



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.411.006.01.2016
I/16/004



00374417

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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	I/16/004 – Informatyzacja wybranych podmiotów leczniczych z terenu województwa podlaskiego
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Stanisław Żukowski – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/113/2016 z dnia 19 grudnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku, zwany dalej „SP ZOZ” bądź „Szpitalem”
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marek Jerzy Chojnowski – Dyrektor SP ZOZ ¹

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Realizacja w SP ZOZ projektu „Rozbudowa infrastruktury i systemu informatycznego SP ZOZ MSW w Białymstoku w celu uruchomienia usług elektronicznych w obszarze e-Zdrowia”³ nie przyniosła korzyści zakładanych we wniosku o dofinansowanie⁴. Pomimo upływu blisko 22 miesięcy od odbioru końcowego systemów informatycznych nim objętych (11 maja 2015 r.) oraz wydatkowania na ten cel 3.372,9 tys. zł⁵ środków własnych i Unii Europejskiej, nie zdołano wdrożyć lub w pełni wykorzystywać niektórych komponentów bądź funkcjonalności, w tym związanych z platformą regionalną *Podlaskiego Systemu Informatycznego e-Zdrowie*.

Uzasadnienie oceny ogólnej

W ramach Projektu SP ZOZ zakupił sprzęt komputerowy i systemy informatyczne, tj. kompleksowy system medyczny AMMS (obejmujący systemy typu HIS i EDM⁶), zintegrowany z posiadanym systemem radiologicznym i z nabytym Laboratoryjnym System Informatycznym Centrum; analityczny System Informacji Zarządczej (typu BI⁷); Medyczny Portal Informatyczny (zwany dalej „MPI”), System Identyfikacji Pacjentów i System Informacji Pacjentów. Zakupione oprogramowanie do rozpoczęcia kontroli NIK nie było jednak w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją Projektu, w szczególności:

- nie wykorzystywano modułu Blok Operacyjny kompleksowego systemu medycznego, zaś System Informacji Zarządczej nie był zasilany danymi z systemu finansowo-księgowego, co ograniczało jego wykorzystanie do zarządzania SP ZOZ,
- nie zapewniono pacjentom dostępu do własnej dokumentacji medycznej poprzez MPI,
- nie umożliwiono pacjentom rejestracji do poradni specjalistycznych poprzez MPI we wszystkich wolnych terminach dostępnych w Rejestracji Przychodni,
- nie doprowadzono do integracji zakupionego systemu informatycznego Szpitala z platformą regionalną *Podlaskiego Systemu Informatycznego e-Zdrowie*, w konsekwencji

¹ Od dnia 1 grudnia 2008 r.

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

³ Zwanego dalej „Projektem”.

⁴ Kontrolą objęto okres od 2011 roku do zakończenia czynności kontrolnych w dniu 10 lutego 2017 r.

⁵ Wydatki kwalifikowalne i niekwalifikowalne.

⁶ System typu HIS przeznaczony jest do prowadzenia w wersji elektronicznej dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej oraz zarządzania ruchem chorych na oddziałach i w poradniach, zaś EDM to skorelowana z systemem HIS aplikacja służąca do przechowywania i przeglądania indywidualnej dokumentacji medycznej wytworzonej w HIS

⁷ System służy do generowania raportów i analiz na podstawie danych czerpanych z systemu medycznego i księgowo-administracyjnego.

za pośrednictwem tej platformy pacjenci i lekarze i innych podmiotów leczniczych nie mieli możliwości otrzymania elektronicznej dokumentacji medycznej, a pacjenci dodatkowo ustalenia terminu wizyty i rejestracji do poradni Szpitala,

- w zróżnicowanym zakresie na poszczególnych oddziałach szpitalnych wytwarzano dokumentację medyczną w formie elektronicznej,
- nie w pełni zabezpieczono przed utratą lub dostępem osób nieuprawnionych dane znajdujące się w systemach informatycznych.

We wniosku o dofinansowanie zapisano, że w ramach Projektu zaplanowano uruchomienie e-usług związanych z obszarem medycznym i administracyjnym przewidzianym w projekcie regionalnym, w szczególności wdrożenie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej i systemu analitycznego oraz integrację tych systemów z platformą regionalną w zakresie przewidzianym do uruchomienia usług zaplanowanych w projekcie „Podlaski system informacyjny e-Zdrowie”. Wskazano m.in., że udostępnienie usług elektronicznych pacjentom wpłynie na eliminację niepotrzebnych wizyt w punkcie rejestracji, a tym samym zwiększy dostępność publicznej służby zdrowia dla mieszkańców województwa.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Przygotowanie i realizacja procesu informatyzacji oraz wykorzystywanie sprzętu

1.1. Wydatki związane z realizacją procesu informatyzacji i wykorzystywanie zakupionego sprzętu

Opis stanu faktycznego

1.1.1. SP ZOZ w latach 2012 – 2015 przygotował i zrealizował Projekt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007 – 2013⁸, na podstawie umowy o dofinansowanie zawartej 15 maja 2013 r.⁹ Według założeń przyjętych we wniosku o dofinansowanie miał on polegać na wdrożeniu kompleksowego systemu informatycznego w SP ZOZ „stworzeniu infrastruktury niezbędnej do uruchomienia e-usług dla pacjentów wraz z integracją z regionalną platformą e-usług medycznych i narzędziami analitycznymi na poziomie regionalnym”, wdrożonymi w ramach projektu „Podlaski system informacyjny e-Zdrowie” (dalej „PSI e-Zdrowie”). Kwestie integracji z platformą regionalną szerzej opisano w pkt. 1.1.2 wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 193-203, 207-209, 239-250, 266-288, 295-296, 300)

Według Projektu SP ZOZ zamierzał „zakupić i wdrożyć nowe komponenty, na bazie których będzie można uruchomić e-usługi wpisujące się w rekomendacje dotyczące społeczeństwa informacyjnego, spełniając również wymagania Elektronicznej Dokumentacji Medycznej opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r.”¹⁰ W Szpitalu stwierdzono bowiem – wymagające wyeliminowania – problemy, takie jak: 1/ nieuruchomienie usług elektronicznych dla pacjenta, 2/ brak kompleksowego systemu medycznego umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych medycznych w postaci elektronicznej, 3/ brak struktury serwerowej pozwalającej na uruchomienie kolejnych systemów i modułów, 4/ brak sprzętu komputerowego na stanowiskach związanych z tworzeniem dokumentacji medycznej, 5/ niewystarczające z punktu widzenia bezpieczeństwa warunki przesyłania i przechowywania danych.

(dowód: akta kontroli str. 208, 297)

⁸ Oś Priorytetowa IV. Społeczeństwo informacyjne; Działanie 4.1 Społeczeństwo informacyjne.

⁹ Umowa Nr UDA-RPPD.04.01.00-20-006/12-00 zawarta z Województwem Podlaskim, w imieniu którego działał Zarząd Województwa Podlaskiego (Instytucja Zarządzająca).

¹⁰ Dz.U. Nr 252, poz. 1697 ze zm. Rozporządzenie utraciło moc z dniem 23 grudnia 2015 r. Aktualnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. poz. 2069).

Wnioski te wynikały z analizy technicznej zawartej w studium wykonalności Projektu. Zawarto w nim opis stanu istniejącego w 2012 roku w zakresie sprzętu i oprogramowania informatycznego jednostki, według którego w Szpitalu:

- funkcjonowała jedna serwerownia, w której znajdowała się większość wyposażenia serwerowego i główny węzeł sieci teleinformatycznej (dwa serwery, biblioteka taśmowa, macierz dyskowa klasy SOHO, przełącznik modułowy i urządzenie UTM)¹¹,
- infrastruktura sieciowa oparta była o szkielet światłowodowy o przepustowości 1Gb/s i okablowanie poziome miedziane o przepustowości 100Mb/s, a sieć strukturalna obejmowała dedykowaną sieć elektryczną z centralnym systemem zasilania rezerwowego i okablowanie telefoniczne (w sieci funkcjonowało 14 węzłów, część z nich posiadała dodatkowe systemy zasilania rezerwowego),
- wyposażenie w stacje robocze obejmowało 160 komputerów, m.in.: osiem laptopów z MS Windows XP lub nowszym, 66 komputerów z lat 2011/2012 z MS Windows XP, pozostałe to modele z lat 2003/2004 z MS Windows 2000 (w większości tzw. „składaki”),
- posiadano 80 urządzeń drukujących: 60 drukarek laserowych formatu A4, dwie formatu A3, siedem drukarek igłowych i 11 drukarek kodów kreskowych,
- dysponowano jednym łączem dostępowym do Internetu, zapewniającym transfery na maksymalnym poziomie 8 Mb/s w obie strony (wykorzystywane w ok. 70%).

Pracę SP ZOZ w części medycznej wspomagał system SOLMED firmy Asseco, obejmujący moduły: ruch chorych (oddziały i poradnie), laboratorium, jednostki usługowe (RTG, endoskopia, patomorfologia, blok operacyjny), kolejki oczekujących, apteka (magazyn centralny i apteczki oddziałowe). W części administracyjnej wykorzystywano system SIMPLE.ERP firmy Simple, obejmujący obszary: finanse i księgowość, personel, majątek trwały, obrót towarowy. Dodatkowo wdrożono systemy PACS i RIS, obsługujące zakład diagnostyki obrazowej. Systemy medyczny i administracyjny nie były zintegrowane. Niezbędne dane analityczne przenoszono w postaci plików z systemu Solmed do systemu Simple. Personel informatyczny liczył dwie osoby, a z sieci i systemów dziedzicznych korzystało ok. 340 osób. (dowód: akta kontroli str. 130-131, 390-400)

W tym stanie za zasadne uznano realizację Projektu, a w jego ramach działań przygotowawczych (w celu rozbudowy zaplecza sprzętowego i oprogramowania do poziomu niezbędnego do funkcjonowania usług objętych Projektem), takich jak:

- modernizacja serwerowni, aby spełniała standardy bezpieczeństwa przewidziane dla takich pomieszczeń,
- zapewnienie zasilania repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej danymi medycznymi niezbędnymi do wytworzenia dokumentów wymaganych prawem, czemu służyć miały: [1] modernizacja i rozbudowa systemu medycznego, [2] rozbudowa bazy sprzętowej w zakresie zaplecza serwerowego pod kątem zapotrzebowania na moc obliczeniową i powierzchnie dyskowe rozbudowanego systemu, [3] wdrożenie systemu identyfikacji pacjentów za pomocą kodów kreskowych, [4] integracja systemu medycznego HIS z systemem radiologicznym RIS i systemem administracyjnym,
- zakup stacji roboczych z drukarkami,
- rozbudowa sieci komputerowej o dodatkowe stanowiska i wymiana przestarzałych urządzeń aktywnych, celem zapewnienia wystarczającej liczby stanowisk, odpowiedniej wydajności i stabilności infrastruktury sieciowej,
- zakup urządzeń mobilnych, w celu umożliwienia wprowadzania danych bezpośrednio przy pacjencie i budowa sieci bezprzewodowej.

W rezultacie analizy stanu istniejącego i określenia działań niezbędnych do zrealizowania Projektu, ustalono jego zakres rzeczowy, który w szczególności objął: [1] zakup sprzętu komputerowego (90 stacji roboczych z monitorem, systemem operacyjnym i pakietem biurowym, 25 tabletów medycznych, 22 drukarki), [2] budowę kompleksowego systemu

¹¹ Dodatkowo w zakładzie diagnostyki obrazowej jedno pomieszczenie przeznaczono na lokalizację zaplecza serwerowego i węzła sieciowego dla obsługi radiologii cyfrowej (dwa serwery systemu PACS/RIS, macierz dyskowa, biblioteka taśmowa oraz elementy aktywne sieci).

medycznego (z wdrożeniem, infrastrukturą serwerową dla jego potrzeb, oprogramowaniem systemowym, systemem identyfikacji pacjentów, integracją z systemem RIS i systemem administracyjnym), [3] rozbudowę i modernizację sieci LAN (20 nowych przyłączy logicznych, trzy przełączniki szkieletowe, 24 porty, siedem przełączników dystrybucyjnych 24 porty, utworzenie sieci bezprzewodowej, urządzenie UTM dla głównej lokalizacji, pięć urządzeń UTM dla lokalizacji zdalnych), [4] modernizację serwerowni (klimatyzacja, system sygnalizacji pożaru, drzwi antywłamaniowe, adaptacja pomieszczenia), [5] wdrożenie e-usług (Repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, integracja z regionalną platformą e-usług medycznych, uruchomienie i wdrożenie systemu analitycznego, integracja z regionalną platformą analityczną, system informacji dla pacjentów. W studium wykonalności określono także wymagania dotyczące infrastruktury i oprogramowania.

(dowód: akta kontroli str. 133-138, 209-210, 300-302)

Jako produkty Projektu wymieniono trzy usługi on-line na poziomie 1, 2 i 3 oraz trzy wdrożone aplikacje. W rezultacie około 1.100 pacjentów SP ZOZ rocznie miało korzystać z usług elektronicznych dostępnych za pośrednictwem Portalu e-Usługi Medyczne, natomiast SP ZOZ – uzyskać możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej, narzędzia analityczne i zarządcze, elektroniczny obieg dokumentów.

(dowód: akta kontroli str. 207, 296)

1.1.2. We wniosku o dofinansowanie zapisano, że Projekt ma być komplementarny z projektem *PSI e-Zdrowie* i zakłada integrację z platformą regionalną powstającą w ramach *PSI e-Zdrowie*, zwaną dalej „platformą regionalną”. SP ZOZ nie był partnerem ani uczestnikiem projektu *PSI e-Zdrowie*. Według wyjaśnienia Dyrektora SP ZOZ, Szpital nie przystąpił do projektu *PSI e-Zdrowie*, gdyż „kryteria tego projektu ustalone przez Urząd Marszałkowski wykluczały udział [...] Zakładu – którego organem założycielskim jest Minister Spraw Wewnętrznych”. We wniosku o dofinansowanie została uwzględniona opcja integracji Projektu z platformą regionalną powstającą w ramach projektu *PSI e-Zdrowie*, „jednak nigdzie nie opisano zakresu integracji”. Przed rozpoczęciem i w trakcie realizacji Projektu „nieznane były zasady i zakres integracji [...] Trudno było na tym etapie ocenić korzyści lub trudności płynące z takiej integracji. Dlatego dodatkową zachętą do integracji była dodatkowa punktacja wniosku o dofinansowanie za deklarację integrowania się z platformą regionalną”.

Faktycznie jednak w opisie projektu, zamieszczonym we wniosku o dofinansowanie zapisano, że niniejszy Projekt ma być komplementarny z projektem *PSI e-Zdrowie*. „W tym celu zaplanowano uruchomienie e-usług związanych z obszarem medycznym oraz administracyjnym przewidzianym w projekcie regionalnym. W szczególności konieczne jest wdrożenie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej oraz systemu analitycznego oraz integracja tych systemów z platformą regionalną w zakresie przewidzianym do uruchomienia usług zaplanowanych w projekcie „Podlaski system informacyjny e-Zdrowie.”

(dowód: akta kontroli str. 207, 295, 966-972, 1230-1233)

Według ustaleń kontroli NIK przeprowadzonej w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego (dalej „UMWP”), oceniając wniosek o dofinansowanie, Szpitalowi przyznano w kryterium „Komplementarność”¹² dodatkowe 14 punktów za integrację z projektem *PSI e-Zdrowie*. Wniosek SP ZOZ otrzymał 69,65 pkt¹³, a ostatni wniosek na liście projektów objętych dofinansowaniem – 61,7 pkt. Wnioski o dofinansowanie realizacji projektu otrzymywały pozytywną ocenę, jeśli uzyskiwały co najmniej 60% maksymalnej liczby punktów przewidzianych w Karcie oceny merytorycznej. Gdyby nie dodatkowe 14 punktów

¹² „Ocena kryterium: W ramach kryterium punkty mogą uzyskać projekty, dla których wnioskodawca wykaże komplementarność problemową rozumianą jako komplementarność w obszarze problemowym (funkcyjna) – gdy działania / projekty mają na celu rozwiązanie tego samego problemu, np. ograniczony dostęp do e-usług – 7 pkt. Wykazanie dodatkowego efektu synergii wynikającego z realizacji projektów komplementarnych w zidentyfikowanym obszarze problemowym – 11 pkt. Dodatkowo punktacja w ramach kryterium może zostać zwiększona o 14 pkt. w przypadku wykazania komplementarności z projektem kluczowym Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie. Brak komplementarności – 0 pkt”. SP ZOZ z możliwych 25 punktów za to kryterium otrzymał 25 pkt.

¹³ Według Regulaminu Oceny i Wyboru Projektów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007 – 2013 Oś Priorytetowa IV. Społeczeństwo informacyjne (projekty dotyczące narzędzi TIK do obsługi pacjenta w ramach systemu ochrony zdrowia).

za komplementarność, wniosek SP ZOZ nie uzyskałby wymaganych 60% i Szpital mógłby nie otrzymać dofinansowania. (dowód: akta kontroli str. 76-91, 1274-1279)

We wniosku o dofinansowanie wskazano, że w wyniku realizacji inwestycji powstanie możliwość komunikacji m.in. na płaszczyznach: pacjent podmiot leczniczy, podmiot leczniczy podmiot leczniczy. Założono implementację: [1] systemu Elektronicznego Obiegu Dokumentów, [2] systemu analiz biznesowych wraz z integracją z regionalną platformą analityczną (Centrum Analiz Ekonomicznych), [3] usług elektronicznych wraz z integracją z Regionalną Platformą e-Usług Medycznych (Portal e-Usługi Medyczne), [4] systemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej. (dowód: akta kontroli str. str. 207, 295-296)

Według założeń ujętych w studium wykonalności, system regionalny miał być systemem otwartym, tzn. że w każdym momencie będzie można dołączyć do niego jednostki, które nie wchodziły do projektu regionalnego, pod warunkiem spełnienia wymagań technicznych, niezależnie od formy organizacyjnej bądź statusu właścicielskiego. Dotyczyło to w szczególności dołączenia do portalu dla pacjentów i do systemu elektronicznej dokumentacji medycznej. Założono zintegrowanie systemu SP ZOZ – za pomocą uniwersalnej szyny usługowej – z platformą regionalną (Centrum Analiz Ekonomicznych, Regionalna Platforma e-Usług Medycznych, Portal e-Usługi Medyczne). W Studium wykonalności nie sprecyzowano formatów wymiany danych. Ich określenie (protokołów, opisów konkretnych web services) miało być jednym z zadań wykonawcy realizującego poszczególne zakresy prac. Szpital na etapie realizacji projektu regionalnego miał uzyskać dostęp do dokumentacji technicznej systemu i na jej podstawie przygotować wymagania dla wykonawcy własnego systemu, które pozwolą na integrację zgodną z założeniami projektu regionalnego. (dowód: akta kontroli str. 138-139)

1.1.3. Zarządzanie Projektem, „w szczególności poprzez świadczenie usług nadzoru, raportowania i kontroli” nad jego realizacją, SP ZOZ powierzył inżynierowi kontraktu, który opracował wniosek o dofinansowanie i studium wykonalności. Powierzone zadania m.in. obejmowały:

- określenie, w uzgodnieniu z SP ZOZ, sposobu realizacji Projektu i metodyki zarządzania na etapie wdrażania i odbioru poszczególnych jego etapów (m.in. wdrażania rozwiązań informatycznych), procedur niezbędnych dla prawidłowej realizacji Projektu (odbioru sprzętu i wdrożeń oprogramowania, ich testowania, obiegu dokumentów),
- przygotowanie i aktualizowanie dokumentów związanych z realizacją Projektu, wymaganych przez Instytucję Zarządzającą (np. załączników do umowy o dofinansowanie i jej aneksów, wniosków o płatności zaliczkowe i płatność końcową, wymaganych umową raportów i sprawozdań),
- bieżące nadzorowanie i kontrolowanie prac, nadzór merytoryczny nad zgodnością Projektu z harmonogramem i kosztorysem, monitorowanie i pomiar wartości wskaźników,
- udział w kontrolach Projektu prowadzonych przez Instytucję Zarządzającą lub inną instytucję, w trakcie i po zakończeniu realizacji Projektu (przez pięć lat),
- nadzór i doradztwo techniczne na etapie wdrożenia i odbioru systemu (m.in. kontrola wykonania Projektu co do zgodności z założeniami, dokumentacją techniczną i harmonogramem, weryfikacja przyjętych przez głównego wykonawcę rozwiązań technicznych, funkcjonalnych i parametrów urządzeń, uczestnictwo w odbiorach),
- przygotowanie dokumentacji przetargowej (m.in. opisu przedmiotu zamówienia, części formalnej SIWZ¹⁴, określenie zasad integracji systemu HIS z systemem regionalnym i innymi systemami funkcjonującymi w SP ZOZ), wsparcie w toku postępowania o udzielenie zamówienia. (dowód: akta kontroli str. 401-430)

¹⁴ Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

W SP ZOZ zadania związane z realizacją Projektu przypisano dwojgu pracownikom¹⁵, tj.:

- kierownikowi Sekcji ds. Marketingu i Analiz, zwanej dalej „Sekcją MiA” (koordynatorowi Projektu) – m.in.: nadzór nad pracami i działaniami inżyniera kontraktu, analiza i weryfikacja rozwiązań merytorycznych i technicznych przez niego zaproponowanych, nadzór nad realizacją umów z wykonawcami (terminowością i prawidłowością harmonogramów wdrożenia), odbieranie poszczególnych etapów wdrożenia, koordynacja instruktaży stanowiskowych,
- głównej księgowej (specjaliście ds. prawidłowego rozliczenia Projektu pod kątem finansowym i księgowym) – m.in. nadzór nad: prawidłowością dokumentacji finansowo-księgowej (i jej opisywanie), przygotowaniem wniosków o płatność (i dokumentacji finansowo-księgowej do nich), właściwym wykonaniem harmonogramu rzeczowo-finansowego, realizacją działań rozliczeniowych i sprawozdawczych, monitorowanie zapotrzebowania na środki pieniężne. (dowód: akta kontroli str. 6-34)

1.1.4. Po otrzymaniu informacji o zakwalifikowaniu Projektu do dofinansowania, lecz przed przystąpieniem do jego rzeczowej realizacji, w lutym – marcu 2013 roku od personelu medycznego zebrano propozycje i uwagi dotyczące oczekiwanych rozwiązań w zakresie programów obsługujących zadania jednostki, które wykorzystano przy opracowywaniu analizy przedwdrożeniowej. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: *„odbywały się konsultacje z użytkownikami ówczesnego systemu (SOLMED) w formie rozmów z lekarzami, pielęgniarkami, technikami oraz diagnostami, w celu określenia oczekiwań dotyczących nowego systemu, a także wewnętrznych konsultacji między personelem informatycznym oraz Inżynierem Kontraktu [...] pomagającym nam w ustaleniu wymogów do przyszłego systemu medycznego spełniającego m.in. możliwość generowania danych oraz archiwizowania dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej. Ostatecznym efektem prac analitycznych z Inżynierem Kontraktu oraz wewnętrznych konsultacji była Analiza Przedwdrożeniowa – liczący ponad 320 stron dokument opisujący oczekiwane funkcjonowanie we wdrażanym systemie informatycznym”*. (dowód: akta kontroli str. 438-465, 966-972)

1.1.5. Wartość Projektu określona w pierwotnej umowie o dofinansowanie wynosiła 2.984.331 zł, w tym 2.981.256 zł wydatków kwalifikowalnych i 3.075 zł wydatków niekwalifikowalnych (koszt sporządzenia wniosku o dofinansowanie). Wysokość dofinansowania środkami zewnętrznymi określono na 2.534.067 zł (85% wydatków kwalifikowalnych), a wkład własny SP ZOZ na 447.188 zł.

Planowany zakres rzeczowo-finansowy Projektu, stosownie do zawartej umowy, został ustalony w studium wykonalności. Na ogólną wartość Projektu (2.984.331 zł) złożyły się koszty: [a] przygotowania projektu – 61.500 zł (w tym studium wykonalności – 58.425 zł, wniosek aplikacyjny – 3.075 zł), [b] nakłady na realizację inwestycji – 2.778.939 zł (w tym: zakup sprzętu komputerowego – 621.765 zł, budowa kompleksowego systemu medycznego – 1.125.450 zł, rozbudowa i modernizację sieci LAN – 279.210 zł, modernizacja serwerowni – 49.200 zł, wdrożenie e-usług – 703.314 zł), [c] pozostałe koszty – 143.892 zł (w tym zarządzanie Projektem – 131.592 zł, promocja – 13.300 zł). Koszty dostaw sprzętu, realizacji i wdrożenia systemów oraz rozwiązań informatycznych – określono w oparciu o koncepcję techniczną Projektu, sporządzoną na podstawie wyników audytu informatycznego, koszty dokumentacji technicznej i studium wykonalności – w oparciu o umowę z wykonawcą, a koszty promocji projektu – na podstawie planowanego zakresu działań promocyjnych. (dowód: akta kontroli str. 49, 170, 193-218, 306-314)

Wniosek o dofinansowanie Projektu został złożony do UMWP 24 września 2012 r. Jego korekty lub uzupełnienia (z października i grudnia 2012 roku, marca 2013 roku) nie zmieniły przyjętych w nim założeń co do zakresu przedmiotowego. (dowód: akta kontroli str. 54-78)

1.1.6. Jako bezpośredni cel Projektu wskazano *„uruchomienie publicznych usług z zakresu ochrony zdrowia świadczonych drogą elektroniczną, służących poprawie jakości opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego”*. Cele ogólne to: poprawa dostępności do publicznej służby zdrowia na terenie województwa, usprawnienie procesu rejestracji

¹⁵ Wskazany w zarządzeniu wewnętrznym nr 43/13 z 12 sierpnia 2013 r. Dyrektora SP ZOZ w sprawie powołania osób odpowiedzialnych za realizację Projektu.

pacjentów, usprawnienie gromadzenia danych i informacji, przyspieszenie dostępu do nich, zwiększenie efektywności funkcjonowania SP ZOZ, rozwój kompetencji kadry.

W kontekście korzyści wynikających z Projektu, we wniosku o dofinansowanie wskazano, że udostępnienie usług elektronicznych dla pacjentów (zastąpienie tradycyjnych form kontaktu) wpłynie na eliminację niepotrzebnych wizyt w punkcie rejestracji, a tym samym na zwiększenie dostępności publicznej służby zdrowia dla mieszkańców województwa. Internetowy dostęp do informacji skróci czas potrzebny na uzyskanie wiedzy o świadczeniach zdrowotnych i odciąży personel medyczny. Część działań personelu zostanie wyeliminowana dzięki zautomatyzowaniu procesów, co skróci czas obsługi pacjenta w rejestracji i pozwoli na wydłużenie czasu, jaki personel medyczny może poświęcić bezpośrednio pacjentowi, właściwej i dokładnej diagnozie, utrzymaniu właściwej jakości usług. Wdrożenie kompleksowego rozwiązania umożliwi sprawne gromadzenie danych, przetwarzanie, bezpieczne i trwale archiwizowanie oraz udostępnianie na każde żądanie użytkownika. Natychmiastowy dostęp do danych wpłynie pozytywnie na poprawę skuteczności leczenia i jakości usług zdrowotnych. (dowód: akta kontroli str. 118, 208, 297)

Ustalenie „*odpowiadających rzeczywistości wskaźników*” produktu i rezultatu, stosownie do zawartej umowy, należało do wykonawcy studium wykonalności. W dokumencie tym sformułowano i ujęto we wniosku o dofinansowanie następujące wskaźniki produktu:

- „*liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 1 – Informacja – 1 szt.*” (liczba serwisów informacyjnych w części informacyjnej Portalu e-Uslugi Medyczne),
- „*liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 2 – Interakcja – 1 szt.*” (liczba serwisów informacyjnych umożliwiających zdalną rejestrację pacjentów do poradni, tj. aplikacji on-line poprzez Portal e-Uslugi Medyczne),
- „*liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 3 – dwustronna interakcja – 1 szt.*” (liczba serwisów informacyjnych udostępniających usługę elektroniczną po uprzedniej autoryzacji dostępu, tj. aplikacji on-line poprzez Portal e-Uslugi Medyczne, umożliwiającej dostęp do danych medycznych po autoryzacji),
- „*liczba utworzonych aplikacji lub udostępnionych usług teleinformatycznych – 3 szt.*” (liczba utworzonych aplikacji i usług teleinformatycznych, tj.: repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, pakiet usług udostępniony poprzez regionalny Portal e-Uslugi Medyczne, system analityczny). (dowód: akta kontroli str. 118-119, 211-212, 304-305)

Osiągnięcie – w 2015 roku (tj. w roku zakończenia realizacji Projektu) – wskaźników produktu i rezultatu zostało potwierdzone w informacji pokontrolnej Instytucji Zarządzającej, w której zapisano, że w ramach realizacji wskaźników produktu, odpowiednio uruchomiono: [1] serwis informacyjny w ramach e-usług Medycznego Portalu Informacyjnego i strony internetowej SP ZOZ, [2] serwis informacyjny umożliwiający zdalną rejestrację pacjentów do poradni poprzez Medyczny Portal Informacyjny, [3] serwis informacyjny umożliwiający zdalną rejestrację pacjentów do poradni i możliwość wymiany dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej poprzez platformę regionalną, [4] utworzono repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, pakiet e-usług udostępniony poprzez Medyczny Portal Informacyjny wraz z możliwością wymiany dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej poprzez platformę regionalną, system analityczny.

W ten sam sposób osiągnięcie wskaźników opisano w SP ZOZ m.in. w raportach sporządzonych na koniec lat 2015 i 2016. (dowód: akta kontroli str. 348-349, 360-363)

O stwierdzonym w trakcie kontroli NIK niedziałaniu funkcjonalności związanych z integracją z platformą regionalną, w tym rejestracji pacjentów na wizyty oraz dostępu pacjentów i lekarzy z innych podmiotów leczniczych do danych medycznych, a także o braku dostępu pacjentów do swoich danych medycznych poprzez MPI szerzej napisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcjach „Ustalone nieprawidłowości”, odpowiednio w pkt. 1.1 i pkt. 2.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Ustalone wskaźniki rezultatu to: [1] liczba jednostek sektora publicznego korzystających z utworzonych aplikacji lub usług teleinformatycznych – jedna, [2] liczba osób

korzystających z usług on-line – 1.100¹⁶. Wskaźniki rezultatu zostały osiągnięte w 2015 roku i utrzymane w 2016 roku. Jednostką korzystającą z utworzonych aplikacji był SP ZOZ. Liczba osób korzystających z usług on-line, na koniec lat 2015 – 2016 wyniosła odpowiednio 2.608 i 2.478. Liczba założonych kont użytkowników wzrosła z 1.126 do 1.541. (dowód: akta kontroli str. 360-363, 1163)

1.1.7. Ostateczna wartość Projektu – w stosunku do pierwotnej, określonej we wniosku o dofinansowanie¹⁷ – wzrosła do 3.372.920 zł (o 13%), w tym 2.857.244 zł stanowiły wydatki kwalifikowalne (95,8% kwoty pierwotnej) i 515.676 zł wydatki niekwalifikowalne (pierwotnie 3.075 zł). Wysokość dofinansowania środkami UE wyniosła 2.428.657 zł (95,8% pierwotnie przewidywanego) i stanowiła 85% wydatków kwalifikowalnych. Wkład własny SP ZOZ wyniósł 944.263 zł, w tym 428.587 zł wydatków kwalifikowalnych i 515.676 zł wydatków niekwalifikowalnych (wobec pierwotnie planowanych 447.188 zł wkładu własnego). Koszt Projektu stanowił 2,3% ogólnych kosztów funkcjonowania Szpitala w latach (2013 – 2015), które zamknęły się kwotą 147.948.124 zł. (dowód: akta kontroli str. 49-50, 270, 306-314)

1.1.8. Wzrost całkowitej wartości Projektu o 388.590 zł (z pierwotnie planowanych 2.984.331 zł) nie spowodował zwiększenia wydatków kwalifikowalnych. Przełożył się natomiast na wzrost o 512.601 zł wydatków niekwalifikowalnych (pierwotnie zaliczono tylko koszty sporządzenia wniosku o dofinansowanie – 3.075 zł), a ostatecznie także koszty:

- sporządzenia programu funkcjonalno-użytkowego (21.525 zł), którego koszt nie został uznany przez Instytucję Zarządzającą za wydatek kwalifikowalny, gdyż nie był wyszczególniony we wniosku o dofinansowanie,
- budowy kompleksowego systemu medycznego i wdrożenia e-usług (491.076 zł), w części w jakiej przekroczyły koszt tego elementu Projektu w stosunku do kosztu przyjętego we wniosku o dofinansowanie (wg studium wykonalności: budowa kompleksowego systemu medycznego – 1.125.450 zł, wdrożenie e-usług – 703.314 zł, zaś zawarta umowa opiewała na 2.319.840 zł).

W konsekwencji, poza wkładem własnym w wysokości 428.587 zł (kosztów kwalifikowalnych) Szpital poniósł także koszty niekwalifikowalne w kwocie 515.676 zł. (dowód: akta kontroli str. 49, 170, 304-314)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że wartość Projektu „w konkursie [...] nie mogła przekroczyć 3 mln zł. Z kolei zaplanowanych z Inżynierem Kontraktu zadań w ramach realizacji projektu było bardzo dużo, z uwzględnieniem kosztowej oraz czasochłonnej integracji między systemami dziedzinowymi HIS_LIS_RIS/PACKS. W ramach kosztów projektu została także zagwarantowana trzyletnia opieka serwisowa, co oznacza brak kosztów przy usuwaniu awarii oraz aktualizacji najnowszych wersji oprogramowania [...]. Ponadto zgłaszane podczas konsultacji z użytkownikami uwagi dotyczące nowych funkcjonalności systemu uwzględniały szereg nowych rozwiązań technicznych, niedostępnych w dotychczas użytkowanym systemie medycznym. Koszt ich zaimplementowania do nowego systemu nie był nam znany, dlatego w kwestii kosztów budżetu całego projektu oparliśmy się na szacunkach Inżyniera Kontraktu, które w ramach przeprowadzonego postępowania przetargowego na wdrożenie nowego systemu medycznego okazały się niedoszacowane [...]”. (dowód: akta kontroli str. 966-972)

1.1.9. W ramach Projektu SP ZOZ nabył następujące środki trwałe:

- 90 komputerów stacjonarnych Hewlett Packard i 22 drukarki laserowe (w tym: siedem formatu A3 OK i 15 – A4 Hewlett Packard), na podstawie umowy z 21 lipca 2014 r. z BIT S.A. (wynagrodzenie ryczałtowe 272.871 zł brutto),
- 25 tabletek medycznych Panasonic TOUGHBOOK CF-H2 MK3 HEALTH, na podstawie umowy z 21 lipca 2014 r. z Centrum Informatyki „ZETO” S.A. (wynagrodzenie ryczałtowe

¹⁶ Wg objaśnień w studium wykonalności, wskaźniki rezultatu oznaczały: [1] liczbę beneficjentów projektu, [2] liczbę osób (mieszkańców województwa podlaskiego) korzystających z informacji o SP ZOZ, udostępnionych na Portalu e-Usługi Medyczne w skali roku. Wskaźnik mierzony za pomocą rejestru systemowego, tzw. licznika wejść i logowań do portalu internetowego, który będzie rejestrował liczbę wejść tzw. „unikalnych użytkowników” na stronę i liczbę logowań. Po zmianie umowy o dofinansowanie (przesunięciu terminu zakończenia Projektu) wartość wskaźnika na 2015 rok zmniejszono na 800.

¹⁷ Zmieniano aneksami Nr UDA-RPPD.04.01.00-20-006/12-01 z 26 czerwca 2014 r. i Nr UDA-RPPD.04.01.00-20-006/12-02 z 20 maja 2015 r.

307.008 zł brutto). Umowa obejmowała: dostawę, instalację, uruchomienie i konfigurację urządzeń z oprogramowaniem. (dowód: akta kontroli str. 598-658)

Nabyte wyposażenie ujęto w ewidencji środków trwałych. W ramach rozbudowy i modernizacji sieci LAN oraz modernizacji serwerowni nastąpiło zwiększenie wartości budynków SP ZOZ: polikliniki, interny, intensywnej terapii, diagnostyczno-zabiegowego „E” i budynku łóżkowego szpitalnego „C”. Ten zakres Projektu zrealizowała BIT S.A., na podstawie umowy z 21 lipca 2014 r., z wynagrodzeniem ryczałtowym w wysokości 294.496 zł brutto¹⁸. Zasadniczy przedmiot umowy obejmował: zaprojektowanie i rozbudowę okablowania strukturalnego o 20 nowych Punktów Elektryczno-Logicznych; dostawę, instalację i konfigurację 10 przełączników sieciowych oraz jednego urządzenia UTM; zaprojektowanie i budowę sieci łączności bezprzewodowej, modernizację serwerowni. (dowód: akta kontroli str. 348, 659-715, 724-736, 737-743)

Wykonanie – zgodnie z zawartymi umowami – opisanych dostaw i usług potwierdzono protokołami odbiorów końcowych, co szerzej opisano w pkt. 1.1.11 niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Oględziny w wybranych komórkach organizacyjnych SP ZOZ potwierdziły rozdysponowanie i przekazanie do użytkowania nabytych środków trwałych¹⁹. Były one wykorzystywane w bieżącej pracy, z wyjątkiem dwóch komputerów stacjonarnych (spakowanych) w Sekcji MiA oraz niesprawnej drukarki formatu A3 (przygotowanej do serwisu). Kwestię wykorzystania tabletów opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 1075-1078)

1.1.10. Wartości niematerialne i prawne nabyte w ramach Projektu stanowił system medyczny z platformą e-usług w obszarze e-zdrowie, w którego skład weszły: [1] kompleksowy system medyczny AMMS²⁰ / INFOMEDICA (dalej „AMMS”), [2] analityczny System Informacji Zarządczej (dalej „SIZ”), [3] Laboratoryjny System Informatyczny Centrum, [4] Medyczny Portal Informacyjny (MPI), [5] System Identyfikacji Pacjentów, [6] System Informacji Pacjentów²¹, a także system zarządzania treścią CMS (służący do informowania i przekierowywania pacjentów ze strony głównej do systemów platformy e-Usług). Funkcje i wykorzystanie systemów wspomagających obsługę zarządczą SP ZOZ i obsługę pacjenta oraz ich wykorzystanie szerzej opisano w pkt. 2.1 i 2.2 niniejszego wystąpienia. (dowód: akta kontroli str. 465-587)

Zakres nabytego oprogramowania był zgodny z umową z 14 lipca 2014 r. na rozbudowę (budowę) i wdrożenie systemu medycznego z repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej, platformą e-Usług i systemem analitycznym (z wynagrodzeniem w wysokości 2.319.840 zł brutto²²). Jej zasadniczy przedmiot stanowiły: [1] rozbudowa (budowa) systemu medycznego – system informatyczny klasy HIS dla z informatyzowania całości procesów związanych z obsługą pacjenta i prowadzeniem dokumentacji medycznej wraz z repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym: integracja systemu medycznego z istniejącym systemem RTG, budowa i wdrożenie platformy e-usług, [2] budowa i wdrożenie systemu analitycznego z integracją z systemami: medycznym i administracyjnym, [3] dostawa, instalacja i wdrożenie systemów: identyfikacji pacjentów i informacji dla pacjentów, [4] dostawa i wdrożenie platformy serwerowej (sprzętowej) systemów. Umowa obejmowała przeprowadzenie analizy przedwdrożeniowej, dostawę, instalację i konfigurację infrastruktury sprzętowej z oprogramowaniem, implementację oraz wdrożenie oprogramowania aplikacyjnego i oprogramowania warstwy integracji, opracowanie oraz wykonanie testów systemowych i akceptacyjnych wdrożonego

¹⁸ Tj. o 33.913,56 zł mniej niż przyjęto w studium wykonalności (rozbudowa i modernizację sieci LAN – 279.210 zł, modernizacja serwerowni – 49.200 zł).

¹⁹ W poddanych oględzinom pomieszczeniach (Rejestracja Poradni, Izba Przyjęć, Apteka, Sekcja ds. Marketingu i Analiz, Laboratorium, oddziały: Geriatrii, Kardiologii, Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Urologii) zlokalizowano: 40 komputerów stacjonarnych, 15 czytników kodów kreskowych, sześć drukarek formatu A3, dwie drukarki formatu A4, pięć drukarek kodów kreskowych, dwie drukarki opasek z kodem kreskowym dla pacjentów, dwa czytniki OCR, 16 tabletów.

²⁰ Asseco Medical Management Solutions.

²¹ W ramach systemu medycznego z platformą e-usług mieściła się także platforma serwerowa (trzy serwery) i odrębny serwer treści dla Systemu Informacji Pacjentów.

²² Tj. o 491.076 zł więcej niż przyjęto w studium wykonalności (budowa kompleksowego systemu medycznego – 1.125.450 zł, wdrożenie e-usług – 703.314 zł).

oprogramowania, wykonanie dokumentacji powykonawczej i użytkowej, przeprowadzenie instruktaży stanowiskowych i udzielenie licencji i przeniesienie na Szpital praw autorskich.
(dowód: akta kontroli str. 466-489, 491, 567-586, 720-723)

Zrealizowanie przedmiotu umowy zgodnie z jej postanowieniami zostało potwierdzone protokołem odbioru końcowego, którego podpisanie poprzedziły odrębne protokołowe odbiory poszczególnych etapów.
(dowód: akta kontroli str. 567-587)

1.1.11. Wykonawcy zaangażowani do realizacji poszczególnych zadań w ramach Projektu wywiązali się z ich wykonania w terminach umownych. Odbiorów końcowych dokonano: [a] 90 komputerów stacjonarnych i 22 drukarek laserowych – 1 września 2014 r., [b] 25 tableatów medycznych – 17 listopada 2014 r., [c] rozbudowy i modernizacji sieci LAN oraz modernizacji serwerowni – 28 października 2014 r., [d] systemu medycznego z platformą e-usług w obszarze e-Zdrowie – 11 maja 2015 r. (po uprzednim dwukrotnym przesunięciu terminu do 27 marca i 12 maja 2015 r.)
(dowód: akta kontroli str. 567, 627-631, 656-658, 711-715)

Powodem dwukrotnego przesuwania terminu realizacji systemu medycznego z platformą e-usług w obszarze e-Zdrowie było – niezależne od stron umowy – opóźnienie integracji Projektu z realizowanym przez UMWP projektem PSI e-Zdrowie, wynikające z opóźnień wdrożenia PSI e-Zdrowie (z tego samego powodu aneksowano umowę o dofinansowanie).
(dowód: akta kontroli str. 255-259, 265, 561-566)

1.1.12. W umowie w sprawie rozbudowy i wdrożenia systemu medycznego (§ 15) ustalono, że w okresie gwarancji wykonawca zapewni asystę stanowiskową, rozumianą jako: konsultacje merytoryczne w zakresie funkcjonowania oprogramowania aplikacyjnego, wsparcie w testowaniu oprogramowania aplikacyjnego, wsparcie przy indywidualnym dostosowaniu środowiska pracy, wsparcie przy konfiguracji i parametryzacji dostarczonego rozwiązania i dodatkowych pracach wdrożeniowych. Nie zawarto natomiast postanowień dotyczących tzw. asysty powdrożeniowej, tj. dających możliwość dostosowania wdrażanego oprogramowania do zmieniających się potrzeb użytkowników końcowych (personelu medycznego), w ramach realizacji przedmiotu umowy. (dowód: akta kontroli str. 466-489)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: „nie przewidziano kosztu wsparcia konsultantów w zakresie dostosowania oprogramowania do potrzeb użytkowników”, gdyż zwiększyłoby ono znacząco budżet Projektu, „dodatkowe wsparcie polegające na dostosowaniu oprogramowania do indywidualnych potrzeb użytkowników na początkowym etapie funkcjonowania systemu medycznego, w którym użytkownicy zyskują praktyczne umiejętności pracy w systemie, nie jest niezbędne”, „przyjęcie na etapie projektowania systemu założenia wydatkowania dodatkowych kosztów wsparcia konsultantów w zakresie dostosowania oprogramowania do potrzeb użytkowników, bez znajomości zakresu usługi oraz jej zasadności, mogłoby być narażeniem SP ZOZ [...] na nieuzasadnione wydatki”. Z dwuletniej pracy z nowym systemem medycznym wynika, że decyzja o pominięciu kosztów wsparcia w tym zakresie „była słuszną”. Wdrożenie Projektu „nie kończy wdrażania nowych funkcjonalności systemu medycznego. One będą cały czas rozwijane [...]”. (dowód: akta kontroli str. 966-972, 1230-1233)

1.1.13. Stosownie do wymogów umowy o dofinansowanie, SP ZOZ prowadził działania promocyjne „Projektu”, polegające m.in. na: zamieszczeniu informacji o źródłach współfinansowania Projektu na swojej stronie internetowej (www.zozmswia.bialystok.pl), zamieszczeniu – w swojej siedzibie – tablicy pamiątkowej z informacjami o współfinansowaniu Projektu ze środków Unii Europejskiej (dodatkowo tabliczka informacyjna na drzwiach serwerowni), oznakowaniu zakupionych środków trwałych plakietkami informacyjnymi. Informacje o uruchomieniu MPI (z możliwością e-rejestracji do poradni specjalistycznych) zaprezentowano na stronie internetowej Szpitala, w informacjach prasowych i na monitorach Systemu Informacji Pacjentów, a także zamieszczano na wydawanych przy rejestracji wydrukach potwierdzających wizytę w poradni. (dowód: akta kontroli str. 351-352, 1082-1085, 1090-1096, 1162, 1446-1447)

1.1.14. Projekt został zrealizowany z zachowaniem wymogów wynikających z umowy o dofinansowanie), co zostało zweryfikowane przez kontrolę Instytucji Zarządzającej (w III kwartale 2015 roku). Według jej ustaleń m.in:

- Projekt zrealizowano z zachowaniem terminów umownych, zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym,
- wydatki poniesiono w okresie kwalifikowalności i zgodnie z założeniami przyjętymi w budżecie Projektu; ich poziom był zgodny z wnioskiem o dofinansowanie,
- inwestycję zrealizowano zgodnie z zakresem rzeczowym określonym umową o dofinansowanie,
- zgodnie z wymogami opisano dokumenty księgowe, potwierdzające poniesienie wydatków na realizację Projektu,
- prowadzono wyodrębnioną ewidencję księgową dla Projektu, a nabyte środki trwałe, wartości niematerialne i prawne oraz zwiększenie wartości budynków (rozbudowa oraz modernizacja sieci LAN i serwerowni) ujęto w ewidencji środków trwałych.

Instytucja Zarządzająca, po przeprowadzeniu kontroli w SP ZOZ (od 28 lipca do 4 września 2015 r.), potwierdziła zrealizowanie Projektu zgodnie z umową o dofinansowanie, w tym z harmonogramem rzeczowo-finansowym. Nie stwierdzono nieprawidłowości lub uchybień. W latach 2013 – 2016 nie prowadzono innych kontroli zewnętrznych związanych z informatyzacją Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 332-354)

1.1.15. SP ZOZ nie zawarł porozumienia (umowy) z Zarządem Województwa Podlaskiego, na podstawie którego UMWP byłby upoważniony do przetwarzania danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, na poziomie regionalnym w PSI e-Zdrowie²³. Nie podejmował też inicjatywy w tym zakresie. Pismo UMWP w tej sprawie, wraz treścią porozumienia i umowy, Szpital otrzymał 3 stycznia 2017 r. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że: „wymogi projektu realizowanego przez SP ZOZ [...] zostały zrealizowane we wszystkich punktach [...] podpisanie porozumienia nałożyłoby na SP ZOZ [...] ciężar finansowego współfinansowania kosztów utrzymania platformy regionalnej, które przed podpisaniem porozumienia nie są znane. Nie wykluczamy podpisania porozumienia, jednak po wcześniejszej dokładnej analizie, jakie koszty wiązałyby się z szerszym zakresem integracji z platformą regionalną (podpięcie pod e-rejestrację platformy regionalnej), jakie koszty utrzymania platformy regionalnej przypisane byłyby do SP ZOZ [...] oraz jakie byłyby z tego tytułu korzyści. [...] trwa analiza projektu porozumienia [...]”.

(dowód: akta kontroli str. 389, 966-972, 1230-1233)

1.1.16. SP ZOZ był uwidoczniiony – na platformie regionalnej – w wykazie podmiotów leczniczych, w grupie „pozostałe”, jednak pacjenci nie mieli możliwości aktywowania swojego konta na portalu pacjenta tej platformy, a tym samym korzystania z konta z pełnymi funkcjonalnościami (z dostępem do elektronicznej dokumentacji medycznej poprzez platformę regionalną). W toku kontroli NIK – po usunięciu „awarii integracji” – potwierdzona została możliwość aktywacji takiego konta, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, m.in. że od zakończenia wdrażania Projektu (12 maja 2015 r.) w SP ZOZ nie odnotowano „żadnego wniosku pacjenta o podłączenie do e-rejestracji Podlaskiego Systemu Informatycznego E-Zdrowie ani żadnego wniosku o wymianę dokumentacji medycznej z platformą regionalną”.

(dowód: akta kontroli str. 966-972, 1075, 1234-1238)

Możliwości e-rejestracji SP ZOZ zapewnił w ramach MPI, będącego elementem systemu informatycznego nabytego w ramach własnego Projektu, co szerzej opisano w pkt. 2.2.6 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

²³ Porozumienie (umowy) w sprawie przetwarzania danych na poziomie regionalnym, „w celu i w zakresie niezbędnym do ochrony stanu zdrowia pacjentów, świadczenia usług medycznych i leczenia pacjentów oraz zarządzania udzielaniem usług medycznych”, zostały zawarte pomiędzy Województwem Podlaskim a podmiotami realizującymi projekt Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niewdrożeniu w pełnym zakresie do bieżącej pracy w Szpitalu 25 tabletek medycznych, zakupionych w ramach Projektu za 307.008 zł. Urządzenia te miały umożliwić korzystanie z systemu medycznego AMMS i wprowadzanie danych bezpośrednio przy pacjencie, m.in.: wyszukiwanie i identyfikację pacjentów po kodzie kreskowym, zlecenie badań, zlecenie leków, przegląd wystawionych zleceń, przegląd wyników badań, wprowadzanie wyników pacjenta. W trakcie oględzin w wybranych komórkach organizacyjnych Szpitala, do których przekazano 16 takich urządzeń, personel korzystał z jednego. W dyspozycji personelu pozostawało kolejnych 11 tabletek, większość z nich przechowywano w szafkach, a próby uruchomienia niektórych losowo wybranych urządzeń wykazały konieczność podłączenia do sieci elektrycznej (rozładowane baterie) bądź problem ze zmianą hasła. Cztery tabletki były niedostępne personelowi, gdyż kierujący Apteką oraz Oddziałem Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii przebywali na dwudniowych szkoleniach. Okoliczności te wskazywały na możliwość niewykorzystywania tych urządzeń w codziennej pracy. Kierownik Sekcji MiA wyjaśnił, że po przekazaniu tabletek do użytkowania, ich użytkownicy zgłaszali uwagi dotyczące trudności w ich wykorzystywaniu, m.in.: nieporęczność, mała wrażliwość na dotyk ekranów, utrudniające funkcjonowanie liczne aktualizacje oprogramowania wspomagającego (Java). Niedogodności „w bieżącym użytkowaniu sprzętu wynikały przede wszystkim z charakteru tabletek medycznych, których budowa i przeznaczenie wymagały, aby sprzęt mógł być sterylizowany bez utraty funkcji dotykowych tabletki, a także umożliwiał bezpieczne użytkowanie przy pacjencie i w warunkach niekontrolowanego upadku. [...] Po wstępnym okresie testowania tabletek oraz ich funkcjonalności można wyciągnąć wnioski, że tabletki medyczne mogą usprawnić obsługę pacjentów w medycznym systemie AMMS. [...] najbardziej zaangażowane w wykorzystaniu tabletek do bieżącej pracy z systemem są: Oddział Geriatrii oraz Oddział Kardiologii [...] Zaplanowano zebranie opinii dotyczących wykorzystania tabletek, „na podstawie których zostanie opracowany plan wykorzystywania ich w większym zakresie do bieżącej pracy systemu (uwagi z obchodów, zlecenie leków, odnotowania podania leków)”. (dowód: akta kontroli str. 1075-1078, 1080-1081)

NIK zwraca uwagę na pilność podjęcia takich działań, bowiem tabletki (przekazane do użytkowania od listopada 2014 roku do kwietnia 2015 roku) zostały objęte trzyletnią gwarancją, która kończy się w listopadzie 2017 roku. Zachodzi zatem obawa, że ewentualne ujawnienie się wad może nastąpić po upływie gwarancji.

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

Opis stanu
faktycznego

1.2.1 Na dokumentację opisującą sposób przetwarzania danych osobowych oraz środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych takich danych, o której mowa w § 1 pkt 1 w zw. z § 3-5 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakimi powinny odpowiadać urządzenia i systemu informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych²⁴, w SP ZOZ składały się: Polityka Bezpieczeństwa Informacji, Polityka Bezpieczeństwa Systemów Teleinformatycznych i Procedura zarządzania ryzykiem związanym z bezpieczeństwem informacji (zaktualizowane po wdrożeniu systemów informatycznych objętych Projektem)²⁵, dalej zwane „Polityką BI SP ZOZ”. Obejmowały one m.in. elementy polityki bezpieczeństwa (określone w § 4 pkt 1-2 i 4-5 powołanego rozporządzenia), a także elementy instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych (określone w § 5 tego rozporządzenia).

W szczegółowych ustaleniach tej dokumentacji znalazły się m.in.: [a] zapisy dotyczące bezpieczeństwa fizycznego i środowiskowego (wydzielono cztery kategorie stref bezpieczeństwa, odnoszące się do pomieszczeń i ustalono zasady kontroli dostępu

²⁴ Dz. U. Nr 100, poz. 1024. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych”

²⁵ Wprowadzone z dniem 1 lipca 2015 r., zarządzeniem nr 50/2015 Dyrektora Szpitala w sprawie wprowadzenia Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji w SP ZOZ. Regulacje te zastąpiły wcześniej obowiązujące, wprowadzone zarządzeniem nr 107/2011 z 30 grudnia 2011 r.

do nich), [b] zasady zarządzania dostępem do zasobów informacyjnych, nadawania: upoważnień do przetwarzania informacji (w tym danych osobowych), upoważnień do przebywania w obszarze przetwarzania takich danych, uprawnień użytkownika systemu teleinformatycznego oraz reguły dotyczące ustalania i zmiany haseł dostępu, [c] procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przez użytkowników systemu, [d] procedury używania, przechowywania i niszczenia informatycznych nośników danych.

(dowód: akta kontroli str. 819-948)

Ustalono także zasady wykonywania, przechowywania i testowania kopii zapasowych, w myśl których m.in.: [a] kopie bezpieczeństwa zbiorów danych oraz kopie systemów teleinformatycznych są wykonywane całościowo po stronie serwera, na którym się znajdują, na taśmach magnetycznych lub zewnętrznych dyskach twardych, [b] kopiowanie następuje automatycznie każdego dnia o określonej porze, [c] zaleca się przechowywanie kopii zapasowych poza pomieszczeniami serwerowni.

(dowód: akta kontroli str. 926-927)

Powołany – w trakcie kontroli NIK – biegły w dziedzinie bezpieczeństwa systemów informatycznych w opinii stwierdził, że wdrożone regulacje wewnętrzne pozwalają na realizację celów zapisów § 20 ust. 2 pkt 5, 7, 12 lit. b, e rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych²⁶ (dalej: „rozporządzenie w sprawie KRI”), dotyczących zapewnienia ochrony przetwarzanych informacji oraz odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych. Nie uwzględniono w niej natomiast zapisów § 20 ust. 2 pkt 12 lit. a tego rozporządzenia w zakresie serwerów obsługujących system HIS (AMMS). Biegły stwierdził przypadki stosowania praktyk odbiegających od wewnętrznych regulacji. Kwestie te szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Biegły ustalił m.in., że: [1] wdrożono i dokumentuje się pisemne procedury nadawania, zmiany i odbierania dostępu do systemu HIS, jednak wystąpienie aktywnych kont osób, które nie są już zatrudnione w SP ZOZ wskazuje na konieczność uszczelnienia tych procedur (ryzyko nieuprawnionego dostępu do systemu ogranicza mechanizm blokujący dostęp do systemu po 30 dniach nieaktywności użytkownika) [2] minimalizację utraty danych na skutek awarii realizuje się przez redundancję komponentów serwerów systemu HIS, które najczęściej ulegają awariom (zasilacze, karty sieciowe, dyski twarde), [3] serwerownia była zabezpieczona przed nieupoważnionym dostępem, a środowisko pracy serwerów było monitorowane, [4] kopie bezpieczeństwa systemu HIS wykonywano codziennie, a poprawność ich wykonania weryfikowano raz w tygodniu za pomocą konsoli oprogramowania służącego do zarządzania systemem kopii bezpieczeństwa (kopie przechowywano poza serwerownią, na dwóch niezależnych zasobach sieciowych wyposażonych w dwa dyski twarde – każdy).

(dowód: akta kontroli str. 956-962)

W SP ZOZ nie przechowywano zgód pacjenta na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym (nie zawarto porozumienia w sprawie przetwarzania takich danych na poziomie regionalnym). Według wyjaśnienia Dyrektora SP ZOZ, do końca 2016 roku do tej jednostki nie zgłosiły się osoby zainteresowane dostępem do dokumentacji medycznej poprzez platformę regionalną.

(dowód: akta kontroli str. 966-972)

1.2.2. Usuwanie błędów i usterek oprogramowania oraz dostarczanie i instalowanie aktualizacji oprogramowania było realizowane w ramach 36-miesięcznej gwarancji, której bieg rozpoczął się po dniu odbioru końcowego, tj. od 12 maja 2015 r. Od tej daty do końca 2016 roku SP ZOZ zgłosił wykonawcy 398 błędów lub usterek, w tym 46 awarii krytycznych i 352 problemy serwisowe. Większość dotyczyła modułów systemu AMMS (sporadycznie MPI, CMS i Systemu analitycznego). Wszystkie zostały usunięte przez wykonawcę. Najwięcej zgłoszeń awarii krytycznych odnotowano w II i IV kwartale 2015 roku (po dziewięć), a problemów serwisowych w III kwartale 2015 roku (75). Częstotliwość zgłoszeń malała wraz z czasem użytkowania systemu i najniższe wartości osiągnęła w IV kwartale 2016 roku – cztery awarie krytyczne i 32 problemy serwisowe. Ponadto

²⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 113, ze zm.

zgłoszono 81 postulatów zmian, których intensywność malała wraz z czasem użytkowania systemu, np. od 15 maja do 30 czerwca 2015 r. zgłoszono ich 37, a w całym 2016 roku – 18. Zgłoszeń dokonywał kierownik Sekcji MiA (w przypadku jego nieobecności informatyk). Raporty udostępnione przez wykonawcę nie zawierały informacji o dacie usunięcia zgłoszonych awarii lub rozwiązania zgłoszonych problemów.

(dowód: akta kontroli str. 478-484, 973-1008)

Kierownik Sekcji MiA wyjaśnił, że SP ZOZ „nie dysponuje własną ewidencją dotyczącą awarii i błędów systemów informatycznych. W przypadku najczęściej występujących błędów w systemie AMMS wykorzystywany jest system IPS firmy Zeto do zgłaszania awarii lub usterek. W przypadku pilnych zgłoszeń – na przykład w nocy, poza godzinami pracy lub w weekendy – zgłoszenia odbywają się telefonicznie z pominięciem systemu IPS – skala tego typu zgłoszeń telefonicznych dotyczy około 10% zgłoszeń w systemie”. [...] W przypadku awarii krytycznych systemu AMMS – jako najważniejszym w kompleksowym systemie medycznym w SP ZOZ [...] – wyłączenia systemu nie trwały dłużej niż kilka godzin (wynikało to z awarii, ale także planowanych przerw na wykonanie aktualizacji systemu)”.

(dowód: akta kontroli str. 1164-1165)

SP ZOZ był przygotowany na długotrwały brak zasilania. Był podłączony do dwóch niezależnych przyłączy energii elektrycznej (z odrębnych stacji). Według oświadczenia kierownika Działu Eksploatacji, w przypadku uszkodzenia jednej z linii zasilających – druga w całości zabezpiecza dostawę energii elektrycznej. Szpital wyposażono w automatycznie załączające się agregaty prądotwórcze, odpowiednio o mocy 340 kVA i 55 kVA. Zapotrzebowanie mocy – na podstawie danych układów pomiarowych – wynosiło 436 kVA. W zakresie sieci komputerowej, w celu zapewnienia nieprzerwanej pracy na komputerach, główny serwer wyposażono w UPS 60 kVA, a sieć komputerową dedykowaną – w UPS 40 kVA (oba z trzygodzinnym podtrzymaniem). SP ZOZ spełnił zatem wymóg posiadania rezerwowego źródła zaopatrzenia w energię elektryczną, zapewniającego co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej, a także urządzeń zapewniających odpowiedni poziom bezprzerwowego podtrzymania zasilania²⁷.

Agregaty prądotwórcze były testowane średnio co trzy tygodnie. Dokumentowano to wpisami w rejestrze uruchomień. Według oświadczenia kierownika Działu Eksploatacji, w ostatnich trzech latach odnotowano jedną sześciogodzinną przerwę w dostawie energii elektrycznej, o której SP ZOZ został uprzedzony. Kilkakrotnie wystąpiły krótkotrwałe (kilkusekundowe) zaniki na jednej z linii zasilających, co nie spowodowało zakłóceń w pracy Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 1009-1018)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Obowiązująca Polityka BI SP ZOZ (o której mowa w § 3 ust. w zw. z § 1 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych) była niekompletna, bowiem nie zawierała opisu struktury zbiorów danych, wskazującego zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązań między nimi, wymaganego § 4 pkt 3 powołanego rozporządzenia. Przewodniczący Zespołu ds. Bezpieczeństwa Informacji (starszy technik informatyk) wyjaśnił, że brak ten spowodowany był dużym zakresem realizowanych zadań i obowiązków związanych z obsługą systemu AMMS, a opracowanie tej części dokumentacji wymaga „dużej czasochłonności”.

(dowód: akta kontroli str. 819-944, 964-965)

2. W wewnętrznych regulacjach SP ZOZ, których celem jest określenie sposobów wypełnienia zapisów § 20 ust. 2 pkt 5, 7, 12 lit. b, e rozporządzenia w sprawie KRI, nie uwzględniono zapisów, o których mowa w § 20 ust. 2 pkt 12 lit. a tego rozporządzenia (dotyczących zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa

²⁷ Stosownie do wymogów § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

w systemach teleinformatycznych, polegającego na dbałości o aktualizację oprogramowania) w zakresie serwerów obsługujących system HIS²⁸.

(dowód: akta kontroli str. 960-961)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił: „obecnie mamy świadomość, że [...] dokumenty wymagają przeglądu oraz uaktualnienia wskazanych zapisów. Za opóźnienia w aktualizacji dokumentów winny jest natłok innych pilnych obowiązków informatycznych, który nie pozwolił do chwili obecnej na dokonanie zmiany”. (dowód: akta kontroli str. 1208-1211)

3. Praktyczne działania podejmowane w celu wypełnienia badanych wymogów rozporządzenia w sprawie KRI odbiegały od zapisów w wewnętrznych regulacjach (Polityka Bezpieczeństwa Informacji, Polityka Systemów Teleinformatycznych), zwanych dalej „badaną dokumentacją”. I tak w zakresie:

a) § 20 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie KRI – stwierdzono funkcjonowanie 34 aktywnych kont w systemie HIS (AMMS) osób, które na dzień badania nie były pracownikami SP ZOZ i rozbieżność pomiędzy regulacjami dotyczącymi nadawania, zmiany i odbierania dostępu do systemu HIS a przyjętymi i stosowanymi w jednostce praktykami w tym zakresie (ryzyko nieuprawnionego dostępu do systemu ogranicza mechanizm blokujący dostęp do systemu po 30 dniach nieaktywności użytkownika);

b) § 20 ust. 2 pkt 7 rozporządzenia w sprawie KRI – stwierdzono, że: [1] dostęp do stacji roboczych nie był zabezpieczony hasłem, co było w sprzeczności z badaną dokumentacją i uniemożliwiało skuteczną blokadę stacji roboczej w przypadku zaistnienia takiej potrzeby, [2] użytkownicy stacji roboczych posiadali uprawnienia administracyjne do systemów operacyjnych, [3] automatyczna blokada dostępu do systemu HIS następowała po dłuższym czasie (30 min) niż określony w badanej dokumentacji (15 minut), [4] jakość haseł w systemie HIS nie spełniała wymogów określonych w badanej dokumentacji, [5] logi systemowe i aplikacji były analizowane doraźnie co pozostawało w sprzeczności z badaną dokumentacją (zakładającą regularne przeglądy),

c) § 20 ust. 2 pkt 12 lit. a, b, e rozporządzenia w sprawie KRI – stwierdzono, że badana dokumentacja: [1] wymaga uzupełnienia o podanie okresu, co jaki należy weryfikować poprawność działania procesów wykonujących kopię bezpieczeństwa, [2] wymaga testowego awaryjnego odtwarzania systemu informatycznego co sześć miesięcy, a testy takie nie są wykonywane ze względu na brak niezbędnej infrastruktury, [3] nie opisuje wyjątków od wymogu instalacji oprogramowania antywirusowego na serwerach systemu HIS. (dowód: akta kontroli str. 961-962)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że [1] aktywne konta dotyczą głównie osób, które już nie były pracownikami SP ZOZ (m.in. lekarzy, ratowników medycznych) zatrudnionych na umowach cywilno-prawnych, a w przypadku zakończenia przez nich pracy nie jest wypełniana tzw. obiegówka. Tym samym nieprawidłowości „wyniknęły w głównej mierze z braku właściwej komunikacji pomiędzy administratorem systemu HIS, a komórką kadrową”. W związku z tym podjęty zostanie dodatkowy nadzór nad weryfikacją kont użytkowników tego systemu; [2] „Aby w pełni rozwiązać problem braku haseł na stacjach roboczych użytkowników systemu HIS oraz ograniczyć posiadane przez użytkowników uprawnienia administracyjne konieczne jest pokrycie wysokich kosztów finansowych na zakup specjalnego serwera do administrowania komputerami w sieci zakładowej – w chwili obecnej Zakładu nie stać na takie koszty”; [3] parametr automatycznej blokady dostępu (po 30 minutach bezczynności) jest modyfikowalny. „Czas blokowania został ustawiony na dłuższy okres [...] tylko tymczasowo i to ze względu na konieczność oswojenia użytkowników do takiego działania systemu. Ten czas będzie sukcesywnie skracany [...]”; [4] w zakresie „silnego hasła” brakuje konieczności używania dużej litery, co wynika z dużej liczby użytkowników systemu i różnego stopnia umiejętności obsługi systemu. „Docelowo polityka silnego hasła będzie realizowana w pełnym zakresie”; [5] logi systemowe i aplikacje są analizowane w miarę zaistnienia potrzeby, co wynika „z braku

²⁸ W badanych dokumentach nie było opisu działań zapewniających odpowiedni poziom bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych, polegającego na dbałości o aktualizację oprogramowania (zapisy takie powinny wskazywać m.in. osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie aktualizacji i sposoby monitorowania aktualności systemów operacyjnych).

odpowiedniej ilości kadry informatycznej i czasu na tego typu czynności"; [6] w „dokumentacji istnieje konieczność aktualizacji zapisu dotyczącego okresu, w jakim powinna nastąpić weryfikacja poprawności działania procesów wykonujących kopię zapasową, jednak zweryfikowane działania informatyków w Zakładzie potwierdzają, że taka weryfikacja następuje minimum raz w tygodniu”; [7] wymóg awaryjnego odtwarzania systemu informatycznego raz na sześć miesięcy jest niemożliwy do realizacji ze względu na brak środowiska testowego. „Pełne środowisko testowe dla tego wymogu oznacza konieczność zakupu stosownej infrastruktury (serwer fizyczny + dwa serwery wirtualne), na co w chwili obecnej w Zakładzie nie ma środków finansowych”; [8] istnieje konieczność uzupełnienia dokumentacji o zapisy dotyczące stosowania wyjątków od instalacji oprogramowania antywirusowego na serwerach systemu HIS.

(dowód: akta kontroli str. 1208-1213)

Ocena cząstkowa

SP ZOZ rzetelnie zdiagnozował stan istniejący, określił cele do osiągnięcia w ramach Projektu i działania służące do ich realizacji. Zrealizował Projekt z zachowaniem zasadniczych wymogów umowy o dofinansowanie. Nabyte środki trwale przekazano do użytkowania i wykorzystywano w bieżącej pracy Szpitala, z wyjątkiem tabletów medycznych, co do których po ponad 26 miesiącach od nabycia (okresie testowania), przewiduje się podjęcie działań w celu użytkowania w sposób zakładany w Projekcie.

Polityka BI SP ZOZ nie zawierała opisu struktury zbiorów danych wskazującego zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązań między nimi, wymaganego § 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych i zapisów, o których mowa w § 20 ust. 2 pkt 12 lit. a rozporządzenia w sprawie KRI (dotyczących zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych, polegającego na dbałości o aktualizację oprogramowania) w zakresie serwerów obsługujących system HIS. W Polityce BI wprowadzono rozwiązania zapewniające odpowiedni poziom bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych, jednak na skutek stosowania odmiennych – od przyjętych w uregulowaniach wewnętrznych – praktyk w tym zakresie lub braku niezbędnej infrastruktury technicznej, nie w pełni zabezpieczono przed utratą lub dostępem osób nieuprawnionych dane znajdujące się w tych systemach. Prawidłowo natomiast zminimalizowano ryzyko przerw dostaw energii elektrycznej.

2. Wykorzystywanie przez SP ZOZ rozwiązań informatycznych

2.1. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę SP ZOZ-u

Opis stanu faktycznego

2.1.1. Projekt, poza Systemem Informacji Zarządczej (SIZ), nie obejmował oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę SP ZOZ. W tym zakresie użytkowano, wdrożony w latach 2011 – 2012, system SIMPLE.ERP, który obejmował moduły: finanse i księgowość (rachunkowość jednostki), info (funkcjonalność umożliwiająca pobieranie danych z obszaru finanse i księgowość), majątek trwały (ewidencja majątku trwałego), obrót towarowy (gospodarka magazynowa, zapasy, wystawianie faktur, ewidencja produktów) i personel (zatrudnienie i wynagrodzenia pracowników). Do systemu od stycznia 2014 roku dodano moduł e-PIT (rozliczenia roczne podatku dochodowego od osób fizycznych pracowników), a od lipca 2016 roku – Jednolity Plik Kontrolny (comiesięczne dane ewidencji zakupu i sprzedaży VAT, faktur sprzedaży). (dowód: akta kontroli str. 768-806)

Koszty jednostkowych procedur medycznych były wyliczane przez pracowników Działu Finansowego ręcznie. Jednak – jak wyjaśnił Dyrektor SP ZOZ – „trwają przygotowania, aby opracowane w ten sposób koszty jednostkowych procedur medycznych mogły być objęte możliwością wprowadzenia ich do informatycznego systemu administracyjnego służącego do rozliczania tych procedur”. (dowód: akta kontroli str. 1239)

Według wniosku o dofinansowanie, Projekt obejmować miał też system elektronicznego obiegu dokumentów. Jednak od 2 stycznia 2017 r. wdrożono system elektronicznego zarządzania dokumentacją – EZD (przekazany do nieodpłatnego korzystania przez Wojewodę Podlaskiego). (dowód: akta kontroli str. 294, 807-818)

Jednym z systemów nabytych przez SP ZOZ w ramach Projektu był analityczny System Informacji Zarządczej (SIZ) – zintegrowany z nabytym systemem AMMS i wcześniej użytkowanym SIMPLE.ERP, który miał zapewnić możliwość generowania raportów zarządczych, korzystający z danych administracyjnych i medycznych. SIZ obejmował sześć pulpitów tematycznych, takich jak: rachunkowość finansowa; rachunkowość zarządcza; budżet; kadry i płace; statystyka medyczna; rozliczenia z NFZ. Z dwóch z nich (statystyka medyczna, rozliczenia z NFZ) istniała możliwość generowania – 46 raportów, przy czym za 2016 rok bez raportów wykorzystujących dane z systemu SIMPLE.ERP. Wykorzystywanie SIZ szerzej opisano poniżej, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 1033-1074)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na ograniczonym wykorzystywaniu możliwości SIZ w bieżącej pracy SP ZOZ. Na dzień oględzin (18 stycznia 2017 r.) nie było możliwości wygenerowania z SIZ raportów z zakresu czterech z sześciu pulpitów tematycznych (rachunkowość finansowa; rachunkowość zarządcza; budżet; kadry i płace), w tym raportów dotyczących: kosztów ogółem, kosztów według rodzajów, przychodów ogółem, wyniku finansowego, a z pozostałych dwóch pulpitów tematycznych (statystyka medyczna, rozliczenia z NFZ) raportów w zakresie, w jakim obejmowały dane z systemu SIMPLE.ERP za 2016 rok.

Kierownik Sekcji MiA wyjaśnił, że konsultanci wdrażający system SIZ przeszkolili go w zakresie budowania raportów analitycznych w oparciu o dane zaczytywane do systemu SIZ, „jednak brak danych zasysanych na początkowym etapie nie pozwolił na generowanie tych raportów w momencie wdrażania tego systemu. Z kolei po okresie wdrażania nie było pilnych potrzeb generowania nowych raportów, a potrzeby Zakładu były oparte o raporty wbudowane w system SIZ (46 raportów). W chwili obecnej istnieje możliwość generowania dodatkowych raportów przez konsultantów producenta, jednak odpłatnie, co w przypadku tych samych raportów generowanych z innych systemów jest niecelowe. [...] SIZ jest systemem pomocniczym, a nie podstawowym dla użytkowników Zakładu. W przypadku raportów kosztowych nie da się wygenerować raportów za rok 2016, ze względu na brak tych danych w systemie SIZ, co wynika z trudności technicznych związanych z przekazywaniem rzeczywistych danych przez użytkowników. Raporty kosztowe za 2015 rok są osiągalne w SIZ. Generowanie nowych – dedykowanych konkretnym potrzebom – raportów z systemu SIZ jest planowane w momencie zakończenia wdrażania pozostałych funkcjonalności kompleksowego systemu medycznego [...], co pozwoli uzyskać końcowy efekt funkcjonalny systemu SIZ. W tym zakresie planowane będą dodatkowe szkolenia”.

Szpital zakupił licencję na użytkowanie SIZ przez jednocześnie pięciu korzystających użytkowników, podczas gdy w praktyce korzystały z systemu dwie osoby (kierownik Sekcji MiA, Dyrektor SP ZOZ). Kierownik Sekcji MiA wyjaśnił, że SIZ zakupiono „przede wszystkim do celów monitorowania medycznych danych statystycznych, ale również pełni rolę w przekazywaniu danych na platformę regionalną [...]”. W chwili planowania ilości licencji nie było wiadomo, w jakim zakresie i kto będzie ostatecznym użytkownikiem systemu SIZ. W miarę wdrażania systemu i określenia roli SIZ jako systemu pomocniczego, dane z SIZ były wykorzystywane przez dwóch użytkowników – szczególnie w zakresie zbiorczych raportów o ilości porad, hospitalizacji, ilości elementów leczenia i aktywności lekarzy w zakresie leczenia pacjentów. Duży zakres nałożonych na mnie obowiązków nie pozwalał na dalsze dynamiczne rozwijanie systemu SIZ oraz rozwiązywanie problemów podczas bieżącego użytkowania systemu SIZ”.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa jednak, że według informacji UMWP na 30 stycznia 2017 r. na platformie regionalnej nie było żadnych danych SP ZOZ. Podważa to zatem stwierdzenie w wyjaśnieniu, iż SIZ „pełni rolę w przekazywaniu danych na platformę regionalną”.
(dowód: akta kontroli str. 1033-1035, 1040-141, 1165-1166, 1207)

2.2. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

2.2.1. Do wspomaganie obsługi pacjenta w ramach Projektu wdrożono i wykorzystywano system medyczny z platformą e-usług w obszarze e-zdrowie, w którego skład weszły:

1. AMMS²⁹ (zastąpił wcześniej wykorzystywany system SOLMED) – pozwalający na z informatyzowanie całości procesów związanych z obsługą pacjenta i prowadzenie dokumentacji medycznej z repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Zintegrowany z wdrożonym Laboratoryjnym Systemem Informatycznym Centrum i posiadanym systemem radiologicznym.

W skład AMMS weszły następujące moduły z udzielonymi bezterminowymi licencjami na nazwanego użytkownika (w nawiasie podano liczbę licencji – jednocześnie liczbę użytkowników korzystających z danego modułu)³⁰: rejestracja (6), gabinet (26), izba przyjęć (6), zlecenia (60), oddział (50), blok operacyjny (5), zakażenia szpitalne (1), apteka (5), apteczka oddziałowa (20), punkty pobrań (12), transport sanitarny (1), kolejki oczekujących (10), pracownia diagnostyczna (15), pracownia patomorfologii (2), rehabilitacja (5), weryfikacja uprawnień świadczeniobiorców (170), elektroniczna dokumentacja medyczna (50), JGP³¹ i symulator JGP (po 20), deklaracje POZ (3), statystyka (6), wykazy – sprawozdania i raporty (5), rozliczenia z NFZ (3), sprzedaż usług medycznych (1), pulpit użytkownika (50), administrator (1). W AMMS znalazły się także moduły z licencją otwartą³², tj.: dokumentacja medyczna (formularzowa) i archiwum papierowej dokumentacji medycznej.

Wdrożenie powyższych modułów usprawniło procesy dotyczące m.in.: [a] zlecenia badań diagnostycznych (laboratoryjnych, RTG, USG, tomografii, endoskopii, patomorfologii, elektrofizjologii) – poprzez elektroniczny przepływ danych pomiędzy laboratorium, RTG i innymi pracowniami a komórkami zlecającymi, [b] pobierania materiału do badań (głównie krwi) i znakowania go kodami kreskowymi, [c] szybkiego dostępu do wyników pacjenta (bieżący monitoring statusów wykonania zleconych badań, wgląd do ich wyników) również z wcześniejszych pobytów w SP ZOZ, opisu poprzednich wizyt pacjenta w poradni lub hospitalizacji, [d] przyjmowania pacjentów na oddziały szpitalne i monitorowanie ich pobytu, [e] ordynacji leków – poprzez stały podgląd stanów magazynowych apteki szpitalnej i apteczek oddziałowych, a na dwóch (okresowo trzech) z sześciu oddziałów także wykorzystanie zakładki „taca leków”, tj. zlecenie leków przez lekarzy w systemie medycznym i odnotowanie w systemie ich podania przez pielęgniarkę³³, [f] tworzenia czytelnej dokumentacji medycznej indywidualnej pacjenta i zbiorczej.

2. Laboratoryjny System Informatyczny Centrum (bezterminowe licencje dla 10 użytkowników korzystających jednocześnie) – do obsługi pracy laboratorium szpitalnego. Zintegrowany z AMMS i wymieniający z nim dane w zakresie czynności związanych z dokumentami medycznymi: „zlecenie wykonania badania” i „wynik badania”. System zlecający (AMMS) wysyła do systemu wykonującego (laboratorium) zlecenia wykonania badań laboratoryjnych, zawierające dane administracyjne zlecenia (m.in. dane pacjenta i zleceniodawcy) z poleceniem wykonania określonych badań, ze wskazanych materiałów pobranych od pacjenta. W odpowiedzi na zlecenie, po wykonaniu badania, system laboratorium odsyła wyniki badań. System komunikuje się z oddziałami i poradniami skonfigurowanymi w systemie AMMS i m.in. zapewnia dwukierunkowy bezobsługowy system komunikacji z urządzeniami laboratoryjnymi.

²⁹ Kompleksowy, zintegrowany system informatyczny wspomagający działalność SP ZOZ, obejmuje mechanizmy zarządzania dokumentacją medyczną od wprowadzenia danych, poprzez tworzenie dokumentów elektronicznych aż do momentu ich wydruku i składowania w archiwum dokumentacji medycznej. Umożliwia wykorzystanie bazy pacjentów i zdefiniowanych usług medycznych z harmonogramem dostępności tych usług przez MPI. Wspomaga rejestrację pacjentów przez Internet.

³⁰ W świetle umowy z wykonawcą, liczba wskazana jako ilość licencji określa liczbę użytkowników korzystających jednocześnie z danego modułu.

³¹ Jednoroczne Grupy Pacjentów.

³² W świetle umowy z wykonawcą były to licencje bezterminowe na nieograniczoną liczbę użytkowników z danego modułu.

³³ W Oddziale Kardiologicznym oraz Oddziale Chorób Wewnętrznych i Gastroenterologii, odpowiednio od maja i sierpnia 2016 roku, a w Oddziale Geriatrycznym od sierpnia do grudnia 2016 roku.

3. Medyczny Portal Informacyjny (MPI) służy pacjentom, którzy założyli konto (e-Pacjent³⁴), do elektronicznej rejestracji wizyt pacjentów w poradniach specjalistycznych (nie uruchomiono dostępności do dokumentacji medycznej pacjenta).
4. System Identyfikacji Pacjentów za pomocą kodów kreskowych (w celu uniknięcia pomyłek przy rejestracji zdarzeń medycznych). W Izbie Przyjęć drukuje się pacjentowi opaskę z kodem kreskowym, co umożliwia – za pomocą czytnika kodów – identyfikację pacjenta na oddziale, szybki dostęp do danych pacjenta i elektronicznej dokumentacji medycznej w każdym miejscu Szpitala (przez system AMMS, w tym tablety),
5. System Informacji Pacjentów – emitujący treści na pięciu wielkoformatowych monitorach znajdujących się na terenie SP ZOZ (przy rejestracji ogólnej, przy rejestracji RTG, w poczekalni izby przyjęć oraz dwa w poczekalni ogólnej na I piętrze). Oprogramowanie systemu umożliwia kontrolę nad wyświetlaną treścią multimedialną. Za jego pomocą przekazywano informacje m.in. o: absencjach lekarzy, kolejkach do poradni specjalistycznych, e-rejestracji poprzez portal MPI, wymogach NFZ dotyczących kolejki na świadczenie przy pierwszej wizycie, dokumentach, jakie pacjent powinien posiadać stawiając się na wizytę, zakresie wybranych usług, godzinach przyjęć w poradniach.
(dowód: akta kontroli str. 1075-1077, 1082-1089, 1091-1096, 1101-1106, 1117)

SP ZOZ otrzymał 598 licencji (użytkowników jednocześnie korzystających) systemu medycznego (z laboratorium), podczas gdy liczba pracowników personelu medycznego Szpitala na koniec lat 2014 – 2016 wynosiła odpowiednio: 447, 465 i 471. Liczba otrzymanych licencji była zatem wystarczająca do wykonywania zadań. Raporty sporządzone – w różnych porach z trzech dni – przy pomocy narzędzia systemu AMMS „zużycie licencji” wykazywały największe wykorzystywanie modułów z grupy „ruch chorych” i „przychodnia”, które dochodziło do 60% wartości maksymalnych.

(dowód: akta kontroli str. 45-48, 1020-1032)

Poszczególne moduły systemu AMMS i Laboratoryjny System Medyczny zostały uruchomione w okresie wrzesień – listopad 2014 roku (zawierały regularne dane od tego okresu), z wyjątkiem modułów: archiwum papierowej dokumentacji medycznej służącego do archiwizacji historii chorób – ewidencja historii chorób (wykorzystywanego od maja 2016 roku), sprzedaż usług medycznych (niewykorzystywany) i blok operacyjny (pierwotnie moduł INFOMEDICA, w IV kwartale 2016 roku zmieniony na moduł AMMS). Odbiory etapowe ich wdrożeń odbyły się od grudnia 2014 roku do marca 2015 roku. Wcześniej wdrożono inne systemy związane z obsługą pacjenta, tj. System Identyfikacji Pacjentów (15 kwietnia 2014 r.) i System Informacji Pacjentów (5 maja 2014 r.), zaś MPI – 27 lutego 2015 r. Odbioru końcowego obejmującego wszystkie wymienione systemy dokonano 11 maja 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 567-587)

2.2.2. W SP ZOZ nie ustalano wewnętrznych procedur uwzględniających funkcjonalności i wykorzystywanie w bieżącej pracy systemów informatycznych wspomagających obsługę pacjenta. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„użytkownicy systemu medycznego AMMS w różnym stopniu i tempie przyswajali praktyczne umiejętności pracy z systemem, co w rezultacie przełożyło się na wolniejsze, niż zakładano [...] tempo wdrożenia kolejnych funkcjonalności [...]. Na podstawie własnych doświadczeń związanych z wdrażaniem systemów informatycznych, a także informacji uzyskanych od zewnętrznych podmiotów dokonujących takich wdrożeń, przyjęliśmy w Zakładzie założenie, że wdrożenie kompleksowego systemu informatycznego to proces, który będzie kontynuowany na przestrzeni lat. [...] narzucanie z poziomu Dyrekcji opracowanego harmonogramu wdrożenia poszczególnych funkcjonalności, modułów funkcjonalnych lub dokumentów medycznych zamienianych na elektroniczną dokumentację medyczną, byłoby z góry skazane na porażkę. Z kolei z punktu widzenia użytkowników systemu mogłoby być uznane za próbę narzucenia nowych rozwiązań informatycznych na siłę i tym samym odnieść skutek odwrotny do zamierzonego. Dlatego przyjęto w Zakładzie politykę wprowadzania nowych rozwiązań zgodnie z zasadą*

³⁴ Stosowny login oraz hasło do konta pacjent otrzymywał w Punkcie Obsługi Pacjenta (pomieszczenie obok rejestracji), po zweryfikowaniu tożsamości (konieczna osobista wizyta z dowodem tożsamości). Założenie konta możliwe poprzez stronę internetową SP ZOZ (www.zozmswia.bialystok.pl) bądź bezpośrednio w Punkcie Obsługi Pacjenta. Szczegółowa instrukcja założenia konta i procedura dalszego postępowania została zamieszczona na stronie internetowej Szpitala.

„małych kroczków”. Dopiero po uruchomieniu konkretnej funkcjonalności systemu lub modułu funkcjonalnego i nabyciu praktycznych umiejętności jej wykorzystania przez użytkowników systemu, wdrażamy kolejną zmianę [...] takie zasady sukcesywnego i co za tym idzie nieuchronnego wdrażania systemu medycznego, mimo stosunkowo średniego tempa wprowadzania zmian, są najskuteczniejsze”. (dowód: akta kontroli str. 1234-1237)

W nawiązaniu do wyjaśnienia stwierdzić należy, iż odbiór końcowy kompleksowego systemu medycznego AMMS i pozostałych systemów informatycznych (wraz z ich wdrożeniem) odbył się 11 maja 2015 r. Natomiast 9 października 2015 r. zakończono realizację Projektu (Instytucja Zarządzająca w tym dniu zaakceptowała końcowy wniosek o płatność) i od tego dnia rozpoczął bieg pięcioletni okres trwałości Projektu, a tymczasem proces wdrażania nadal trwa i nie jest określony termin jego zakończenia.

(dowód: akta kontroli str. 268, 285, 321-330)

2.2.3. System AMMS (z modułem Elektroniczna Dokumentacja Medyczna) umożliwiał tworzenie w formie elektronicznej m.in. recept, skierowań, zleceń na zaopatrzenie medyczne, kart informacyjnych leczenia szpitalnego, konsultacji lekarskiej i 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 P1³⁶ (opublikowanych przez CSIOZ, na podstawie § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań Systemu Informacji Medycznej³⁶).

(dowód: akta kontroli str. 1181-1192)

2.2.4. Dokumentacja medyczna wytwarzana w komórkach organizacyjnych SP ZOZ przy pomocy systemu AMMS była drukowana. Jej wersję elektroniczną podpisywano za pomocą wewnętrznych mechanizmów systemu umożliwiających identyfikację użytkownika tworzącego dokument, opartych o login i hasło. Wytwarzana w systemie klasy HIS (AMMS) dokumentacja medyczna przesyłana była automatycznie, bez ingerencji pracownika, do systemu typu EDM (gdzie była przechowywana w formie wytworzonej w HIS i zapisywana dodatkowo w formatach XML i HTML).

(dowód: akta kontroli str. 1181)

W przypadku poradni specjalistycznych, Dyrektor SP ZOZ – zarządzeniem z 30 grudnia 2016 r. nakazał prowadzenie (od 9 stycznia 2017 r.) dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej („w zakresie umożliwiającym prowadzenie takiej dokumentacji przez system medyczny AMMS”), tj.: ksiąg porad ambulatoryjnych, ksiąg zabiegowych, historii zdrowia i choroby, recept, skierowań na badania wewnętrzne (obrazowe, laboratoryjne), skierowań do poradni specjalistycznych i szpitala, opisów zabiegów. Podjęcie tej decyzji podyktowane było prawną możliwością wykorzystania „loginu i hasła użytkownika systemu informatycznego jako skutecznego narzędzia autoryzacyjnego”, a także koniecznością „sukcesywnego przechodzenia z papierowej dokumentacji medycznej na wersję elektroniczną”.

(dowód: akta kontroli str. 1168-1170, 1178-1180)

Takiego wymogu formalnie nie wprowadzono w odniesieniu do pozostałych komórek organizacyjnych SP ZOZ. Analiza zakresu wytwarzanej dokumentacji w sześciu oddziałach szpitalnych wykazała, że we wszystkich z nich wytwarzano 10 rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej: historię choroby, kartę obserwacji lekarskich, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego, skierowanie (w tym na badania wewnętrzne laboratoryjne i obrazowe) lub zlecenie na świadczenia zdrowotne realizowane poza szpitalem, kartę rozliczenia świadczeń szpitalnych, kartę statystyczną (GUS), karty obserwacji (wkluc centralnych, wkluc obwodowych, z cewnikiem moczowym), karty oceny ryzyka zakażenia, karty zakażenia szpitalnego – IKRZS oraz opis zabiegu operacyjnego (na obu oddziałach chirurgicznych). We wszystkich oddziałach i poradniach dostępne były wytworzone elektronicznie wyniki badań diagnostycznych. Zakres innej dokumentacji medycznej wytwarzanej elektronicznie (11 rodzajów) był zróżnicowany w poszczególnych oddziałach

³⁶ 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.

³⁶ Dz.U. poz. 463.

(najszerzy w Oddziale Kardiologicznym), co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

W formie elektronicznej prowadzono też wewnętrzną dokumentację zbiorczą, tj. księgę główną przyjęć i wypisów, księgę odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, księgi pracowni diagnostycznej (pracownie: endoskopowa, RTG, mammografii, elektrofizjologii, tomografii, USG), księgi chorych oddziału i księgi raportów pielęgniarstwa (we wszystkich sześciu oddziałach). (dowód: akta kontroli str. 1171-1177)

2.2.5. Z wyjaśnień odebranych od 10 kierowników komórek organizacyjnych SP ZOZ (oddziałów szpitalnych, Przychodni, Zakładu Diagnostyki Obrazowej, Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej, Apteki) wynikało, że – w ocenie ośmiu z nich – wprowadzenie nowych systemów informatycznych i dokumentacji w formie elektronicznej – po pokonaniu początkowych trudności i nabyciu znajomości procedur i umiejętności obsługi – usprawniło pracę ich komórek organizacyjnych i w przypadku czterech oddziałów szpitalnych oraz poradni nie skutkowało ograniczeniem czasu poświęconego pacjentom. W jednym przypadku podniesiono, że trwający proces przechodzenia z formy papierowej na elektroniczną (konieczność prowadzenia dokumentacji w obu formach) w niewielkim stopniu ogranicza czas poświęcony pacjentom, a w kolejnym, że – w przypadku oddziałów zabiegowych – obciąża personel medyczny funkcjami niezwiązanymi z bezpośrednim procesem leczenia. Jako pozytywne aspekty wprowadzenia kompleksowego systemu medycznego wskazywano, że: [1] prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej upraszcza pracę lekarzy (możliwość korzystania z gotowych schematów), [2] zlecenie badań laboratoryjnych, obrazowych, prowadzenie dokumentacji pacjenta w formie elektronicznej umożliwia stały wgląd, monitorowanie i modyfikowanie działań medycznych zmierzających do zapewnienia optymalnej opieki medycznej, [3] system pozwolił zautomatyzować pewne działania, a co za tym idzie skrócić czas ich realizacji, [4] system sprzyja racjonalnemu gospodarowaniu lekami i zapobiega ich przeterminowaniu poprzez szybką i nieskomplikowaną kontrolę stanów apteczek na oddziałach. Zwrócono uwagę, że nierozwiązana pozostaje kwestia dokumentów, które muszą istnieć w formie papierowej (np. zgoda pacjenta na leczenie, skierowanie do szpitala, poradni), problemy sprawiają aktualizacje systemu dokonywane w godzinach pracy. (dowód: akta kontroli str. 1107-1116)

2.2.6. W SP ZOZ, stosownie do wymogu art. 20 ust. 10 g ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁷, listy oczekujących na udzielenie świadczeń (o których mowa w ust. 1 tej ustawy) prowadzone były w postaci elektronicznej. SP ZOZ zapewnił pacjentom możliwość rejestracji – drogą elektroniczną – na wizytę w 15 poradniach specjalistycznych. Służył temu uruchomiony MPI z modulem e-Pacjent, w którym zamieszczono informacje o wolnych terminach wizyt w poradniach i lekarzach w nich przyjmujących. Pacjent, któremu nadano login i hasło, mógł zarejestrować się na wizytę wybierając wolny termin w danej poradni lub konkretnego lekarza w poradni. W latach 2015 – 2016 odnotowano odpowiednio 478 i 733 rejestracji poprzez MPI (0,4 % i 0,6% ogółu zarejestrowanych wizyt), przy czym 171 i 279 z nich zostało anulowanych. Analiza 40 z tych wizyt (po 20 losowo wybranych z tych lat) wykazała, że 10 z nich (siedem i trzy) zostało odwołanych (sześć przez pacjentów – przed terminem planowanej wizyty, jeden pacjent nie stawił się, jeden zarejestrował się dwukrotnie na ten sam dzień, kolejny zrezygnował z powodu „opóźnienia pod gabinetem”, a jedna wizyta nie odbyła się z powodu absencji lekarza). Pozostałe 30 wizyt odbyło się w dniach, na które zarejestrowali się pacjenci, w tym 25 wizyt przed upływem jednej godziny od godziny umówionej (z tego siedem przed umówioną godziną i 12 z przesunięciem do pół godziny), a pięć – w czasie odbiegającym od niej od ponad godziny do około 2,5 godziny.

(dowód: akta kontroli str. 1075, 1091-1096, 1158-1161, 1163, 1177-1180)

W przypadku 12 z 15 poradni specjalistycznych, terminy pierwszych wolnych wizyt podane na MPI były zbieżne z danymi przekazanymi przez SP ZOZ (wg analizy przeprowadzonej na 20 stycznia 2017 r.) i danymi przekazanymi do NFZ (<http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator> – wg stanu na grudzień 2016 roku). Dla pozostałych trzech poradni na MPI podano terminy

³⁷ Dz.U. z 2015 r. poz. 581 ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

wcześniejsze, co szerzej przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalono nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 1120-1149)

Zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ, od 9 stycznia 2017 r. rezerwacji kolejnej wizyty pacjenta w ramach kontynuacji leczenia dokonuje lekarz kończący wcześniejszą wizytę (bez udziału rejestracji, która dokonuje „rejestracji pacjenta z nowym schorzeniem, w oparciu o nowe skierowanie do danego specjalisty”). (dowód: akta kontroli str. 1168-1169)

Pacjenci Szpitala nie uzyskali możliwości umawiania wizyt w poradniach poprzez platformę regionalną. Podjęte 2 stycznia i 10 lutego 2017 r. próby skorzystania z usługi e-Rejestracja w portalu pacjenta na platformie regionalnej były bezskuteczne. Przy próbie wybrania rodzaju poradni i specjalizacji (w zakładkach „wyszukaj termin”) każdorazowo pojawiał się komunikat „brak wyników”. (dowód: akta kontroli str. 376-388, 1257-1261)

We wniosku o dofinansowanie Projektu, m.in. założono implementację systemu usług elektronicznych wraz z integracją z regionalną platformą e-usług medycznych (portal e-Uslugi Medyczne). (dowód: akta kontroli str. 295-296, 300)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że dostęp do e-rejestracji pacjentom SP ZOZ został zapewniony poprzez MPI uruchomiony w ramach Projektu. Stwierdził, że Szpital nie wyklucza możliwości podłączenia się do e-rejestracji PSI e-Zdrowie. „Warunkiem są oczekiwania pacjentów naszego Zakładu – od zakończenia realizacji projektu [...] nie odnotowaliśmy żadnego wniosku pacjenta o podłączenie do e-rejestracji Podlaskiego Systemu Informacyjnego e-Zdrowie ani żadnego wniosku o wymianę dokumentacji medycznej z platformą regionalną”. Odnosząc się do przyczyn wybudowania własnego systemu do e-rejestracji, w sytuacji zobowiązania się do integracji systemu informatycznego SP ZOZ z platformą regionalną w PSI e-Zdrowie, który poprzez portal pacjenta daje możliwość e-rejestracji na wizytę lekarską, Dyrektor wyjaśnił, że Szpital nie był beneficjentem projektu PSI e-Zdrowie, „więc nie musieliśmy znać założeń tego projektu, nie interesowało nas jakie usługi będą świadczone w ramach tego projektu. Działanie SP ZOZ [...] skupione było na spełnieniu wymagań w swoim projekcie [...]”. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że z perspektywy czasu uruchomienie własnej usługi e-rejestracji okazało się dobrym rozwiązaniem, „zwłaszcza w kontekście problemów technicznych oraz dużego opóźnienia zakończenia projektu [...]” PSI e-Zdrowie. Stwierdził, że koszt wdrożenia Medycznego Portalu Informacyjnego (a w jego ramach e-rejestracji) jest niemożliwy do określenia, gdyż wchodził w zakres wdrożenia kompleksowego systemu medycznego z integracją systemów dziedzinowych. W jego ocenie, szacunkowe koszty wdrożenia MPI nie przekroczyły 5% kosztów całego wdrożenia (a te wyniosły 2.319,8 tys. zł brutto). (dowód: akta kontroli str. 966-972)

Odnosząc się do wyjaśnienia, zauważyć należy, że założona w Projekcie integracja z regionalną platformą e-usług medycznych (portal e-Uslugi Medyczne), umożliwiłaby rejestrację do poradni SP ZOZ poprzez platformę regionalną z konta założonego w jakiegokolwiek jednostce (bez konieczności składania wniosku do Szpitala i zakładania konta w MPI).

2.2.7. Pacjenci SP ZOZ nie uzyskali dostępu do własnej dokumentacji medycznej poprzez MPI ani poprzez platformę regionalną, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalono nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 1075, 1207)

2.2.8. Stosownie do postanowień umowy na budowę i wdrożenie kompleksowego systemu medycznego, wykonawca zamówienia od 16 czerwca do 27 sierpnia 2014 r. przeprowadził instruktaże stanowiskowe w zakresie poszczególnych modułów (przed uruchomieniem ich wersji produkcyjnej). Przeprowadzono je w 47 grupach tematycznych, liczących od dwóch do 16 osób. Szkoleniami objęto wszystkie grupy pracowników. Przeszkolono 430 z 468 (92%) pracowników przewidzianych do udziału w szkoleniach, tj. przyszłych użytkowników systemu (w tym siedmiu w zakresie systemu typu BI – SI2).

(dowód: akta kontroli str. 471, 491, 1193)

Kierownik Sekcji MiA wyjaśnił, że nie przeszkolono wszystkich pracowników ze względu na okres urlopowy i niespodziewane absencje. „Jednak uwzględniono ten fakt i wyznaczono na każdym szkoleniu (w każdej grupie) oraz w każdej komórce organizacyjnej tzw. liderów, którzy zostali zobowiązani do przekazywania nabytej podczas instruktaży wiedzy

praktycznej pozostałym pracownikom, a w przypadku niewystarczającej wiedzy lidera, byli uprawnieni do konsultowania się w przypadku wątpliwości z Zespołem Wdrażającym lub konsultantami Wykonawcy”. Nowym pracownikom „oddziałów szpitalnych wiedzę z zakresu obsługi systemu medycznego przekazuje lider w danej komórce organizacyjnej lub osoba wskazana przez kierownika danej komórki. W przypadku pracowników poradni specjalistycznych wiedzę z obsługi systemu medycznego przekazuje pracownik Sekcji marketingu i Analiz [...], pełniący „zarazem funkcję osoby pierwszej pomocy informatycznej w zakresie systemu medycznego AMMS. Szkolenie nowych pracowników odbywa się do momentu uzyskania [...] koniecznych praktycznych umiejętności pracy w systemie medycznym, co nie jest dokumentowane z powodu natęgu obowiązków”.

(dowód: akta kontroli str. 1164-1167)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Nie doprowadzono do integracji systemu informatycznego SP ZOZ (zbudowanego w ramach Projektu) z platformą regionalną, a w konsekwencji:

- poprzez rejestrację za pośrednictwem portalu pacjenta *PSI e-Zdrowie* pacjent nie mógł uzyskać informacji o kolejkach do poradni Szpitala, wyszukać terminu wizyty ani zarejestrować się do nich,
- pacjent nie mógł w SP ZOZ aktywować konta założonego na portalu pacjenta *PSI e-Zdrowie* (otrzymać PIN do aktywacji) i uzyskać dostępu do swojej dokumentacji medycznej;
- na platformie regionalnej nie było danych analitycznych lub dokumentacji medycznej przekazanych przez SP ZOZ. (dowód: akta kontroli str. 376-389, 1075, 1207)

We wniosku o dofinansowanie zapisano, że Projekt będzie komplementarny z projektem *PSI e-Zdrowie* i zakłada integrację z platformą regionalną („konieczne jest wdrożenie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej oraz systemu analitycznego oraz integracja tych systemów z platformą regionalną w zakresie przewidzianym do uruchomienia usług zaplanowanych w [...]” projekcie *PSI e-Zdrowie*). Znalazło to odzwierciedlenie w umowie z wykonawcą systemu informatycznego, zrealizowanego w ramach Projektu, w której także przewidziano integrację systemu medycznego i systemu analitycznego z platformą regionalną, tj. odpowiednio z: Regionalnym systemem e-Usług Medycznych (Portal e-Usługi Medyczne) i Regionalnym Systemem Raportowo-Analitycznym (Centrum Analiz Ekonomicznych) projektu *PSI e-Zdrowie*³⁸. Według informacji pokontrolnej Instytucji Zarządzającej, miało to, po założeniu elektronicznego konta dostępowego na platformie regionalnej, umożliwić przesyłanie wytworzonej w SP ZOZ dokumentacji medycznej oraz pobieranie dokumentacji medycznej pacjenta wytworzonej przez podmioty zewnętrzne, jak też integrację z regionalną platformą analityczną w celu obrotu danymi analitycznymi w służbie zdrowia. Instytucja Zarządzająca nie zakwestionowała uzyskania funkcjonalności dotyczących integracji z platformą regionalną, opierając się w tym zakresie na wynikach testów przeprowadzonych przez wykonawcę i wydrukach potwierdzających: wyrażenie zgody na przesłanie dokumentacji medycznej do platformy regionalnej, przesłanie takiej dokumentacji na platformę regionalną, obieg elektronicznej dokumentacji medycznej. Odnotowała jednak, że ze względu na fakt, iż projekt *PSI e-Zdrowie* realizowany przez UMWP nie jest publicznie dostępny (nie upłynął termin jego zakończenia rzeczowego, przewidziany na 30 października 2015 r.), „nie jest możliwe zweryfikowanie praktycznej funkcjonalności integracji” Projektu z platformą regionalną.

(dowód: akta kontroli str. 295-296, 300, 553, 335)

³⁸ Wykonawcę zobowiązano do zaimplementowania, skonfigurowania i wdrożenia odpowiednich rozwiązań (w tym otwarte interfejsy i aplikacje integracyjne), w taki sposób, aby osiągnięcie tych celów było możliwe po opracowaniu szczegółowej specyfikacji wymiany danych przez wykonawcę projektu *PSI e-Zdrowie*. Z uwagi na fakt, że – do momentu odbioru przedmiotu umowy – odpowiednie aplikacje i interfejsy po stronie *PSI e-Zdrowie* mogą być niedostępne. Wykonawcę zobowiązano do zaprezentowania możliwości integracyjnych i osiągnięcia celów na podstawie prototypów i odpowiednich „zasłapek” po stronie Sytemu.

Testy, o których wyżej mowa, mające potwierdzać uzyskanie integracji z platformą regionalną przeprowadzono w środowisku testowym zainstalowanym na serwerach SP ZOZ. Przy odbiorze systemu medycznego z platformą e-usług w obszarze e-Zdrowie, w protokole odbioru etapu 2.2.3 (11 maja 2015 r.) „Wdrożenie systemu SIZ” (z jego integracją m.in. z PSI e-Zdrowie) wykonawca zawarł uwagę o treści: „System SIZ został przygotowany, zasilony danymi i skonfigurowany pod kątem potrzeb Zamawiającego. Z przyczyn niezależnych od Wykonawcy polegających na ciągłych zmianach formatu platformy integracji z PSI-eZ oraz braku środowiska testowego, odbiór funkcjonalności związanych z integracją z systemem PSI-eZ został przetestowany w oparciu o środowisko testowe zainstalowane na serwerach Zamawiającego. Jednocześnie – niezależnie od niniejszego odbioru – Wykonawca zobowiązuje się do wykonania w sposób określony przez Zamawiającego i w uzgodnionym z Wykonawcą terminie prac instalacyjnych, konfiguracyjnych oraz innych niezbędnych do właściwego podłączenia oraz integracji systemu SIZ ze środowiskiem testowym i produkcyjnym systemu PSI-eZ”. W innych protokołach odbioru nie odniesiono się do kwestii integracji z platformą regionalną. (dowód: akta kontroli str. 579)

W trakcie kontroli NIK (20 miesięcy po odbiorze końcowym systemów informatycznych i 15 miesięcy od uruchomienia platformy regionalnej) nie było dowodów świadczących o istnieniu integracji³⁹ z platformą regionalną. Jedynymi przedłożonymi dokumentami związanymi z działaniami mającymi ją potwierdzić była korespondencja mailowa (prowadzona przez kierownika Sekcji MIA z przedstawicielami UMWP i wykonawcy) w sprawie uzupełnienia danych w nazwie SP ZOZ widniejącej na platformie regionalnej (chodziło o dodanie słów „w Białymstoku”) i danych adresowych Szpitala. Z korespondencji z 16 października 2015 r. wynikało, że nazwa SP ZOZ została zmieniona, ale już 2 listopada 2015 r. przedstawiciel UMWP napisał „Przypominam także, że mimo mojej korespondencji mailowej [...], w dalszym ciągu nie widać też adresu Państwa placówki”. W dniu 2 stycznia 2017 r., na platformie regionalnej nadal nie było danych adresowych SP ZOZ. (dowód: akta kontroli str. 368-376)

Dyrektor SPZOZ wyjaśnił, że: „zakres integracji z platformą regionalną nie został ustalony na etapie założeń projektu realizowanego przez nasz Zakład”. Jego zdaniem, integracja z platformą regionalną projektu PSI e-Zdrowie „miała polegać na wymianie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, co zostało uzyskane”. (dowód: akta kontroli str. 966-972)

Najwyższa Izba Kontroli zauważa jednak, że w opisie projektu, zamieszczonym we wniosku o dofinansowanie założono, że niniejszy Projekt ma być komplementarny z projektem PSI e-Zdrowie. „W szczególności konieczne jest wdrożenie systemu elektronicznej dokumentacji medycznej oraz systemu analitycznego oraz integracja tych systemów z platformą regionalną w zakresie przewidzianym do uruchomienia usług zaplanowanych w projekcie „Podlaski system informacyjny e-Zdrowie”, czyli elektronicznej rejestracji na wizytę do poradni specjalistycznych, wgląd do elektronicznej dokumentacji medycznej. (dowód: akta kontroli str. 207)

W kolejnych wyjaśnieniach Dyrektor SP ZOZ dodał, że: „wymiana mogła dojść do skutku tylko wówczas, gdy uzyskano zgodę pacjenta na wysyłkę dokumentacji medycznej na platformę regionalną. [...] Od momentu zakończenia wdrażania projektu [...] żaden pacjent nie wypełnił wniosku o wyrażenie zgody [...] w ramach trwającej kontroli NIK została ujawniona w styczniu 2017 roku awaria integracji pomiędzy naszym systemem medycznym, a platformą regionalną [...] co zostało formalnie zgłoszone do producenta 19 stycznia br. Działania naprawcze serwisu producenta w celu ponownego nawiązania integracji przyniosło skutek w postaci przywrócenia integracji. W chwili obecnej integracja działa bez zastrzeżeń, czego efektem jest możliwość aktywacji konta pacjenta na Portalu utworzonym w ramach [...] PSI e-Zdrowie”. Do wyjaśnienia dołączono

³⁹ Wg Słownika wyrazów obcych (Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, wydanie XXVII 1993): integracja to proces tworzenia się całości z części, zespalanie się elementów w całości; integralny – nierozdzielnie związany z całością, stanowiący całość, całkowity, nienaruszalny; integrować – dokonywać integracji, łączyć w całość, dopełniać, jednoczyć, scalać.

wydruki zrzutów ekranu z 9 lutego 2017 r. potwierdzające uzyskanie PIN do aktywacji konta pacjenta. (dowód: akta kontroli str. 1230-1244)

Do komunikacji z platformą regionalną SP ZOZ wykorzystywał światłowodowe symetryczne łącze internetowe o przepustowości 60 MBps, zarządzane przez Politechnikę Białostocką. (dowód: akta kontroli str. 1274-1275)

Kolejną zmianą w stosunku do opisanych wyżej braków funkcjonalności związanych z integracją z platformą regionalną, było pojawienie się na regionalnym Portalu e-Zdrowie informacji o kolejkach do poradni SP ZOZ, według stanu na 31 stycznia 2017 r. (niezaktualizowanego do 10 lutego 2017 r.). Nadal nieosiągalne było wyszukanie terminu wizyty i zarejestrowanie się na wizytę (przy próbie skorzystania z tych funkcji pojawiał się komunikat „brak wyników”). Pacjent nie miał dostępu do własnej dokumentacji medycznej. Szpital nie zawarł porozumienia (umowy) z Zarządem Województwa Podlaskiego w przetwarzania danych osobowych (w tym danych o stanie zdrowia pacjentów), niezbędnego do przekazywania dokumentacji medycznej na platformę regionalną. (dowód: akta kontroli str. 1257-1273)

2. Po upływie blisko 22 miesięcy od odbioru końcowego systemów informatycznych, SP ZOZ nie wykorzystywał modułu Blok Operacyjny. Według wyjaśnienia Dyrektora Szpitala, podjęto bezskuteczną próbę wdrożenia tego modułu, jednak użytkownikom przeszkadzało przede wszystkim to, że pierwotnie moduł ten funkcjonował jako oddzielny program w wersji INFOMEDICA. Stąd podjęto decyzję, iż po udostępnieniu przez producenta systemu medycznego wersji Bloku Operacyjnego, będącego integralną częścią systemu AMMS, zostanie on zaimplementowany jako nowy moduł funkcjonalny. Nastąpiło to w IV kwartale 2016 roku. Wdrożenie tego modułu *„to skomplikowany i trudny proces, wymagający od wielu użytkowników systemu pracujących w różnych komórkach organizacyjnych (zabiegowych Oddziałów Szpitalnych, Bloku Operacyjnego, Działu Anestezjologii) wykonania skoordynowanych działań [...] w celu przeprowadzenia pacjenta przez proces zabiegu operacyjnego [...] konieczne jest zaplanowanie przez lekarza operatora zabiegu, przeprowadzenie lekarskiej kwalifikacji anestezjologicznej pacjenta, przyjęcie operowanego chorego z oddziału szpitalnego na Blok Operacyjny, a następnie dokonanie przez lekarza chirurga opisu samego zabiegu operacyjnego z wyszczególnieniem personelu uczestniczącego w nim. [...] W związku z powyższym w chwili obecnej trwają ostatnie konsultacje i uzgodnienia z personelem medycznym, a także przygotowywane są przez szpitalne oddziały zabiegowe zaktualizowane wykazy procedur medycznych z kodami ICD9, wykonywanych przez oddziały zabiegowe na Bloku Operacyjnym. [...] szacujemy, że uruchomienie Bloku Operacyjnego [...] nastąpi w I kwartale 2017 roku”*. Poniesione przez SP ZOZ koszty szkolenia użytkowników i konfiguracji modułu Blok Operacyjny wyniosły 3.500 zł. (dowód: akta kontroli str. 718-719, 1101-1102, 1245-1248)
3. SP ZOZ dotychczas nie wykorzystywał modułu Sprzedaż Usług Medycznych. Kierownik Sekcji MiA wyjaśnił, że przy planowaniu wdrażania systemu medycznego przewidziano zakup tego modułu *„jako modułu, który przy pojawianiu się w przyszłości możliwości sprzedaży przez medyczne podmioty publiczne (obecnie prawo nie przewiduje takiej możliwości) usług firmom komercyjnym oraz prywatnym ubezpieczycielom, będzie mógł być wykorzystany do rozliczania takich podmiotów”*. (dowód: akta kontroli str. 1101-1102, 1152-1153)
4. W szpitalu nie wytwarzano w formie elektronicznej całości dokumentacji medycznej. W poszczególnych oddziałach szpitalnych proces wdrożenia wytwarzania w formie elektronicznej indywidualnej dokumentacji medycznej przebiegał w różny sposób. Poza 10 rodzajami takiej dokumentacji wytwarzanej w każdym z sześciu oddziałów – w różnym zakresie wytwarzano kolejnych 11 rodzajów tej dokumentacji (w najszerszym w Oddziale Kardiologicznym). Kartę zleceń lekarskich i kartę indywidualnej opieki pielęgniarzkiej wytwarzano elektronicznie na jednym oddziale, kartę zleceń leków – na dwóch, okresowo – na trzech, wyniki konsultacji – na dwóch, plan postępowania (sporządzany przy przyjęciu na oddział, będący elementem historii choroby) – na trzech oddziałach (na oddziałach chirurgicznych określano w nim termin planowanej operacji),

kartę gorączkową (wartości badane) – w trzech, lecz nie dla każdego pacjenta, recepty – na czterech, kartę oceny stanu odżywiania – SGA i karty zgłoszenia drobnowyrostu alarmowego – IKRDA – na pięciu. W dokumentacji objętych badaniem pacjentów występowały też takie elektronicznie wytwarzane dokumenty, jak: formularz zgody na leczenie krwią lub jej składnikami (w trzech oddziałach), zlecenia na krew: a/ do pilnej transfuzji, b/ na krew i jej składniki, c/ badanie grupy krwi, d/ wykonanie próby zgodności (w trzech oddziałach). Nie sporządzano w formie elektronicznej karty przebiegu znieczulenia (w Oddziale Intensywnej Terapii). W przypadku pięciu z tych 11 dokumentów (karta zleceń lekarskich, karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej, wyniki konsultacji, karta gorączkowa, karta przebiegu znieczulenia), były to dokumenty wymagane przepisami § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴⁰.

W zakresie wewnętrznej dokumentacji zbiorczej w formie elektronicznej w różnym zakresie prowadzono – wymagane § 12 powołanego wyżej rozporządzenia – księgi raportów lekarskich (w czterech oddziałach) i księgę zabiegów (w jednym oddziale; nie sporządzano w formie elektronicznej księgi zabiegów w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Oddziale Chirurgii Onkologicznej) oraz nie prowadzono w formie elektronicznej księgi bloku operacyjnego.

Tymczasem w studium wykonalności zapisano, że: *„w celu uruchomienia systemu elektronicznej dokumentacji medycznej niezbędne jest zapewnienie zasilania repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej wszystkimi danymi medycznymi wymaganymi do wytworzenia wszystkich dokumentów wymaganych prawem”*.

(dowód: akta kontroli str. 132-133, 1171-1177)

Odnosząc się do zróżnicowanego zakresu ilościowego i rodzajowego wytwarzanej elektronicznie dokumentacji medycznej, Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, iż wynika to z: [a] tempa wdrażania kolejnych dokumentów medycznych przez oddziały szpitalne, [b] rodzaju jednostki medycznej, bowiem inaczej realizowane jest wdrażanie dokumentacji medycznej na oddziałach zabiegowych korzystających z Bloku Operacyjnego (lekarze dużo czasu spędzają na bloku i mają go mniej na pracę z dokumentacją medyczną), a inaczej na oddziałach zachowawczych, [c] umiejętności pracy personelu medycznego w systemie AMMS i zaangażowania kierownika / ordynatora danej komórki medycznej w ten proces. Po niespełnieniu dwóch lat od zakończenia Projektu, *„zakres generowanej z poziomu AMMS dokumentacji medycznej oraz archiwizowanej w module Elektronicznej Dokumentacji Medycznej na wszystkich oddziałach szpitalnych jest szeroki i obejmuje podstawowe dokumenty medyczne [...] będzie sukcesywnie powiększany, bo wymogi prawne w przyszłości będą zmuszały podmioty medyczne do prowadzenia dokumentacji medycznej tylko w wersji elektronicznej”*. Np. karta zleceń lekarskich (powstała z inicjatywy personelu Oddziału Kardiologii) i karta indywidualnej opieki pielęgniarskiej (dokument obowiązkowy), po uzyskaniu doświadczenia w ich prowadzeniu w wersji elektronicznej na jednym oddziale będą stopniowo wdrażane w innych oddziałach. Planuje się przeprowadzenie szkoleń, m.in. dotyczących udzielania konsultacji w systemie medycznym AMMS. Od 1 lutego 2017 r. w tym systemie generowane są raporty lekarskie także w Oddziale Chirurgii Ogólnej, a w przypadku pozostałych oddziałów wystosowane zostanie stosowne polecenie, którego realizacja będzie monitorowana. Analizie zostaną poddane powody braku odnotowywania zabiegów w księdze zabiegów systemu AMMS w Oddziałach Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Onkologicznej. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że trudno jest określić termin przejścia Szpitala na w pełni elektroniczną dokumentację medyczną, *„natomiast ustawowy termin 1 stycznia 2018 r. jest mało realny do dotrzymania”*.

(dowód: akta kontroli str. 1245-1253)

⁴⁰ Dz.U. z 2015 r. poz. 2069. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej”.

5. Na MPI (na 20 stycznia 2017 r.) – dla trzech z 15 poradni specjalistycznych⁴¹ (endokrynologiczna urazowo-ortopedyczna, rehabilitacyjna) – podano wcześniejsze (od miesiąca do pięciu i pół miesiąca) terminy pierwszych wolnych wizyt niż wynikające z danych systemu AMMS i rejestracji Szpitala oraz przekazanych do NFZ (<http://kolejki.nfz.gov.pl/Informator>), tj. zbieżne z terminami wizyt pilnych lub zbliżone do nich, np.:
- do Poradni Endokrynologicznej – według MPI najbliższy wolny termin przypadł na 3 lutego 2017 r. (pięć wizyt), a kolejne wolne terminy 10 lutego 2017 r. (osiem wizyt), zaś według danych rejestracji to 17 lipca 2017 r.,
 - do Poradni Rehabilitacyjnej – według MPI najbliższy wolny termin przypadł na 9 lutego 2017 r. (jedna wizyta), a kolejne: 16 lutego 2017 r. (jedna wizyta), 2 marca 2017 r. (trzy wizyty), 9 marca 2017 r. (sześć wizyt), zaś według danych rejestracji to 25 maja 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1120-1149)

Według wyjaśnienia Dyrektora SP ZOZ, spowodowane to zostało zmianami organizacyjnymi w poradniach związanych z zatrudnieniem nowych lekarzy, do których zapisywani są jedynie pacjenci w trybie pilnym i pacjenci kontynuujący leczenie. *„Brak [...] możliwości zapisywania do nowego lekarza pacjentów pierwszorazowych ze względu na wymogi NFZ, które nakazują w takim przypadku przesuwac całą kolejkę oczekujących, co przy kilkuset pacjentach zapisanych do kolejki oczekujących jest praktycznie niemożliwe.”* W związku z tym pacjenci rejestrujący się do tych poradni poprzez MPI uzyskają – w tym systemie i w potwierdzeniu mailowym (otrzymywanym przez pacjenta po skutecznej rezerwacji) – informację, że przedstawiony w systemie pierwszy wolny termin do tych poradni dotyczy jedynie pacjentów ze skierowaniem pilnym lub kontynuujących leczenie. (dowód: akta kontroli str. 1214-1221)

W świetle danych z Działu Spraw Pracowniczych i Organizacyjnych nowi lekarze zostali zatrudnieni w styczniu 2017 roku w Poradniach Urazowo-Ortopedycznej i Rehabilitacyjnej, zaś wskazanego w wyjaśnieniu lekarza w Poradni Endokrynologicznej zatrudniono w kwietniu 2016 roku. (dowód: akta kontroli str. 1194-1199)

6. W MPI nie udostępniono części terminów wizyt do poradni specjalistycznych, które były widoczne jako wolne w rejestracji (w systemie AMMS), na przykład: 27 i 30 stycznia 2017 r. (odpowiednio 16 i 15 wolnych wizyt) do Poradni Chirurgii Ogólnej, 29 czerwca 2017 r. do Poradni Geriatrycznej, 31 stycznia, 2 lutego 2017 r. i kolejnych po 9 lutego 2017 r. do Poradni Reumatologicznej, w której według MPI pierwsze wolne terminy przypadły na 10 i 12 października 2017 r. (odpowiednio jedna i pięć wizyt). (dowód: akta kontroli str. 1120-1149, 1150-1151)

Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił, że nieudostępnienie tych terminów w MPI, wynikało z planowanych zmian w harmonogramie pracy jednego z lekarzy Poradni Chirurgicznej (jego harmonogram w MPI został zablokowany do czasu zatwierdzenia przez Kierownika Przychodni i potwierdzenia przez NFZ), powrotu do pracy (po długiej nieobecności) lekarza w Poradni Reumatologicznej oraz z zarezerwowania miejsc dla pacjentów uprawnionych do świadczeń poza kolejnością.

Zarezerwowaniem terminów dla takich pacjentów, Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił także nieudostępnienie MPI terminów wizyt w:

- Poradni Urologicznej, w której według MPI nie było wolnych terminów na 2017 rok, a według danych rejestracji wolne wizyty wystąpiły w losowo wybranych dniach z 2017 roku, tj.: 26 stycznia (jedna z 29), 27 lutego (siedem z 32), 31 marca (trzy z 25), 28 kwietnia (dwie z 25), 8 maja (pięć z 30), 30 czerwca (jedna z 25), 29 września (dwie z 25), 27 października (dwie z 26), 4 grudnia (sześć z 25), 18 grudnia (osiem z 25),
- Poradni Kardiologicznej, w której według MPI pierwszy wolny termin przypadł na 8 września 2017 r., a według danych rejestracji wolne wizyty wystąpiły w losowo wybranych wcześniejszych dniach 2017 roku, tj.: 25 stycznia (jedna z 26), 28 lutego

⁴¹ Na dzień 20 stycznia 2017 r. do wszystkich 15 poradni były kolejki oczekujących, a czas oczekiwania w trybie zwykłym wynosił od czterech dni (do Poradni Chirurgii Ogólnej) do około 12 miesięcy (do Poradni Urologicznej).

(pięć z 15), 31 marca (11 z 21), 30 maja (sześć z 16), 19 lipca (dwie z 12),
24 sierpnia (dwie z 14). (dowód: akta kontroli str. 1120-1151, 1222-1229)

Kierownik Rejestracji Medycznej wyjaśniła, że wynikało to: „z faktu, że lekarze nieformalnie (poleceniem ustnym) rezerwują określoną liczbę wizyt dziennie (poszczególne lekarze różne ilości wizyt). Rejestracja w okienku rejestruje pacjentów do wielkości pozostałej po uwzględnieniu wizyt zastrzeżonych przez lekarzy. W przypadku urologii lekarze zastrzegają sobie zazwyczaj do 10 z ogółem 25 wizyt dziennie”, a Poradni Kardiologicznej – „do pięciu wizyt dziennie, ale liczba ta jest zmienna”. (dowód: akta kontroli str. 1152-1153)

Dyrektor SP ZOZ, wyjaśniając nieudostępnienie tych terminów w MPI zarezerwowaniem terminów dla pacjentów uprawnionych do świadczeń poza kolejnością, stwierdził, że „takie wolne terminy w systemie AMMS mogą być wykorzystane [...] ale nie muszą. Nie oznaczają jednak pierwszych wolnych terminów dla pacjentów pierwszorazowych”. Weryfikacja liczby przyjętych pacjentów uprawnionych do świadczeń poza kolejnością (w losowo wybranych trzech dniach) wykazała, że w przypadku Poradni Urologicznej takich pacjentów było sześciu (na 129 przyjętych), a w Poradni Kardiologicznej – dwóch (na 77 przyjętych), co wskazuje na dysproporcje między ilością wizyt „rezerwowanych” dla takich pacjentów a faktycznymi potrzebami w tym zakresie. (dowód: akta kontroli str. 1222-1229, 1254-1256)

Opisane okoliczności wskazują na niezgodność stosowanych praktyk w zakresie rejestracji z art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, który stanowi, że świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia.

7. Pacjenci SP ZOZ nie uzyskali dostępu do własnej dokumentacji medycznej poprzez MPI ani poprzez platformę regionalną. We wniosku o dofinansowanie Projektu zapisano, że: „przedmiotowy projekt zakłada wdrożenie Sytemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, umożliwiającego gromadzenie dokumentacji medycznej pacjentów w postaci elektronicznej oraz udostępnianie jej pacjentom za pośrednictwem Portalu e-Uslugi Medyczne [...]”. Jeden ze wskaźników produktu brzmiał „liczba uruchomionych on-line usług na poziomie 3 – dwustronna interakcja – jeden”, co według objaśnienia w studium wykonalności oznaczało „liczbę uruchomionych serwisów informacyjnych udostępniających usługę elektroniczną po uprzedniej autoryzacji dostępu, tj. aplikacji on-line poprzez Portal e-Uslugi Medyczne, umożliwiającą dostęp do danych medycznych po autoryzacji”. W informacji pokontrolnej Instytucji Zarządzającej oraz raportach z monitorowania wskaźników Projektu na koniec lat 2015 – 2016, jako osiągnięcie przedmiotowego wskaźnika zapisano: „uruchomiony serwis informacyjny umożliwiający zdalną rejestrację pacjentów do poradni poprzez Medyczny Portal Informacyjny oraz możliwość wymiany dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej poprzez Platformę Regionalną”. (dowód: akta kontroli str. 119, 298, 304, 360-363, 1075)

W świetle wyjaśnienia Dyrektora SP ZOZ za wystarczające uznano stworzenie możliwości udostępniania danych medycznych, a nie faktyczne ich udostępnienie. Dyrektor SP ZOZ wyjaśnił bowiem, że MPI w ramach swojej funkcjonalności umożliwia dostęp do danych medycznych pacjenta. Funkcjonalność dostępu do tych danych „poprzez moduł E-Pacjent od jakiegoś czasu jest testowana i konfigurowana pod kątem potrzeb pacjentów. Na podstawie przeprowadzonych testów szacujemy, że funkcjonalność zostanie oddana do użytku w I kwartale 2017 roku. Do tej pory nie było potrzeby uruchamiania takiej funkcjonalności [...], także pacjenci naszego Zakładu nie zgłaszali nam takich zapotrzebowań”. (dowód: akta kontroli str. 1245-1253)

Potwierdzenie zrealizowania powołanego wyżej wskaźnika, możliwe będzie dopiero z chwilą udostępnienia pacjentom ich dokumentacji medycznej w MPI. Brak zgłoszeń pacjentów w tym zakresie, mógł wynikać z ich niewiedzy, bowiem Szpital rozpowszechniał informacje o możliwości e-rejestracji, ale nie informowano w nich o dostępie pacjentów do dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 1091-1093, 1162, 1246-1247)

W rezultacie realizacji Projektu SP ZOZ nabył i uruchomił systemy informatyczne, w tym kompleksowy system medyczny AMMS, zintegrowany z systemem laboratoryjnym i radiologicznym. Umożliwiło to z informatyzowanie procesów związanych z obsługą pacjenta, w tym rejestracji do poradni i wytwarzanie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

Pomimo upływu około 22 miesięcy od odbioru końcowego systemów informatycznych i 17 miesięcy od rozpoczęcia pięcioletniego okresu trwałości Projektu, nie zrealizowano jednak części założeń z wniosku o dofinansowanie. Nie wykorzystywano niektórych modułów AMMS (Blok Operacyjny i Sprzedaż Usług Medycznych). Natomiast SIZ (mający być narzędziem do sprawniejszego zarządzania SP ZOZ) mógł być wykorzystywany w ograniczonym zakresie, gdyż nie generował raportów obejmujących dane kosztowe za 2016 rok (nie był nimi zasilany). System MPI nie zapewniał pacjentom dostępu do ich dokumentacji medycznej. Stwierdzono przypadki nierzetelnego prezentowania – na tym portalu – wolnych terminów wizyt do poradni, bowiem nie udostępniono na nim niektórych wolnych terminów, a udostępnione terminy nie zawsze były zgodne z takimi danymi w systemie AMMS. Nie udostępniono usług związanych z integracją zakupionego systemu informatycznego z platformą regionalną *PSI e-Zdrowie*, a w konsekwencji za pośrednictwem tej platformy pacjenci i lekarze i innych podmiotów leczniczych nie mieli dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej, a pacjenci dodatkowo – możliwości ustalenia terminu wizyty i rejestracji do poradni Szpitala. W różnym zakresie w oddziałach szpitalnych generowano w formie elektronicznej indywidualną dokumentację medyczną, gdyż – poza 10 jej rodzajami wytwarzanymi we wszystkich sześciu oddziałach – w niektórych z nich, w różnym zakresie, wytwarzano kolejnych 11 rodzajów takiej dokumentacji (w tym pięć wymaganych § 15 ust. 1 rozporządzenia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej). W zakresie dokumentacji zbiorczej dotyczyło to generowania w różnym zakresie dwóch rodzajów dokumentów oraz niegenerowania jednego dokumentu. Różnicowanie to mogło wynikać z braku harmonogramu wdrożenia tego procesu.

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 Kontroli⁴², wnosi o:

1. Wdrożenie i wykorzystywanie modułu Blok Operacyjny, nabytego w ramach Projektu i zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu SIZ, umożliwiającego wykorzystanie jego możliwości do zarządzania SP ZOZ.
2. Zapewnienie wytwarzania w formie elektronicznej dokumentacji medycznej w pełnym zakresie, w jakim umożliwia to system AMMS.
3. Udostępnienie możliwości dostępu do dokumentacji medycznej i rejestracji wizyt do poradni specjalistycznych za pośrednictwem platformy regionalnej *PSI e-Zdrowie*.
4. Zapewnienie pacjentom możliwość zarejestrowania się na wizytę poprzez MPI we wszystkich faktycznie wolnych terminach oraz dostępu do ich dokumentacji medycznej za pośrednictwem tego portalu.
5. Wykorzystywanie tabletów medycznych w bieżącej działalności, zgodnie z założeniami Projektu.
6. Uzupełnienie Polityki BI o brakujące elementy, wymagane § 4 pkt 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz w § 20 ust. 2 pkt 12 lit. a rozporządzenia w sprawie KRI.
7. Doprowadzenie do zgodności działań podejmowanych w celu wypełnienia wymogów rozporządzenia w sprawie KRI z wymogami przewidzianymi w wewnętrznych regulacjach.

⁴² Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz.U. z 2015 r. poz. 1096 ze zm.), zwana dalej „ustawą o NIK”.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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.

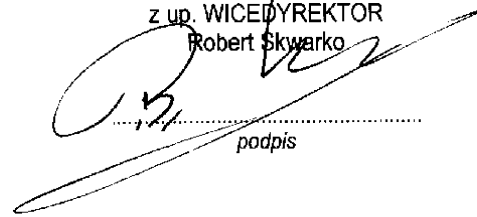
Białystok, dnia 10 marca 2017 r.

Kontroler
Stanisław Żukowski
główny specjalista kontroli państwowej



.....
podpis

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



.....
podpis