ponadto, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia oraz zastępca dyrektora DOOZ brali czynny udział w posiedzeniach Komitetu Rady Ministrów do Spraw Cyfryzacji, na których były omawiane projekty rozporządzeń Ministra Zdrowia, stanowiące akty wykonawcze do ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. (dowód: akta kontroli, str. 1060-1061)

Jak poinformowała pani Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ, „(...) *współpraca pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a CSIOZ w zakresie Projektów P1 i P2 miała na przestrzeni lat bardzo zróżnicowany przebieg. Na początku, w trakcie przygotowywania studium wykonalności przez firmę Ernst&Young, NFZ nie był proszony o konsultacje ani nie otrzymywał żadnych informacji na temat*

¹⁶ Tj. analizę potrzeby utworzenia Krajowego Rejestru Operacji Kardiologicznych (KROK), analizę potrzeby utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) oraz analizę potrzeby utworzenia Ogólnopolskiego Rejestru Ostrej Szpitali Wiercących.

¹⁷ Analiza CSIOZ dot. KROK zawierała 11 rekordów danych medycznych, natomiast projekt rozporządzenia, przygotowany przez Departament Organizacji Ochrony Zdrowia, zawiera ich ok. 260.

¹⁸ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 lipca 2010 r. w sprawie powołania Rady Informatyzacji Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. MZ Nr 10, poz. 63 ze zm.).

¹⁹ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2012 r. uchylające zarządzenie w sprawie powołania Rady Informatyzacji Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. MZ poz. 51).

prorowadzonych prac aż do ich zakończenia. W międzyczasie rozpoczęły się działania CSIOZ związane z przygotowaniem projektu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Fundusz był proszony przez Ministerstwo Zdrowia o konsultacje w tej sprawie, a przekazywane przez nas opinie zawierały szereg zastrzeżeń krytycznych w stosunku do przedstawianych propozycji. Ostatecznie najważniejszą wprowadzoną w projekcie zmianą było uznanie, że to Fundusz ma prowadzić system rozliczeń ze świadczeniodawcami, w postaci tzw. RUM-NFZ (...), a dopiero stąd dane mogą trafiać do systemu SIM prowadzonego przez CSIOZ. Latem 2009 r. Jakub Szulc, ówczesny Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia zwrócił się do ówczesnego Prezesa NFZ Jacka Paszkiewicza z prośbą o wsparcie prac prowadzonych przez CSIOZ, co zainicjowało okres ściślejszej współpracy. Przedstawiciel NFZ uczestniczył w pracach Komitetów Sterujących Projektów P1 i P2, a także dwóch postępowaniach konkursowych na wykonanie prototypów e-Recepty i Internetowego Konta Pacjenta. Podjęto też próbę uzgodnienia i podpisania porozumienia, które formalizowałoby zasady współpracy między obiema instytucjami. Ostatecznie jednak porozumienia nie podpisano i bieżące kontakty dotyczące Projektów P1 i P2 uległy rozluźnieniu". Dopiero w maju 2012 r. uzgodniono ramowe zasady współdziałania systemów informatycznych budowanych przez Fundusz i CSIOZ. (dowód: akta kontroli str. 1417-1419)

Ministerstwo analizowało również relacje pomiędzy Centralnym Wykazem Ubezpieczonych (CWU) prowadzonym przez NFZ, a Centralnym Wykazem Usługobiorców budowanym przez CSIOZ, i wskazywało, że zakres prezentowanych danych (w odniesieniu do osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym) w obu rozwiązaniach będzie powielony.

CSIOZ wyjaśniło, że rozwiązania przygotowane przez NFZ, w przeciwieństwie do rozwiązań proponowanych przez CSIOZ, adresowane są tylko do osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym. (dowód: akta kontroli, str. 532-533)

2. Pod koniec 2010 r. Ministerstwo Zdrowia poinformowało marszałków województw o kierunkach rozwoju informatyzacji systemu ochrony zdrowia, a także zwróciło się z prośbą o przedstawienie danych dotyczących informatyzacji jednostek ochrony zdrowia w województwach, w szczególności w zakresie interoperacyjności²⁰ realizowanych projektów, z projektami centralnymi CSIOZ.

Pomimo działań zmierzających do uzyskania tych informacji, Ministerstwo nie posiadało pełnej wiedzy w tym zakresie. W szczególności nie dysponowało kompletnymi danymi dotyczącymi zakresu podmiotowego i przedmiotowego tych projektów, jak również nie знаło wysokości środków zaangażowanych w ich realizację. W przekazanych NIK wyjaśnieniach wskazano, że „(...) Bazując na prowadzonej wcześniej z urzędami marszałkowskimi korespondencji opracowano zestawienie stanowiące załącznik do pisma. Nie wszystkie województwa przekazały pełen zakres danych, w związku z czym zestawienie to zawiera pewne braki, niemniej jednak informacje te – zgodnie z właściwością, powinien gromadzić i udostępnić powołany w CSIOZ Koordynator”.²¹

W tzw. „Ocenie Skutków Regulacji” załączonej do projektu ustawy o systemie nie określono skutków finansowych jej wejścia w życie dla jednostek ochrony zdrowia.

²⁰ Interoperacyjność rozumiana, jako zdolność do wymiany informacji („porozumiewania się”) między różnymi sieciami IT, aplikacjami i ich składnikami. Jej uzyskiwanie polega na łączeniu produktów i usług informatycznych pochodzących od wielu producentów stosujących różnorodne rozwiązania techniczne. Zagadnienie to wiąże się również ze zdolnością dwóch lub więcej systemów komputerowych do wymiany informacji oraz precyzyjnego i automatycznego określania znaczenia tych informacji – zarówno przez nadawcę jak i odbiorcę. Można ją osiągnąć z wykorzystaniem wcześniej ustalonego języka do prezentacji wiedzy. Konieczne jest zatem opracowanie wspólnej taksonomii, słownika wykorzystywanych terminów lub katalogu z odpowiednimi danymi, do którego system będzie posiadał automatyczny dostęp.

²¹ Wyjaśnienia dla NIK z dnia 3 października 2012 r. (znak: MZ-OZZ-0910-29606-7/MB/12).

Nie wskazano również źródła, z którego jednostki te mogłyby sfinansować projekty związane z dostosowaniem swoich systemów informatycznych do wymogów ustawy. Zamieszczono jedynie ogólne sformułowanie, iż koszty systemów teleinformatycznych zostaną pokryte przez świadczeniodawców, bez próby oszacowania wielkości przewidywanych nakładów.

Pan Leszek Sikorski, ówczesny dyrektor CSIOZ, w piśmie z dnia 8 grudnia 2011 r., poinformował dyrektora DOOZ w Ministerstwie Zdrowia, że wielkość tych nakładów nie jest możliwa do określenia na poziomie globalnym.

W dniu 30 grudnia 2011 r. Ministerstwo, mając na uwadze, iż Projekty P1 i P2 nie przewidywały pokrycia kosztów związanych z informatyzacją usługodawców i dostosowaniem ich systemów informatycznych do współpracy z systemem tworzonym przez CSIOZ, zamieściło na swojej stronie internetowej informacje na temat potencjalnych źródeł dofinansowania realizacji powyższego celu.²² (dowód: akta kontroli str. 1305-1318)

Dopiero w 2012 r. Ministerstwo podjęło działania zmierzające do oceny stanu z informatyzowania usługodawców. W szczególności wszczęto przygotowania do przeprowadzenia badania ankietowego dotyczącego m.in. stanu infrastruktury technicznej oraz wiedzy o sposobach pozyskiwania środków na rozwój infrastruktury informatycznej usługodawców. (dowód: akta kontroli, str. 533-535)

Ponadto, Ministerstwo Zdrowia podjęło z własnej inicjatywy (bez udziału CSIOZ) próbę zbadania rzeczywistych potrzeb i nakładów, jakie będą musiały zostać poniesione przez podmioty publiczne w celu dostosowania się do obowiązków wynikających z przepisów ustawy. W tym celu pracownicy merytoryczni DOOZ przeprowadzili audyt systemów informatycznych w Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy Zdroju, jednostce podległej Ministrowi Zdrowia.²³ Audyt zrealizowano w sierpniu 2012 r. Zidentyfikowano potrzeby wynikające z dostosowania wymagań nałożonych przez ustawę, jednak bez szacowania kosztów. (dowód: akta kontroli, str. 533-535, 1073-1074)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Podstawą decyzji dotyczących informatyzacji całego systemu ochrony zdrowia powinna być m.in. wnikliwa ocena stanu z informatyzowania jednostek ochrony zdrowia. Tymczasem Ministerstwo nie dysponowało kompleksowymi i rzetelnymi danymi dotyczącymi tego zagadnienia.

W konsekwencji nie było w stanie oszacować kosztów dostosowania systemów informatycznych usługodawców do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Ocena skutków wejścia w życie była więc fragmentaryczna i dotyczyła głównie systemów budowanych przez CSIOZ. Powstanie ich nie gwarantuje jednak realizacji Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia, gdyż to właśnie systemy usługodawców stanowią źródło zasilania danymi wszystkich pozostałych systemów informacyjnych funkcjonujących w ochronie zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę, że jeśli projekty regionalne realizowane w poszczególnych województwach na rzecz usługodawców m.in. przez ich organy założycielskie będą posiadały podobne funkcjonalności, jak w przypadku

²² Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie możliwości pozyskania dofinansowania na projekty w ramach Działania 8.2. Wsparcie wdrażania elektronicznego biznesu typu B2B w konkursie organizowanym przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007-2013. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&mi=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=019085>

²³ SCM w Polanicy Zdroju jest szpitalem zatrudniającym ok. 500 osób personelu.

projektów realizowanych przez CSIOZ (np. w zakresie wymiany dokumentacji medycznej), może to skutkować nieefektywnym wykorzystaniem środków z budżetu UE. Niepełna wiedza o stanie zasobów informatycznych usługodawców oraz realizowanych projektach w tym zakresie świadczą również o nieefektywnej koordynacji Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zauważa również, że pomimo powoływania w okresie objętym kontrolą różnych ciał koordynujących PIOZ, współpraca pomiędzy CSIOZ i NFZ była niewystarczająca. Dopiero od maja 2012 r. zauważyć można próby pogłębienia tej współpracy i koordynacji działań, co należy ocenić pozytywnie.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność jednostki w badanym obszarze.

3. Realizacja wniosków z kontroli NIK

Opis stanu
faktycznego

W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 8 lutego 2012 r. skierowanym do Ministra Zdrowia po kontroli pn. „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-Administracji”²⁴, Najwyższa Izba Kontroli wniosowała o:

- 1) Dokonanie analizy procedur stosowanych przy realizacji PIOZ i na jej podstawie podjęcie działań zmierzających do:
 - a. ograniczenia możliwości powstawania opóźnień w realizacji PIOZ,
 - b. poprawy współpracy pomiędzy CSIOZ i NFZ,
 - c. wyeliminowania nieprawidłowości w udzielaniu zamówień publicznych.
- 2) Przeprowadzenie analizy ryzyk występujących w projektach realizowanych w ramach PIOZ z uwzględnieniem m.in. kwestii przygotowania jednostek ochrony zdrowia do współpracy z systemem centralnym i zapewnienia infrastruktury przesyłowej.
- 3) Wyegzekwowanie od kierownictwa CSIOZ programu działań zmierzających do ustabilizowania sytuacji kadrowej Centrum.
- 4) Zamieszczanie na stronie BIP MZ wszystkich informacji wymaganych ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej²⁵.
- 5) Oznaczanie w BIP MZ dokumentów metadanymi w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 30 października 2006 r. w sprawie niezbędnych elementów struktury dokumentów elektronicznych oraz udoskonalenie działania wyszukiwarki na stronie BIP²⁶.

Ministerstwo podjęło następujące działania w celu realizacji wniosków NIK.

1. Pan Jakub Szulc, ówczesny Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, zwrócił się do dyrektora CSIOZ o pilne przekazanie Planu Działań Rezerwowych dla Projektu P1 i informacje o terminie planowanego nadzwyczajnego posiedzenia Komitetu Sterującego P1. Podczas jego posiedzenia w dniu 18 maja 2012 r. dokonano aktualizacji Planu Projektu P1. Ustalono, że wynagrodzenie dla wykonawców będzie

²⁴ Nr KPZ-41-01-08-01/2011.

²⁵ W wystąpieniu pokontrolnym NIK z dnia 8 lutego 2012 r. wskazano m.in., że na stronie BIP nie zamieszczono dokumentacji dotyczącej przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk i opinii podmiotów je przeprowadzających, co stanowiło naruszenie art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugi, w związku z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.). Ponadto strona podmiotowa BIP MZ w przypadku większości udostępnianych dokumentów nie wskazywała osób, które wytworzyły lub odpowiadały za treść informacji oraz nie zawierała daty jej utworzenia.

²⁶ W wystąpieniu pokontrolnym NIK z dnia 8 lutego 2012 r. wskazano m.in., że dokumentom zamieszczonym na stronie podmiotowej BIP MZ nie zostały przypisane słowa kluczowe.

wypłacane dopiero po wykonaniu konkretnych usług, a nie za dostarczenie sprzętu czy systemu informatycznego. Komitet Sterujący potwierdził zasadność dalszej realizacji Projektu P1 w terminie wynikającym z porozumienia o dofinansowanie, tj. 30 września 2014 r. Ponadto, w dniu 25 lipca 2012 r. powołano Zespół zadaniowy ds. monitorowania realizacji projektów informatycznych z zakresu ochrony zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 23-26)

W odniesieniu do zagadnień związanych z współpracą pomiędzy CSIOZ a NFZ, pan Jakub Szulc zwrócił się do Prezesa NFZ o przedstawienie szczegółowych informacji dotyczących realizowanych i planowanych do realizacji przez NFZ projektów informatycznych, a także o przedstawienie wykazu kluczowych, z punktu widzenia Funduszu, systemów informatycznych. Odpowiedź z NFZ została przesłana do CSIOZ celem jej wykorzystania i uwzględnienia w ramach realizacji Projektu P1 i tworzenia systemu informacji w ochronie zdrowia. W piśmie tym zwrócono się z prośbą o nawiązanie przez CSIOZ współpracy z NFZ w zakresie budowy Platformy Informacji Analitycznej (z funkcjami FD Fraud Detection), aby uniknąć powielania się reguł detekcji w systemach NFZ i tworzonych w ramach Projektu P1 oraz o poinformowanie o wypracowanych rozwiązaniach.

(dowód: akta kontroli str. 28)

Realizując zalecenia Ministra, dyrektor CSIOZ poinformował Prezesa NFZ o zamiarze uczestnictwa przedstawicieli Centrum w posiedzeniu Rady Funduszu w dniu 17 maja 2012 r. i w związku z tym zaproponował zorganizowanie spotkania, którego celem miały być m.in. reguły detekcji w systemach projektowanych Centrum oraz NFZ. Strony ustaliły, że systemy NFZ i CSIOZ będą realizowały działania w zakresie weryfikacji danych rozliczeniowych oraz mechanizmów fraud-detection dla rozdzielnych obszarów. W zakresie CSIOZ mają pozostać rozliczenia realizowane bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia (np. procedury wysokospecjalistyczna) oraz ewentualnie innych płatników. W kompetencji NFZ ma pozostać weryfikacja danych rozliczeniowych środków kontraktowanych przez Fundusz.

(dowód: akta kontroli str. 177 – 178)

Z kolei w odniesieniu do wniosku dotyczącego wyeliminowania nieprawidłowości przy udzielaniu zamówień publicznych Ministerstwo zwróciło się do CSIOZ o przekazanie zarządzeń regulujących organizację pracy Centrum, w tym określających procedury udzielania zamówień publicznych w CSIOZ. Dyrektor CSIOZ przekazał stosowne akty wewnętrzne regulujące procedurę udzielania zamówień publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 33-127)

„W związku z realizacją wniosku w Centrum podjęto ponadto następujące działania:

- 1) zmieniono zarządzenie w sprawie Regulaminu udzielania zamówień publicznych w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (zarządzenie nr 26/2012 z dnia 7 listopada 2012 r.);
- 2) audytor wewnętrzny dokonał czynności sprawdzających po zadaniu audytowym pt.: „Zasadność realizacji zakupów w szczególności środków trwałych, wyposażenia i materiałów z wewnętrznymi procedurami” w zakresie których audytor wewnętrzny dokonał na wybranej próbie weryfikacji dokumentacji przetargowej. W podsumowaniu stwierdził, iż dokumentacja jest kompletna i poprawna;
- 3) w wyniku postępowania przetargowego wyłoniono Kancelarię Prawną, która weryfikuje dokumentację przetargową na etapie jej przygotowania oraz na etapie przeprowadzanych postępowań przetargowych.”

2. CSIOZ przeprowadziło kompleksową aktualizację rejestru ryzyk. Do ich rejestru wprowadzono trzy nowe ryzyka.²⁷ (dowód: akta kontroli str. 128, 131 – 132)

3. Pan Jakub Szulc zwrócił się do dyrektora CSIOZ o opracowanie i przekazanie planu działań naprawczych w celu zminimalizowania negatywnego wpływu rotacji kadr uczestniczących w Projektach P1 i P2.

W odpowiedzi dyrektor Centrum podał, że „nie stwierdzono negatywnego wpływu na realizację projektów z powodu rotacji (...). Struktura organizacyjna działa sprawnie i nie budzi zastrzeżeń (...) Zwiększenie liczby etatów jest niezbędne (...)” Pismo to nie zawierało propozycji działań, których celem miałyby być ustabilizowanie sytuacji kadrowej w CSIOZ, a jedynie wykaz pism skierowanych w okresie 2010-2012 do Ministerstwa Zdrowia w celu pilnego zapewnienia potrzeb etatowych Centrum.

(dowód: akta kontroli str. 20, 137 – 142)

4 i 5. Ministerstwo Zdrowia po zakończeniu czynności kontrolnych, a przed skierowaniem wystąpienia pokontrolnego NIK, podjęło działania zmierzające do usunięcia nieprawidłowości związanych z funkcjonowaniem strony podmiotowej BIP MZ.

W dniu 26 września 2011 r. podpisano umowę z firmą Activeweb Sp. z o.o., której przedmiotem była modernizacja strony BIP Ministerstwa poprzez dodanie możliwości m.in. wprowadzania danych identyfikujących autora artykułu, historii modyfikacji oraz wprowadzenie haseł kluczowych w publikowanych artykułach, itd.

Prace będące przedmiotem ww. umowy firma Activeweb Sp. z o.o. wykonała z ponad dwumiesięcznym opóźnieniem. Termin wykonania przedmiotu umowy określono na 30 dni, a protokół odbioru prac datowany jest 30 grudnia 2011 r. Z tytułu opóźnienia wykonania prac, Ministerstwo Zdrowia nałożyło na wykonawcę karę w wysokości 10% (wartość całej umowy wynosiła 8.856 zł. brutto) potrąconą przy płatności faktury.

Ponadto naczelnik koordynująca pracę Biura Prasy i Promocji MZ zwróciła się w dniu 22 lutego 2012 r. do jednostek organizacyjnych Ministerstwa, aby dokumenty przekazywane do zamieszczenia w serwisie internetowym Ministerstwa Zdrowia były opatrzone danymi (imię i nazwisko) osoby sporządzającej dany dokument oraz datą jego wytworzenia.

Powyższe działania nie doprowadziły do pełnej realizacji wniosku pokontrolnego NIK. Na stronie podmiotowej BIP MZ nie zamieszczono bowiem informacji o wynikach kontroli przeprowadzanych w Ministerstwie.

(dowód: akta kontroli str. 20, 135-136, 143-167, 172 – 176)

Ustalone
nieprawidłowości

Spośród pięciu wniosków pokontrolnych Ministerstwo w pełni zrealizowało tylko jeden z nich.

(dowód: akta kontroli str. 20, 135-136, 143 – 153)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

²⁷ Tj.: RR-9b – ryzyko braku możliwości wymuszenia funkcjonowania ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz monitorowania i sankcji związanych z jej nieprzestrzeganiem; RR-13a – ryzyko techniczne braku interoperacyjności i standardu wymiany danych z oprogramowaniem używanym obecnie na rynku, co spowodować może trudności z wymianą danych oraz generować dodatkowe koszty po stronie P1 a także spowodować niechęć usługodawców do korzystania z systemu; RR-10a – ryzyko braku możliwości przygotowania się usługodawców do udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej, co ograniczy zakładane korzyści systemu.

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 Kontroli²⁸, wnosi o:

- 1) Pilne wydanie wszystkich aktów wykonawczych do ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.
- 2) Wyegzekwowanie od CSIOZ analiz dotyczących wszystkich dotychczas prowadzonych rejestrów.
- 3) Dokonanie oceny stanu z informatyzowania jednostek ochrony zdrowia, a także analizy systemów budowanych przez CSIOZ oraz w ramach projektów regionalnych pod kątem powielania się ich funkcjonalności.
- 4) Doprowadzenie do pełnej realizacji wniosków pokontrolnych sformułowanych po kontroli pn. „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-Administracji”.

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 Prezesa Najwyższej Izby Kontroli.

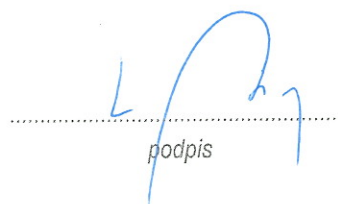
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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.

Warszawa, dnia 14 stycznia 2013 r.

Dyrektor
Departamentu Zdrowia
Lech Rejnuś



podpis

²⁸ Dz. U. z 2012 r., poz.82. ze zm.