



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Białymstoku

LBI.411.006.02.2016  
I/16/004



00368517

# 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](mailto: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

Kontrolerzy

Beata Palinowska – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/112/2016 z 19 grudnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka  
kontrolowana

Samodzielny Szpital Miejski im. PCK, ul. Sienkiewicza 79, 15-003 Białystok (dalej: „Szpital”)

Kierownik jednostki  
kontrolowanej

Krzysztof Aureliusz Teodoruk – Dyrektor Szpitala<sup>1</sup> (dowód: akta kontroli str. 4)

## Ocena ogólna

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

Realizacja przez Szpital projektu<sup>3</sup> pn. *Stworzenie infrastruktury oraz wdrożenie oprogramowania w Samodzielnym Szpitalu Miejskim im. PCK w Białymstoku umożliwiającym uruchomienie e-usług medycznych oraz integrację z regionalnym systemem e-Zdrowie<sup>4</sup>* nie przyniosła korzyści przewidywanych we wniosku o jego dofinansowanie oraz w studium wykonalności, pomimo upływu ponad 28 miesięcy od uruchomienia w Szpitalu komponentów projektu (październik 2014 roku) i wydatkowania na ten cel 2.738,6 tys. zł ze środków własnych, Unii Europejskiej i dotacji Miasta Białystok. Wynikało to w szczególności z nieskutecznego wdrożenia funkcjonalności zakupionych systemów informatycznych oraz nieprzeprowadzenia skutecznej integracji z platformą regionalną projektu e-Zdrowie.

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

Szpital nabył w ramach projektu m.in. sprzęt komputerowy oraz systemy informatyczne: HIS, EDM, EOD, SIZ, rozbudował systemy ERP i LIS<sup>5</sup>, a także udostępnił Medyczny Portal Informacyjny<sup>6</sup>. W trakcie realizacji projektu stwierdzono m.in. następujące nieprawidłowości:

- Szpital nie udostępnił na platformie regionalnej projektu e-Zdrowie<sup>7</sup> swoich e-usług – pacjenci i lekarze nie uzyskali dostępu do dokumentacji medycznej, a pacjenci dodatkowo nie mieli możliwości zarejestrowania się do poradni przyszpitalnych, na platformę regionalną nie były przesłane dane o personelu medycznym i kolejkach oraz dane z systemu SIZ, chociaż na integrację z tą platformą wydatkowano 414,5 tys. zł,
- nie wykorzystywano platformy MPI do umożliwienia pacjentom dostępu do dokumentacji medycznej oraz elektronicznej rejestracji na wizytę w Poradni Rehabilitacji i Poradni Medycyny Pracy, a terminy wizyt dostępne na tej platformie do Poradni Gastrologicznej i Kardiologicznej nie były zgodne z terminami dostępnymi w przypadku rejestracji drogą tradycyjną,

<sup>1</sup> Funkcję Dyrektora pełni od 1 grudnia 2003 r.

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

<sup>3</sup> Dalej: „Projekt umożliwiający uruchomienie e-usług”.

<sup>4</sup> Dalej: „platforma regionalna projektu e-Zdrowie”.

<sup>5</sup> HIS przeznaczony jest do obsługi części medycznej Szpitala; EDM to skorelowana z systemem HIS aplikacja służąca do przeglądania indywidualnej dokumentacji medycznej wytworzonej w HIS; EOD przeznaczony jest do wprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów; SIZ to aplikacja typu BI, służąca do generowania raportów i analiz na podstawie danych czerpanych z ERP oraz HIS i wspomagająca proces zarządzania Szpitalem; ERP służy do obsługi części administracyjnej Szpitala; LIS jest systemem do obsługi części laboratoryjnej, zintegrowanym z systemem HIS.

<sup>6</sup> Dalej: „platforma MPI”.

<sup>7</sup> Projekt realizowany był przez Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego (dalej: „UMWP”) i 36 partnerów (26 podmiotów leczniczych i 10 powiatów).

- system informatyczny HIS nie był wykorzystywany do prowadzenia dokumentacji medycznej w Poradni Medycyny Pracy i w jednej z Poradni Rehabilitacji<sup>8</sup>, a na oddziałach i w kolejnej z Poradni Rehabilitacji był wykorzystywany w niepełnym zakresie,
- nie używano programu typu EOD do elektronicznego obiegu dokumentów oraz części modułów systemu HIS i ERP, a system SIZ nie był zasilany danymi i nie był wykorzystywany w pracy Szpitala,
- sześć tabletów medycznych oraz dwie drukarki laserowe, zakupione w ramach projektu odpowiednio za 31,7 tys. zł i 1,7 tys. zł, nie były użytkowane, zaś jedno z dwóch urządzeń przenośnych – kliniczny asystent medyczny (o wartości 19,9 tys. zł), był użytkowany, jako stacjonarny, czyli niezgodnie z przeznaczeniem,
- nie użytkowano podpisów kwalifikowanych do podpisywania dokumentacji medycznej,
- nie sporządzano raportów powdrożeniowych oraz raportów o liczbie wejść i logowań do platformy MPI, a zatem nie było możliwe obliczenie wskaźnika rezultatu w sposób przyjęty we wniosku o dofinansowanie projektu,
- nie w pełni zabezpieczono przed utratą dane znajdujące się w systemach informatycznych.

Tymczasem we wniosku o dofinansowanie oraz w studium wykonalności projektu wskazano m.in., że jego celem będzie uruchomienie publicznych usług z zakresu ochrony zdrowia świadczonych drogą elektroniczną oraz umożliwienie pacjentom dostępu do dokumentacji medycznej i do elektronicznej rejestracji, a także uzyskanie integracji z platformą regionalną projektu e-Zdrowie i narzędziami analitycznymi wdrożonymi w ramach tego projektu.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że prowadzone działania promocyjne nie były skuteczne. Do czasu kontroli żadna osoba nie zarejestrowała się do poradni przyszpitalnych z wykorzystaniem narzędzi informatycznych.

### 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

Szpital realizował projekt umożliwiający uruchomienie e-usług, na podstawie umowy zawartej 4 czerwca 2013 r. z Województwem Podlaskim (reprezentowanym przez Zarząd Województwa<sup>9</sup>). Miasto Białystok udzieliło dotacji celowej na wkład własny do projektu. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Szpital podjął kroki w celu pozyskania środków na przeprowadzenie informatyzacji, która umożliwiłaby wypełnienie obowiązku prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej”.

Pierwotnie Szpital zadeklarował udział w projekcie „Podlaski system informacyjny e-Zdrowie”. W dniu 7 listopada 2008 r. została podpisana umowa w sprawie współdziałania przy realizacji zadania pomiędzy Miastem Białystok (organem prowadzącym Szpitala) i Województwem Podlaskim. Następnie, z dniem 1 grudnia 2010 r., rozwiązano umowę<sup>10</sup>.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Chęć uczestnictwa w projekcie e-Zdrowie była zgłoszona podczas spotkania władz placówek medycznych organizowanego przez Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, w trakcie, którego zostały przedstawione założenia funkcjonowania systemu. Następnie wystąpiono do organu prowadzącego o zabezpieczenie wkładu własnego. Nie uzyskaliśmy jednak pozytywnej decyzji, dlatego też nie zostaliśmy partnerem projektu e-Zdrowie, pomimo wcześniejszej deklaracji o przystąpieniu”. (dowód: akta kontroli str. 5-52, 992-994, 1028-1045)

<sup>8</sup> Poradnia Rehabilitacji wraz z pracownią fizjoterapii.

<sup>9</sup> Dalej: „IZ”. Zadania IZ wykonuje UMWP.

<sup>10</sup> W drodze porozumienia.

Celem bezpośrednim projektu było uruchomienie publicznych usług z zakresu ochrony zdrowia świadczonych drogą elektroniczną, służących poprawie jakości opieki zdrowotnej na terenie województwa podlaskiego. Określone zostały następujące cele pośrednie: [1] poprawa dostępności do publicznej służby zdrowia na terenie województwa, [2] usprawnienie procesu rejestracji pacjentów, [3] usprawnienie gromadzenia danych i informacji, [4] przyspieszenie dostępu do danych i informacji, [5] zwiększenie efektywności funkcjonowania Szpitala, [6] rozwój kompetencji kadry. (dowód: akta kontroli str. 27-52)

Studium wykonalności, stanowiące załącznik do wniosku o dofinansowanie projektu, zawierało m.in. opis stanu istniejącego w Szpitalu w odniesieniu do założeń projektu, w zakresie posiadanego sprzętu informatycznego, stosowanych w jednostce programów informatycznych oraz potrzeb jednostki.

Szpital posiadał 43 komputery, 48 drukarek i urządzeń wielofunkcyjnych, trzy serwery. Wyposażony był w oprogramowanie obejmujące w części administracyjnej obszar finansowo-księgowy, rachunek kosztów, rejestr sprzedaży, kadry/płace, grafiki, środki trwałe, a w części medycznej m.in. system do obsługi diagnostyki obrazowej, pracowni endoskopowej, laboratorium. Systemy te nie były ze sobą zintegrowane.

W studium określone zostały następujące problemy: [1] nieuruchomienie usług elektronicznych dla pacjenta, [2] brak systemu medycznego umożliwiającego gromadzenie i przetwarzanie danych medycznych w postaci elektronicznej, [3] brak struktury serwerowej pozwalającej na uruchomienie kolejnych systemów, [4] niewystarczające pod względem bezpieczeństwa warunki przesyłania i przechowywania danych, [5] brak sprzętu komputerowego na wszystkich stanowiskach związanych z tworzeniem dokumentacji medycznej. Ponadto wskazano na brak systemu informatycznego pozwalającego na całościowe analizowanie działalności Szpitala, tj. analizę kosztów czy optymalizację zasobów, brak możliwości wymiany danych medycznych oraz finansowych w postaci elektronicznej z innymi jednostkami publicznymi. (dowód: akta kontroli str. 53-182)

Personel medyczny i administracyjny Szpitala wskazał, że proces informatyzacji był z nimi konsultowany w zakresie sprzętu i programów niezbędnych do jego przeprowadzenia. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że „*W trakcie tworzenia studium wykonalności na potrzeby projektu miały miejsce konsultacje z personelem medycznym oraz pracownikami administracji. Przedstawione zostały ogólne założenia projektu, pracownicy zostali poinformowani o nowych obowiązkach związanych z obsługą systemu informatycznego, jak również zostały wysłuchane i rozpatrzone ich uwagi.*”

(dowód: akta kontroli str. 912-923, 992-994)

Koszty realizacji projektu wyniosły 2.738,6 tys. zł, tj. 98,3% wydatków zaplanowanych<sup>11</sup>. Zakup sprzętu komputerowego kosztował – 346,8 tys. zł (o 147,3% więcej niż zaplanowano), budowa kompleksowego systemu wewnętrznego – 1.053,1 tys. zł (79,3% planu), rozbudowa i modernizacja sieci LAN<sup>12</sup> – 192,9 tys. zł (59,9% planu), budowa serwerowni – 40 tys. zł (55,6% planu), wdrożenie e-usług – 953,8 tys. zł (131,4% planu), zarządzanie projektem 89 tys. zł (71,5% planu), promocja projektu – 1,6 tys. zł (13% planu).

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „*Wartość projektu została oszacowana z uwzględnieniem wartości rynkowej poszczególnych jego komponentów, która z kolei została zaczerpnięta z powszechnie dostępnych danych. W celu wyznaczenia przybliżonej wartości projektu, prowadzone były również konsultacje z Urzędem Marszałkowskim oraz pracownikami innych Szpitali.*”

Co do różnic pomiędzy wydatkami zaplanowanymi, a poniesionymi wskazał, że: „*Biorąc pod uwagę złożoność poszczególnych etapów projektu niektóre wydatki trudno było zakwalifikować jednoznacznie. Co jednak najważniejsze – łączna wartość wydatków poniesionych była niższa od zaplanowanych.*”

<sup>11</sup> Wydatki zaplanowane wyniosły 2.786,8 tys. zł, koszty działalności podstawowej Szpitala wyniosły 10.733,5 tys. zł w 2013 roku i 10.917,2 tys. zł w 2014 roku.

<sup>12</sup> Szpital dysponuje łączem udostępnianym przez firmę Orange o przepustowości 600Mb/s dla pobierania i 60 Mb/s dla wysyłania. Transmisja VPN z platformą regionalną odbywa się tym łączem.

Wniosek o dofinansowanie projektu oraz studium wykonalności został sporządzony przez wykonawcę zewnętrznego. Koszt realizacji tego zadania wyniósł 61,5 tys. zł, w tym 57,8 tys. zł koszty kwalifikowalne (studium wykonalności) oraz 3,7 tys. zł koszty niekwalifikowalne (wniosek o dofinansowanie). Wniosek o dofinansowanie był uzupełniany trzykrotnie, m.in. w zakresie: doprecyzowania sposobu oszacowania kosztu zarządzania projektem, zmniejszenia środków finansowych przeznaczonych na zarządzanie projektem (wynagrodzenie dotyczące specjalisty ds. zamówień publicznych) oraz przeznaczonych na promocję projektu. Szpital nie poniósł dodatkowych wydatków, które nie były rozliczone w ramach projektu. Do realizacji projektu został wyłoniony – w drodze przetargu nieograniczonego – inżynier kontraktu. Do jego obowiązków należały m.in. zadania z zakresu koordynowania prac zespołu projektowego, powołanego przez Dyrektora Szpitala, nadzór nad realizacją poszczególnych etapów projektu, bieżące informowanie Dyrektora o postępach projektu oraz potencjalnych zagrożeniach, współudział przy opracowaniu założeń do uruchomienia procedury przetargowej na poszczególne zadania, przygotowanie umów z wykonawcami, przygotowanie niezbędnej dokumentacji do wszczęcia i przeprowadzenia postępowań o udzielenie zamówień publicznych, w tym specyfikacji istotnych warunków zamówienia, zamieszczanie ogłoszeń o zamówieniu i udzieleniu zamówień, analizę bezpieczeństwa zastosowanych rozwiązań, współpraca z podmiotami gospodarczymi dostarczającymi rozwiązania informatyczne w ramach projektu. (dowód: akta kontroli str. 814-819, 966, 1016-1022)

W wyniku procesu informatyzacji Szpital wyposażono w 35 stacji roboczych wraz z oprogramowaniem i monitorami, 20 drukarek laserowych, drukarkę specjalistyczną do opasek identyfikujących pacjentów, dwa czytniki kodów kreskowych, sześć urządzeń przenośnych z ekranami dotykowymi – kliniczny asystent medyczny z wbudowanym czytnikiem kodów kreskowych (dalej: „tablety medyczne”) oraz dwa urządzenia – kliniczny asystent medyczny<sup>13</sup>, 100 certyfikatów podpisów elektronicznych<sup>14</sup>. Dostosowano i wyposażono serwerownię m.in. w dwie szafy typu Rack, trzy serwery, dwa zasilacze. Szpital wyposażono w systemy: HIS, EOD, EDM, SIZ oraz rozbudowano system ERP i LIS.

W Szpitalu nie korzystano z dwóch drukarek laserowych i sześciu tabletów medycznych zakupionych za 33,4 tys. zł, a jedno urządzenie – kliniczny asystent medyczny o wartości 19,9 tys. zł było użytkowane niezgodnie z przeznaczeniem, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 718-731, 735-738, 858-859)

Założeniem projektu było stworzenie w Szpitalu kompleksowego systemu informacyjnego oraz integracja z platformą regionalną projektu e-Zdrowie i narzędziami analitycznymi na poziomie regionalnym wdrożonymi w ramach projektu e-Zdrowie. W wyniku realizacji projektu miała powstać możliwość komunikacji m.in. na płaszczyznach pacjent – podmiot leczniczy oraz pomiędzy podmiotami leczniczymi. Produktami projektu miały być trzy usługi on-line na poziomie 1, 2 i 3 oraz trzy wdrożone aplikacje.

We wniosku o dofinansowanie oraz w studium wykonalności wskazano następujące wskaźniki produktu i ich wartości do osiągnięcia (mierzone za pomocą protokołu powdrożeniowego):

- trzy utworzone aplikacje oraz udostępnione usługi teleinformatyczne: repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, pakiet usług udostępnionych przez platformę regionalną projektu e-Zdrowie, system analityczny,
- uruchomiona on-line usługa na poziomie 1 – informacja (uruchomiony serwis informacyjny w części informacyjnej platformy MPI<sup>15</sup>),
- uruchomiona on-line usługa na poziomie 2 – interakcja (jeden uruchomiony serwis informacyjny umożliwiający zdalną rejestrację pacjentów do poradni przyszpitalnych poprzez platformę MPI),

<sup>13</sup> Tablety medyczne z czytnikiem kodów kreskowych różniły się od klinicznych asystentów medycznych parametrami podstawowymi, tj. wielkością wyświetlacza, wagą, pamięcią RAM.

<sup>14</sup> Certyfikaty były ważne dwa lata od daty dostarczenia, z możliwością bezpłatnego przedłużenia okresu ważności na następne cztery lata (do 2020 roku).

<sup>15</sup> Uruchomiony został portal szpitala – Medyczna Platforma Informacyjna.

- uruchomiona on-line usługa na poziomie 3 – dwustronna interakcja – transakcja, oznaczała jeden uruchomiony serwis informacyjny udostępniający usługę elektroniczną po uprzedniej autoryzacji dostępu, tj. poprzez platformę MPI, umożliwiającą dostęp do danych medycznych po autoryzacji.

W Szpitalu uruchomiona została platforma MPI, na której udostępniono informację o Szpitalu i zdalną rejestrację pacjentów.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Szpital prowadzi własną rejestrację internetową w celu ułatwienia dostępu swoim pacjentom do lekarzy w poradniach. Celem było jak najlepsze zabezpieczenie interesów Szpitala i jego pacjentów”.

Szpital nie udostępniał usług przez platformę regionalną projektu e-Zdrowie oraz dokumentacji medycznej przez platformę MPI. Zakupiony zaś system analityczny SIZ nie był wykorzystywany i nie pobierał danych z systemu HIS i ERP oraz nie przekazywał danych na platformę regionalną (szerzej zagadnienia te przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*).

(dowód: akta kontroli str. 5-26, 100-102, 760-766, 837-839)

Przyjęto następujące wskaźniki rezultatu:

- liczba jednostek sektora publicznego korzystająca z utworzonych aplikacji lub usług teleinformatycznych (jeden),
- liczba osób (mieszkańców województwa podlaskiego) korzystających z usług online, tj. informacji o Szpitalu, udostępnionych na platformie MPI<sup>16</sup> – wartość docelowa to 600 rocznie (w latach 2015 – 2019).

Na podstawie rejestru liczby użytkowników zarejestrowanych ustalono, że na dzień 6 lutego 2017 r. liczba osób korzystających z usług online wynosiła 114 (z tego 84 użytkowników potwierdziło rejestrację)<sup>17</sup>.

Zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie osiągnięcie wskaźników rezultatu miało być monitorowane na podstawie raportów powdrożeniowych oraz rejestru systemowego<sup>18</sup>, na podstawie którego miał być sporządzony raport o liczbie wejść i logowań. Dokumenty te nie były sporządzane. Szpital nie dysponował narzędziami do ustalenia liczby wejść i logowań do platformy MPI, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*. (dowód: akta kontroli str. 41-42, 760-766)

W studium wykonalności projektu wskazano, że poziom osiągnięcia celów pośrednich projektu będzie mierzony za pomocą wskaźników: skrócenie czasu obsługi pacjentów, skrócenie czasu koniecznego do uzyskania informacji medycznych w placówce i skrócenie czasu rejestracji wizyty. Źródłem weryfikacji miały być badania ankietowe przeprowadzone wśród personelu i pacjentów. Badanie takie nie zostało przeprowadzone, co przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalono nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 95, 997-1001)

Szpital zakładał uzyskanie integracji z platformą regionalną projektu e-Zdrowie. Przepływ danych z poziomu lokalnego do regionalnego miał być osiągnięty poprzez umożliwienie wymiany danych pomiędzy systemami<sup>19</sup>:

- z systemu ERP do regionalnego systemu RSR<sup>20</sup> miały być przekazywane dane dotyczące struktury organizacyjnej oraz dane lekarzy,
- z systemu HIS do systemu RSR miały być przekazywane dane pacjentów (do rejestru pacjentów), dane lekarzy, usługi w odniesieniu do jednostek wykonujących, do portalu pacjenta grafiki dostępności zasobów do rejestracji internetowej, informacje na temat terminów rezerwacji zasobów oraz o kolejkach oczekujących, lista kolejek oraz statystyki związane z czasem oczekiwania,

<sup>16</sup> Dostęp do portalu był możliwy po zalogowaniu (dla osób zarejestrowanych).

<sup>17</sup> Liczba pacjentów hospitalizowanych w latach 2015 i 2016 na obu oddziałach szpitalnych wyniosła odpowiednio 2.757 i 2.702, zaś liczba pacjentów przyjętych w poradniach w 2015 roku wynosiła 38.113, a w 2016 roku 36.475.

<sup>18</sup> Licznik wejść i logowań do portalu internetowego.

<sup>19</sup> Wskazano w specyfikacji istotnych warunków zamówienia do przetargu nieograniczonego dotyczącego usługi integracji pomiędzy platformą Szpitala a platformą regionalną projektu e-Zdrowie.

<sup>20</sup> Regionalny System Rejestrów udostępniający kluczowe rejestry i dane słownikowe wszystkim pozostałym systemom regionalnym i lokalnym.

- z systemu EDM do RRDM<sup>21</sup> – dokumentacja medyczna pacjentów,
- z systemu SIZ do regionalnego systemu BI i HD miały być przekazywane wszystkie dane SIZ (po zanonimizowaniu), w ramach grup: ekonomiczne, kadrowo-placowe, statystyka medyczna.

Przepływ danych z poziomu regionalnego do lokalnego miał polegać na przekazywaniu danych z:

- RSR w zakresie danych słowników regionalnych do systemów ERP, HIS, EDM, SIZ; w zakresie danych pacjentów z Rejestru Pacjentów, w celu weryfikacji/rejestracji do systemu HIS, aktualnej struktury organizacyjnej do systemu ERP, HIS i SIZ,
- portalu pacjenta dane o rejestracji na wizytę do systemu HIS.

Odbiór końcowy wykonania usługi integracji nastąpił w terminie zgodnym z umową zawartą z wykonawcą, w dniu 24 grudnia 2014 r. z zastrzeżeniem, iż płatność zostanie dokonana po integracji z platformą regionalną projektu e-Zdrowie oraz po uzyskaniu środków finansowych z Instytucji Zarządzającej. Członek zespołu wewnętrznego do realizacji projektu (uczestniczył w odbiorze końcowym) wyjaśnił, że: „Odbiór był dokonany w obecności przedstawiciela Inżyniera kontraktu, który również podpisał się na protokole (był to specjalista od spraw technicznych. Zgodnie z zapisami umowy wykonawca miał zintegrować system Szpitala z platformą regionalną do 25 grudnia 2014 r., na dzień 24 grudnia 2014 r. integracja nie została przeprowadzona. Aby zabezpieczyć interesy finansowe Szpitala dokonaliśmy wspomnianej adnotacji w protokole”.

W protokołach powdrożeniowych z 29 maja 2015 r. wskazano, że uzyskano integrację z platformą regionalną projektu e-Zdrowie oraz osiągnięto wskaźniki produktu: utworzono aplikacje i udostępniono usługi teleinformatyczne tj. repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (dalej: EDM), pakiet usług przez regionalny portal projektu e-Zdrowie i wdrożono system analityczny. Koszt integracji wyniósł 414,5 tys. zł i został poniesiony 10 lipca 2015 r. (tego dnia upływał termin finansowej realizacji projektu). W trakcie przeprowadzonych 13 lutego 2017 r. oględzin stwierdzono, że na platformę regionalną projektu e-Zdrowie zostały przekazane dane dotyczące struktury organizacyjnej Szpitala. Nie było integracji z platformą regionalną na wszystkich zakładanych poziomach, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*. (dowód: akta kontroli str. 648-657, 662-717, 837-839, 1048-1050, 1055)

Umowa o dofinansowanie zawarta z UMWP była trzykrotnie aneksowana:

- a) 30 października 2014 r. (wniosek z 5 grudnia 2013 r.) przesunięte zostało rzeczowe zakończenie realizacji projektu z 31 maja 2014 r. na 3 grudnia 2014 r., zaś finansowe zakończenie realizacji projektu z 30 czerwca 2014 r. na 31 stycznia 2015 r.,
- b) aneksem z 25 czerwca 2015 r. (wniosek z 13 stycznia 2015 r.) przesunięto termin zakończenia rzeczowej realizacji projektu na 30 grudnia 2014 r., zaś finansowe zakończenie na 10 lipca 2015 r.,
- c) aneksem z dnia 14 października 2015 r. (wniosek z 9 kwietnia 2015 r.) przesunięto termin zakończenia rzeczowej realizacji projektu na 29 maja 2015 r. zaś termin zakończenia finansowej realizacji projektu pozostał niezmienny. W uzasadnieniu Szpital wskazał, iż nie ma możliwości dokonania integracji systemu szpitalnego z platformą regionalną projektu e-Zdrowie, ponieważ nie została ona udostępniona. (dowód: akta kontroli str. 187-268)

Szpital 13 lipca 2016 r. otrzymał z UMWP projekt umowy, na podstawie, której miał upoważnić UMWP do przetwarzania danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów na poziomie regionalnym. Informatyk wyjaśnił, że: „Szpital otrzymał z UMWP projekt porozumienia (...) Otrzymałem to porozumienie do weryfikacji oraz w celu wypowiedzenia się, co do jego zapisów. Projekt porozumienia został również przekazany do wykonawcy integracji, jednak nie pamiętam, czy wykonawca zgłaszał uwagi na piśmie. Nie miałem uwag dotyczących treści porozumienia”. Następnie 2 stycznia 2017 r. Szpital

<sup>21</sup> Regionalne Repozytorium Dokumentacji Medycznej – regionalna baza danych, agregująca elektroniczną dokumentację medyczną pochodzącą z podmiotów leczniczych, w celu udostępnienia jej pacjentom oraz osobom przez nich uprawnionym przez portal pacjenta.

otrzymał do podpisania umowę z UMWP. Do 21 lutego 2017 r. umowa nie została podpisana.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „*Nie zawarto porozumienia. Ponieważ Szpital jest na etapie wyjaśniania wątpliwości formalno-prawnych w zaproponowanym przez Urząd Marszałkowski porozumieniu*”. (dowód: akta kontroli str. 1020-1022, 1046-1047, 1051-1054)

Działania promocyjne obejmowały udostępnienie informacji o realizowanym projekcie na stronie www Szpitala, wywieszenie tablic pamiątkowych oraz wywieszenie informacji o możliwości zalogowania się do platformy MPI przy rejestracji do Poradni Gastrologicznej i Kardiologicznej. Informację o możliwości zarejestrowania się do poradni za pośrednictwem platformy MPI uzupełniono w trakcie kontroli. Brak było informacji o możliwości dostępu do dokumentacji medycznej (szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Uwagi dotyczące badanej działalności*). (dowód: akta kontroli str. 718-731, 974-975)

Postanowienia umowy zawartej z dostawcą oprogramowania dawały możliwość dostosowania wdrażanego oprogramowania do zmieniających się potrzeb użytkowników końcowych. Szpital miał możliwość zgłaszania, do 30 października 2016 r., propozycji zmian dostarczonego oprogramowania. Realizacja gwarancyjnych<sup>22</sup> usług serwisowych przez wykonawcę obejmowała m.in. dostosowywanie oprogramowania do potrzeb Szpitala (np. w zakresie definiowania szablonów, sprawozdań, konsultacje uzupełniające, doradztwo w zakresie rozbudowy) oraz pomoc użytkownikom w obsłudze programowania, zapewnienie ciągłości pracy systemu, instalację nowych wersji oprogramowania.

(dowód: akta kontroli str. 373-384)

Szpital korzystał w okresie wdrażania systemów informatycznych z asysty powdrożeniowej (od 1 października 2014 r. do 30 września 2016 r.). Zgłoszonych zostało 130 postulatów zmiany w zakresie systemów informatycznych – wszystkie zostały zrealizowane. Wykonawcy systemów zgłaszano błędy, usterki (szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w pkt. 1.2.). (dowód: akta kontroli str. 373-384, 840-853, 970)

Przeprowadzone zostały cztery postępowania o zamówienia publiczne w formie przetargów nieograniczonych: w zakresie wyłonienia inżyniera kontraktu, na roboty budowlane dotyczące dostosowania pomieszczenia serwerowni do standardu technicznego projektu e-Zdrowie oraz montażu okablowania strukturalnego, na dostawę i instalację infrastruktury sieciowo-serwerowej oraz wdrożenie oprogramowania na potrzeby projektu, na usługę integracji pomiędzy platformą szpitala a platformą regionalną projektu e-Zdrowie. Ponadto przeprowadzono dwa zapytania ofertowe: w zakresie sporządzenia wniosku o dofinansowanie wraz ze studium wykonalności oraz promocji projektu.

Wszystkie postępowania o zamówienia publiczne przeprowadzone w formie przetargów nieograniczonych były przedmiotem kontroli Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego (dalej: IZ)<sup>23</sup>. I tak:

- w ramach postępowania dotyczącego wyłonienia inżyniera kontraktu stwierdzono nieprawidłowości, które polegały m.in. na udzieleniu zamówienia wykonawcy, który nie potwierdził spełnienia warunków udziału w postępowaniu, a także na zaniechaniu wezwania wykonawcy do złożenia wyjaśnień w tym zakresie, co skutkowało korektą finansową w wysokości 3,8 tys. zł,
- w zakresie postępowania dotyczącego usługi integracji pomiędzy platformą Szpitala a platformą regionalną projektu e-Zdrowie stwierdzono nieprawidłowości, które polegały m.in. na nieuwzględnieniu przy szacowaniu wartości zamówienia innego zamówienia, które było przewidziane do realizacji w projekcie (tj. na dostawę i instalację infrastruktury sieciowo-serwerowej oraz wdrożenie oprogramowania na potrzeby projektu), niespójności ogłoszenia o zamówieniu ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia w zakresie wymagań stawianych wykonawcom, sformułowanie warunków udziału w zamówieniu w zakresie osób w sposób nadmierny w stosunku do przedmiotu zamówienia, udzieleniu zamówienia wykonawcy, który nie potwierdził spełnienia warunków udziału w postępowaniu (jednocześnie nie wezwano go do uzupełnienia

<sup>22</sup> W szacowanej ilości do trzech wizyt miesięcznie w wymiarze sześciu godzin każda.

<sup>23</sup> Kontrole były przeprowadzone po zakończonych postępowaniach przetargowych.

i wyjaśnienia). Stwierdzone nieprawidłowości skutkowały uznaniem kosztów w wysokości 108,1 tys. zł za niekwalifikowalne.

IZ od 25 listopada 2015 r. do 11 grudnia 2015 r. przeprowadziła na zakończenie realizacji projektu kontrolę, która nie wykazała nieprawidłowości. (dowód: akta kontroli str. 924-963)

Instytucja Audytowa (Urząd Kontroli Skarbowej) przeprowadziła w Szpitalu kontrolę postępowań o zamówienia publiczne, dotyczące:

- wykonania prac projektowych i robót budowlanych w zakresie dostosowania pomieszczenia serwerowni do standardu technicznego projektu e-Zdrowie oraz montażu okablowania strukturalnego – stwierdzono niespójność ogłoszenia o zamówieniu ze specyfikacją istotnych warunków zamówienia w zakresie terminu realizacji zamówienia;
- na dostawę i instalację infrastruktury sieciowo-serwerowej oraz wdrożenie oprogramowania na potrzeby projektu – stwierdzono nieprawidłowości, polegające na: zmianie specyfikacji istotnych warunków zamówienia bez publikacji zmiany ogłoszenia o zamówieniu w zakresie warunku dysponowania osobami; niekonkurencyjnym opisie przedmiotu zamówienia; żądaniu dokumentu, który nie był niezbędny do przeprowadzenia postępowania; istotnej zmianie umowy, nieprzewidzianej we wzorze (zmiana personelu wskazanego w ofercie do realizacji zamówienia); niepełnym opisie przedmiotu zamówienia dotyczącego rozbudowy systemu laboratoryjnego LIS.

W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości na Szpital nałożono korektę finansową w wysokości 433,9 tys. zł.

Ponadto Instytucja Audytowa uznała część poniesionego podatku VAT za wydatek niekwalifikowalny w projekcie, co skutkowało korektą dofinansowania w wysokości 20,4 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 924-963)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w zakresie przygotowania i realizacji procesu informatyzacji oraz wykorzystywania zakupionego sprzętu stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Szpital nie udostępnił na platformie regionalnej projektu e-Zdrowie e-usług oraz nie umożliwił pacjentom dostępu do dokumentacji medycznej zarówno za pośrednictwem tej platformy, jak i platformy MPI, a mimo upływu 16 miesięcy od udostępnienia dla obywateli platformy regionalnej projektu e-Zdrowie (19 października 2015 r.), nie podjęto działań w celu umożliwienia pacjentom korzystania z tych usług. Na dzień 13 lutego 2017 r. na platformie regionalnej projektu e-Zdrowie nie było bowiem możliwości zarejestrowania się na wizytę do poradni przyszpitalnych oraz nie był możliwy dostęp do dokumentacji medycznej. Szpital nie uzyskał zatem integracji z platformą regionalną na wszystkich zakładanych poziomach.

Tymczasem zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie oraz studium wykonalności projektu, Szpital zakładał utworzenie trzech aplikacji oraz udostępnienie usług teleinformatycznych: repozytorium Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, pakietu usług udostępnionych przez regionalny portal, systemu analitycznego. Zobowiązano się też do umożliwienia dostępu do dokumentacji medycznej z poziomu platformy MPI. Zgodnie ze studium wykonalności projektu, Szpital zobowiązał się do uruchomienia usługi na poziomie 3 – dwustronna interakcja – transakcja, tj. uruchomienie serwisu informacyjnego, umożliwiającego dostęp do danych medycznych po autoryzacji.

Pomimo nieudostępnienia na platformie regionalnej projektu e-Zdrowie wymienionych usług, w raporcie powdrożeniowym dotyczącym odbioru zamówienia, sporządzonym 29 maja 2015 r. (tj. w dniu upływu terminu ustalonego w umowie o dofinansowanie na zakończenie rzeczowej realizacji projektu) przez wykonawcę i pracownika Szpitala, potwierdzono jednak, że te trzy usługi zostały utworzone i udostępnione (za wykonanie integracji wykonawcy zapłacono 414,5 tys. zł), mimo że platforma regionalna projektu e-Zdrowie została udostępniona dla obywateli dopiero 19 października 2015 r., tj. 4,5 miesiąca później. Ponadto zgodnie z założeniami projektu dane z systemu SIZ miały być przekazywane na platformę regionalną projektu e-Zdrowie.

Inspektor ds. zamówień publicznych (który podpisał ww. protokół) wyjaśnił, że: „Szpital realizując swój projekt miał dokonać integracji aplikacji informatycznych dostarczonych w ramach projektu z platformą regionalną podlaskiego systemu informacyjnego e-Zdrowie. Z uwagi na opóźnienia tego projektu, prace integracyjne wykonywano w oparciu o platformę testową, a później docelową, udostępnioną przez wykonawcę systemu PStę-Zdrowie. Szpital, ani wykonawca nie był informowany, kiedy i w jakim zakresie poszczególne elementy Platformy Regionalnej były uruchamiane dla ludności na poziomie Urzędu Marszałkowskiego. Były jednak sygnały, aby jak najszybciej dokonywać integracji z Platformą własnych systemów informatycznych i dokonywać przyłączenia placówki do platformy PStę-Zdrowie (zarejestrować placówkę w RSR). Platforma regionalna była dostępna zarówno do testów, jak i do prac integracyjnych dużo wcześniej niż pod koniec 2015 r. Te prace wdrożeniowe zostały zrealizowane w pierwszym półroczu 2015 roku”.

Informatyk wyjaśnił, że brak dostępu do dokumentacji medycznej na platformie MPI wynika z błędu w działaniu systemu HIS i zostało to zgłoszone do wykonawcy.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Do udostępnienia usług na platformie regionalnej niezbędne jest podpisanie porozumienia z Urzędem Marszałkowskim. Ponieważ Szpital ma negatywne doświadczenia ze współpracy z ww. instytucją, zarezerwował sobie odpowiednio dużą ilość czasu konieczną w celu dokładnego przeanalizowania całej treści porozumienia. Uważamy, że odłożenie w czasie uruchomienia usług na platformie regionalnej nie będzie miało negatywnych skutków dla naszych pacjentów a podpisanie porozumienia będzie skutkowało w dłuższym czasie, dlatego też prowadzone są liczne konsultacje dotyczące jego warunków”.

(dowód: akta kontroli str. 100-101, 653, 717, 760-766, 837-839, 1024-1027, 1051-1052)

2. W Szpitalu nie były sporządzane raporty powdrożeniowe oraz raporty o liczbie wejść i logowań do platformy MPI<sup>24</sup>, co było niezgodne z § 8 pkt 2 umowy o dofinansowanie projektu, w którym Szpital zobowiązał się do pomiaru wartości wskaźników osiągniętych dzięki realizacji projektu zgodnie ze wskaźnikami monitoringowymi zamieszczonymi we wniosku o dofinansowanie projektu.

Ponadto w specyfikacji istotnych warunków zamówienia dotyczącego zamówienia na dostawę i instalację infrastruktury sieciowo-serwerowej oraz wdrożenie oprogramowania nie założono wykonania narzędzia umożliwiającego wykonanie pomiaru takich wskaźników. Nie przeprowadzono również ankiet wśród pacjentów i personelu, których celem było zmierzenie czy uległy skróceniu: proces obsługi pacjentów, czas konieczny do uzyskania dostępu do informacji medycznych w placówce i czas rejestracji wizyty. W konsekwencji nie był możliwy pomiar wskaźnika w sposób wskazany we wniosku o dofinansowanie projektu.

Członek zespołu wewnętrznego ds. realizacji projektu nie potrafiła wskazać powodu, dla którego nie były sporządzane raporty powdrożeniowe.

Administrator wyjaśnił, że: „Platforma MPI nie ma możliwości rejestracji takich wejść, dlatego też nie były sporządzane takie raporty”.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „System obsługujący rejestrację internetową daje możliwość wygenerowania raportów zawierających liczbę utworzonych kont pacjentów oraz status rezerwacji wizyt. Takie funkcje zostały zawarte w SIWZ Szpitala, ponieważ te dane będą potrzebne do wiarygodnego mierzenia i monitorowania raportów powdrożeniowych. Jest rzeczą oczywistą, że z czasem będzie przybywać nowych kont pacjentów oraz rezerwacji wizyt, a co za tym idzie będą coraz lepsze wskaźniki. Czas jest tu, więc czynnikiem decydującym i wpływającym na dobry rezultat zakupionego programu, dlatego też im później zaczniemy monitorowanie tym będziemy mieli lepsze wskaźniki. Natomiast w Studium Wykonalności projektu są zawarte dyrektywy Unii Europejskiej warunkujące przydział środków pieniężnych a nie zawsze odpowiadające potrzebom osób zainteresowanych. Dlatego też mając na celu efektywne wydawanie środków pieniężnych Szpital w SIWZ pominął funkcję wejść i logowań do systemu,

<sup>24</sup> Zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie do zadań Zespołu ds. realizacji projektu<sup>24</sup> należało sporządzanie raz na kwartał raportów powdrożeniowych, zaś do zadań administratora systemu sporządzanie, raz w miesiącu, raportów o liczbie wejść i logowań, a także przesyłanie ich do Dyrektora oraz osoby odpowiedzialnej za koordynację projektu

*zamówił natomiast raportowanie ilości utworzonych kont przez pacjentów oraz raportowanie ilości rezerwowanych wizyt. Na obecnym etapie funkcjonowania projektu jest zbyt wcześnie, aby wiarygodnie zweryfikować osiągnięcie jego rezultatów”.*

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że Szpital zobowiązał się do pomiaru wartości wskaźników osiągniętych dzięki realizacji projektu przez okres jego realizacji oraz okres trwałości, tj. 5 lat od daty zakończenia realizacji projektu<sup>25</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 95-101, 280-281, 466-472, 999, 1051-1055)

3. Zakupione w ramach projektu sześć tabletów medycznych oraz dwie drukarki laserowe, na które wydatkowano odpowiednio 31,7 tys. zł i 1,7 tys. zł, nie były użytkowane, zaś przenośny – kliniczny asystent medyczny, o wartości 19,9 tys. zł, użytkowany był, jako stacjonarny, a zatem niezgodnie z przeznaczeniem. Jest to bowiem urządzenie mobilne, wyposażone m.in. w czytnik do kodów kreskowych z opasek pacjentów, przeznaczone do użytku podczas obchodu lekarskiego. Personel medyczny nie używał również podpisów kwalifikowanych, zakupionych do podpisywania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

Informatyk wyjaśnił, że: *„Po zainstalowaniu na jednym urządzeniu aktualizacji w grudniu 2016 r. pojawił się błąd aplikacji mHOSP. Zostało to zgłoszone do wykonawcy 28 grudnia 2016 r.”*

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„Drukarka znajdująca się w poradni POZ została niedawno odłączona z powodu zastąpienia jej innym modelem i zostanie przeniesiona w nowe miejsce. Z kolei drukarka należąca do rejestracji poradni gastrologicznej została zastąpiona urządzeniem wielofunkcyjnym – ona również będzie używana przez inną komórkę organizacyjną”.* (dowód: akta kontroli str. 718-734, 1016-1022)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że działania promocyjne dotyczące realizowanego projektu były nieskuteczne. Udostępniona w Szpitalu informacja dotyczyła możliwości założenia konta na platformie MPI. Nie wskazywano zaś na korzyści, jakie może uzyskać pacjent, tj. na możliwość zarejestrowania się do poradni oraz dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej. W konsekwencji do 6 lutego 2017 r. żaden pacjent nie zarejestrował się do lekarza przez Internet.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„Szpital informuje pacjentów o dostępności rejestracji internetowej w poradniach specjalistycznych za pomocą tablicy informacyjnej umieszczonej przy rejestracji poradni. Podobna tablica, która znajdowała się również przy poradni lekarza POZ została prawdopodobnie zdjęta, jednak jest już ponownie umieszczona w widocznym miejscu. Informacja o możliwości rejestracji zdalnej jest dostępna także na stronie internetowej szpitala. Pacjentom przekazywane są również ustne instrukcje dotyczące rejestracji internetowej wraz z przekazaniem ulotki”.*

W trakcie kontroli udostępnione w Szpitalu informacje uzupełniono o możliwość zarejestrowania się do poradni. (dowód: akta kontroli str. 718-731, 974-975, 1016-1022)

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

Opis stanu faktycznego

Zarządzeniem Dyrektora Szpitala z 23 lutego 2016 roku została wdrożona Polityka Bezpieczeństwa i Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym w Szpitalu<sup>26</sup>. Polityka Bezpieczeństwa spełniała wymogi wskazane w § 4 pkt. 1, 2 i 5 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych<sup>27</sup>. Zawierała ona m.in. wykaz budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe. Nie zawierała danych wskazanych w § 4 pkt. 3 i 4 ww. rozporządzenia, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 282-318)

<sup>25</sup> Ostateczne rozliczenie końcowego wniosku o płatność.

<sup>26</sup> Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym, zwana dalej: „Instrukcją zarządzania”.

<sup>27</sup> Dz. U. Nr 100, poz. 1024. Rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji przetwarzania danych”.

Instrukcja spełniała wymogi wskazane w § 5 pkt. 1-8 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych i zawierała m.in. procedury nadawania uprawnień do przetwarzania danych oraz rejestrowania tych uprawnień w systemie informatycznym, a także procedury tworzenia kopii zapasowych. (dowód: akta kontroli str. 319-331)

Do 22 lutego 2017 r. Szpital nie zawarł porozumienia z UMWP, z którego wynikałaby konieczność, po uzyskaniu stosownej zgody pacjenta, przesyłania danych na platformę regionalną projektu e-Zdrowie. Szpital nie umożliwiał pacjentom dostępu do ich dokumentacji medycznej na platformie MPI (problem szerzej opisano w poprzednim punkcie wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*). (dowód: akta kontroli str. 760-766)

Powołany w trakcie kontroli NIK biegły w dziedzinie bezpieczeństwa systemów informatycznych w opinii stwierdził, że w Szpitalu wdrożono niepełne wewnętrzne regulacje, których celem było określenie sposobu realizacji zapisów § 20 ust. 2 pkt. 5, 7 i 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 teleinformatycznych<sup>28</sup>.

Biegły wskazał, że praktyczne działania podejmowane w celu wypełnienia zapisów zawartych w powołanych przepisach odbiegały od niektórych zapisów zawartych w badanej dokumentacji, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Uwagi dotyczące kontrolowanej działalności*. (dowód: akta kontroli str. 767-772)

Dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej znajdującej się w HIS i EDM posiadał personel medyczny (m.in. lekarze i pielęgniarki) w zakresie swoich kompetencji. System HIS umożliwiał weryfikację dokonanej operacji, czasu jej dokonania oraz użytkownika. Zmiany dokonane w elektronicznej dokumentacji medycznej w systemie HIS i EDM były widoczne, istniała możliwość wglądu do wersji dokumentu sprzed zmiany. Nie było możliwości trwałego usunięcia dokumentu z systemów HIS i EDM (dokument usunięty był oznakowany, jako nieaktywny i pozostawał w systemie). (dowód: akta kontroli str. 739-745)

W § 4 pkt. 1 Instrukcji zarządzania wskazano, że kopie zapasowe powinny być tworzone raz w tygodniu, zaś osobą za to odpowiedzialną był administrator systemu informatycznego. W Instrukcji wskazano miejsce ich przechowywania, osobę odpowiedzialną za wymianę kopii awaryjnych i okresową weryfikację kopii bezpieczeństwa pod kątem ich przydatności do odtworzenia. Określono procedurę niszczenia zbędnych kopii zapasowych.

W trakcie przeprowadzonego badania biegły stwierdził, że kopie bezpieczeństwa systemu HIS wykonywane były codziennie, co pozwalało na ich odzyskanie w stanie na dzień utworzenia. Wskazał, jednak, że kopie nie były przechowywane w sposób zapewniający pełne bezpieczeństwo, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*. (dowód: akta kontroli str. 319-331, 767-772)

Wykonawcy zgłoszono 452 awarie systemów informatycznych (do 31 grudnia 2016 r.)<sup>29</sup>, z tego 87% dotyczyło systemu HIS. Najwięcej awarii miało miejsce na początku użytkowania systemu: 39 w 2014 roku, 344 w 2015 roku, 108 w 2016 roku Szpital nie posiadał informacji dotyczących czasu realizacji awarii<sup>30</sup>. Były przypadki zgłaszania awarii poza normatywnymi godzinami pracy osób odpowiedzialnych za ich zgłaszanie.

(dowód: akta kontroli str. 840-853)

W Szpitalu nie występowały dłuższe przerwy w dostawach energii elektrycznej. Szpital został wyposażony w rezerwowe źródło zasilania – agregat prądotwórczy, posiadający funkcję autostartu oraz zapewniający min. 30% potrzeb mocy szczytowej, co spełniało wymogi określone w § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia

<sup>28</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 113, ze zm. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie KRI”.

<sup>29</sup> Dwie awarie nie zostały usunięte

<sup>30</sup> Szpital dysponował danymi dotyczącymi czasu zgłoszenia (daty i godziny), postulowanego terminu jej zakończenia oraz informacji czy zgłoszenie zostało zrealizowane.

i urzędzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>31</sup>. Kontrole sprawności działania agregatu były przeprowadzane raz w roku.

Serwerownia Szpitala została wyposażona w urządzenia podtrzymujące zasilanie serwerów (na wypadek przerw dostaw prądu). W Szpitalu określono procedury postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych w ramach zarządzania kryzysowego. W przypadku wystąpienia przerw w dostawie energii elektrycznej pionierzy administracyjne i oddziały Szpitala miały możliwość nieprzerwanej pracy na komputerach.

(dowód: akta kontroli str. 368-372, 767-772)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności Szpitala w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa danych gromadzonych przez Szpital oraz stopnia przygotowania na możliwość wystąpienia sytuacji kryzysowych stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Polityka Bezpieczeństwa, wprowadzona zarządzeniem Dyrektora nr z 23 lutego 2016 r. nie zawierała opisu struktury zbiorów danych, wskazującego zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązań między nimi oraz sposobu przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami. Tym samym nie spełniała wymogów określonych w § 4 pkt 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił: „Wskazane informacje nie zostały zamieszczone w Polityce Bezpieczeństwa ze względu na to, że informatyk Szpitala piszący politykę redagował tego typu dokument po raz pierwszy i nie znał całości przepisów regulujących zasady jej tworzenia. Zostanie zmieniona treść polityki z uwzględnieniem obowiązujących wymagań”.

(dowód: akta kontroli str. 282-318)

2. 13 byłych pracowników Szpitala, których stosunek pracy ustał, posiadało aktywne konta w systemie HIS. Nie dokonano bowiem bezzwłocznej zmiany uprawnień, wymaganej przez § 20 ust. 2 pkt. 5 rozporządzenia w sprawie KRI, w przypadku zmiany zadań osób zaangażowanych w proces przetwarzania informacji.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Po uzyskaniu przez informatyków danych o istnieniu nieużywanych kont w systemie natychmiast zostały one usunięte”.

(dowód: akta kontroli str. 767-772, 986-991, 1020-1022)

3. Wymogi dotyczące jakości hasła, określone w Polityce Bezpieczeństwa oraz Instrukcji zarządzania, nie były zgodne w zakresie poziomu skomplikowania hasła. Jakość haseł w systemie HIS nie spełniała wymogów określonych w Polityce i Instrukcji.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „W celu korekty rozbieżności definicji złożoności haseł zmieniony zostanie odpowiedni zapis w dokumentacji. Ustawienia aplikacji odnośnie haseł prawdopodobnie pozostały domyślne podczas instalacji systemu przez osoby zajmujące się wdrożeniem i nie były konsultowane z informatykami Szpitala. Zostało już to zmienione i odpowiada zasadom opisanym w Polityce Bezpieczeństwa”.

(dowód: akta kontroli str. 285-331, 767-772, 1020-1022)

4. Kopie bezpieczeństwa przechowywane były w pomieszczeniu serwerowni. Było to sprzeczne z § 64 pkt. 2 Polityki Bezpieczeństwa Szpitala, zgodnie z którą kopie awaryjne należało przechowywać w miejscach innych niż te, w którym eksploatowane zbiory przechowywane są na bieżąco. W § 4 Instrukcji zarządzania określone zostało miejsce przechowywania kopii zapasowych inne niż serwerownia.

Dyrektor wyjaśnił, że: „Planowana jest rozbudowa Szpitala i uruchomienie w związku z nią nowego punktu dystrybucyjnego. W tym pomieszczeniu gromadzone będą kopie bezpieczeństwa danych systemów zainstalowanych na pomieszczeniach serwerowni”.

(dowód: akta kontroli str. 285-331, 767-772, 1020-1022)

<sup>31</sup> Dz. U. poz. 739.

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że – w celu zwiększenia skuteczności w odbieraniu uprawnień do systemu HIS i wyeliminowania aktywnych kont użytkowników, z którymi ustalał stosunek pracy – należy uszczelnić procedury odbierania tych uprawnień oraz wprowadzić okresowe kontrole nadanych uprawnień, a także rozważyć wprowadzenie automatycznych mechanizmów analizy i informowania o odchyleniach.

Ponadto obowiązujące w Szpitalu regulacje wymagają uzupełnienia o wskazanie sposobu monitorowania aktualności systemów operacyjnych. Dokumentacja wymaga również uzupełnienia w zakresie okresu, co jaki należy weryfikować poprawność działania procesów wykonujących kopię bezpieczeństwa. Dla poprawy, jakości działania mechanizmów zapewnianych bezpieczeństwo w systemach teleinformatycznych, zalecane jest wdrożenie mechanizmów monitorujących i automatycznie powiadamiających o awariach komponentów serwerowych.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że regulacje obowiązujące w Szpitalu zostaną uzupełnione.

(dowód: akta kontroli str. 767-772, 1016-1022)

#### Ocena cząstkowa

W Szpitalu zdiagnozowano potrzeby oraz problemy związane z informatyzacją i zapewniono personelowi medycznemu udział w pracach nad tym procesem. Nabyty w ramach realizowanej informatyzacji sprzęt został rozdysponowany i w większości był wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem (poza sześcioma tabletami medycznymi, jednym z dwóch urządzeń kliniczny asystent medyczny, dwiema drukarkami oraz podpisami kwalifikowanymi przeznaczonymi dla personelu medycznego). Nie zrealizowano jednak integracji z platformą regionalną projektu e-Zdrowie, a na platformie MPI oraz platformie regionalnej projektu e-Zdrowie pacjentom nie umożliwiono dostępu do ich danych medycznych, chociaż głównym założeniem projektu było udostępnienie tych usług. W Szpitalu nie zapewniono też narzędzia do pomiaru osiągnięcia jednego z dwóch wskaźników rezultatu, tj. liczby logowań i wejść do systemu, co było niezgodne z umową o dofinansowanie projektu. Nie przeprowadzono również ankiet wśród pacjentów i personelu, które miały mierzyć stopień osiągnięcia celów pośrednich projektu, tj. skrócenie: proces obsługi pacjentów, czas konieczny do uzyskania dostępu do informacji medycznych w placówce i czas rejestracji wizyty.

## 2. Stopień wykorzystania przez Szpital rozwiązań informatycznych

### 2.1. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę Szpitala

Opis stanu  
faktycznego

Szpital, w związku z przeprowadzonym procesem informatyzacji, rozbudował system do obsługi części administracyjnej – ERP oraz zakupił oprogramowanie typu EOD i SI2. Wartość nabytego oprogramowania wynosiła 328,5 tys. zł. Systemy zostały zainstalowane 28 października 2014 r. W ramach rozbudowy systemu ERP zakupiono 14 modułów m.in. grafiki, budżetowanie, zamówienia wewnętrzne, wyposażenie, gospodarka materiałowa, kalkulacja kosztów leczenia, wycen kosztów normatywnych świadczeń, rejestr zakupów. Moduły w większości były zasilane danymi i wykorzystywane w bieżącej pracy Szpitala (poza modułami: zamówienia wewnętrzne, archiwum dokumentacji papierowej i częściowo modułem kalkulacja kosztów leczenia, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*).

(dowód: akta kontroli str. 746-752, 860,863, 968)

Funkcjonalności modułu kalkulacja kosztów leczenia były zgodne z wymogami określonymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Moduł zapewniał możliwość automatycznego pobierania danych o pacjencie w zakresie realizowanych mu świadczeń z aplikacji medycznych, a także możliwość wydruku kosztowej karty pacjenta, dającej możliwość wyceny pobytu pacjenta, która mogłaby stanowić podstawę wystawienia faktury. Moduł nie był zasilany danymi takimi jak np. koszty leków, wynagrodzeń, materiałów. W trakcie przeprowadzonych w toku kontroli oględzin wydruk kosztowej karty pacjenta nie powiódł się (co przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*).

(dowód: akta kontroli str. 860-863)

W Szpitalu obowiązywała Polityka rachunkowości, wprowadzona zarządzeniem wewnętrznym Dyrektora Szpitala nr 8/2013 z 17 maja 2013 r. Zawierała ona większość elementów wymienionych w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>32</sup>. Polityka nie została zaktualizowana w zakresie opisu systemu informatycznego, zawierającego wykaz zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury i wzajemnych powiązań oraz opis algorytmów i parametrów systemu informatycznego, co przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 332-367)

Do lutego 2017 roku w Szpitalu nie opracowano procedur wewnętrznych dotyczących wykorzystywania w bieżącej pracy systemów informatycznych typu SIZ i EOD oraz nie określono dokumentacji, która ma zostać objęta systemem elektronicznego obiegu.

(dowód: akta kontroli str. 893-894, 1002-1015)

Do lutego 2017 roku z systemu EOD korzystał w ograniczonym zakresie jeden pracownik (problem szerzej omówiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*).

(dowód: akta kontroli str. 753-754)

System SIZ był przeznaczony dla organów założycielskich i kadry zarządzającej Szpitalem, a jego celem było m.in. zwiększenie nadzoru właścicielskiego i ułatwienie zarządzania Szpitalem, poprzez wdrożenie narzędzi analityczno-raportowych. System miał zostać zintegrowany z platformą regionalną projektu e-Zdrowie. W ramach systemu SIZ były możliwe do generowania raporty m.in. wykorzystanie zasobów – oddział, przychodnie, pracownie diagnostyczne, stan realizacji umów z NFZ, wskaźniki zbiorczo, przychody i koszty wszystkich OPK, zestawienie przychodów, zasoby ludzkie – grupy zawodowe, absencje chorobowe personelu, zestawienie aktywów, stan realizacji umowy przez komórkę organizacyjną z dokładnością do zakresu świadczeń. Jednak system ten do lutego 2017 roku nie był wykorzystywany w pracy oraz nie był zasilany na bieżąco danymi z systemów HIS i ERP, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 128-129, 864-909)

Liczba licencji do obsługi ERP wynosiła 24 i była wystarczająca w stosunku do liczby pracowników administracyjnych Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 746-752)

Zgodnie z postanowieniami umowy na dostarczenie oprogramowania pracownicy Szpitala zostali przeszkoleni w zakresie obsługi systemów: ERP, EOD i SIZ. Szkolenia z zakresu systemu ERP były przeprowadzone od 25 sierpnia do 11 września 2014 r. W szkoleniach uczestniczyli wszyscy pracownicy wykorzystujący oprogramowanie. Szkolenie z obsługi systemu SIZ zostało przeprowadzone 29 października 2014 r. Uczestniczył w nim jeden pracownik Szpitala, zatrudniony na stanowisku inspektora ds. zamówień publicznych, a szkolenie dotyczące obsługi aplikacji EOD przeprowadzono 16 października 2014 r. – uczestniczyło w nim pięciu pracowników.

Nowo przyjęci pracownicy przechodzili instruktaż na stanowisku pracy, z zakresu obsługi systemów informatycznych, przeprowadzany przez bezpośrednich przełożonych oraz informatyków.

(dowód: akta kontroli str. 773-784)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w zakresie wykorzystywania oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę Szpitala stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Do lutego 2017 roku w Szpitalu nie wykorzystywano systemu EOD, przeznaczonego do elektronicznego obiegu dokumentacji, pomimo upływu 28 miesięcy od jego zainstalowania (28 października 2014 r.). Nie został określony termin jego wdrożenia oraz nie została przyjęta procedura wewnętrzna dotycząca wykorzystywania tego systemu w bieżącej pracy Szpitala. Z aplikacji tej korzystał, w ograniczonym zakresie jeden pracownik Szpitala (poprzez ręczne wprowadzanie faktur do systemu). W Szpitalu nadal obowiązywał wyłącznie tradycyjny (papierowy) obieg dokumentacji, a wpływająca dokumentacja nie była skanowana i przesyłana do personelu.

<sup>32</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1047, ze zm.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że system zostanie wdrożony do końca marca 2017 roku.  
(dowód: akta kontroli str. 635, 753-754, 983-984, 1000)

2. Zakupiony w ramach projektu system SIZ nie był na bieżąco zasilany danymi z systemu ERP i HIS. Znajdowały się w nim jedynie dane dotyczące stycznia i lutego 2016 roku, którymi zasilono system w celu sprawdzenia jego działania.

Informatyk wyjaśnił, że: „Dane ze stycznia i lutego 2016 r. zostały zaimportowane do systemu SIZ z systemów HIS i ERP w celu sprawdzenia, czy system działa prawidłowo. W październiku 2016 r. odbyło się spotkanie z przedstawicielem firmy ASSECO, poprosił on pracowników Szpitala o przekazanie wybranych 30 raportów, które będą udostępnione w pełnej funkcjonalności. Raporty te pobierałyby pełne dane. Dokonałiśmy wyboru 15 raportów, które zostały przekazane. System SIZ nie jest jeszcze wykorzystywany”.

(dowód: akta kontroli str. 864-868, 1020)

3. W Szpitalu nie wykorzystywano modułów zamówienia wewnętrzne i archiwum dokumentacji papierowej zakupionych w ramach rozbudowy systemu ERP i nie określono terminu ich wdrożenia. Moduł kalkulacja kosztów leczenia nie zawierał wszystkich danych niezbędnych do wyliczenia kosztów leczenia pacjenta: kosztów leków, materiałów, wynagrodzenia i tym samym nie spełniał swojej funkcji (nie mógł usprawnić procesu zarządzania Szpitalem).

Informatyk wyjaśnił, że: „Moduł zamówienia wewnętrzne nie ma zastosowania w Szpitalu ze względu na specyfikę organizacyjną placówki”.

Pracownik księgowości obsługujący moduł wyjaśnił, że: „Od momentu wdrożenia systemu nie zaistniała potrzeba wystawienia faktury za pacjenta nieubezpieczonego”.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że pozostałe moduły będą stopniowo wdrażane.

(dowód: akta kontroli str. 860-863, 1022)

4. Obowiązująca w Szpitalu polityka rachunkowości nie została dostosowana (zaktualizowana) do wymogów art. 10 ust. 1 pkt. 3 lit. c ustawy o rachunkowości, opis systemu informatycznego nie zawierał wykazu zbiorów danych tworzących księgi rachunkowe na informatycznych nośnikach danych z określeniem ich struktury i wzajemnych powiązań oraz opisu algorytmów i parametrów systemu informatycznego, i nie określał wersji oprogramowania i daty rozpoczęcia jego eksploatacji.

Dyrektor Szpitala – odpowiedzialny zgodnie z art. 10 ust. 2 ww. ustawy za aktualizowanie polityki rachunkowości – wyjaśnił, że polityka rachunkowości zostanie zaktualizowana.

(dowód: akta kontroli str. 332-367, 1026-1027)

## 2.2. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

Opis stanu faktycznego

Szpital zakupił, w ramach projektu, systemy obsługujące część medyczną: EDM (umożliwiająca gromadzenie dokumentacji medycznej pacjentów w formie elektronicznej i przekazywanie jej na poziom regionalny), HIS (wspomagający proces obsługi pacjenta) oraz rozbudował system LIS. Wartość nabytego oprogramowania wynosiła 564 tys. zł. Oprogramowanie zostało zainstalowane 22 października 2014 r. (EDM) i 28 października 2014 r.<sup>33</sup> (HIS i LIS).

W celu udostępnienia pacjentom e-usług Szpital uruchomił platformę MPI, której celem było umożliwienie rejestracji elektronicznej pacjentów oraz dostęp do dokumentacji medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 588-636, 760-766, 967)

W ramach systemu HIS zostały nabyte m.in. moduły: rejestracja, gabinet, izba przyjęć<sup>34</sup>, zlecenia, oddział, deklaracje POZ, zakażenia szpitalne, jgp<sup>35</sup>, symulator jgp, kolejki oczekujących, gabinet medycyny pracy, statystyka, sprzedaż usług medycznych, apteka<sup>36</sup>, apteczka oddziałowa, punkty pobrań, rozliczenia z NFZ, pracownia diagnostyczna, dokumentacja medyczna, archiwum papierowej dokumentacji medycznej, wykazy, rehabilitacja, weryfikacja uprawnień świadczeniobiorców, rehabilitacja.

<sup>33</sup> Weryfikacja funkcjonalności systemów została przeprowadzona 14 października 2014 r.

<sup>34</sup> Pacjent, który trafił do Szpitala był rejestrowany w systemie HIS, następnie przekazywany na Oddział. Prowadzono w szczególności księgę odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielonych w izbie przyjęć.

<sup>35</sup> Jednородne grupy pacjentów.

<sup>36</sup> Moduł wykorzystywany do przyjmowania i dystrybucji leków do innych jednostek.

System HIS został zintegrowany 17 października 2014 r. z systemem LIS oraz 27 października 2014 r. z systemem do obsługi pracowni RTG (dalej: „RIS”)<sup>37</sup>. W ramach modułu pracownia diagnostyczna udostępniła funkcjonalność przesyłania grafiki i dołączania ich do wyników badań. Wyniki badań z pracowni RTG były przysyłane do systemu HIS, natomiast nie były przysyłane zdjęcia z badania USG w związku z niepodłączeniem aparatu USG.

Informatyk wyjaśnił, że: „Brak jest możliwości przesyłania obrazu z gabinetu USG, ponieważ aparat USG nie jest podłączony do systemu. Nie było zgłaszane zapotrzebowanie na takie podłączenie”. (dowód: akta kontroli str. 614-633, 641, 739-745, 1051-1054)

System HIS umożliwiał tworzenie w formie elektronicznej dokumentacji medycznej m.in. recept, skierowań, zleceń na zaopatrzenie medyczne, kart informacyjnych leczenia szpitalnego oraz kart porad ambulatoryjnych. Dokumenty zawierały dane określone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Regulach biznesowych i walidacyjnych określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na platformie P1<sup>38</sup>. Oprogramowanie HIS umożliwiała identyfikację użytkownika tworzącego dokument oraz podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu, które Szpital nabył w ramach projektu. Jednak dokumentacja medyczna wytwarzana w oprogramowaniu HIS była drukowana do formy papierowej i w tej formie podpisywana, co dotychczas nie wpłynęło na obniżenie kosztów jej przechowywania, a otrzymane podpisy kwalifikowane nie były wykorzystywane do jej podpisywania.

(dowód: akta kontroli str. 784-785, 799-813)

System HIS był wykorzystywany w bieżącej pracy Szpitala m.in. do wytwarzania dokumentacji medycznej w Poradni Gastrologicznej, Kardiologicznej oraz POZ. Dokumentację medyczną częściowo wytwarzano w systemie HIS na oddziałach Szpitala i w jednej Poradni Rehabilitacji. System nie był wykorzystywany zaś w Poradni Medycyny Pracy oraz w drugiej Poradni Rehabilitacji, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(dowód: akta kontroli str. 784-798, 910-911)

Od 8 marca 2015 r. do 24 października 2016 r. dokumentacja medyczna znajdująca się w systemie HIS była automatycznie przesyłana do aplikacji EDM. W badanej próbie stwierdzono jeden przypadek nieprzekazania dokumentacji z systemu HIS do EDM z tego okresu. Od 25 października 2016 r. dokumentacji tej nie przekazywano do systemu EDM, co przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*. W aplikacji istniała możliwość wglądu do dokumentu sprzed zmiany, a użytkownicy nie mogli trwale usunąć dokumentu (pozostawał on w systemie i miał status anulowanego). (dowód: akta kontroli str. 739-745)

Z wyjaśnień uzyskanych od 10 pracowników Szpitala wynika, że w ocenie siedmiu wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej wydłużyło czas pracy i zwiększyło obciążenie personelu pracami administracyjnymi. W ocenie siedmiu osób ułatwiło dostęp do informacji o stanie zdrowia pacjenta. Pięciu pracowników wskazało, że nastąpił wzrost jakości usług świadczonych w Szpitalu (m.in. szybszy dostęp do wyników badań laboratoryjnych). (dowód: akta kontroli str. 912-923)

Szpital prowadził rejestrację w formie elektronicznej w systemie HIS<sup>39</sup>. Pacjentom udostępniono możliwość umawiania się na wizyty drogą elektroniczną przez platformę MPI do Poradni POZ w godzinach jej pracy. Na platformie była również wskazana możliwość zarejestrowania się na wizytę do Poradni Kardiologicznej i Gastrologicznej. W trakcie przeprowadzonych w dniu 6 lutego 2017 r. oględzin stwierdzono, że dostępne na platformie MPI terminy wizyt do tych poradni są inne niż terminy dostępne w przypadku rejestracji telefonicznej lub osobistej. Nie umożliwiono pacjentom wyboru lekarza, co było możliwe

<sup>37</sup> Testy przeprowadzono 31 października 2014 r.

<sup>38</sup> Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. W systemie P1 będą się znajdowały informacje o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski – niezależnie od płatnika oraz obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych w Polsce.

<sup>39</sup> Pomocniczo prowadzono rejestrację w wersji papierowej.

rejestrując wizytę osobiście lub telefonicznie. Brak było natomiast możliwości umówienia się na wizytę drogą elektroniczną do Poradni Rehabilitacji i Poradni Medycyny Pracy. Problematykę elektronicznej rejestracji do poradni, szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

Do końca lutego żaden pacjent nie dokonał rezerwacji terminu wizyty do lekarza drogą elektroniczną.

Informatyk wyjaśnił, że: *„Możliwość rejestracji internetowej przewidziana dla pacjentów, którzy umawiają się na wizytę w poradni po raz kolejny, nie dla wizyt pierwszorazowych”*.

(dowód: akta kontroli str. 760-766, 985)

Dopiero w trakcie kontroli (w styczniu i lutym 2017 roku) w Szpitalu zostały opracowane procedury wewnętrzne, określające zasady pracy z systemem LIS oraz procedury dotyczące wykorzystania systemu HIS w aptece, na oddziałach i w izbie przyjęć.

(dowód: akta kontroli str. 1002-1015)

Liczba licencji do obsługi HIS wynosiła 199 i była wystarczająca w stosunku do liczby pracowników medycznych Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 642-647)

Stosownie do postanowień umowy z wykonawcą, personel Szpitala został przeszkolony w zakresie użytkowania systemów informatycznych wspomagających obsługę pacjentów. W okresie od 8 września 2014 r. do 28 października 2015 r. przeprowadzono 12 szkoleń, którymi objęto wszystkich pracowników zatrudnionych w tamtym okresie w Szpitalu. Nowo zatrudnieni pracownicy byli szkoleni w zakresie obsługiwanych programów przez bezpośredniego przełożonego oraz informatyka.

(dowód: akta kontroli str. 773-783)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w zakresie wykorzystywania oprogramowania wspomagającego medyczną obsługę Szpitala stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W Szpitalu w niepełnym zakresie wykorzystywano oprogramowanie HIS do wytwarzania dokumentacji medycznej, podczas gdy zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie celem projektu było usprawnienie gromadzenia danych i informacji oraz przyspieszenie dostępu do tych danych, a także zwiększenie efektywności funkcjonowania Szpitala. System HIS nie był wykorzystywany do wytwarzania dokumentacji medycznej w Poradni Medycyny Pracy i w jednej z Poradni Rehabilitacji<sup>40</sup>, mimo, że zakupiono moduły do obsługi tych komórek organizacyjnych. W drugiej zaś Poradni Rehabilitacji oraz na obu oddziałach Szpitala przedmiotowe oprogramowanie było wykorzystywane w niepełnym zakresie. Na oddziałach szpitalnych w systemie HIS wytwarzano bowiem historie chorób, karty informacyjne i obserwacji lekarskiej. Przy pomocy aplikacji HIS nie były natomiast wytwarzane karty: pielęgnacji, gorączkowe, zleceń lekarskich oraz indywidualnej opieki pielęgniarskiej. W drugiej Poradni Rehabilitacji przy pomocy aplikacji HIS wytwarzano kartę zleceń na zabiegi, nie była natomiast wytwarzana historia choroby.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *„Karta gorączkowa i karta zleceń lekarskich zostaną wprowadzone w jak najkrótszym czasie po wcześniejszym przeprowadzeniu niezbędnych konsultacji z personelem medycznym oddziałów. Wprowadzenie dokumentacji medycznej w rodzajach i miejscach, w których obecnie nie jest prowadzona nastąpi do dnia 31 grudnia 2017 r.”*

Wyjaśnił również, że: *„W procesie informatyzacji Szpitala priorytet został nadany jednostkom prowadzącym rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia, Poradnia Medycyny Pracy, jako placówka komercyjna miała być włączona w system informatyczny w późniejszym okresie. Harmonogram wdrożenia dokumentacji medycznej jest opracowywany”*.

Zdaniem NIK przyczyną niepełnego wykorzystania systemu HIS do prowadzenia dokumentacji medycznej mógł być procedur wewnętrznych oraz harmonogramu wdrożenia dokumentów medycznych prowadzonych z wykorzystaniem tego systemu, a także niepowołanie zespołów do wdrożenia i monitorowania tego procesu.

<sup>40</sup> W systemie wprowadzono informacje ze skierowania m.in. rozpoznanie, dane lekarza kierującego.

W ocenie NIK niewykorzystanie wszystkich funkcjonalności systemu HIS może stwarzać ryzyko niewywiązania się przez Szpital z obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej, przewidzianego art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia<sup>41</sup>. Niewytwarzanie w części komórek organizacyjnych dokumentacji medycznej w systemie HIS powoduje, że w aplikacji EDM nie jest dostępna kompletna dokumentacja medyczna pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 784-798, 1016-1022, 1027, 1045)

2. Po 25 października 2016 r. nie przekazywano do aplikacji EDM dokumentacji medycznej wytworzonej w systemie HIS. Także spośród pięciu losowo wybranych pacjentów, dokumentacja jednego z nich z okresu wcześniejszego nie została przekazana z systemu HIS do aplikacji EDM. Tymczasem zgodnie z założeniami studium wykonalności projektu system miał być zasilany kompletną dokumentacją medyczną, miał posiadać funkcjonalność regionalną, a jego celem była optymalizacja kosztów badań oraz umożliwienie wspólnej pracy lekarzy nad dokumentacją pacjenta.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że *„Problem został zgłoszony pracownikom wykonawcy w ramach gwarancji i trwa jego naprawa. Po jej zakończeniu cała zaległa dokumentacja zostanie udostępniona w systemie EDM. Dokumentacja elektroniczna jest archiwizowana w systemie HIS i nie ma możliwości jej utraty, ponieważ codziennie wykonywane i sprawdzane są kopie danych całego systemu”*.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że Szpital miał również umożliwić pacjentom dostęp do dokumentacji medycznej na platformie regionalnej projektu e-Zdrowie. Usługa ta do dnia zakończenia kontroli nie została udostępniona.

(dowód: akta kontroli str. 739-745, 999-1001)

3. Szpital nie zapewnił możliwości umówienia się na wizytę drogą elektroniczną do Poradni Rehabilitacji. Było to sprzeczne z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>42</sup>. Zgodnie z tym przepisem obowiązkiem świadczeniodawcy jest umożliwienie świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty. Ponadto na platformie MPI udostępniono możliwość zarejestrowania się do Poradni Gastrologicznej i Kardiologicznej, jednak faktyczne terminy oczekiwania wizytę do ww. poradni (według danych rejestracji) różniły się od prezentowanych na platformie MPI – najbliższy termin wizyty (na dzień 6 lutego 2017 r.) prezentowany na tej platformie wynosił: do Poradni Gastrologicznej – 32 dni, a do Poradni kardiologicznej – 53 dni, podczas gdy faktyczny termin oczekiwania (dla przypadków stabilnych) wynosił odpowiednio 141 i 164 dni.

Szpital nie udostępnił również możliwości umawiania się na wizyty drogą elektroniczną do Poradni Medycyny Pracy. Ponadto przy rejestracji drogą tradycyjną (w siedzibie Szpitala bądź telefonicznie) umożliwiał pacjentom dokonanie rezerwacji wizyty do wybranego lekarza, natomiast na platformie MPI nie było takiej możliwości.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: *„W Poradniach Rehabilitacji brak możliwości rejestracji zdalnej wynika z ograniczeń terminarza. Jednocześnie mając świadomość ograniczeń zarówno organizacyjnych, jak i technicznych trwają konsultacje z pracownikami, których celem jest zaadaptowanie platformy MPI w sposób jak najlepiej odpowiadający potrzebom Szpitala. System MPI posiada zaimplementowaną możliwość wyboru personelu realizującego wizytę jednak opcje te nie zostały udostępnione pacjentom Szpitala, ponieważ co miesiąc zmienia się grafik pracy lekarzy w poradniach”*.

Wyjaśnił również: *„System MPI nie obsługuje kolejek oczekujących, co czyni go przeznaczonym dla pacjentów kontynuujących leczenie”*.

Faktycznie jednak platforma MPI posiadała możliwość rejestracji nowych pacjentów, co założono w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Funkcjonalność ta byłaby dostępna przy rzetelnym prowadzeniu terminarza wizyt, w tym rejestrowaniu terminów wizyt pacjentów kontynuujących leczenie.

(dowód: akta kontroli str. 466, 760-766, 1020-1022, 1026-1027)

<sup>41</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 1535, ze zm.

<sup>42</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm. Ustawa zwana dalej: „ustawą o świadczeniach”.

4. W Szpitalu nie był wykorzystywany, zakupiony w ramach projektu, moduł systemu HIS sprzedaż usług medycznych, który miał być wykorzystywany m.in. do obsługi umów na sprzedaż usług medycznych, automatycznego ich rozliczania, generowania faktur, a także współpracy w tym zakresie z modulem księgowość.

Informatyk wyjaśnił, że moduł ten ma zastosowanie do usług komercyjnych, których Szpital nie świadczy. Wskazał, że rozważa przeniesienie Poradni Medycyny Pracy do tego modułu, ze względu na jego przydatność.

Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „*W bieżącym roku moduł zacznie być wykorzystywany*”.  
(dowód: akta kontroli str. 739-745, 1020-1022)

#### Ocena cząstkowa

W Szpitalu uruchomiono systemy informatyczne zakupione w ramach zrealizowanego projektu oraz przeszkolono personel z ich obsługi. Jednak pomimo upływu ponad 28 miesięcy od ich zainstalowania (październik 2014 roku), nie wdrożono do wykorzystania wszystkich dostępnych funkcjonalności. Nie używano m.in. programów typu, EDM, EOD i SIŻ oraz części modułów systemu ERP (zamówienia wewnętrzne, archiwum dokumentacji papierowej i kalkulacja kosztów leczenia), a systemu informatycznego HIS – w niektórych z komórek organizacyjnych. Pacjenci nie mieli też faktycznej możliwości zarejestrowania się do poradni drogą elektroniczną, co mogło przyczynić się do braku zainteresowania tą usługą. Świadczy to o nieskutecznym wdrożeniu zakupionego oprogramowania.

### IV. Wnioski

#### Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>43</sup> wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od pracowników Szpitala wykorzystywania oprogramowania zakupionego w ramach projektu, w tym umożliwienie lekarzom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej, a pacjentom szpitala – także rejestracji wizyty poprzez platformę MPI i platformę regionalną projektu e-Zdrowie do wszystkich poradni oraz we wszystkich dostępnych terminach.
2. Mierzenie stopnia osiągnięcia wartości wskaźników założonych w projekcie, zgodnie z zasadami przyjętymi we wniosku o dofinansowanie.
3. Dostosowanie polityki rachunkowości Szpitala do wymogów art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o rachunkowości.
4. Ujednolicenie i uzupełnienie Polityki Bezpieczeństwa i Instrukcji Zarządzania w zakresie haseł dostępu do systemów informatycznych oraz uzupełnienie Polityki Bezpieczeństwa o wymogi wskazane w § 4 pkt. 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych.
5. Zapewnienie zgodności podejmowanych działań związanych z bezpieczeństwem informacji z zapisami zawartymi w dokumentach obowiązujących w Szpitalu.

### 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.

<sup>43</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

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 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 9 marca 2017 r.

Kontroler  
Beata Palinowska  
starszy inspektor kontroli państwowej

*Palinowska Beata*  
podpis

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

*Robert Skwarko*  
podpis