



00580917

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.411.006.04.2016

I/16/004

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(wystąpienie pokontrolne z 10 marca 2017 r., zmienione zgodnie z treścią uchwały Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli nr KPK-KPO.443.064.2017 z 26 kwietnia 2017 r. oraz sprostowaniem oczywistej omyłki pisarskiej z dnia 26 kwietnia 2017 r.)

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	Marek Zapolski – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBI/21/2017 z 27.01.2017 r. Maciej Brzosko – starszy inspektor k.p., upoważnienie do kontroli nr LBI/19/2017 z 25.01.2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)	
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach, kod 18-100 Łapy, ul. Korczaka 23 (dalej SP ZOZ w Łapach lub Szpital).	
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektor Szpitala Urszula Łapińska ¹	(dowód: akta kontroli str. 3-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Realizacja projektu „Modernizacja SP ZOZ w Łapach w zakresie wdrożenia systemów teleinformatycznych i komunikacyjnych usprawniających obsługę pacjenta” (dalej Projekt), nie przyniosła wszystkich korzyści określonych w studium wykonalności oraz we wniosku o dofinansowanie, mimo upływu ponad 29 miesięcy od uruchomienia jego komponentów (30.09.2014 r.) i wydatkowania na ten cel 1.571,6 tys. zł ze środków własnych i Unii Europejskiej³. Wynikało to przede wszystkim z nieskutecznego wdrożenia funkcjonalności nabytych systemów informatycznych.

W ramach Projektu do Szpitala zakupiono m.in. sprzęt komputerowy oraz oprogramowanie kompatybilne z systemami informatycznymi typu HIS⁴, ERP⁵ EDM⁶, BI⁷. Aplikacje te nadal nie były w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją Projektu, w szczególności:

- nie w pełni i nie na bieżąco prowadzono dokumentację medyczną w formie elektronicznej w systemie HIS (podstawową formą dokumentacji była dokumentacja odręczna), co skutkowało brakiem jednolitości informacji zamieszczonych w wersji „papierowej” i elektronicznej dokumentacji medycznej,
- do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej przewidzianej w studium wykonalności projektu, w tym prowadzonej i przechowywanej w HIS,

¹ Od 1.04.2016 r. Poprzednio na stanowisku dyrektora SP ZOZ w Łapach zatrudniony był Przemysław Chrzanowski (od 01.07.2012 r. do 31.05.2015 r.), a od 15.04.2015 do 31.03.2016 r. p.o. dyrektora był Tadeusz Gniazdowski.

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 Kontrolą objęto okres od 2011 roku do dnia zakończenia czynności kontrolnych, tj. do 28.02.2017 r.

⁴ Na system HIS składa się: [1] KS-MEDIS – system obsługi ruchu chorych z elektroniczną dokumentacją medyczną, wspomagający ewidencję przyjęć pacjentów, gromadzenie o nich danych, wspomaganie prowadzenia ksiąg szpitalnych oraz dokumentacji medycznej pacjentów, [2] KS-SOMED – system obsługi przychodni z elektroniczną dokumentacją medyczną, funkcjonujący w poradniach specjalistycznych oraz pracowniach diagnostyki obrazowej (program został rozszerzony o moduł Elektronicznej Dokumentacji Medycznej), [3] KS-SOLAB – system obsługi laboratorium służący do przyjmowania zleceń, wydawania wyników, obsługujący pracownie analityczne, serologii transfuzjologicznej i banku krwi.

⁵ Na system ERP składa się: [1] KS-ASW (apteka szpitalna, magazyn) usprawniający proces zaopatrzenia, gospodarki magazynowej i ewidencji księgowej obrotu materiałowego, ewidencję dostaw i rozchodu leków, planowanie zamówień, [2] KS-ESM wspomagający zarządzanie środkami trwałymi, pozwalający na śledzenie wartości bilansowej posiadanego majątku i tworzenie szeregu zestawień, [3] KS-FKW ułatwiający prowadzenie ksiąg rachunkowych, wspierający podejmowanie decyzji finansowych, [4] KS-ZZL wspomagający zarządzanie zasobami ludzkimi poprzez prowadzenie grafik pracy.

⁶ Funkcje EDM (repozytorium dokumentacji medycznej) realizuje moduł KS-ADM oprogramowania KS-MEDIS.

⁷ System posługujący się danymi czerpanymi z systemów dziedzicznych oraz wykonujący obliczenia na tych danych.

- nie umożliwiono pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem portalu pacjenta stworzonego w ramach projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie (dalej: projekt e-Zdrowie), a pacjentom dodatkowo – rezerwacji wizyt za pośrednictwem tego portalu we wszystkich poradniach Szpitala i we wszystkich dostępnych terminach,
- w bieżącej pracy Szpitala nie wykorzystywano moduł „AKM” wbudowanego w oprogramowane KS-MEDIS, zakupionego za 10,6 tys. zł i służącego do kalkulacji kosztów leczenia pacjenta oraz danych systemu typu BI (na który wydatkowano 29,5 tys. zł), z uwagi na ich niespójność pomiędzy raportami generowanymi z tego systemu i sporządzonymi w systemach typu ERP i HIS,
- nie wykorzystywano pięciu tabletów nabytych w ramach Projektu za 18,9 tys. zł, których trzyletni okres gwarancji skończy się za sześć miesięcy,
- nie w pełni zabezpieczono przed utratą dane znajdujące się w systemach informatycznych, a politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych, zaktualizowano dopiero w trakcie kontroli.

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 Łapach nie posiada dokumentacji potwierdzającej, że przed sporządzeniem Projektu przeprowadzono audyt wstępny (inventaryzację), mający na celu ustalenie zapotrzebowania na sprzęt oraz oprogramowanie niezbędne do informatyzacji. Potwierdził to również poprzedni Dyrektor Szpitala. Określenie potrzeb w tym zakresie zlecono firmie zewnętrznej, co opisano w pkt. 1.1.3 wystąpienia. (dowód: akta kontroli str. 8)

W studium wykonalności Projektu wskazano, że SP ZOZ w Łapach nie posiadał odpowiednio wydajnej infrastruktury sieciowej i sprzętowej, pozwalającej na zaimplementowanie nowoczesnych rozwiązań informatycznych. Oprogramowanie do zarządzania usługami szpitalnymi oraz do działalności podmiotu było bardzo ubogie, przestarzałe oraz posiadało ograniczone funkcjonalności. (dowód: akta kontroli str. 90-91)

1.1.2. Informację o rezygnacji z podpisania umowy w sprawie wspólnej realizacji i finansowania projektu e-Zdrowie przekazano Staroście Białostockiemu 28.07.2010 r., argumentując, że:

- niewypełnienie obowiązków przez uczestnika projektu e-Zdrowie może skutkować znaczącymi konsekwencjami finansowymi,
- umowa nic nie mówi o konsekwencjach niewypełnienia obowiązków przez Lidera tego projektu⁸,
- uczestnicy projektu nie mają wpływu na wybór menadżera projektu i zawarcia z nim umowy.

Stanowisko to zostało 29.07.2010 r. zaakceptowane przez Zarząd Powiatu Białostockiego. (dowód: akta kontroli str. 9-12)

1.1.3. Przygotowanie informatyzacji Szpitala, w tym opracowanie wniosku aplikacyjnego na dofinansowanie oraz sporządzenie studium wykonalności, zlecono firmie zewnętrznej umową z 29.08.2012 r. Wykonaną dokumentację odebrano 21.09.2012 r., za co zapłacono 20.295 zł (brutto). (dowód: akta kontroli str. 13-33)

Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego na lata 2007 – 2013 (dalej IZ RPOWP) 18.02.2013 r. poinformowała Szpital, że wniosek o dofinansowanie Projektu podczas oceny uzyskał 71,96 pkt i zajął piąte miejsce na liście rankingowej oraz że uchwałą Zarządu Województwa Podlaskiego z 5 lutego 2013 r. został wybrany do dofinansowania. Z dokumentacji konkursu wynika, że Projekt uzyskał

⁸ Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, wykonujący zadania związane z realizacją projektu e-Zdrowie w imieniu Województwa Podlaskiego.

dotatkowe 14 punktów za komplementarność z projektem e-Zdrowie. Brak tych punktów wpłynąłby na niezakwalifikowanie Projektu do dofinansowania.

(dowód: akta kontroli str. 24-36, 430-441)

W dniu 14.05.2013 r. zawarto umowę⁹ na dofinansowanie, w której wydatki kwalifikowalne Projektu ustalono na 1.650.653,85 zł, finansowane:

- z budżetu środków europejskich w kwocie 1.403.055,77 zł, co stanowiło 85% wydatków kwalifikowanych,
- wkładem własnym Szpitala w wysokości 247.598,08 zł, stanowiącym 15% wydatków kwalifikowalnych (wkład ten sfinansowano dotacją z Powiatu Białostockiego oraz środkami własnymi).

(dowód: akta kontroli str. 37-48)

Informację o rzeczywistych wydatkach Projektu przedstawiono w pkt 1.1.5 wystąpienia.

Po podpisaniu umowy o dofinansowanie Projektu; 31.05.2013 r. z firmą zewnętrzną zawarto umowę na usługi doradztwa¹⁰ w zakresie zarządzania Projektem. Wynagrodzenie zleceniobiorcy ustalono w wysokości 45.050 zł + 23% VAT. Zgodnie z § 2 pkt 9 i 10 ww. umowy trzyosobowy zespół (dyrektor, główna księgowa i specjalista ds. zamówień publicznych w SP ZOZ w Łapach), miał spotykać się i konsultować ze zleceniobiorcą. W umowie nie określono sposobu dokumentowania tej aktywności, a Szpital nie dysponuje dokumentacją to potwierdzającą.

(dowód: akta kontroli str. 84-89)

Były Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Zespół, o którym mowa w § 2 pkt. 9 i 10 pełnił funkcję polegającą na udzielaniu informacji i przekazywaniu danych niezbędnych do prawidłowego wykonania zadań wynikających z zawartej umowy. Zespół oraz Zleceniobiorca nie dokumentowali w sposób formalny udzielanych informacji i danych, które w większości przekazywane były drogą elektroniczną i stanowiły podstawę do sporządzania dokumentów podpisywanych przez Zleceniobiorcę”.

(dowód: akta kontroli str. 13)

1.1.4. Szpital nie dysponuje dokumentacją potwierdzającą przeprowadzenie wewnętrznych konsultacji z personelem na temat rozwiązań oczekiwanych w ramach informatyzacji.

Były dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „Potrzeba informatyzacji ZOZ-u była komunikowana personelowi szpitala w związku z wymogami prawa dotyczącymi obowiązku wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Nie przeprowadzono wewnętrznych konsultacji z personelem na temat rozwiązań oczekiwanych w ramach informatyzacji w zakresie programów obsługujących zadania ZOZ-u. Zakres funkcjonalności oprogramowania pożądanego moim zdaniem do wdrożenia w ramach projektu przedstawiany był kierownikom komórek organizacyjnych podczas spotkań organizacyjnych dotyczących pracy tych komórek”.

(dowód: akta kontroli str. 13)

1.1.5. Koszty realizacji Projektu zaplanowane na 1.650,7 tys. zł¹¹ (brutto), aneksem do umowy z 28.09.2015 r. zmniejszono do 1.571,6 tys. zł (o 4,8%). Koszty te miały być: sfinansowane z budżetu środków europejskich w wysokości 1.330,1 tys. zł oraz wkładem własnym w wysokości 241,5 tys. zł (odpowiednio: 85% i 15% wydatków kwalifikowalnych).

(dowód: akta kontroli str. 39, 45)

Główna księgowa SP ZOZ w Łapach wyjaśniła, że zmiana wartości inwestycji nastąpiła w wyniku postępowań przetargowych.

(dowód: akta kontroli str. 213-233)

Wydatkami inwestycyjnymi sfinansowano:

- zakup i uruchomienie systemów informatycznych za 927,8 tys. zł (59% wydatków poniesionych na realizację Projektu),
- stworzenie odpowiedniej infrastruktury serwerowo-systemowej za 170 tys. zł (10,8%),

⁹ Umowa nr UDA-RPPD.04.01.00-20-004/12-00 o dofinansowanie Projektu w ramach RPO, oś priorytetowa IV Społeczeństwo informacyjne, działanie 4.1 Społeczeństwo Informacyjne.

¹⁰ Zakres usług obejmował: [1] nadzór nad prawidłową realizacją Projektu, zgodnie z harmonogramem i założonym budżetem – koordynowanie prac zespołu wdrażającego Projekt, [2] nadzór i konsultacje dokumentacji związanej z zamówieniami publicznymi w ramach Projektu, [3] weryfikację i nadzór nad dokumentami księgowymi pod względem prawidłowości wydatkowania środków finansowych na realizację Projektu, [4] przygotowanie wniosków o płatność do IZ RPOWP, [5] przygotowanie korekt i zmian we wnioskach o dofinansowanie, [6] udział w kontrolach prowadzonych przez uprawnione organy, [7] nadzór i konsultacje przy sporządzaniu raportów i sprawozdań, [8] nadzór i konsultacje podczas ewaluacji Projektu.

¹¹ Umowa z 14.05.2013 r.

- zakup sprzętu informatycznego za 323,4 tys. zł (20,6%),
 - szkolenie użytkowników za 124,8 tys. zł (7,9%),
 - promocję projektu za 0,3 tys. zł (0,1%),
 - sporządzenie studium wykonalności Projektu oraz wydatki niekwalifikowalne w zakresie wniosku o dofinansowanie oraz kosztów dojazdów w wysokości 25,3 tys. zł (1,6%).
- (dowód: akta kontroli str. 92-94)

1.1.6. Zgodnie z umową, wyznacznikami poziomu realizacji Projektu było 12 wskaźników produktu¹² i sześć wskaźników rezultatu¹³. Kontrola IZ RPOWP (przeprowadzona od 25.02. do 18.03.2016 r.) wykazała, że wszystkie wskaźniki produktu zostały osiągnięte, zaś spośród sześciu wskaźników rezultatu, osiągnięto jeden (liczba jednostek służby zdrowia korzystających z utworzonych aplikacji i usług teleinformatycznych). Wyniki kontroli IZ RPOWP opisano w pkt 1.1.18 wystąpienia.

Analiza funkcji „licznik wejść na portal e-Zdrowie” i „Rezerwacja zleceń” wykazała, że z informacji zamieszczonych na stronie internetowej Szpitala skorzystało 993 osoby, spośród których 109 pojęło próbę zarezerwowania wizyty za pośrednictwem tego portalu¹⁴

(dowód: akta kontroli str. 98)

1.1.7. Zgodnie z § 15 umowy o dofinansowanie, w Szpitalu wyodrębniono ewidencję księgową oraz otwarto odrębny rachunek bankowy do obsługi Projektu. Na realizację Projektu wydatkowano 1.571,6 tys. zł, w tym:

- 1.267,8 tys. zł (80,7% wartości zadania inwestycyjnego) opłacono środkami budżetu europejskiego, co opisano w pkt 1.1.14 wystąpienia,
- 190,3 tys. zł sfinansowano dotacją z Powiatu Białostockiego¹⁵, a 51,2 tys. zł środkami własnymi (w tym 6,7 tys. zł wydatków niekwalifikowalnych). (dowód: akta kontroli str. 92)

Dodatkowo Szpital sfinansował wydatki w kwocie 55,4 tys. zł na zakup usług doradczych na rzecz Projektu (co opisano w pkt 1.1.3 wystąpienia), 2.146,35 zł na pięć czytników kodów kreskowych), zaś 77.811 zł na zakup 15 stacji roboczych, 11 monitorów i 23 licencji w związku z rozszerzeniem systemu o dodatkowe stanowiska.

(dowód: akta kontroli str. 84-89, 170-178)

1.1.8. W związku z realizacją projektu Szpital poniósł wydatki niekwalifikowalne (niezaliczone przez IZ RPOWP do dofinansowania), które dotyczyły części kosztu sporządzenia studium wykonalności Projektu (1,8 tys. zł) oraz kosztów dojazdu (4,9 tys. zł) przedstawicieli firmy wykonawcy w okresie wdrażania Projektu. (dowód: akta kontroli str. 92)

1.1.9. W ramach Projektu dostosowano pomieszczenia serwerowni do wymaganego standardu technicznego, wykonano okablowanie strukturalne¹⁶, zakupiono pięć tabletów, dwa urządzenia wielofunkcyjne, 20 drukarek, sześć czytników kodów kreskowych, cztery zasilacze UPS, drukarkę specjalistyczną do kodów kreskowych, 40 stacji roboczych

¹² Wskaźniki produktu: [1] liczba projektów z zakresu społeczeństwa informacyjnego, w tym projekty dotyczące usług elektronicznych – 1 szt., [2] liczba wdrożonych kompleksowych systemów informatycznych oddziaływującego na wszystkie podstawowe elementy opieki zdrowotnej, proces zarządzania zakładem, proces leczenia oraz proces obsługi pacjenta – 1 szt., [3] liczba wdrożonych systemów informatycznych komplementarnych z projektem e-Zdrowie – 1 szt., [4] liczba jednostek służby zdrowia objętych Projektem w zakresie wdrożenia systemów teleinformatycznych i komunikacyjnych usprawniających obsługę pacjenta – 1 szt., [5] liczba wdrożonych systemów informatycznych uwzględniających aspekty teleobrazowania i telemedycyny – 1 szt., [6] liczba wdrożonych systemów elektronicznej archiwizacji dokumentów – 1 szt., [7] liczba utworzonych aplikacji oraz udostępnionych usług teleinformatycznych – 2 szt., [8] liczba uruchomionych usług on-line na poziomie 1-Informacja – 1 szt., [9] liczba uruchomionych usług on-line na poziomie 2-Interakcja – 1 szt., [10] liczba uruchomionych usług on-line na poziomie 3-Dwustronna interakcja – 1 szt., [11] liczba uruchomionych usług on-line na poziomie 4-Transakcja – 1 szt., [12] liczba nowych e-usług – 2 szt.

¹³ Wskaźniki rezultatu: [1] liczba jednostek służby zdrowia korzystających z utworzonych aplikacji i usług teleinformatycznych – 1 szt., [2] liczba osób korzystających z uruchomionych on-line usług na poziomie 1 – Informacja (w latach 2014 – 2018 odpowiednio 140, 882, 926, 972 i 1.021 osób, a w 2019 roku i w kolejnych latach – 1.072 osób), [3] liczba usług publicznych zrealizowanych on-line/liczba korzystających on-line z usług na poziomie 1-Informacja (dane dotyczące przedmiotowego wskaźnika są tożsame z danymi wskaźnika nr 2), [4] liczba osób korzystających z usług on-line – liczba osób korzystających z usług on-line będzie dotyczyła osób korzystających z uruchomionych on-line usług na poziomie 1 – Informacja; dane dotyczące przedmiotowego wskaźnika są tożsame z danymi dotyczącymi wskaźnika liczba osób korzystających z uruchomionych on-line usług na poziomie 1 – Informacja, [5] liczba terminów wizyt zarezerwowanych zdalnie on-line poziom 2 – Interakcja (w latach 2014 – 2018 kolejno 84, 132, 185, 194 i 2.014 szt., a w 2019 roku i w latach kolejnych – 214 szt.), [6] liczba autoryzowanych logowań do portalu e-Usługi Medyczne poziom 3 – dwustronna interakcja i poziom 4 – transakcja (ustalono wartość wskaźnika tożsamą z wartością wskaźnika nr 5).

¹⁴ Według stanu na 2.02.2017 r.

¹⁵ Umowa dotacji zawarta 29.09.2014 r. pomiędzy SP ZOZ w Łapach a Powiatem Białostockim.

¹⁶ Protokół odbioru z 5.12. 2013 r.

i 34 monitory¹⁷, które spięto wewnętrzną siecią LAN z trzema serwerami i routerem. Zainstalowano również pięć systemów dziedzinowych (KS MEDIS, KS SOMED, KS SOLAB, KS ASW, KS ADM). Po zainstalowaniu i przetestowaniu aplikacji systemowych, 30.09.2014 r. dokonano odbioru końcowego. Integrację¹⁸ platformy Szpitala z platformą regionalną projektu e-Zdrowie zakończono 27.10.2015 r., tj. po roku pracy z systemami. Na potrzebę obsługi systemu informatycznego w Szpitalu w grudniu 2016 roku dodatkowo zakupiono 15 stacji roboczych i 11 monitorów oraz 23 licencje oprogramowania na nowe stanowiska pracy. (dowód: akta kontroli str. 135-137, 153-156, 170-178)

Spośród nabytego oprzyrządowania, do dnia kontroli nie wykorzystywano pięciu tableatów o wartości 18,5 tys. zł, na których był zainstalowany moduł KS-MEDIS, służący do obsługi obchodu lekarskiego, gdyż w grudniu 2015 roku Szpital zrezygnował z pięciu licencji na tę aplikację (problem szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”).

1.1.10. Zgodnie z umową, wykonawca dostarczył do Szpitala cztery oprogramowania wspomagające administracyjno-finansową obsługę Szpitala, tj. KS-ASW KS-ESM, KS-FKW, KS-ZZL (kompatybilne z systemem ERP), trzy oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta, tj. KS-MEDIS, KS-SOMED, KS-SOLAB (kompatybilne z systemem HIS i EDM) oraz oprogramowanie typu BI wspomagające zarządzanie Szpitalem. Ustalenia dotyczące funkcjonalności i stopnia wykorzystania tych aplikacji opisano w pkt 2.1 i 2.2 wystąpienia. (dowód: akta kontroli str. 153-156)

Po zainstalowaniu oprogramowanie zostało przetestowane, a z treści protokołów wynika, że nie wnoszono uwag oraz nie kwestionowano funkcjonalności aplikacji w odniesieniu do opisanych w zamówieniu. (dowód: akta kontroli str. 414-427)

1.1.11. Analiza treści umów oraz protokołów odbioru poszczególnych etapów informatyzacji wykazała, że Szpital nie zgłaszał uwag do jakości i terminowości realizacji zadań, a zatem nie istniały przesłanki do naliczania kar umownych. (dowód: akta kontroli str. 181)

1.1.12. Zgodnie z § 5 pkt 1 umowy, wykonawca gwarantował, że systemy [1] zostaną wykonane zgodnie z wymogami zamawiającego, aktualnym stanem wiedzy technicznej i stanem prawnym, [2] zostaną dostarczone w najnowszych dostępnych wersjach (wcześniejsze wersje mogą być dostarczone wyłącznie za wyraźną, pisemną zgodą zamawiającego), [3] nie zostały uznane lub nie zostało ogłoszone, że zostały uznane za takie, które nie będą rozwijane lub ich rozwój nie będzie wspierany. Postanowienia umowy z dostawcą oprogramowania nie określały możliwości dostosowania wdrażanego oprogramowania do zmieniających się potrzeb użytkowników końcowych, tj. personelu medycznego. (dowód: akta kontroli str. 121)

Właściciel firmy Zakład Techniki Komputerowej MICOM w Łapach (dalej: firma MICOM), świadczącej usługi w zakresie bieżącej obsługi informatycznej Szpitala wyjaśnił, że: „Nie zgłaszano dostawcy oprogramowania zasadniczych nowych rozwiązań. Skupiono się na opanowaniu działania systemu i wyeliminowaniu usterek”. (dowód: akta kontroli str. 235)

1.1.13. W celu promocji Projektu wśród pacjentów, na stronie internetowej Szpitala¹⁹ zamieszczono: [1] odwołanie przenoszące na stronę e-Zdrowie, [2] informację (instrukcję) o sposobie założenia konta osobistego przez pacjenta, [3] informację o przeprowadzonej modernizacji Szpitala w zakresie wdrożonych systemów informatycznych. Na ścianach poradni specjalistycznych i oddziałów wywieszono były materiały promocyjne, tj. plakaty i ogłoszenia, a w pomieszczeniach poczekalni wyłożono ulotki. Szpital nie dysponuje dokumentacją potwierdzającą, że informacje na ww. temat były rozpowszechniane

¹⁷ Protokół odbioru z 30.09.2014 r.

¹⁸ Za wykonanie integracji pomiędzy platformami Szpitala i projektu e-Zdrowie wypłacono wykonawcy 219,9 tys. zł wynagrodzenia. System łączności Szpitala z platformą regionalną projektu e-Zdrowie odbywa się przez kanały szyfrowane VPN w sieci Internet. Tunel zestawiony jest za pomocą routera brzegowego w sieci, która obecnie jest wykorzystywana w SP ZOZ w Łapach. Szybkość wymiany danych z platformą regionalną uzależniona jest od parametrów łącza internetowego Szpitala, który dysponuje łączem symetrycznym o przepustowości 10 MB/s. Połączenia z systemem regionalnym e-Zdrowie szyfrowane jest certyfikatami udostępnionymi przez Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego.

¹⁹ <http://www.szpitallapy.pl>.

w lokalnych mediach. IZ RPOWP nie wносиła zastrzeżeń do sposobu prowadzenia promocji Projektu, co opisano pkt 1.1.18 wystąpienia. (dowód: akta kontroli str. 279-279)

1.1.14. Zadania ujęte w Projekcie zrealizowano w terminie określonym we wniosku aplikacyjnym oraz w umowie o dofinansowanie z UE. Wydatki poniesione na realizację Projektu były udokumentowane oryginałami faktur i rachunków, potwierdzających rzeczową realizację Projektu. Zawierały one adnotacje o przedstawieniu ich do refundacji w ramach RPOWP. Dokumenty te zostały opisane zgodnie z wymogami art. 21 i 22 ustawy z dnia 29 września 1994 r. rachunkowości²⁰.

(dowód: akta kontroli str. 113-114, 127-128, 149-150, 173-174, 177-178)

Zgodnie z aneksem (z 28.09.2015 r.) do umowy o dofinansowanie Projektu, środkami europejskimi zamierzano sfinansować wydatki w kwocie 1.330,1 tys. zł, tj. 85% kosztów kwalifikowalnych. W następstwie rozliczenia wniosków o płatność²¹, IZ RPOWP uznała za możliwe do zrefundowania 1.267,8 tys. zł, tj. 81% wydatków kwalifikowalnych. Zgodnie bowiem z § 12 ust. 4 umowy o dofinansowanie, nałożono dwie korekty finansowe ze względu na naruszenia²² przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych²³. Korektę²⁴ w wysokości 62,3 tys. zł potrącono z wnioskowanej kwoty.

(dowód: akta kontroli str. 84-88, 182, 189-211)

1.1.15. Odbioru prac związanych z integracją platformy Szpitala z platformą regionalną projektu e-Zdrowie dokonano 27.10.2015 r. Pomimo wykonanej integracji, Szpital nie posiada porozumienia upoważniającego do przetwarzania danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów Szpitala na poziomie regionalnym, co szerzej opisano w pkt 1.2.1 pkt 3 wystąpienia. (dowód: akta kontroli str. 280-283)

1.1.16. Zgodnie z § 5 pkt 2, 3, 5 i 6 umowy dostawy, wykonawca udzielił Szpitalowi 3-letniej rękojmi na wady fizyczne i prawne systemów i urządzeń oraz gwarancji podczas, której zobowiązał się do świadczenia tzw. „asysty powdrożeniowej²⁵” przez 12 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru bez uwag i zastrzeżeń (tj. od 30.09.2014 r. do 30.09.2015 r.). W umowie nie określono przedmiotowego zakresu tej asysty. Wskazano, że: „(...) w ramach udzielonej rękojmi, po otrzymaniu zawiadomienia, wykonawca na koszt własny i ryzyko, naprawi lub wymieni na nowe elementy przedmiotu umowy”, przywracając mu pełną funkcjonalność w terminie dwóch dni od otrzymania zawiadomienia. Według umowy zgłoszeń można było dokonać: mailem, faxem oraz pisemnie na adres wykonawcy. Szpital nie dysponuje dokumentacją, potwierdzającą wysyłanie zgłoszeń na podstawie, której można byłoby określić skalę, usterkowości i awaryjności zainstalowanego oprogramowania oraz sposobu dokonanych napraw.

Właściciel firmy MICOM wyjaśnił, że: „(...) W okresie wdrażania systemów informatycznych korzystano z asysty powdrożeniowej. Polegała ona głównie na kontaktach telefonicznych i mailowych. Nie jestem w stanie wskazać ile było takich przypadków”. Dodał, że: „Uwagi zgłaszane przez obsługujących systemy przynosiły efekty. System funkcjonuje zarówno w części „szarej” administracji (moduły w księgowości, kadry, statystyka – rozliczenia z NFZ) i części „białej” (od Izby Przyjęć do oddziałów i dokumentacji medycznej)”.

(dowód: akta kontroli str. 235)

²⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 1047, ze zm.

²¹ Wnioski o płatność składano od 5.07.2013 r. do 30.10.2015 r.

²² [1] W piśmie RPO.-III.44.1.110.2014 z 11.03.2015 r. stwierdzono, że w weryfikowanym postępowaniu o zamówienie publiczne naruszono art. 7 ust. 1 i 3 w związku z art. 26 ust. 3, art. 38 ust. 4a pkt 2, art. 87 ust. 1, art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo zamówień publicznych, co skutkowało 5% korektą finansową. [2] Uznano, że określone przez SP ZOZ w Łapach warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu oceny spełniania warunków był nieadekwatny do przedmiotu zamówienia. Ustalenie zbyt wygórowanego warunku udziału w postępowaniu mogło faworyzować duże przedsiębiorstwa, dyskryminując innych wykonawców, którzy mogliby z powodzeniem wykonać zamówienie.

²³ Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, ze zm.

²⁴ Według tabeli Taryfikatora stanowiącego załącznik do umowy zastosowano stawkę w wysokości 5%.

²⁵ Asysta powdrożeniowa ma na celu ustabilizowanie wdrożonego rozwiązania i zapewnienie ciągłości działania systemu w środowisku produkcyjnym. W zakresie tej usługi są również zmiany systemu zgodnie z zdefiniowanymi wymaganiami np. zmiany wynikające ze zmieniających się przepisów prawa. W ramach asysty wykonawca zobowiązany jest w szczególności do: [1] bieżącej aktualizacji wszystkich modułów wchodzących w skład systemu, [2] świadczenia pomocy telefonicznej i zdalnej w dni robocze w godz. 8.00 – 16.00 [3] wizyt na miejscu zamawiającego, co najmniej raz w miesiącu.

1.1.17. Na stronie internetowej SP ZOZ w Łapach zamieszczono odsyłacz do portalu pacjenta, gdzie zainteresowani mogli dokonać elektronicznej rejestracji wizyty do pięciu²⁶ z ośmiu funkcjonujących poradni, co szerzej opisano w pkt 2.2.6 wystąpienia.

1.1.18. Realizacja Projektu była kontrolowana przez IZ RPOWP, tj. Departament Wdrażania RPOWP w UMWP²⁷. Z informacji pokontrolnej wynika m.in., że:

- zrealizowany efekt rzeczowy Projektu był zgodny z zaplanowanym przez beneficjenta w umowie i wniosku o dofinansowanie,
- Szpital wywiązał się z obowiązku prowadzenia wyodrębnionej ewidencji księgowej Projektu,
- zakupione środki trwałe oraz wartości niematerialne i prawne zostały ujęte w ewidencji środków trwałych,
- przedstawione przez Szpital w trakcie kontroli dane dotyczące poziomu realizacji wskaźników produktu i rezultatu²⁸ na dzień sprawozdawczy były zgodne z danymi wykazanymi we wniosku o płatność końcową,
- projekt został zrealizowany zgodnie z uaktualnionym harmonogramem rzeczowo-finansowym. (dowód: akta kontroli str. 295-313)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niewykorzystywaniu pięciu tabletów zakupionych w ramach Projektu za 18,9 tys. zł, które SP ZOZ w Łapach otrzymał 30.09.2014 r. W tym dniu rozpoczął się też trzyletni okres ich gwarancji. Urządzenia przechowywano w oryginalnych opakowaniach w serwerowni Szpitala. Zrezygnowano też z zakupu licencji na (dalsze) korzystanie z oprogramowania zainstalowanego w tych urządzeniach.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „Po zakupie ww. komputery zostały przekazane na oddziały: chirurgiczny, położniczo-ginekologiczny i oddział wewnętrzny. Na oddziałach tych były wykorzystane do obchodów lekarskich na co pozwalały zakupione licencje do obsługi aplikacji medycznych. W 2015 r. został zamknięty oddział położniczo-ginekologiczny, a także zwolnili się lekarze pracujący na oddziale chirurgii i oddziale wewnętrznym, którzy pracowali na tych komputerach. Nowo zatrudniona kadra medyczna na oddziałach wewnętrznym i chirurgicznym odmówiła pracy na tego typu urządzeniu. Z tego powodu w ramach oszczędności SP ZOZ w Łapach zrezygnował z zakupu licencji do tych komputerów. W 2016 r. komputery zostały zaplanowane do przekazania do pracy lekarzy i pielęgniarek w nowo utworzonym oddziale rehabilitacji kardiologicznej. Jednak do czasu uzyskania kontraktu z NFZ, w ramach oszczędności SP ZOZ w Łapach wstrzymał się z zakupem niezbędnych licencji do obsługi aplikacji medycznych. W chwili obecnej komputery przenośne przechowywane są w serwerowni i wykorzystywane są doraźnie przez pracowników administracji oraz w razie potrzeby. W momencie otrzymania kontraktu z NFZ przedmiotowe komputery zostaną po zakupie niezbędnych licencji przekazane do oddziału rehabilitacji kardiologicznej. (dowód: akta kontroli str. 670-679)

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

1.2.1. Bezpieczeństwo i trwałość gromadzonych danych

1.2.1.1. Od 04.03.2013 r. do dnia kontroli w Szpitalu obowiązywała Polityka bezpieczeństwa danych osobowych i Instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych²⁹ (dalej PBI), której postanowienia nie uwzględniła zmian wynikających z modernizacji zakończonej 30.09.2014 r., mimo że wzrosła liczba systemów informatycznych i użytkowników przetwarzających dane wrażliwe. Nie uwzględniła też aktualnej infrastruktury Szpitala, stosowanych technologii, urządzeń

²⁶ Poradnie: Chirurgii Ogólnej, Ginekologiczno-Położnicza, Nefrologiczna, Neurologiczna, Otolaryngologiczna.

²⁷ Kontrola przeprowadzona od 25.02. do 18.03.2016 r.

²⁸ Według stanu na 18.03.2016 r. wskaźniki rezultatu: [1] liczba osób korzystających z usług on-line, [2] liczba usług publicznych zrealizowanych on-line/liczba korzystających z usług on-line i [3] liczba osób korzystających z uruchomionych on-line usług na poziomie 1 Informacja zostały zrealizowane na poziomie 108 szt. wobec zakładanych 926 szt. [4] liczba terminów wizyt w ZOZ zarezerwowanych zdalnie on-line (Poziom 2 – Interakcja) i [5] liczba autoryzowanych logowań do portalu e-usługi Medyczne poziom 3 – dwustronna interakcja i poziom 4 – transakcja zostały osiągnięte na poziomie 9 szt., chociaż planowano 132 szt., [6] liczba jednostek służby zdrowia korzystających z utworzonych aplikacji i usług teleinformatycznych został osiągnięty, bowiem w placówce wdrożono aplikacje.

²⁹ Wprowadzona zarządzeniem dyrektora SP ZOZ w Łapach Nr 4/2013 z 04.03.2013 r.

i oprogramowania informatycznego. Z opinii biegłego (powołanego przez NIK w trakcie kontroli) wynika, że PBI zawierała niepełne regulacje, których celem jest określenie sposobów wypełnienia zapisów, o których mowa w rozdziale IV paragraf 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 teleinformatycznych³⁰ (dalej rozporządzenie w sprawie KRI), co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 387-399, 444-450)

1.2.1.2. W zakresie wprowadzonych w Szpitalu rozwiązań (spełniających minimalne wymagania) zabezpieczenia systemów, biegły ustalił, że:

1. Nadanie i odebranie dostępu do systemu odbywa się na wniosek przełożonego pracownika, który kierowany jest do administratora bezpieczeństwa informacji (dalej: ABI). Konto w systemie zakładane jest przez administratora systemu, a hasło do konta przekazywane jest pracownikowi w sposób bezpieczny. Użytkownik informowany jest o obowiązku zmiany hasła na sobie tylko znane. Analiza 27 aktywnych kont systemu HIS wykazała, że 10 byłym pracownikom Szpitala nie odebrano możliwości dostępu do systemu, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.
2. Dostęp do systemu HIS odbywa się dwuetapowo. W pierwszej kolejności użytkownicy uzyskują dostęp do systemu operacyjnego stacji roboczej wprowadzając konto i hasło, a po uruchomieniu systemu podają kolejny unikalny identyfikator i hasło w celu uzyskania do niego dostępu. Wystąpiły jednak odstępstwa od procedury opisanej w instrukcji, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.
3. Monitorowanie dostępu do stacji roboczych odbywało się za pomocą gromadzenia logów bezpieczeństwa, które przechowywane są przez 6 dni. Logi zawierają m.in. informacje o czasie zdarzenia, użytkownika, który zdarzenie wygenerował, opis zdarzenia, informację o przyznaniu lub nieprzyznaniu prawa do wykonania czynności przez użytkownika.
4. Logi aplikacji systemu HIS przechowywane są od wdrożenia aplikacji. Zawierają m.in. informacje o czasie dokonania operacji, użytkownika, który ją wykonał i rodzaju operacji. Analizy logów systemów operacyjnych serwerów oraz systemu HIS dokonuje się doraźnie.

(dowód: akta kontroli str. 445-446)

1.2.1.3. Dopiero 14.02.2017 r. UMWP podpisał z SP ZOZ w Łapach porozumienie upoważniające do przetwarzania (na poziomie regionalnym) danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów Szpitala (SP ZOZ w Łapach dwukrotnie, tj. 10.11.2016 r. i 07.02.2017 r., przekazywał do UMPW podpisane porozumienia). W konsekwencji do czasu kontroli NIK Szpital nie określił sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym oraz procedury określającej zasady korzystania i kontroli wykorzystania trybu krytycznego przez personel medyczny Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 280-283)

1.2.1.4. W zakresie tworzenia kopii zapasowych systemów informatycznych oraz sposobu ich zabezpieczenia i przechowywania, biegły ustalił, że:

- aktualizacja systemów operacyjnych serwerów uwierzytelniających system HIS odbywała się raz na dwa miesiące,
- systemy operacyjne stacji roboczych nie były aktualizowane obligatoryjnie w przypadku pojawienia się nowelizacji, a ich aktualność na stacjach roboczych weryfikowana była przez informatyków doraźnie,
- kopie bezpieczeństwa baz danych systemu HIS wykonywano w sposób umożliwiający odzyskanie danych najdalej sprzed godziny od wystąpienia awarii,

³⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 113. Rozporządzenie zwane dalej: „rozporządzeniem KRI”.

- kopie dziennie przechowywano w serwerowni na dwóch niezależnych zasobach sieciowych wyposażonych w redundantne dyski twarde, a dyski twarde każdego z zasobów sieciowych były zabezpieczone przed uszkodzeniem,
- działanie tych zasobów sieciowych monitorowano na bieżąco, lecz stwierdzono odstępstwa, które opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”,
- stacje robocze wyposażono w oprogramowanie służące ochronie przed złośliwym oprogramowaniem, aktualizowane automatycznie po pojawieniu się nowych sygnatur wirusów, a ich aktualność była weryfikowana doraźnie; na serwerach aktualność systemu antywirusowego monitorowano codziennie – odstępstwa opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”,
- część serwerowa systemu była redundantna w zakresie zasilania, kart sieciowych i dysków twardej, co minimalizowało ryzyko utraty informacji w wyniku awarii. Poprawność działania serwerów weryfikowano co najmniej raz w tygodniu. Urządzenia serwerowe chronione były przez: system dostępowy (dostęp za pomocą PIN lub karty zbliżeniowej), alarm przeciwwłamaniowy, drzwi antywłamaniowe antypożarowe, system ostrzegania o pożarze, system zapewniający jakość zasilania i chroniący przed jego zanikiem (UPS), system redundantnej klimatyzacji. (dowód: akta kontroli str. 446-448)

1.2.2. Reakcja na awarie systemów informatycznych i sytuacje kryzysowe

1.2.2.1. Szpital zawarł z firmą Kamssoft Podlasie Sp. z o.o. w Zambrowie (na czas nieokreślony) umowę na stały serwis eksploatacyjny³¹ zainstalowanego oprogramowania. Według umowy zgłoszenia incydentów dokonuje się telefonicznie lub mailowo w godzinach tzw. „pełnego wsparcia”, tj. od 8⁰⁰ do 16⁰⁰ w dni robocze. W takich przypadkach usługi świadczone są zdalnie, jeżeli rodzaj zgłoszenia lub warunki techniczne tego wymagają lub osobiście w Szpitalu (przy czym koszty dojazdu są ponoszone przez SP ZOZ w Łapach).

(dowód: akta kontroli str. 314-352)

SP ZOZ w Łapach nie dysponuje dokumentacją potwierdzającą zgłaszanie incydentów nieprawidłowego funkcjonowania zainstalowanego oprogramowania dziedzinowego, co opisano w pkt 1.1.16 wystąpienia.

Przetwarzanie wszelkich danych przy użyciu oprogramowania aplikacyjnego zainstalowanego w SP ZOZ w Łapach zlecono firmie „MICOM”, z którą 04.05.2016 r. zawarto umowę na czas określony, do 04.05.2018 r. Zleceniobiorcę zobowiązano do utrzymywania systemów informatycznych i urządzeń komputerowych w stałej sprawności funkcjonalnej, rozwiązywania problemów technologicznych oraz przedstawiania analizy potrzeb w zakresie rozbudowy i modernizacji istniejących systemów. Ponadto powierzono mu pełnienie funkcji ABI w Szpitalu. W umowie nie sprecyzowano terminów i wymiaru czasowego, w którym te usługi mają być świadczone na rzecz Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 353-363)

Właściciel firmy MICOM wyjaśnił, że w maju 2016 roku do Szpitala oddelegowano pracownika firmy, który „kontaktuje się (telefonicznie, prawie codziennie) z przedstawicielem z Kamssoftu, który pomaga rozwiązywać bieżące problemy”. (dowód: akta kontroli str. 235)

1.2.2.2. W SP ZOZ w Łapach rezerwowym źródłem energii elektrycznej (dostarczanej do wszystkich pomieszczeń Szpitala, w tym serwerowni) był agregat prądowłóczy³² (o mocy znamionowej 250 kW). Zapewniał on pokrycie co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej³³ Szpitala. W chwili zaniku zasilania, urządzenie uruchomiło się automatycznie. Z dokumentacji eksploatacyjnej wynika, że agregat był systematycznie serwisowany i poddawany okresowym przeglądom technicznym. W przypadkach wystąpienia (ewentualnych) przerw w dostawie energii elektrycznej możliwość nieprzerwanej pracy serwerów dodatkowo zapewniały cztery UPS, nabyte w ramach Projektu.

(dowód: akta kontroli str. 364-379)

³¹ Umowa Nr 1/928124/2015 z 1.10.2015 r.

³² Zakupiony 12.11.2012 r.

³³ § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739).

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Do 13.02.2017 r. nie zaktualizowano PBI, w związku ze zmianami wynikającymi z zadania inwestycyjnego zakończonego 30.09.2014 r., co stanowi naruszenie § 20 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie KRI.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *„W dniu 13.02.2017 r. dokonano aktualizacji Polityki bezpieczeństwa danych osobowych i aktualizacji Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, wprowadzonej Zarządzeniem dyrektora SP ZOZ w Łapach Nr 4/2013 z dnia 04.03.2013 r. Aktualizacja została wprowadzona Aneksiem do powyższego Zarządzenia z mocą obowiązywania od dnia 14.02.2017 r. i zostanie przekazana kierownikom komórek organizacyjnych Szpitala celem zapoznania podległych pracowników”.*

(dowód: akta kontroli str. 381-382, 385-413)

2. Nie weryfikowano (okresowo) adekwatności nadanych uprawnień. W konsekwencji 10 byłym pracownikom Szpitala nie odebrano uprawnień do systemu HIS, a konta ich były nadal aktywne. Było to niezgodne z § 20 ust. 2 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie KRI, które nakazują podejmowanie działań zapewniających, że osoby zaangażowane w proces przetwarzania informacji posiadają stosowne uprawnienia i uczestniczą w tym procesie w stopniu adekwatnym do realizowanych przez nie zadań oraz obowiązków mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa informacji, a także wskazują na konieczność dokonania bezzwłocznej zmiany uprawnień, w przypadku zmiany zadań ww. osób.

ABI Szpitala wyjaśnił, że: *„Uprawnienia wskazanych 10 osób (i wszystkich, którzy nie są zatrudnieni w SP ZOZ) zostały odebrane. Raport w załączeniu. Wcześniej uprawnienia nie były cofane, bo nie miałem takich informacji (wypełnionych wniosków)”.*

(dowód: akta kontroli str. 655)

3. Nie przestrzegano zasad uwierzytelnienia użytkowników oraz stosowania procedur zawieszenia pracy w systemie HIS, który nie wymusza zmiany hasła tymczasowego (pierwszego nadanego przez administratora systemu), jego minimalnej długości i jakości oraz modyfikacji po upływie określonego czasu, określonych w pkt 4 i 5 Instrukcji zarządzania systemem informatycznym. Ponadto stacje robocze nie miały aktywnego wygaszacza ekranu i zabezpieczenia jego dezaktywacji hasłem. Nieprawidłowości te mogą umożliwić nieautoryzowany dostęp do systemów operacyjnych komputerów i usług sieciowych w systemie HIS, co sprzeczne jest z § 20 ust. 2 pkt. 7 rozporządzenia KRI, nakazującym zapewnienia ochrony przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniami lub zakłóceniami.

ABI wyjaśnił, że *„(...) Wskazane nieprawidłowości w stosowaniu metod i środków uwierzytelnienia użytkowników w systemie HIS zostały wyeliminowane lub są w trakcie eliminacji, zgodnie ze zmodyfikowaną „Polityką Bezpieczeństwa i Instrukcją zarządzania systemem informatycznym”.*

(dowód: akta kontroli str. 655-660)

4. Nie przestrzegano zasad nowelizowania i sposobu monitorowania aktualności systemów operacyjnych, bowiem nie wskazano osoby odpowiedzialnej za jej przeprowadzenie. Kopia bezpieczeństwa była archiwizowana przez zbyt krótki okres (trzy tygodnie), proces testowego odtwarzania (raz w roku) ostatniej kopii nie był dokumentowany. Kopie bezpieczeństwa przechowywano zaś w pomieszczeniu niezabezpieczonym przed dostępem osób postronnych, włamaniem i niewłaściwą temperaturą. Naruszono w ten sposób wymogi § 20 ust. 2 pkt. 12 lit. a rozporządzenia w sprawie KRI, w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych.

ABI wyjaśnił, że: *„W zmodyfikowanej „Polityce Bezpieczeństwa Danych Osobowych” i „Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym” wprowadzono w pkt 15.1 warunek, że systemy IT muszą być oparte o komponenty w wersjach posiadających wsparcie producenta. Oznacza to, że muszą mieć aktualne systemy operacyjne i aktualizowane oprogramowanie”.* Poinformował też, że wystąpił do dyrektora SP ZOZ w Łapach z wnioskiem o aktualizację nieaktualnego oprogramowania oraz wskazania miejsca do przechowywania kopii bezpieczeństwa. Wyjaśnił również, że: *„Przyczyna*

wskazanych niedociągnięć wynika z ograniczonych środków jakimi dysponuje SP ZOZ. W szczególności brak jest środków na remont pomieszczenia pełniącego funkcję LPD (Lokalny Punkt Dystrybucyjny³⁴), w tym wstawienie drzwi antywłamaniowych, montaż systemu kontroli dostępu, klimatyzacji". (dowód: akta kontroli str. 655-660)

5. Nie przestrzegano zasad należytego zabezpieczenia plików systemowych przed ingerencją z zewnątrz, bowiem użytkownicy mieli możliwość wyłączenia ochrony antywirusowej, nie wykonywano kontroli skanowania przez użytkowników zawartości dysków stacji roboczej (przynajmniej dwa razy w tygodniu), system antywirusowy nie był wyposażony w centralną konsolę administracyjną, w związku z czym nie była wykonywana kontrola obecności wirusów. Nie wykonywano też okresowej, wrywkowej kontroli aktualności programu antywirusowego oraz obecności wirusów komputerowych. Stanowiło to naruszenie § 20 ust. 2 pkt. 12 lit. e rozporządzenia w sprawie KRI, w zakresie zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych.

ABl wyjaśnił, że: „SP ZOZ dysponuje automatycznie aktualizowanym (codziennie) oprogramowaniem antywirusowym zainstalowanym na każdym komputerze”. Dodał, że: „Regularnie co roku odnawiane są (zakupywane) aktualizacje programów antywirusowych”. Poinformował również, że wystąpił z wnioskiem do dyrektora Szpitala o zakup oprogramowania antywirusowego, umożliwiającego zarządzanie z centralnej konsoli i wyznaczenie osoby odpowiedzialnej za monitorowanie aktualności oprogramowania antywirusowego oraz zdarzeń wykrytych przez to oprogramowanie, a z przeprowadzonych kontroli będą sporządzane raporty.

(dowód: akta kontroli str. 655-660)

Ocena cząstkowa

Proces modernizacji infrastruktury informatycznej Szpitala nie był konsultowany z personelem Szpitala w zakresie oczekiwanych rozwiązań. Zakupiony w ramach Projektu sprzęt był wykorzystywany do bieżącej pracy Szpitala i obsługi nowych systemów informatycznych, z wyjątkiem pięciu tabletów nabytych za 18,9 tys. zł. Nie wprowadzono też mechanizmów zapewniających odpowiedni poziom bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych, w tym rozwiązań służących ochronie przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą lub nieuprawnionym dostępem. Politykę Bezpieczeństwa uaktualniono dopiero w trakcie kontroli, tj. po 28 miesiącach od rozpoczęcia pracy z systemami informatycznymi. Brak do 14.02.2017 r. porozumienia z UMPW w sprawie przetwarzanie danych pacjentów na poziomie regionalnym uniemożliwiał zainteresowanym dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej wytworzonej w Szpitalu.

2. Stopień wykorzystywania rozwiązań informatycznych

2.1. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę Szpitala

Opis stanu faktycznego

2.1.1. W ramach Projektu Szpital zakupił następujące oprogramowanie wspomagające administracyjno-finansową obsługę Szpitala kompatybilne z systemem ERP:

- KS-ASW (apteka szpitalna, magazyn) usprawniający proces zaopatrzenia, gospodarki magazynowej i ewidencji księgowej obrotu materiałowego, ewidencję dostaw i rozchodu leków, planowanie zamówień,
- KS-ESM wspomagający zarządzanie środkami trwałymi, pozwalający na śledzenie wartości bilansowej posiadanego majątku i tworzenie szeregu zestawień,
- KS-FKW ułatwiający prowadzenie ksiąg rachunkowych, wspierający podejmowanie decyzji finansowych,
- KS-ZZL wspomagający zarządzanie zasobami ludzkimi poprzez prowadzenie grafików pracy,
- BI posługujący się danymi czerpanymi z systemów dziedzinowych oraz wykonujący obliczenia na tych danych. (dowód: akta kontroli str. 133-134, 153-156)

Przed zakupem ww. oprogramowania, do obsługi administracyjno-finansowej, Szpital dysponował aplikacjami „Finansowo-księgowy i Środki Trwałe”, „Kadry – Płace

³⁴ Pomieszczenie nie będące serwerownią.

i Gospodarka materiałowa" firmy Computerland. Na dzień zakończenia kontroli wykorzystywano wyłącznie systemy zakupione w ramach Projektu.

(dowód: akta kontroli str. 481-485)

Pierwotnie Szpital zakupił osiem licencji typu „A”³⁵ i jedną licencję typu „B”³⁶ do systemu KS-ASW, trzy licencje typu „A” do KS-ESM, dwie licencje typu „A” i sześć licencji typu „B” do KS-FKW oraz sześć licencji typu „A” i jedną licencję typu „B” do KS-ZZL. Ilość licencji była wystarczająca do bieżącej pracy.

(dowód: akta kontroli str. 153-156)

2.1.2. W SP ZOZ w Łapach nie ustalono procedur wewnętrznych uwzględniających funkcjonalności i wykorzystywanie w bieżącej pracy systemów wspomagających administracyjno-finansową obsługę Szpitala. Obowiązującą Politykę rachunkowości zaktualizowano³⁷ dopiero w grudniu 2016 roku, tj. po ponad dwóch latach od wdrożenia oprogramowania. Problem ten opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalane nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 215-233)

2.1.3. W ramach Projektu nabyto pięć tabletów, dwa urządzenia wielofunkcyjne³⁸, 20 drukarek, sześć czytników kodów kreskowych, cztery zasilacze UPS, drukarkę specjalistyczną do kodów kreskowych, 40 stacji roboczych i 34 monitory. Oględziny ww. sprzętu wykazały, że został on rozdysponowany i był wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem w codziennej pracy (za wyjątkiem pięciu tabletów, co opisano w sekcji „Ustalane nieprawidłowości”, w pkt 1.1. wystąpienia). Na 12 urządzeniach komputerowych zainstalowano moduły oprogramowania zakupionego w ramach Projektu, (tj. KS-ASW, KS-ESM, KS-FKW i KS-ZZL). W bieżącej pracy nie wykorzystywano Analizatora Kosztów Medycznych (dalej AKM), będącego modułem oprogramowania KS MEDIS, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalane nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 135-137, 486-499)

Na dzień kontroli jedynym użytkownikiem systemu BI była Dyrektor Szpitala, którą przeszkolił informatyk. W trakcie wdrażania systemu 23.09.2014 r. przeszkolono trzech pracowników Szpitala (obecnie niepracujących). W systemie istniało 16 podstawowych grup tematycznych raportów dotyczących np. kosztów, przychodów, gospodarki magazynowej, hospitalizacji, kadr-płac, procedur medycznych, administracji. Analiza porównawcza danych zawartych w sześciu raportach³⁹ sporządzonych w systemach ERP i HIS wykazała niespójność danych z wykazanymi w raporcie wygenerowanym w systemie BI:

1. W raporcie „Rodzaje kosztów (wartość wydanie)” dane w BI były zgodne z danymi w KS-ASW w pięciu z 11 pozycji raportu (materiały biurowe i druki, pozostały drobny sprzęt medyczny, sprzęt jednorazowy, wyposażenie, środki czystości).
2. W raporcie „Liczba wykonanych zleceń badań diagnostycznych” dane w BI były niezgodne z danymi w KS-SOMED we wszystkich zakresach: liczba wykonanych zleceń w pracowni badań inwazyjnych serca, pracowni endoskopii, pracowni RTG, pracowni USG. Dane wygenerowane z systemu BI wykazywały bowiem odpowiednio: 19, 109, 551, 297 wykonanych zleceń, podczas gdy w KS-SOMED odpowiednio: 310, 474, 3998 i 1426 zleceń.
3. W raporcie „Liczba wykonanych procedur medycznych” do szczegółowego badania wytypowano losowo próbę 10 pozycji raportu:
 - badanie ogólne moczu – w BI wykazano 895, w KS-MEDIS – 205,
 - farmakoterapia doustna – wg BI było 69, w KS-MEDIS 541,
 - operacja prostej przepukliny pachwinowej wszczep – w obu systemach wykazano siedem,
 - kolonoskopia z biopsją – w obu systemach wykazano 13,

³⁵ Licencja na pojedyncze wejście do danego modułu, tj. jednocześnie z danego modułu może korzystać tyle osób ile jest licencji.

³⁶ Licencja na moduł nie ogranicza jednoczesnego korzystania z modułu przez użytkowników.

³⁷ Zarządzenie nr 35/2016 dyrektora SP ZOZ w Łapach z dnia 6.12.2016 r. w sprawie wprowadzenia w Samodzielnym publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Łapach „Dokumentacji zasad (polityki) rachunkowości.

³⁸ Urządzenie posiadające funkcje kserokopiarki, drukarki, skanera.

³⁹ Analizie poddano raporty z systemu BI (według stanu na 30.06.2016 r.) – [1] rodzaje kosztów (wartość wydania) – gospodarka magazynowa, [2] liczba wykonanych zleceń badań diagnostycznych, [3] liczba wykonanych procedur medycznych, [4] przychody, [5] koszty pośrednie, [6] liczba hospitalizacji.

- masaż klasyczny – częściowy – w systemie BI wykazano 186, a w KS-MEDIS 1200,
 - USG jamy płucnej – wg BI było 14, w KS-MEDIS 16,
 - wstrzyknięcie insuliny – w systemie BI wykazano 91, a w KS-MEDIS 184,
 - RTG klatki piersiowej – w BI wykazano 433, zaś w KS-MEDIS: 1411,
 - znieczulenie całkowite dożylnie (od 30 do 60 minut) – w obu systemach wykazano 15,
 - ćwiczenia wspomagane – wg BI było 132, a wg KS-MEDIS 993.
4. W raporcie „Przychody” – dane z BI nie pokrywały się z danymi w KS-FKW w dziewięciu z 24 pozycji (izba przyjęć, oddział chirurgiczny, oddział dziecięcy, oddział wewnętrzny, poradnia chirurgiczna, poradnia ginekologiczno-położnicza, pracownia endoskopowa, stacja dializ oraz zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy). Przychody wygenerowane z systemu BI były niższe od otrzymanych z KS-FKW.
5. W raporcie „Koszty pośrednie” wygenerowanym z oprogramowania BI rozbieżne z systemem KS-FKW były dane we wszystkich pozycjach działalności pomocniczej/pośredniej, ośrodkach proceduralnych i zarządu. Dane pokrywały się wyłącznie w zakresie działalności podstawowej.
6. W raporcie „Liczba hospitalizacji” rozbieżne dane między raportem BI, a danymi w KS-MEDIS dotyczyły liczby hospitalizacji w oddziale chirurgicznym (wg BI było ich 345, a wg KS-MEDIS 363) i liczby hospitalizacji w oddziale chorób wewnętrznych i geriatry (w systemie BI było ich 265, a w KS-MEDIS 335). Z obu systemów te same dane wygenerowano w zakresie liczby hospitalizacji w oddziale dziecięcym (55) i w stacji dializ (795). (dowód: akta kontroli str. 509-590)

2.1.4. Szkolenie 23 osób w zakresie obsługi oprogramowań: KS-ASW, KS-ESM, KS-FKW, KS-ZZL przeprowadzono w okresie maj – wrzesień 2014 roku, a 23.09.2014 r. przeszkolono trzy osoby⁴⁰ z obsługi systemu BI. Szkoleniem objęto wyłącznie osoby, które z racji zajmowanych stanowisk wykorzystywały ww. oprogramowanie w codziennej pracy (byli to pracownicy administracyjni i personel medyczny). Szkolenie nowych użytkowników systemów odbywało się na zasadzie szkoleń „kaskadowych”, tj. nowi użytkownicy byli szkoleni przez osoby użytkujące systemy. (dowód: akta kontroli str. 662)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Od 1.10.2014 r. do 6.12.2016 r. (tj. ponad dwa lata) polityka rachunkowości Szpitala nie została dostosowana do systemów informatycznych wdrożonych w wyniku realizacji Projektu. Naruszono w ten sposób wymogi art.10 ust.1 pkt lit. b, c oraz pkt 4 ustawy o rachunkowości. (dowód: akta kontroli str. 215-233)
2. Nie wykorzystywano do bieżącej pracy modułu tzw. „AKM” (oprogramowania KS-MEDIS), służącego do kalkulacji kosztów leczenia pacjenta, na które w latach 2015 – 2016 wydatkowano (zakup modułu i wznowienie licencji) 10,6 tys. zł. W konsekwencji narzędzie to nie służyło poprawie zarządzania Szpitalem. Od października 2014 roku do grudnia 2016 roku wystawiono 10 faktur na kwotę 6,2 tys. zł za świadczenia medyczne udzielone osobom nieubezpieczonym w czterech oddziałach Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 680-682, 683-693)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *„Moduł do kalkulacji kosztów medycznych KS-AKM jest „dodatkiem” do całego systemu, stworzonym celem wyliczenia kosztów m.in. procedur diagnostycznych. W związku z powyższym wykorzystywany jest we wstępnym etapie kalkulacji procedur medycznych. Ponadto nadmieniam, że Szpital nie jest zobligowany przez obowiązujące przepisy prawa do prowadzenia kalkulacji rzeczywistych kosztów poniesionych na leczenie danego pacjenta. System komputerowy jest wykorzystywany w zakresie niezbędnym dla potrzeb Szpitala, a wyliczenie indywidualnych kosztów dla każdego pacjenta, przy obowiązującym systemie rozliczeniowym z POW NFZ byłoby bezcelowe.* (dowód: akta kontroli str. 670-672)

⁴⁰ Żadna z tych osób w trakcie kontroli NIK nie pracowała w SP ZOZ w Łapach. Obecna Dyrektor i główna księgowa nie uczestniczyły w szkoleniach z obsługi BI.

Główna księgowa SP ZOZ w Łapach wyjaśniła, że: „W celu dokonania kalkulacji kosztów medycznych, korzystałam przy pomocy pracownika firmy Kamssoft Podlasie (...) z modułu kalkulacji kosztów medycznych KS-AKM we wstępnym etapie kalkulacji procedur medycznych”. Dodała, że: „Zgodnie z § 85 „Regulaminu organizacyjnego” (Zarządzenie nr 24/2016) wysokość opłat za wykonywane świadczenia zdrowotne na rzecz osób nieubezpieczonych lub obcokrajowców ustalana jest na podstawie cennika określonego odrębnym zarządzeniem. Natomiast w sytuacji, gdy świadczenie nie zostało ujęte w cenniku stosuje się ceny wynikające z umów zawartych z NFZ. Z modułu AKM korzystałam na etapie określania cennika za usługi medyczne. W okresie mojej ośmiomiesięcznej pracy jeden raz wykorzystywałam przedmiotowy system”.

(dowód: akta kontroli str. 666-667)

Zgodnie z art. 45 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴¹, przy ustalaniu wysokości opłaty uwzględnia się rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego.

3. Nie wykorzystywano danych z systemu BI, o wartości 29,5 tys. zł, do zarządzania Szpitalem. Generował on bowiem dane niespójne z uzyskiwanymi z raportów z systemów ERP i HIS, a Szpital nie posiada dokumentacji potwierdzającej występowania do wykonawcy o usunięcie tych rozbieżności.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: „System BI pozwala na tworzenie licznych zestawień i analiz, agregujących dane z różnych systemów informatycznych funkcjonujących w Szpitalu. Generowano raporty w Systemie BI przed rozpoczęciem kontroli NIK do celów wewnętrznych. Nie miały one jednak charakteru reprezentatywnego. Celem przedstawiania czy to sytuacji finansowej Szpitala czy też innych zestawień np. podmiotowi tworzącemu korzystałam z zestawień otrzymywanych od kierowników poszczególnych komórek organizacyjnych generowanych bezpośrednio z systemów lokalnych. Jednocześnie nadmieniam, że System BI służy do generowania raportów informacyjnych. Raporty rozliczeniowe są tworzone w odpowiednich systemach dziedzicznych (KS-MEDIS, KS-SOMED). System BI pobiera dane do zestawień z tablic baz danych w/w systemów. Aby porównać raporty wygenerowane przez system BI z raportami systemów dziedzicznych należałoby znać informacje o filtrach i warunkach wybranych w BI. Nie znając dokładnych warunków podanych przy tworzeniu zestawienia nie jesteśmy w stanie uzyskać identycznych danych. System wymaga dłuższego czasu na wdrożenie. W przyszłości będzie wykorzystywany do wspomagania zarządzania Szpitalem”.

(dowód: akta kontroli str. 670-672)

2.2. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

2.2.1. W ramach Projektu Szpital zakupił następujące systemy wspomagające obsługę pacjenta:

- KS-MEDIS – system obsługi ruchu chorych z elektroniczną dokumentacją medyczną, wspomagający ewidencję przyjęć pacjentów, gromadzenie o nich danych, wspomaganie prowadzenia ksiąg szpitalnych oraz dokumentacji medycznej pacjentów,
- KS-SOMED – system obsługi przychodni z elektroniczną dokumentacją medyczną, funkcjonujący w poradniach specjalistycznych oraz pracowniach diagnostyki obrazowej; program został rozszerzony o moduł Elektronicznej Dokumentacji Medycznej,
- KS-SOLAB – system obsługi laboratorium, służący do przyjmowania zleceń, wydawania wyników, obsługujący pracownie analityczne, serologii transfuzjologicznej i banku krwi.

Pierwotnie Szpital zakupił 64 licencje (62 typu „A”⁴² i dwie typu „B”⁴³) do systemu KS-MEDIS, 18 licencji (osiem typu „A”, dziewięć typu „B” i jedną typu „C”⁴⁴) do KS-SOMED oraz 20 licencji (dziewięć typu „A”, trzy typu „B” oraz osiem typu „C”) do KS-SOLAB. SP ZOZ w Łapach zrezygnował z sześciu licencji w KS-MEDIS (jedna związana z obsługą gospodarki żywieniowej oraz pięć obsługujących obchód lekarski – licencje przeznaczone na tablety), w wyniku czego 27.10.2015 r. wykonawca wystawił korektę do faktury na kwotę

⁴¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1638.

⁴² Licencja typu A – na tzw. „jednoczesne użycie” (program może być wykorzystywany na dowolnej liczbie stanowisk z zainstalowanym systemem).

⁴³ Licencja typu B – jako modułu (system może być wykorzystywany przez dowolną liczbę użytkowników).

⁴⁴ Licencja typu C – licencja na oprogramowanie dla każdego urządzenia podłączonego do systemu.

8.530 zł. Natomiast, 20.12.2016 r. dokupiono 23 licencje⁴⁵, o wartości 38,5 tys. zł, w związku z rozszerzeniem systemu o dodatkowe stanowiska. Aktywnych użytkowników w systemach KS-MEDIS, KS-SOMED i KS-SOLAB było 102.

(dowód: akta kontroli str. 155-156, 170-180, 662)

Kierownik oddziału chirurgii wskazał: „*Ciągły brak stanowisk, wylogowanie z systemu, potem brak możliwości kolejnego logowania nie jest ułatwieniem dla pracownika. (...) Dokumentacja prowadzona na Bloku Operacyjnym wymaga dodatkowych licencji – w tej chwili jest tylko jedna, a często będą się zdarzały sytuacje, w których dostępu do modułu „blok operacyjny” będą potrzebowały nawet 4 osoby.*” Z kolei Kierownik Pracowni Endoskopii w swoich wyjaśnieniach podnosił „*brak odpowiedniej ilości stanowisk w oprogramowaniu KS-SOMED*”.

(dowód: akta kontroli str. 625-647)

2.2.2. Wydruki z EDM przykładowej dokumentacji medycznej pacjentów Szpitala (karta informacyjna, historia zdrowia i choroby ambulatoryjna, wyniki badań) zawierały wszystkie dane określone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Regulach biznesowych i walidacyjnych, określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na Platformie P1⁴⁶.

(dowód: akta kontroli str. 586-590)

2.2.3. Zgodnie z zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ w Łapach⁴⁷ z 12.02.2016 r., zlecenia na badania diagnostyczne i laboratoryjne wystawiane przez wszystkich lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w Szpitalu od 15.02.2016 r. miały być sporządzane w formie elektronicznej, przy wykorzystaniu systemu KS MEDIS. Ponadto 1.07.2016 r. Dyrektor SP ZOZ w Łapach wydał zarządzenie⁴⁸ w sprawie wyznaczenia osób odpowiedzialnych za wprowadzanie danych do dokumentacji medycznej oraz rejestrów niezbędnych do rozliczeń w płatniku systemowym. Zarządzenie regulowało procedurę wyznaczenia osób do wprowadzania danych. Kolejnym zarządzeniem⁴⁹ z 1.12.2016 r. Dyrektor Szpitala wyznaczył imiennie pracowników jednostek i komórek organizacyjnych Szpitala odpowiedzialnych za te czynności.

(dowód: akta kontroli str. 591-593)

2.2.4. Oględziny dokumentacji medycznej 40 pacjentów Szpitala⁵⁰ wykazały, że w systemie HIS, wytwarzana była następująca indywidualna dokumentacja medyczna:

- w oddziale chirurgicznym: wywiad i badanie podmiotowe/przedmiotowe, formularz oceny ryzyka, zakażenia przy przyjęciu, subiektywna globalna ocena stanu odżywiania (SGA), ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych w czasie pobytu w szpitalu, przebieg leczenia (obserwacje lekarskie), karta informacyjna leczenia szpitalnego, recepty,
- w oddziale chorób wewnętrznych i geriatry: procedury medyczne, przebieg leczenia (zawiera obserwacje lekarskie), ocena ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonaniem świadczeń zdrowotnych w czasie pobytu w szpitalu, karta informacyjna leczenia szpitalnego, recepty,
- w oddziale dziecięcym z izbą przyjęć: wywiad i badanie podmiotowe/przedmiotowe, status PRAESENS, karta informacyjna leczenia szpitalnego, recepty,
- w poradni ginekologiczno-położniczej, nefrologicznej i dermatologicznej: pełna historia zdrowia i choroby ambulatoryjnej, tj. wywiad pierwszorazowy, wywiad aktualny, rozpoznanie, badanie ginekologiczne przy przyjęciu (w przypadku poradni

⁴⁵ Pięć licencji typu „A” w KS-MEDIS EDM, jedna licencja typu „A” w KS-MEDIS Ruch chorych rozliczenia z NFZ, pięć licencji typu „B” w KS-MEDIS – Zlecenia lekarskie, jedna licencja typu „B” w KS-MEDIS Wspomaganie rozliczania umów w systemie JGP, dwie licencje typu „C” KS-PPS – rozszerzenie systemu o dodatkowe stanowisko oraz jedną licencję typu „A” w KS-SOMED – Medycyna.

⁴⁶ Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych. W systemie P1 mają się znajdować informacje o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski – niezależnie od płatnika oraz obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych w Polsce.

⁴⁷ Zarządzenie Nr 1/2016 Dyrektora SP ZOZ w Łapach z 12 lutego 2016 r. w sprawie zlecenia badań przez lekarzy w formie elektronicznej.

⁴⁸ Zarządzenie Nr 12/2016 Dyrektor SP ZOZ w Łapach z 1 lipca 2016 r. w sprawie wyznaczenia osób odpowiedzialnych za wprowadzanie danych do dokumentacji medycznej oraz rejestrów niezbędnych do rozliczeń z płatnikiem systemowym.

⁴⁹ Zarządzenie Nr 31/2016 Dyrektora SP ZOZ w Łapach z 1 grudnia 2016 r. w sprawie wyznaczenia osób odpowiedzialnych za wprowadzanie danych do dokumentacji medycznej oraz rejestrów niezbędnych do rozliczeń z płatnikiem systemowym.

⁵⁰ Badaniem objęto indywidualną dokumentację medyczną ośmiu pacjentów oddziału chirurgii, po sześciu pacjentów oddziału chorób wewnętrznych i geriatry oraz oddziału dziecięcego z izbą przyjęć oraz po pięciu pacjentów poradni: ginekologiczno-położniczej, nefrologicznej, dermatologicznej i neurologicznej.

ginekologiczno-położniczej, zlecone badania diagnostyczne, konsultacje i zabiegi, opis udzielonych świadczeń zdrowotnych, orzeczenia, wyniki badań).

(dowód: akta kontroli str. 596-622)

Odręcznie była wypełniana następująca dokumentacja medyczna, którą następnie przenoszono do systemu HIS: rozpoznanie ostateczne wpisywane do historii zdrowia i choroby, epikryza i zastosowane leczenie (za wyjątkiem oddziału dziecięcego), zalecenie/leki do domu, indywidualna karta badań diagnostycznych i konsultacji, karta indywidualnej opieki pielęgniarzkiej (za wyjątkiem oddziału chirurgicznego). Uzupełnienie tej dokumentacji w systemie HIS następowało przed wypisem pacjenta z oddziału. Badanie zgodności zapisów dokumentacji papierowej wypełnianej ręcznie z zamieszczoną następnie w systemie HIS wykazało zgodność zapisów w przypadku rozpoznania ostatecznego, zastosowanych procedur medycznych (za wyjątkiem jednego z 20 przypadków), indywidualnej karty badań diagnostycznych i konsultacji (za wyjątkiem trzech z 20 przypadków). Problem ten szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Z kolei wyłącznie odręcznie wypełniano: kartę gorączkową, kartę zleceń lekarskich realizowanych przez pielęgniarkę, formularz oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu, subiektywną globalną ocenę stanu odżywiania (SGA), kartę zabiegu operacyjnego, kartę znieczulenia premedykacyjną, kartę konsultacji anestezyjologicznej, okołoperacyjną kartę kontrolną.

(dowód: akta kontroli str. 596-614)

Przy przyjęciu pacjenta na Izbie Przyjęć drukowano opaskę identyfikacyjną przy wykorzystaniu drukarki kodów kreskowych, zakupionej w ramach Projektu. Po zeskanowaniu opaski, przy użyciu skanera kodów kreskowych, możliwe było podejrzenie danych z leczenia pacjenta, wpisanych do systemu HIS w czasie bieżącej hospitalizacji (o ile dane takie były do systemu wprowadzone)⁵¹. Opasek identyfikacyjnych nie drukowano w Oddziale Dziecięcym i wypisywano je ręcznie. Powodem była wielkość tego oddziału i liczba hospitalizowanych tam dzieci.

(dowód: akta kontroli str. 486-499)

System HIS obsługiwał ponadto m.in. pracownie diagnostyki obrazowej: RTG, USG i Endoskopii (KS-SOMED) oraz Dział Diagnostyki Laboratoryjnej (KS-SOLAB). Pracownia RTG i USG od 1.01 do 13.02.2017 r. (do godz. 11⁴⁵) wykonała i miała zarejestrowanych w systemie HIS 1.236 badań RTG i 100 badań USG, zaś pracownia endoskopowa 116 badań. Skierowania/zlecenia na badania RTG/USG/endoskopowe wykonywane były przy wykorzystaniu zakupionych w ramach Projektu systemów KS-MEDIS i KS-SOMED lub w wersji papierowej wypisywane odręcznie. W przypadku badań RTG:

- 13.02.2017 r. w poradni chirurgicznej wystawiono 18 skierowań na badanie – wszystkie odręcznie, w poradni laryngologicznej wystawiono jedno skierowanie na badanie – odręcznie, w Izbie Przyjęć wystawiono 14 skierowań, w tym dwa odręcznie,
- od 1 do 13.02.2017 r. w poradni neurologicznej wystawiono 12 skierowań (jedno odręcznie), w oddziale chorób wewnętrznych i geriatry 12 skierowań w tym jedno odręcznie, w oddziale chirurgicznym 13 skierowań – wszystkie elektronicznie.

W przypadku badań endoskopowych, w lutym 2017 roku poradnia chirurgiczna wystawiła dwa skierowania na badania – oba odręcznie, zaś oddział chorób wewnętrznych i geriatry sześć skierowań, a oddział chirurgiczny pięć – wszystkie elektronicznie.

(dowód: akta kontroli str. 623-624)

W przypadku Działu Diagnostyki Laboratoryjnej, korzystającego z systemu KS-SOLAB, zlecenia na wykonanie badań laboratoryjnych z poradni przyszpitalnych lub oddziałów szpitalnych wystawiane były przy użyciu właściwych systemów informatycznych – KS-MEDIS lub KS-SOMED i były zakodowane kodami kreskowymi wraz z próbkami do badań (fiolki próbek do badań posiadały ten sam kod kreskowy i były powiązane z pacjentem, ze zleceniem, a później z wynikiem). W systemie prowadzono rejestr wyników badań pacjentów. System KS-SOLAB był skonfigurowany ze wszystkimi siedmioma analizatorami na wyposażeniu laboratorium, a po wykonaniu badania, system był

⁵¹ Odczytanie danych medycznych z opaski identyfikacyjnej nie było możliwe przy zalogowaniu w KS-MEDIS na inny oddział szpitalny niż ten, w którym znajdował się pacjent.

automatycznie zasilany wynikami z tych urzędzeń. Od 1.01 do 13.02.2017 r. w KS-SOLAB zarejestrowano 9.826 badań laboratoryjnych⁵². (dowód: akta kontroli str. 623-624)

2.2.5. Z wyjaśnień 17 osób pełniących funkcje kierownicze w komórkach/jednostkach organizacyjnych Szpitala (poradnie, oddziały szpitalne, apteka szpitalna, pracownice diagnostyki obrazowej, itp.) wynika, że wdrożenie systemu dodatkowo obciążyło personel pracami administracyjnymi. Wynikało to z odrębnego prowadzenia w większości przypadków dokumentacji medycznej, a następnie jej wprowadzania do systemu informatycznego. Jako główne wady systemu wskazano: prowadzenie części dokumentacji odręcznie, niedoskonałości i błędy oprogramowania, brak podstawowych możliwości edycyjnych w formularzach, konieczność dopracowania indywidualnej karty zleceń lekarskich i dokumentacji bloku operacyjnego, brak powiadomienia o nowym zleceniu – pielęgniarka musi wylogować się z systemu, ponownie zalogować i sprawdzić czy pojawiło się nowe zlecenie.

Zaledwie pięć z 17 osób stwierdziło, że system nie spowodował dodatkowego obciążenia personelu pracami administracyjnymi, z czego trzy wskazały zalety wynikające z wdrożonych systemów, do których zaliczono m.in. ujednoczenie dokumentacji medycznej i szybki do niej dostęp, możliwość korzystania z centralnych zasobów słownikowych umożliwiających dostęp m.in. do ICD-9, usprawnienie rozliczeń z NFZ, usprawnienie współpracy na linii oddział – kadry (elektroniczne generowanie grafików), elektroniczny opis badań, prowadzenie terminarzy, automatyzacja procesu wykonywania zestawień miesięcznych. (dowód: akta kontroli str. 625-647)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *„Przydatność Systemu zakupionego w ramach Projektu oceniam pozytywnie. Postęp w medycynie przebiega bardzo dynamicznie zarówno w zakresie metod diagnostyki i terapii, technologii medycznych czy wykorzystania narzędzi informatycznych. Jednakże wprowadzenie każdego nowego rozwiązania wymaga czasu na zapoznanie się z nim i wdrożenie. W przypadku SP ZOZ w Łapach jest to tym bardziej ważne ponieważ fluktuacja kadr oraz średnia wieku personelu medycznego jest wysoka (liczba pielęgniarek powyżej 50-go roku życia stanowi 64% personelu pielęgniarskiego, a liczba lekarzy – 41% personelu lekarskiego). W związku z powyższym nieuniknionym warunkiem wprowadzenia nowych rozwiązań informatycznych jest cykl szkoleń i zapewnienie odpowiednio długiego czasu na wdrożenia nowych rozwiązań systemowych. Ponadto nadmieniam, że Szpital zyskał nowy sprzęt komputerowy i oprogramowanie umożliwiające wywiązanie się w przyszłości z prawnego obowiązku wytwarzania dokumentacji medycznej w formie cyfrowej oraz usprawniające bieżącą pracę”.* Wskazała też, że: *„Każdy system, zwłaszcza w czasach dynamicznie zachodzących zmian przepisów prawnych, rozwoju i wdrażania nowych technologii medycznych, zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zasad rozliczeń z płatnikiem, musi podlegać ciągłym modyfikacjom i usprawnieniom zależnym od przyjmowanych rozwiązań. W związku z powyższym oceniam, iż system będzie wymagał stałego procesu modyfikacji i aktualizacji”.* (dowód: akta kontroli str. 670-672)

2.2.6. Z dokumentacji konkursu, w wyniku którego IZ RPOWP wyłoniła Projekt do dofinansowania wynika, że Szpitala uzyskał dodatkowe 14 punktów za komplementarność z projektem kluczowym projektu e-Zdrowie. We wniosku o dofinansowanie i w studium wykonalności Projektu przewidziano bowiem, że pacjentom umożliwiona zostanie rejestracja w poradniach Szpitala poprzez stronę internetową e-Zdrowie (pod warunkiem posiadania PIN-u aktywacyjnego do konta e-Zdrowie) oraz dostęp pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych do elektronicznej dokumentacji medycznej poprzez tę stronę. Do dnia kontroli Szpital potwierdził 15 osobom kod aktywacyjny. Próby elektronicznego zarejestrowania się w ośmiu poradniach Szpitala (podjęte 22.02.2017 r.) wykazały, że:

- wizytę w tej formie można było zarezerwować na następny dzień i na wskazane godziny przyjęć,
- zdalnej rejestracji nie można było dokonać w pracowni fizjoterapii oraz w dwóch poradniach, tj. dermatologicznej i w gabinecie Lekarza Rodzinnego,

⁵² Nie było to równoważne z liczbą wydanych zleceń na badania, bowiem każde zlecenie zawierało po kilka różnych parametrów do zbadania, a każdy parametr w systemie to inne badanie.

- możliwość wyboru lekarza istniała tylko w poradni ginekologiczno-położniczej, zatrudniającej dwóch lekarzy, zaś w pozostałych poradniach zatrudniano po jednym specjalście,
- zarezerwowany termin został uwzględniony w planie wizyt odpowiedniej poradni,
- telefoniczne umówienie wizyt w tych poradniach potwierdziło możliwość ich zrealizowania w najbliższym możliwym terminie, tj. 8.03.2017 r.

Od października 2014 roku do stycznia 2017 roku przez Portal pacjenta dokonano 120 prób rezerwacji wizyty⁵³ w poradniach funkcjonujących w Szpitalu, co stanowiło 0,4% obsłużonych w tym okresie wizyt ww. pięciu poradniach (31.552).

(dowód: akta kontroli str. 284-294, 430-441, 664)

2.2.7. Do 14.02.2017 r. Szpital nie posiadał porozumienia dotyczącego przetwarzania danych osobowych pacjentów na poziomie regionalnym, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, co opisano w pkt 1.2.1 ppkt 3 wystąpienia. Dopiero wówczas bowiem podpisał je przedstawiciel Województwa Podlaskiego, mimo dwukrotnego jego przekazywania przez SP ZOZ w Łapach do UMWP. W konsekwencji do tego dnia nie był możliwy dostęp pacjentów i lekarzy z innych podmiotów leczniczych do elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem portalu pacjenta utworzonego w ramach projektu e-Zdrowie.

Badanie przepływu dokumentacji pomiędzy systemami HIS a EDM wykazało, że:

- systemy były ze sobą połączone (istniała możliwość przepływu danych i informacji), np. elektroniczny przepływ danych pomiędzy oddziałami,
- dane wprowadzone do HIS w systemie EDM⁵⁴ pojawiały się automatycznie, bez ingerencji pracownika,
- spośród dziewięciu (badanych) rodzajów dokumentów medycznych, jedynie w czterech⁵⁵ przypadkach miały one status aktywny, tj. mogły być przesyłane,
- nie było możliwości wglądu do wersji dokumentu sprzed zmiany, a system – wytwarzając historię na daną poradę lub hospitalizację – nadpisuje kolejną wersję, a w przypadku kolejnej wizyty pacjenta tworzy nowy rekord w HIS,
- dane dokumenty można trwale usunąć z bazy danych tylko i wyłącznie poprzez usunięcie danego rekordu z tabeli systemowej; szeregowy pracownik nie ma możliwości usunięcia takiej dokumentacji,
- użytkownicy posiadają uprawnienia do edycji dokumentacji wytworzonej przez siebie w systemie HIS,
- w systemie EDM nie ma możliwości usunięcia historii z poziomu programu.

(dowód: akta kontroli str.698)

2.2.8. Szkolenia w obsłudze systemów typu HIS i EDM, dotyczące posługiwania się funkcjonalnościami programów KS-MEDIS, KS-SOMED, KS-SOLAB, przeprowadzono od maja do września 2014 roku. Uczestniczyło w nich po 112 osób (byli to pracownicy administracyjni z Działu Rozliczeń Świadczeń Medycznych oraz personel medyczny). Przeszkoleni pracownicy stanowili 61,5% liczby pracowników medycznych zatrudnionych w Szpitalu (182) oraz 45,3% ogółu pracowników (247) wg. stanu na 30.09.2014 r. Szkolenie nowych użytkowników systemów odbywało się przez informatyka lub przez osoby znające obsługę systemów.

(dowód: akta kontroli str. 662-663)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W ograniczonym zakresie wykorzystywano systemu HIS (KS-MEDIS zakupiony za 307,7 tys. zł). Wbrew zarządzeniu Dyrektora Szpitala, zasadą było bowiem odręczne sporządzanie dokumentacji medycznej i przenoszenie jej do systemu informatycznego, a jedynie w niektórych przypadkach dokumentację tę sporządzano bezpośrednio w systemie. Oględziny dokumentacji 20 pacjentów z trzech wybranych oddziałów

⁵³ Dane ustalone na podstawie licznika zleceń (120), przy czym nie rozróżniono w nim ilości wizyt zrealizowanych oraz ilości rejestracji testowych.

⁵⁴ System Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM) służy do odczytu danych (w systemie nie ma możliwości edytowania dokumentów medycznych). Odczytu takiego może dokonać lekarz lub pacjent (przez portal pacjenta utworzony w ramach projektu e-Zdrowie).

⁵⁵ Historia zdrowia i choroby ambulatoryjna, badanie laboratoryjne, karta informacyjna, wyniki badań diagnostycznych.

Szpitala⁵⁶ wykazały, że brakowało w tym systemie historii zdrowia i choroby (wpisywano jedynie rozpoznanie wstępne), kart: gorączkowej, zleceń lekarskich, obserwacyjnej, zabiegu operacyjnego, znieczulenia premedykacyjnej, konsultacji anestezjologicznej oraz okołoperacyjnej karty kontrolnej. Wystąpiły również pojedyncze przypadki braku dokumentów w wersji elektronicznej, którą w HIS uzupełniano⁵⁷, w tym: zlecenia na badania (u jednego z ośmiu pacjenta z oddziału chirurgii), procedury medycznej (u jednego z sześciu pacjentów oddziału dziecięcego z izbą przyjęć), wywiadu pielęgniarskiego w karcie indywidualnej opieki pielęgniarskiej (u jednego z sześciu pacjentów oddziału dziecięcego z izbą przyjęć). Odręcznie wypełniono też 23 z 70 analizowanych zleceń na badania diagnostyczne (RTG, USG, endoskopia).

2. Na skutek odręznego sporządzania dokumentacji medycznej oraz niezetelnego i niebieżącego przenoszenia jej do systemu KS-MEDIS, wystąpiły przypadki, w których dokumentacja elektroniczna nie odpowiadała dokumentacji odręcznej. Dokumentacja „papierowa” była bowiem obszerniejsza od elektronicznej lub elektroniczna obszerniejsza od papierowej, a zapisy nie były w ten sam sposób formułowane (w 11 z 20 zbadanych dokumentacji medycznych pacjentów Szpitala).

Dyrektor wyjaśniła, że: „System HIS (KS-MEDIS) jest wykorzystywany do dokumentowania i rozliczania przebiegu leczenia pacjentów, jednakże w okresie przejściowym, przed całkowitym wprowadzeniem dokumentacji elektronicznej wymagane jest prowadzenie dokumentacji w formie papierowej, przy uwzględnieniu obowiązujących przepisów prawa dotyczących konieczności potwierdzania wykonanych przez personel medyczny czynności podpisem. System nie obejmuje wszystkich zapisów wymaganych do prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta (formularzy), zgodnej z wymaganymi przepisami m.in. brak karty gorączkowej, protokołu hemodializy, karty anestezjologicznej opieki pielęgniarskiej”. Wskazała też, że: „Średni wiek zatrudnionego personelu medycznego powoduje, że dokumentacja medyczna pacjentów prowadzona w Szpitalu musi być wdrażana sukcesywnie, uwzględniając konieczność doszkalania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Kadra medyczna to osoby często zatrudnione na umowy cywilno-prawne, w związku z powyższym w jednostkach macierzystych pracują na innych systemach. Dlatego też proces wdrożeniowy jest rozciągnięty w czasie. (dowód: akta kontroli str. 670-672)

Niekorzystanie z wszystkich funkcjonalności oprogramowania typu HIS powoduje ryzyko konieczności ponownego szkolenia personelu niekorzystającego z tej aplikacji, co może stwarzać zagrożenie niewywiązania się Szpitala z – przewidzianego w art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁵⁸ – obowiązku prowadzenia od 1 stycznia 2018 r. dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej.

3. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej wytworzonej z wykorzystaniem programu typu HIS. W aplikacji tej znajdowały się wyłącznie: karta informacyjna z leczenia szpitalnego, karta zdrowia i choroby z poradni ambulatoryjnej oraz wyniki badań, podczas gdy zrealizowana integracja platformy Szpitala z portalem e-Zdrowie, miała umożliwiać pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych m.in. dostęp do pełnej elektronicznej dokumentacji medycznej.
4. Pacjentom rejestrującym się za pośrednictwem portalu pacjenta utworzonego w ramach projektu e-Zdrowie nie zapewniono możliwości zarezerwowania wizyty w trzech⁵⁹ spośród ośmiu poradni Szpitala. Rejestrowany elektronicznie termin wizyty wyznaczany był na następny dzień, podczas gdy w przypadku telefonicznej rejestracji czas oczekiwania na wizytę wynosił około dwóch tygodni.

Właściciel firmy MICOM wyjaśnił, że niemożność zarejestrowania się na wizyty ww. poradniach „(...) wynika z nieaktualnych danych dotyczących godzin pracy oraz pracujących lekarzy. Aktualizację danych na portalu e-Zdrowie są przeprowadzane przez firmę obsługującą platformę regionalną. Poprawa tych danych jest w trakcie

⁵⁶ Badaniem objęto indywidualną dokumentację medyczną ośmiu pacjentów oddziału chirurgii oraz po sześciu pacjentów oddziału dziecięcego z izbą przyjęć i oddziału chorób wewnętrznych i geriatrii.

⁵⁷ Na podstawie dokumentacji sporządzonej ręcznie.

⁵⁸ Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.

⁵⁹ Pracownia Fizjoterapii, Poradnia Dermatologiczna i Poradnia (gabinet) Lekarza Rodzinnego.

przetwarzania od 08.02.2017 r.” Ponadto wyjaśnił, że: „Ograniczenia wyboru godzin wizyt w poradniach wynikają z godzin pracy i liczby lekarzy pracujących w poradniach. Uzgardniane były podczas wdrażania i nie zaistniała potrzeba ich rozszerzenia”.

(dowód: akta kontroli str. 428-429)

Dyrektor wyjaśniła, że: „Poradnia Dermatologiczna przyjmuje pacjentów w poniedziałek, wtorek, czwartek i w tych dniach jest możliwość rejestracji elektronicznej. Szpital nie posiada umowy z POW NFZ na porady lekarskie w zakresie rehabilitacji, a więc nie ma możliwości rejestracji elektronicznej. W chwili wprowadzenia informatyzacji kolejki na zabiegi fizjoterapeutyczne były długie (około 6 miesięcy), dlatego podjęta została decyzja przez dyrektora T. G. z informatykiem, iż aplikacja elektronicznej rejestracji przez pacjentów nie zostanie udostępniona. W każdej chwili istnieje możliwość udostępnienia aplikacji. Dyrektor T. G. z informatykiem ustalili, że rezerwujemy 3 miejsca do rejestracji elektronicznej ze względu na małe zainteresowanie pacjentów elektroniczną rejestracją. Miało to stanowić rodzaj zachęty”.

(dowód: akta kontroli str. 670-672)

W ocenie NIK taka sytuacja może zniechęcić pacjentów do korzystania z elektronicznej formy rejestracji do poradni, co w konsekwencji może zagrażać osiągnięciu wskaźnika Projektu w postaci liczby wizyt zarezerwowanych online. Występujące ograniczenia w elektronicznej rejestracji oraz brak stosownego porozumienia z UMPW na przetwarzanie danych osobowych pacjentów na poziomie regionalnym, uniemożliwia zainteresowanym oraz kadrze medycznej z innych placówek ochrony zdrowia dostęp do zasobów informacji zgromadzonej w Szpitalu.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że

1. Powodem odręcznego sporządzania dokumentacji medycznej może być niewystarczająca ilość licencji na poszczególne moduły systemu KS-MEDIS (o czym informują kierownicy komórek/jednostek organizacyjnych Szpitala). W konsekwencji może to skutkować błędami w przenoszeniu odręcznej dokumentacji do HIS.
2. Prowadzone działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Wizyty zarezerwowane za pośrednictwem Portalu pacjenta projektu e-Zdrowie stanowiły zaledwie 0,4% ilości wizyt (tradycyjnie) rejestrowanych w poradniach Szpitala.

Ocena cząstkowa

W Szpitalu uruchomiono systemy informatyczne dostarczone w ramach Projektu oraz przeszkolono personel z ich obsługi. Pomimo jednak upływu ponad 29 miesięcy od ich otrzymania, nie wdrożono do wykorzystania wszystkich dostępnych funkcjonalności. [1] Oprogramowanie typu BI generowało raporty niezgodnie z danymi źródłowymi, co było powodem niewykorzystywania jego funkcjonalności. [2] Nadal odręcznie sporządzano większość dokumentacji medycznej, w tym $\frac{1}{3}$ analizowanych zleceń na badania diagnostyczne, co było sprzeczne z zarządzeniem Dyrektora SP ZOZ w Łapach. W konsekwencji w systemie informatycznym HIS nie zamieszczano ośmiu rodzajów dokumentacji medycznej, a część z niej była odmienna od dokumentacji sporządzonej odręcznie. [3] Do systemu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej, wytworzonej w HIS, a porozumienie z UMWP w sprawie przetwarzania danych osobowych pacjentów na poziomie regionalnym podpisano dopiero 14.02.2017 r., co uniemożliwiało pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta za pośrednictwem portalu pacjenta, utworzonego w ramach projektu e-Zdrowie. [4] Nie używano też modułu AKM oprogramowania KS-MEDIS, przeznaczonego do kalkulacji kosztów procedur medycznych oraz ustalania pacjentom nieubezpieczonym rzetelnej odpłatności za świadczenia medyczne. [5] Pacjenci mieli też ograniczoną możliwość zarejestrowania się do poradni drogą elektroniczną, co mogło przyczynić się do niewielkiego zainteresowania tą usługą.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli⁶⁰, wnosi o:

⁶⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm. Ustawa zwana „ustawą o NIK”.

1. Wykorzystywanie oprogramowania zakupionego w ramach Projektu, w tym umożliwienie lekarzom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej, a pacjentom Szpitala – także rejestracji wizyt poprzez portal projektu e-Zdrowie.
2. Zapewnienie zgodności elektronicznej dokumentacji medycznej z wersją sporządzaną odręcznie.
3. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu typu BI, umożliwiającego wykorzystywanie jego możliwości do zarządzania Szpitalem.
4. Zagospodarowanie pięciu tabletów przechowywanych w serwerowni Szpitala, zgodnie z przeznaczeniem określonym we wniosku o dofinansowanie Projektu.
5. Wdrożenie procedur w zakresie gromadzenia i dostępu do miejsca przechowywania danych, a także bieżące monitorowanie prawidłowości funkcjonowania wszystkich sposobów zabezpieczenia tych danych, stosownie do zapisów § 86 ust. 2 rozporządzenia w sprawie wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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.

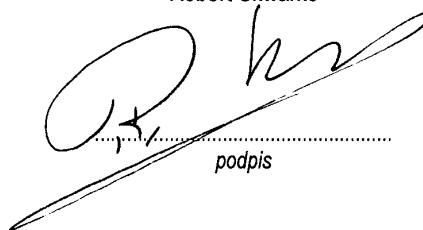
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania uwag i 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 25 maja 2017 r.

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



.....
podpis

