



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD – 4101-05-05/2012
P/12/125

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/12/125 – Informatyzacja Szpitali
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli, Departament Zdrowia
<i>Kontroler</i>	Andrzej Szpigielski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82870 z dnia 24 października 2012 r.
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu, zwany dalej SSM w Toruniu lub Szpitalem.
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Krystyna Zaleska, Dyrektor Szpitala, od 8 sierpnia 1994 r. r. [Dowód: akta kontroli str.11, 12]

II. Ocena kontrolowanej działalności.

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie¹ ocenia działalność Szpitala w zbadanym zakresie w latach 2011-2012,².

Uzasadnienie oceny ogólnej

Formułując powyższą ocenę NIK wzięła w szczególności pod uwagę:

- 1) stan wyposażenia Szpitala w aparaturę diagnostyczną z możliwością cyfrowego zapisu wyników, sprzęt i sieć komputerową,
- 2) fakt przystąpienia do projektu e-Zdrowie, w ramach którego powinna nastąpić migracja danych do jednego, zintegrowanego systemu,
- 3) działania podjęte w celu wykorzystania środków pozyskanych z UE do informatyzacji Szpitala.

Jednocześnie Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na brak możliwości wykorzystania przez pacjentów internetu w kontaktach ze Szpitalem w zakresie ustalenia terminu wizyty lub jej przełożenia, ograniczone możliwości tworzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej oraz nieposiadanie przez Szpital zintegrowanego systemu informatycznego, zapewniającego kompleksową obsługę działalności.

Opis stanu faktycznego

III. Opis ustalonego stanu faktycznego.

1. Wyposażenie Szpitala w aparaturę diagnostyczną z możliwością cyfrowego zapisu wyników i ich przesyłania.

1.1. W skład SSM w Toruniu wchodziły 52 komórki organizacyjne, w tym m.in. 11 oddziałów szpitalnych z 254 łózkami i 16 poradni specjalistycznych³. Szpital zatrudniał 132 lekarzy i 249 pielęgniarek⁴.

[Dowód: akta kontroli: str.19,20,34,46,47,180]

1.2. Szpital posiadał 8 aparatów diagnostycznych pozwalających na cyfryzację badań⁵, w tym 5 aparatów działających w sieci komputerowej⁶.

W zakładzie Rentgenodiagnostyki i Diagnostyki Obrazowej, w przypadku 3 aparatów rtg zastosowano cyfryzację pośrednią polegającą na wykorzystaniu płyt fosforowych wielokrotnego użytku i skanowaniu ich w celu uzyskania obrazu cyfrowego, który był przekazywany do archiwum PACS⁷.

W Zakładzie Diagnostyki Laboratoryjnej działają dwa aparaty biochemiczne wieloparametrowe, a w Zakładzie Diagnostyki Kardiologicznej dwa ultrasonografy kardiologiczne.

W sieci komputerowej nie pracują 2 aparaty do rezonansu magnetycznego oraz tomograf komputerowy, należące do spółki „Tomograf”, wynajmującej pomieszczenia

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Do czasu zakończenia czynności kontrolnych w Szpitalu, tj. do 29 listopada 2012 r.

³ Na dzień 29.10.2012 r.

⁴ Na dzień 30.09.2012 r.

⁵ Kontrola objęła stan wyposażenia Szpitala w: biochemiczny analizator wieloparametrowy, tomograf komputerowy, ultrasonograf kardiograficzny, aparat RTG, aparat mammograficzny, aparat do rezonansu magnetycznego, angiograf do badań naczyniowych.

⁶ W tym: 2 biochemiczne analizatory wieloparametrowe dzierżawione przez Szpital i 3 aparaty rtg będące własnością SSM.

⁷ Picture Archiving and Communication System -System Archiwizacji i Transmisji Obrazów.

Szpitala i wykonującej dla niego badania. Każdorazowo ich wyniki były przekazywane pacjentowi lub osobie upoważnionej na nośnikach zewnętrznych (CD lub DVD).

[Dowód: akta kontroli str.: 178,241-242,244,249-250,296]

Wszystkie urządzenia pozwalające na cyfryzację wyników badań posiadały paszporty techniczne z terminowo dokonywanymi wpisami potwierdzającymi fakt dokonania przeglądów i napraw przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, m.in., że:

- liczba aparatów diagnostycznych, które posiada SSM jest wystarczająca dla realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
- łącze internetowe o przepustowości m.in. 15 Mb/s (symetryczne światłowodowe) jest wystarczające do przekazywania obrazowych wyników badań diagnostycznych⁸,
- posiadane zasoby informatyczne nie zapewniają możliwości realizacji wszystkich zadań określonych w powołanej ustawie. Dotyczą to głównie przestarzałych serwerów i przełączników starszej generacji,
- Szpital zamierza w ramach Projektu e-zdrowie (realizowanego przez samorząd województwa) nabyć m.in. 3 serwery wspierające wirtualizację wyników badań, aby zapewnić integrację z innymi podmiotami, przez wymianę danych w formacie XML.

[Dowód: akta kontroli: str. 181-183,195,301,302,303,]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

2. System informatyczny Szpitala oraz działania zmierzające do jego dostosowania do wymogów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r o systemie informacji w ochronie zdrowia

Opis stanu
faktycznego

2.1. Szpital nie posiadał zintegrowanego systemu informatycznego zapewniającego kompleksową obsługę działalności Szpitala. Wykorzystywane oprogramowanie wspierało proces zarządzania wybranymi obszarami jednostki.

2.2. Oprogramowanie „Optimed”, funkcjonujące w Szpitalu, w ograniczonym zakresie, umożliwiało tworzenie dokumentacji w postaci elektronicznej, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁹. W module obsługi ruchu chorych, możliwe było wygenerowanie danych dotyczących m.in. przyjętych pacjentów, dziennika przyjęć, księgi odmów i księgi głównej, karty statystycznej pacjenta, kolejki oczekujących na przyjęcie do Szpitala, a także wydruk m.in. epikryzy i karty obserwacyjnej. System nie pozwala na dokonanie elektronicznej, automatycznej transmisji dokumentacji medycznej. Przekazanie informatycznego nośnika danych z zapisaną dokumentacją jest stosowane w przypadku radiografii cyfrowej (zdjęcia w formacie DICOM) na żądanie pacjenta. Pozostała dokumentacja dla pacjenta jest wydawana w wersji papierowej. Udostępnianie dokumentacji w formie elektronicznej nie jest stosowane z uwagi na brak możliwości jej autoryzacji.

⁸ Dostawca zapewnia możliwość rozszerzenia przepustowości do 100 Mb/s.

⁹ Dz.U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

[Dowód: akta kontroli str. 193-195]

2.3. W poradaniach przyszpitalnych Szpital wykorzystywał oprogramowanie pn. „KS-PPS – Podstawowy Program Świadczeniodawcy”, które nie współpracowało z innym oprogramowaniem posiadanym przez Szpital. Umożliwiał ono m.in. przesyłanie danych statystycznych do NFZ, tj. danych o pacjentach, udzielonych poradach, kolejkach oczekujących, a także służyło do rozliczenia kontraktów zawartych z Funduszem. Dane te były przekazywane w formacie XML.

[Dowód: akta kontroli str.229]

2.4. Oprogramowanie pn. „LAB-BIT”, obsługiwało Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Zakład Mikrobiologii SSM i umożliwiał sporządzanie zestawień badań m.in. według zleceń i pacjenta, itp. Wyniki badań były archiwizowane i przekazywane w wersji elektronicznej m.in. do oddziałów Szpitala. Do innych komórek organizacyjnych Szpitala wyniki te były przekazywane tylko w formie papierowej z uwagi na brak integracji „LAB-BIT” z pozostałym oprogramowaniem.

[Dowód: akta kontroli str. 241-242]

2.5. W Zakładzie Rentgenodiagnostyki i Diagnostyki Obrazowej wykorzystywano „System Archiwizacji Obrazów i Komunikacji” (oprogramowanie firmy Agfa), które zapewniało archiwizację, przesyłanie i udostępnianie obrazów medycznych w formacie DICOM¹⁰ System ten nie był zintegrowany z innymi systemami Szpitala.

Dane obrazowe wraz z opisem były przekazywane pacjentom na ich życzenie w wersji DICOM na płycie CD. Dane obrazowe, na potrzeby innych jednostek, w tym udzielających usługi medyczne, były przekazywane na CD (nie były przekazywane przez sieć). Lekarz nie miał możliwości zlecenia bezpośrednio badania przez sieć.

[Dowód: akta kontroli str. 243-244]

2.6. Szpital nie posiadał oprogramowania zapewniającego możliwość wykorzystania przez pacjentów Internetu do kontaktu m.in. w celu umówienia się na wizytę lekarską, przełożenia terminu badań, prowadzenia korespondencji przy wykorzystaniu poczty elektronicznej. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że Szpital podjął działania w celu nabycia dedykowanych modułów do komunikacji z pacjentem w ramach ww. projektu e-Zdrowie finansowanego ze środków budżetu UE, dzięki któremu możliwa będzie m.in. rejestracja do Poradni oraz podgląd wyników badań.

[Dowód: akta kontroli str. 185,190,193]

2.7. Oprogramowanie wspierające działalność administracyjną Szpitala (tzw. „część szara”) nie było zintegrowane z oprogramowaniem obsługującym jego działalność medyczną (tzw. „część biała”). Ponadto wykorzystywane przez jednostkę programy służące do obsługi m.in. gospodarki magazynowej, środków trwałych i rachunku kosztów leczenia nie były zintegrowane również między sobą, działały w systemie DOS oraz nie umożliwiały pełnej analizy kosztów, np. leków przypadających na pacjenta (umożliwiały jedynie ewidencję kosztów w układzie funkcjonalnym, tj. niezbędnym dla sporządzenia rachunku wyników w układzie kalkulacyjnym).

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że użytkowane systemy kupowane były w czasach, gdy integracja nie była jeszcze możliwa. Szpital przystąpił do projektu e-Zdrowie, w ramach którego nastąpi migracja danych do jednego zintegrowanego systemu.

¹⁰ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 51, poz. 265).

Ponadto Szpital złożył do Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu wniosek o dofinansowanie projektu w ramach RPO, pn. „Zintegrowane systemy zarządzania lekami wraz z elektronicznym obiegiem dokumentów”.

[Dowód: akta kontroli str. 189,190,247-248]

2.8. Dokumentacja medyczna prowadzona w systemie informatycznym Szpitala, spełniała wymogi określone w § 80 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r., a w szczególności:

- była zabezpieczona przed dostępem osób nieuprawnionych, a jednocześnie zapewniała stały dostęp dla osób uprawnionych. Zgodnie z zarządzeniem¹¹ Dyrektora Szpitala z dnia 2 października 2008 r. stały dostęp do systemu miały osoby, upoważnione do przetwarzania informacji, które złożyły oświadczenie o znajomości przepisów związanych z ochroną danych osobowych i zobowiązaniem się m.in. do zachowania w tajemnicy informacji o wykonywanych świadczeniach zdrowotnych,
- była zabezpieczona przed uszkodzeniem lub utratą, poprzez wykonywanie kopii archiwalnej przyrostowej (oracle) i pełnego backupu raz na dobę,
- W Szpitalu opracowano Politykę Bezpieczeństwa i Instrukcję zarządzania systemem informatycznym¹² z dnia 18 września 2008 r., jednakże dokumenty te nie zostały wprowadzone do stosowania zarządzeniem. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, m.in. że ww. dokumenty są stosowane, natomiast formalnie nie zostały wprowadzone zarządzeniem z powodu założenia wysokiego poziomu bezpieczeństwa przetwarzania danych¹³ w Szpitalu. Po otrzymaniu środków w ramach Projektu „e-Zdrowie” i wprowadzeniu rozwiązań zapewniających pełne bezpieczeństwo dokumenty te zostaną wprowadzone zarządzeniem,
- w Szpitalu wprowadzono od 24 listopada 2011 r. Procedurę Akredytacyjną, w której opisano m.in. zasady: zabezpieczenia danych na serwerach, dostępu do aplikacji użytkowych, zabezpieczenia elektronicznej dokumentacji medycznej przed utratą zawartości (m.in. przez tworzenie regularnych kopii zapasowych i oddzielenie intranetu od połączeń z siecią zewnętrzną). Szpital otrzymał w dniu 11 kwietnia 2012 r. Certyfikat Akredytacyjny, potwierdzający spełnienie standardów¹⁴,
- udostępnianie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej nie było stosowane z uwagi na brak możliwości jej autoryzacji. System nie umożliwiał elektronicznej, automatycznej transmisji dokumentacji medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 194,195,200-211, 223-228,302, 318]

2.9. Oprogramowanie informatyczne dostarczone przez podmioty trzecie dla SSM w Toruniu nie zostało poddane testom, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Nauki i Informatyzacji z dnia 19 października 2005 r. w sprawie testów akceptacyjnych oraz badania oprogramowania interfejsowego i weryfikacji tego badania¹⁵.

2.10. W umowach¹⁶ na wdrożenie, konserwację lub rozbudowę oprogramowania, nie przewidziano możliwości zwrócenia się do wykonawcy z żądaniem dokonania zmian

¹¹ W sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych w SSM im. M. Kopernika w Toruniu.

¹² Służącą do przetwarzania danych osobowych (odnoszącą się do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r.)

¹³ Szczegółowy opis zawarto w wyjaśnieniu Dyrektora Szpitala z dnia 21 listopada 2012 r.

¹⁴ Określonych obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz.MZ Nr 2, poz. 24).

¹⁵ Dz.U. Nr 217, poz. 1836.

¹⁶ M.in. w zawartej w dniu 30.11. 2011 r. ze Spółką Agfa dotyczącej usług serwisowych systemu AGFA IMPAX oraz Duplikatora i umowie z 15.09.2010 r. zawarte z firmą LAB Bit z aneksem z nr 1 z dnia 28.12. 2011 i aneksem nr 2 z dnia 16.10. 2012 r.

zapewniających możliwość współpracy z systemami innych podmiotów działających w ochronie zdrowia.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że zamieszczenie zapisów dotyczących możliwości współpracy z innymi systemami wymagałoby dodatkowej płatności za tę usługę, nie mającej związku z opieką serwisową.

Jednak w umowie, której przedmiotem była opieka informatyczna oraz serwis oprogramowania¹⁷ w celu rozliczenia świadczeń z NFZ w zakresie hospitalizacji pacjentów w izbie przyjęć oraz programów lekowych w chemioterapii, zleceniobiorcę zobowiązano m.in. do utrzymania oprogramowania w zgodności z przepisami prawa. Oprogramowanie było aktualizowane, zgodnie ze zmianami przepisów NFZ. Podobnie aktualizowano oprogramowanie KS-PPS – Podstawowy Program Świadczeniodawcy¹⁸ w zakresie rozliczania kontraktu z NFZ wraz z elektroniczną wymianą danych w poradni i pracowni Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 189,349-365]

2.11. System komputerowy Szpitala obsługiwało trzech informatyków, odpowiedzialnych m.in. za administrowanie lokalną siecią, opracowywanie i aktualizowanie projektów informatyzacji szpitala, prowadzenie szkoleń, udzielanie porad i konsultacji pracownikom Szpitala.

W Szpitalu w celu obsługi informatycznej przeszkolono 451 osób z personelu medycznego i 41 osób z personelu administracji.

[Dowód: akta kontroli str. 180,231-232,233-240]

2.12. Szpital nie korzystał z elektronicznej platformy usług administracji publicznej (e-PUAP). Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że cyt. „nie posiada wiedzy o terminie uruchomienia tej usługi” dla Szpitala.

[Dowód: akta kontroli str. 185,189]

2.13. Szpital w publikatorze teleinformatycznym „Biuletyn Informacji Publicznej” nie udostępnił¹⁹ pełnej informacji publicznej o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej²⁰, tj. o majątku, dokumentacji przebiegu i efektów kontroli oraz o stanie przyjmowanych spraw. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że było to spowodowane niedopatrzeniem i zostanie to uzupełnione, natomiast informacja o stanie przyjmowanych spraw przy obecnym stanie zabezpieczenia informatycznego nie jest możliwa z przyczyn technicznych.

2.14. Podpis elektroniczny był wykorzystywany przez 4 osoby zatrudnione w administracji Szpitala, do rozliczeń ZUS.

[Dowód: akta kontroli str. 185, 190, 338-339]

Ustalone
nieprawidłowości

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

- 1) nieudostępnieniu pełnej informacji publicznej, wymaganej przepisami powołanej ustawy o dostępie do informacji publicznej oraz

¹⁷ Z dnia 9 grudnia 2011 r. zawartej przez Szpital ze Spółką z o.o. Esaprojekt z siedzibą w Katowicach.

¹⁸ Firmy Kamsoft S.A.

¹⁹ Według stanu na dzień 28 listopada 2012 r.

²⁰ Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.

- 2) opracowaniu oraz stosowaniu Polityki bezpieczeństwa i Instrukcji zarządzania systemem informatycznym²¹ z dnia 18 września 2008 r., bez wprowadzenia ich w drodze zarządzenia Dyrektora Szpitala.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

3. Źródła finansowania zakupów informatycznych i cyfrowych urządzeń diagnostycznych oraz wybrane zamówienia publiczne.

Opis stanu faktycznego

3.1. W latach 2011 - 2012 (do czasu zakończenia kontroli) Szpital nie otrzymał środków finansowych ze środków Unii Europejskiej na sfinansowanie projektów informatycznych.

Szpital w badanym okresie podjął działania zmierzające do pozyskania środków z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na sfinansowanie zakupów informatycznych, jednakże, nie otrzymał żadnych środków.

[Dowód: akta kontroli str. 145,176,178]

3.1.1. W dniu 24 listopada 2010 r. Szpital zawarł umowę partnerską z Województwem Kujawsko-Pomorskim, której przedmiotem było m.in. uzupełnienie i modernizacja infrastruktury teleinformatycznej, dostawa sprzętu i oprogramowania umożliwiającego archiwizację i dystrybucję badań, wdrożenie nowego lub uzupełnienie i modernizacja oprogramowania zarządzającego dla części medycznej wraz z wdrożeniem, niezbędnym sprzętem serwerowym o wartości 1.036,9 tys. zł.²² Realizację powyższych zadań zaplanowano na lata 2011- 2012 r. Powyższa umowa nie została zrealizowana w przewidzianych terminach.

Marszałek Województwa Kujawsko-Pomorskiego, pismem z 13 listopada 2012 r. wyjaśnił m.in., że:

- Podjęte działania były procesem długotrwałym, ponieważ wymagały odbycia szeregu spotkań z partnerami (w III kw. br.), gdzie przedstawiono główne założenia do aneksów wcześniej podpisanych porozumień i umów partnerskich. Wspomniane aneksy zostaną przesłane do akceptacji partnerów, bez zbędnej zwłoki, po przyjęciu przez Zarząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego,
- Został zaktualizowany harmonogram realizacji projektu „e-Usługi-e-Organizacja”. Przewidziane we wniosku o dofinansowanie zadania zostaną zrealizowane do końca 2014 r., a cały projekt zakończy się do 30 czerwca 2015 r. Opisane wyżej działania systemowe i opracowany nowy harmonogram realizacji modułu e-Zdrowie pozwalają sądzić, że zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, z dniem 1 sierpnia 2014 r. Partnerzy Projektu „e-Usługi” będą mieli możliwość prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej.

[Dowód: akta kontroli str. 147-154,171-173]

²¹ Służącą do przetwarzania danych osobowych (odnoszącą się do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r.)

²² Pismem z dnia 25 lutego 2011 r. Urząd Marszałkowski poinformował dyrektora Szpitala o zwiększeniu kosztów wynikających z ww. umowy o koszty związane z modernizacją sieci komputerowej LAN. Po tej zmianie, przewidywana wartość przedmiotu umowy wyniosła 1.134,1 tys. zł. Gmina Miasta Torunia zobowiązała się do przekazania środków finansowych na pokrycie wkładu własnego Szpitala w kwocie 283,5 tys. zł.

3.1.2. Dyrektor Szpitala, w dniu 12 października 2012 r. złożyła wniosek²³ na „Realizację celów jakości poprzez zintegrowanie systemu zarządzania lekami z elektronicznym systemem obiegu dokumentacji medycznej w SSM w Toruniu”, o wartości²⁴ 1.100,0 tys. zł.

W Studium wykonalności projektu²⁵ podano m.in. że Szpital: „(...) nie ma możliwości wymiany danych między oprogramowaniem części medycznej i administracji. Brak jest możliwości kontroli kosztów leczenia pacjenta, generowania pełnej i precyzyjnej informacji o kolejkach oczekujących do Poradni specjalistycznych i diagnostycznych. System jest fragmentaryczny, brak jest komunikacji wewnętrznej (obiegu informacji o zużyciu leków, brak pełnej dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, poradnie i pracownie pracują w odrębnych systemach, brak e-usług. W poszczególnych Działach wdrożono jedynie oprogramowanie związane z obsługą ruchu chorych, ale pozbawione integracji z poradniami i pracowniami. Brak jest macierzy dyskowej, kluczowej dla bezpiecznego przechowywania, archiwizowania i udostępniania dokumentacji medycznej. Nie wdrożono rozwiązań, które scalilyby funkcjonujące w oderwaniu od siebie aplikacje w jeden kompleksowy i zintegrowany system.”.

W ramach Projektu przewidziano realizację m.in.:

- a) elektronicznego systemu obiegu dokumentacji medycznej i e-usługi o wartości 550,0 tys. zł, w II- IV kw. 2013 r.,
- b) zintegrowanego systemu zarządzania lekami, o wartości 520,0 tys. zł w II-IV kw. 2013 r.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła m.in.:

- Opisany stanu informatyzacji Szpitala jest spowodowany ograniczonymi środkami finansowymi. Na pogarszającą się sytuację finansową wpłynęło głównie niesfinansowanie świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limit wynikający z umowy z NFZ, na kwotę ogółem 11.935,6 tys. zł, w latach 2010 - 2012 r. (za 9 miesięcy).
- Wniosek dotyczący projektu pn. „Realizacja celów jakości poprzez zintegrowanie systemu zarządzania lekami z elektronicznym obiegiem dokumentacji medycznej” nie został rozpatrzony.

[Dowód: akta kontroli str. 66,67-83,303-304]

3.2. Szpital w latach 2011-2012 nie zakupił systemu komputerowego i aparatury diagnostycznej pozwalającej na cyfryzację wyników badań.

3.3. Nakłady poniesione na zakup sprzętu komputerowego i na oprogramowanie w latach 2011-2012 (do 29 października) wyniosły ogółem 156,2 tys. zł, w tym na sprzęt 142,8 tys. zł i oprogramowanie 13,4 tys. zł. Pozycję o najwyższej wartości (80,5 tys. zł) stanowił system komputerowy do sterylizacji²⁶.

[Dowód: akta kontroli str. 48,49-51, 178-179]

3.4. Koszty usług informatycznych SSM w Toruniu wyniosły w 2011 r. -119,9 tys. zł, a w 2012 r.(do 31 października) - 180,9 tys. zł. W 2012 r. (do 31.10.) usługi o najwyższej wartości dotyczyły:

²³ Do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego.

²⁴ W tym ze środków EFR²⁴ -823.900 (74,90 %) i budżetu jednostek samorządu terytorialnego -276.100 zł (25,10 %).

²⁵ Opracowanie zostało wykonane przez dr Pawła Neumana – Konsultanta, przy współpracy ze Szpitalem. Stanowi ono zał. do wniosku o dofinansowanie z EFR w ramach RPO Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007-2013.

²⁶ Przekazany Szpitalowi z Urzędu Miasta Toruń, w ramach pierwszego wyposażenia (tzw. ruchome) nie związanego trwale z nowo wybudowanym budynkiem dla bloków operacyjnych SSM w Toruniu.

- a) serwisu systemu AGFA CR, systemu IPAX i duplikatora świadczonych przez Agfa Sp. z o.o. o wartości ogółem 88,4 tys. zł,
- b) opieki informatycznej oraz serwisu oprogramowania Optimed i Eskulap 2000 o wartości 46,7 tys. zł oraz
- c) serwisu oprogramowania informatycznego pn. „Wspomaganie pracy laboratorium analitycznego” - firmy Lab-Bit o wartości 22 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 54-57,372,374,375]

3.5. Kontrola zamówień publicznych udzielonych w trybie przetargu nieograniczonego dotyczyła postępowania o najwyższej wartości na:

- na świadczenie usług serwisowych wraz z dostawą części zamiennych systemu Agfa CR, systemu Agfa Impax oraz Duplikatora, w okresie 12 miesięcy od daty zawarcia o wartości 106,1 tys. zł brutto (umowa z 30 listopada 2011 r.),
- opiekę informatyczną oraz serwis oprogramowania Optimed i Eskulap 2000 o wartości 56,1 tys. zł brutto (umowa z 9 grudnia 2011 r.).

Zamówienia te przeprowadzono zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.²⁷

[Dowód: akta kontroli str. 327-329,330-332]

3.6. Do czasu kontroli NIK, Szpital nie posiadał analizy kosztów dostosowania istniejącego systemu komputerowego do wymogów określonych w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Oszacowane przez Szpital – podczas kontroli NIK - koszty dostosowania do wymogów określonych w ww. ustawie, wynoszą ogółem 2.511,8 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 303,307,322-324]

3.7. Szpital nie współpracował z Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia, w zakresie realizacji zadań informatycznych. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że cyt. m.in. „nie bardzo wiem w jakim celu Szpital miałby się kontaktować z CSIOZ”.

[Dowód: akta kontroli str. 185,190]

W ocenie NIK, z uwagi na znaczny zakres prac związanych z procesem dostosowania do wymogów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. – zasadnym wydaje się podjęcie współpracy z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Uzyskana w ten sposób wiedza może przyczynić się m.in. do określenia wymagań, jakie musi spełnić oprogramowanie, które zapewni Szpitalowi interoperacyjność z podmiotami działającymi w ochronie zdrowia.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski.

²⁷ Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

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:

- Wnioski pokontrolne
1. Zamieszczenie na stronie BIP, informacji wskazanych w art. 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej,
 2. Rozważenie podjęcia współpracy z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w zakresie dostosowania systemu Szpitala do wymagań ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 3. Wprowadzenie zarządzeniem dyrektora Szpitala opracowanej i stosowanej Polityki Bezpieczeństwa i Instrukcji zarządzania systemem informatycznym.

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 Departamentu Zdrowia 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

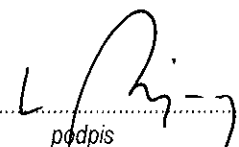
....., dnia 11 grudnia 2012 r.
miejscowość data

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Lech Rejnuś

Kontroler
Andrzej Szpięgielski
Główny Specjalista Kontroli
Państwowej

podpis


podpis

²⁸ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm..