



LBI.430.002.2017
Nr. ewid. 152/2017/P/16/059/LBI

Informacja o wynikach kontroli

PODLASKI SYSTEM INFORMACYJNY E-ZDROWIE

DELEGATURA W BIAŁYMSTOKU

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Delegatury NIK w Białymstoku:

Barbara Chilińska



Akceptuję:

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Mieczysław Łuczak

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Krzysztof Kwiatkowski

Warszawa, dnia 26-X-17N

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW I POJĘĆ	4
1. WPROWADZENIE.....	7
2. OCENA OGÓLNA	11
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI.....	12
4. WNIOSKI.....	17
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	18
5.1. Planowanie i realizacja projektu przez lidera i partnerów	18
5.1.1. Proces planowania projektu	18
5.1.2. Proces realizacji projektu	24
5.2. Wykorzystywanie przez zoz rozwiązań informatycznych i sprzętu	33
5.3. Zapewnienie bezpieczeństwa danych gromadzonych w ZOZ i UMWP.....	48
6. ZAŁĄCZNIKI.....	52
6.1. Metodyka kontroli	52
6.2. Analiza stanu prawnego.....	55
6.3. Uwarunkowania ekonomiczno-organizacyjne	58
6.4 Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności.....	63
6.5. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	64
6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli	65
6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra	69

Zdjęcie na okładce:

© Witthaya – www.fotolia.com
© Picture-Factory – www.fotolia.com
© yana_vinnikova – www.fotolia.com
© MIND AND I – www.fotolia.com

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Asysta powdrożeniowa	wsparcie informatyczne związane z wdrażaniem i następnie dostosowywaniem wdrożonego oprogramowania do zmieniającego się otoczenia prawnego, rynkowego i oczekiwań podmiotu, w którym oprogramowanie wdrożono.
BI	Business Intelligence – system posługujący się danymi czerpanymi z ERP i HIS oraz wykonujący na tych danych obliczenia, których efektem jest przygotowanie analiz i raportów będących źródłem informacji dla osób zarządzających podmiotami leczniczymi.
CSIOZ	Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – jednostka podległa i nadzorowana przez Ministra Zdrowia, której zadaniem jest wdrażanie rozwiązań informatycznych w opiece zdrowotnej na szczeblu krajowym.
EDM	Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (Electronic Health Record) – system informatyczny przechowujący wytworzoną w systemie HIS podmiotu leczniczego część lub całość dokumentacji medycznej indywidualnej i/lub zbiorczej; w podmiotach uczestniczących w Projekcie jest to lokalne repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej; dokumentacja medyczna, która znajduje się w EDM udostępniana jest pacjentowi poprzez portal pacjenta na platformie regionalnej.
EOD	Elektroniczny Obieg Dokumentów – system informatyczny służący do elektronicznego zarządzania obiegiem dokumentów (korespondencją); w założeniu każdy dokument przychodzący powinien być zeskanowany i drogą elektroniczną przekazany do adresata, a papierowy obieg dokumentacji miałby zostać całkowicie zaprzestany.
ERP	Enterprise Resource Planning – program użytkowany przez obsługę administracyjną podmiotów leczniczych. Komponenty oprogramowania ERP służą m.in. do obsługi księgowej podmiotów leczniczych, do obsługi kadrowej, zarządzania magazynem, analizowania kosztów procedur medycznych, gospodarowania zapasami.
HIS	Hospital Information System – system informatyczny do obsługi szpitala; jest to program użytkowany w tzw. części białej podmiotów leczniczych, związany z obsługą pacjenta. W oprogramowaniu tym odnotowuje się wizyty pacjenta w poradni i oddziale szpitala, tworzy elektroniczną dokumentację medyczną (co ważne – elektroniczną dokumentacją medyczną nie jest zeskanowana dokumentacja uprzednio wytworzona w formie papierowej); następuje w nim obieg informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi szpitala, mającymi wpływ na proces leczenia.
Hurtownia danych	baza danych korzystająca z różnorodnych źródeł danych (zazwyczaj o dużym wolumenie) dostępnych w organizacji. Hurtownia danych jest zaprojektowana w celu prowadzenia złożonych analiz na zgromadzonych informacjach i bardzo często jest podstawą systemów analitycznych wykorzystywanych w organizacji.
Instytucja Zarządzająca RPO	Zarząd Województwa Podlaskiego, w którego imieniu zadania związane z zarządzaniem regionalnym programem operacyjnym realizuje powołany do tego celu Departament Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego.
Interoperacyjność	cecha produktu lub systemu, którego interfejsy funkcjonują w pełnej zgodności, tak by współpracować z innymi produktami lub systemami, które istnieją bądź mogą istnieć w przyszłości, bez jakiegokolwiek ograniczenia dostępu lub ograniczonych możliwości implementacji (przenoszenia) danych; w przypadku niniejszej kontroli – niezakłócony przepływ danych pomiędzy systemami ERP, HIS, EDM, BI.

- Inżynier kontraktu** podmiot zewnętrzny wybrany przez lidera projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie do zarządzania projektem w imieniu podmiotów go realizujących. W założeniu inżynier kontraktu ma większą wiedzę, doświadczenie i umiejętności w przeprowadzaniu projektu, który został mu zlecony.
- IZSI** instrukcja zarządzania systemami informatycznymi – procedura wewnętrzna o której mowa w § 3 i § 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych.
- LAN** sieć komputerowa na określonym obszarze, w tym przypadku w każdym podmiocie leczniczym uczestniczącym w projekcie Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie.
- P1** platforma tworzona przez CSIOZ (dostęp poprzez stronę internetową <http://ezdrowie.gov.pl>). Zgodnie z założeniami jej utworzenia każdy pacjent mógł założyć indywidualne konto, w ramach którego miałby dostęp do historii leczenia, elektronicznych recept, zleceń, skierowań i zwolnień oraz innych funkcjonalności związanych z leczeniem w publicznej opiece zdrowotnej (prace nad platformą trwają).
- PBI** Polityka Bezpieczeństwa Informacji – dokument, o którym mowa w § 3 i § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych. Jest to zbiór spójnych, precyzyjnych reguł i procedur, według których podmiot leczniczy buduje, zarządza oraz udostępnia zasoby i systemy informacyjne i informatyczne. PBI określa, które zasoby i w jaki sposób mają być chronione.
- Platforma Regionalna** regionalna platforma usług medycznych składająca się z portalu pacjenta i portalu menedżerskiego.
- Porozumienie w sprawie danych osobowych z 2015 r.** porozumienie w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym w Podlaskim Systemie Informacyjnym e-Zdrowie, zawarte 6 maja 2015 r. przez partnerów projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie, w związku z przetwarzaniem w tym systemie danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów podlegających szczególnej ochronie; porozumienie zostało zmienione porozumieniem z 21 lipca 2016 r.
- Porozumienie partnerskie** porozumienie zawarte 31 marca 2011 r. w sprawie współdziałania przy realizacji zadania Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie, zaktualizowane 2 lutego 2012 r., 28 lutego 2013 r. i 13 listopada 2014 r.
- Portal menedżerski** portal internetowy dla organów tworzących podmioty lecznicze, dostępny na stronie internetowej <http://pm.ezdrowie.wrotapodlasia.pl>, zawierający raporty zarządcze takie jak w programie BI w podmiotach leczniczych.
- Portal pacjenta** portal internetowy dostępny na stronie internetowej <https://ezdrowie.wrotapodlasia.pl>, powstały podczas realizacji projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie, w celu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentom i osobom uprawnionym oraz umożliwienia rejestracji elektronicznej na wizyty w konkretnym podmiocie leczniczym.
- Projekt lub PSleZ** projekt Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie, realizowany na podstawie decyzji Nr UDA-RPPD.04.01.00-20-001/11-00, będącej załącznikiem Nr 2 do uchwały Nr 63/778/2011 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 8 listopada 2011 r., którego beneficjentem jest Województwo Podlaskie.

Rozporządzenie KRI	rozporządzenie 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2247).
Rozporządzenie w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych	rozporządzenie 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 urzędnicy i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024).
Rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).
SP ZOZ	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.
Tryb krytyczny	tryb działania personelu medycznego w przypadku udzielania pomocy medycznej pacjentowi, stosowany gdy personel ten, w celu ratowania życia pacjenta, chce uzyskać z portalu pacjenta zamieszczone tam dane o jego stanie zdrowia, mimo braku zgody pacjenta na wgląd do tych danych.
Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).
Ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2017 r. poz. 524).
UMWP	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego, wykonujący zadania związane z realizacją projektu w imieniu Województwa Podlaskiego – lidera.
WAN	rozległa sieć komputerowa, znajdująca się na obszarze wykraczającym poza daną jednostkę (podmiot leczniczy) lub miasto.
ZOZ	zakład opieki zdrowotnej, podmiot wykonujący działalność leczniczą, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.).

1. WPROWADZENIE

E-Zdrowie to hasło pojawiające się w przestrzeni publicznej od co najmniej dekady, na którego skuteczne zastosowanie czekają nie tylko eksperci w dziedzinie opieki zdrowotnej, ale również sami pacjenci. Informatyzacja opieki zdrowotnej, bo tak w dużym skrócie można określić sens tego hasła, to proces niezwykle złożony i trudny do realizacji. Z drugiej strony jest konieczny z uwagi na mnogość korzyści, które może przynieść.

Szczegółowych definicji *e-Zdrowia* jest wiele. Jedną z nich stworzyła Komisja Europejska wskazując, że *e-Zdrowie*:

- to narzędzia i usługi wykorzystujące technologie informacyjne i komunikacyjne (TIK), które mogą ulepszyć profilaktykę, diagnostykę, leczenie, monitorowanie i zarządzanie;
- pomaga całemu społeczeństwu poprzez ulepszenie dostępu do usług opieki zdrowotnej i poprawę ich jakości oraz zwiększenie efektywności całego sektora zdrowia;
- obejmuje: wymianę informacji oraz danych między pacjentami i podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne, szpitalami, pracownikami służby zdrowia oraz podmiotami odpowiedzialnymi za sferę teletechniczną.

Realizacja projektu o ww. cechach wpisywała się w założenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007–2013 w jego Osi Priorytetowej IV: Społeczeństwo Informacyjne. Projekt Podlaski System Informacyjny *e-Zdrowie* został zrealizowany w 26 podmiotach leczniczych i był współfinansowany w 85% z budżetu Unii Europejskiej (początkowo planowano go przeprowadzić w 28 podmiotach leczniczych, ale zrealizowano w 26, z powodu przejęć i połączeń szpitali jakie miały miejsce już po jego rozpoczęciu). Cele tego Projektu opisywało studium wykonalności, które stanowiło załącznik do wniosku o dofinansowanie.

Celami nadrzędnymi (ogólnymi) Projektu były: [1] upowszechnianie stosowania technologii informacyjno-komunikacyjnych oraz zwiększenie dostępu do usług elektronicznych poprzez rozbudowę infrastruktury teleinformatycznej zakładów opieki zdrowotnej oraz [2] poprawa jakości i dostępności do publicznej służby zdrowia dla ludności województwa podlaskiego poprzez przeprowadzenie procesu informatyzacji zakładów opieki zdrowotnej oraz stworzenie usług elektronicznych związanych z *e-Zdrowiem*.

Celem głównym (bezpośrednim) Projektu było stworzenie pakietu usług elektronicznych dla pacjentów, podmiotów leczniczych oraz ich organów założycielskich. Korzyści przypisane każdej grupie interesariuszy przedstawione zostały poniżej.

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy wdrożenie Podlaskiego Systemu Informacyjnego *e-Zdrowie* przyczynia się do uzyskania korzyści przez pacjentów, podmioty lecznicze i organy je tworzące?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

Czy podmioty państwowe i samorządowe prawidłowo realizowały zobowiązania w zakresie tworzenia i realizacji Projektu?

Czy obecny stan wykorzystania funkcjonalności Projektu i realizacji planowanych wskaźników świadczy o skutecznym jego wdrożeniu?

Jednostki kontrolowane

– Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego;

– 10 podmiotów leczniczych (z 26 objętych Projektem), tj.: Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Białostockie Centrum Onkologii, Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr St. Deresza w Choroszcy oraz SP ZOZ w Augustowie, Dąbrowie Białostockiej, Siemiatyczach, Sejnach, Sokółce, Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem i Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.;

– 5 starostw powiatowych (z 10 objętych Projektem): w Augustowie, Sejnach, Siemiatyczach, Sokółce i Wysokiem Mazowieckiem

Okres objęty kontrolą

Lata 2011–2017 (do zakończenia czynności kontrolnych w jednostkach)

Infografika nr 1

Korzyści jakie miała przynieść realizacja Projektu poszczególnym grupom interesariuszy



Pacjenci

- usprawniony proces komunikacji z zakładami opieki zdrowotnej
- możliwość rejestracji do poradni drogą elektroniczną
- dostęp do swojej, kompletnej dokumentacji medycznej za pośrednictwem portalu pacjenta



Podmioty lecznicze

- szybki i bezpieczny dostęp do dokumentów medycznych pacjenta, nawet jeżeli był leczony w innym szpitalu
- usprawniony obieg dokumentów w podmiotach leczniczych
- obniżenie kosztów archiwizowania dokumentacji w formie papierowej



Organy założycielskie

- poprawa jakości nadzoru właścicielskiego

Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie wniosku o dofinansowanie Projektu oraz jego studium wykonalności i programu funkcjonalno-użytkowego.

Jednym z zakładanych efektów realizacji Projektu miało być powstanie zarządzanej centralnie Platformy Regionalnej, na której zarejestrowani pacjenci mogliby mieć (o ile wyrażą na to zgodę) dostęp do swojej dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej oraz do systemu zdalnej, elektronicznej rejestracji na wizytę do lekarza. Korzyścią z dostępu przez personel medyczny do elektronicznej formy dokumentów medycznych pacjenta leczonego w innym szpitalu, miało być przede wszystkim podwyższenie jakości opieki zdrowotnej, skrócenie czasu obsługi pacjenta oraz obniżenie kosztów badań, które nie będą niepotrzebnie powtarzane w każdej jednostce, do której zgłosi się pacjent. Organ założycielski, jako beneficjent Projektu, w wyniku jego realizacji mógłby natomiast odstąpić od wymogu składania papierowych sprawozdań przez podległe mu podmioty lecznicze.

Spektrum zakładanych korzyści Projektu było zatem bardzo szerokie. Aby jednak je uzyskać, w podmiotach leczniczych miał zostać przeprowadzony daleko idący proces informatyzacji, gdyż dotychczas, na przykład dokumentacja medyczna sporządzana była jedynie w formie papierowej, a rejestracja na wizytę do lekarza następowała drogą tradycyjną (w okienku rejestracji) lub telefonicznie. Projekt zakładał zatem przede wszystkim: [1] zainstalowanie i wdrożenie w podmiotach leczniczych szeregu systemów informatycznych wspomagających obsługę pacjenta, zarządzanie oraz nadzór, [2] zakup odpowiedniego sprzętu komputerowego i dostosowanie infrastruktury sieciowej oraz [3] dokonanie niezbędnych migracji i integracji z Platformą Regionalną. Przedstawia to poniższy diagram.

WPROWADZENIE

Infografika nr 2

Sektory wymagające niezbędnych inwestycji w celu skutecznej realizacji Projektu e-Zdrowie



Systemy informatyczne

- HIS
- EDM
- ERP
- EOD
- raportowo-analityczne (BI wraz z portalem menedżerskim)



Infrastruktura sieciowa

- sieć LAN
- sieć WAN
- serwerownie i okablowanie strukturalne



Sprzęt komputerowy

- komputery
- laptopy
- drukarki specjalistyczne do drukowania opasek identyfikujących pacjentów
- skanery do wprowadzania elektronicznego obiegu dokumentów



Integracja z Platformą Regionalną

- integracja programów na poziomie szpitala
- integracja z Platformą Regionalną

Źródło: Analiza własna NIK na podstawie dokumentacji technicznej Projektu.

Informatyzacja podmiotów leczniczych i modernizacja infrastruktury technicznej nie były wystarczające dla powodzenia Projektu. Aby korzyści Projektu mogły zostać osiągnięte, niezbędne było wykorzystywanie zakupionego oprogramowania i sprzętu w bieżącej pracy podmiotów leczniczych oraz przekonanie do tego przede wszystkim personelu medycznego. Rola podmiotów leczniczych była też niezwykle istotna w przypadku celów, których głównymi beneficjentami byli pacjenci. Powinny one zagwarantować pacjentom możliwość elektronicznej rejestracji oraz dostęp do dokumentacji medycznej w formie elektronicznej.

Infografika nr 3

Korzyści projektu dla pacjentów w rozbiciu na poszczególne zadania niezbędne do wykonania, zależne i niezależne od nich



Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie wniosku o dofinansowanie PSleZ, jego studium wykonalności i programu funkcjonalno-użytkowego oraz wyników kontroli.

Kluczowa dla powodzenia Projektu i osiągnięcia jego głównych celów i zakładanych korzyści, była zatem postawa podmiotów leczniczych. Umieszczanie na Platformie Regionalnej poradni specjalistycznych i grafików pracy lekarzy, potwierdzanie wizyt zarezerwowanych elektronicznie przez pacjentów, tworzenie dokumentacji medycznej pacjentów w formie elektronicznej, czy przekazywanie jej na Platformę Regionalną, to tylko niektóre z obowiązków podmiotów leczniczych, których wykonanie determinowało możliwość skorzystania przez pacjenta z przeznaczonych mu funkcjonalności. Podobnie rzecz się miała z korzyściami dotyczącymi organów założycielskich (poprawa nadzoru właścicielskiego) i podmiotów leczniczych (szybki i łatwy dostęp do kompletnej dokumentacji medycznej pacjenta).

Dopełnieniem starań zmierzających do odpowiedniej realizacji Projektu, miały też być działania promujące jego korzyści, szczególnie wśród pacjentów. W przypadku braku ich zgody na przetwarzanie danych osobowych (w tym danych medycznych), na poziomie regionalnym niemożliwe było bowiem korzystanie z elektronicznej dokumentacji medycznej przez nich samych oraz przez personel medyczny.

Celem kontroli NIK była odpowiedź na pytanie: ***Czy wdrożenie Projektu przyniosło oczekiwane korzyści?*** Reasumując, model Projektu wskazywał, że stopień satysfakcji wszystkich grup interesariuszy będzie w głównej mierze zależał od podejścia podmiotów leczniczych, które miały szereg obowiązków wynikających przede wszystkim z użytkowania dostarczonych systemów informatycznych, sprawnego koordynowania działań przez lidera Projektu (UMWP) oraz różnorodności działań promocyjnych skierowanych głównie do mieszkańców województwa podlaskiego, mających za zadanie przybliżyć im funkcjonalności udostępnione w ramach Projektu.

2. OCENA OGÓLNA

Zakładane korzyści projektu Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie wpiły się w strategię inteligentnego i zrównoważonego rozwoju opartego na e-usługach. W ramach Projektu, zrealizowanego za 58.331,8 tys. zł, wyposażono podmioty lecznicze w nowoczesny sprzęt informatyczny wraz z oprogramowaniem i infrastrukturą sieciową.

Z powodu ograniczeń finansowych, Projekt zaplanowano i zrealizowano tylko w 26 wybranych podmiotach leczniczych¹, w których w 2016 roku udzielono świadczeń jedynie co trzeciemu pacjentowi korzystającemu z publicznej opieki zdrowotnej w województwie podlaskim. W konsekwencji, wyłącznie pacjenci korzystający ze świadczeń w tych podmiotach i personel w nich zatrudniony może korzystać z wdrożonych rozwiązań. Z tego samego powodu nie z informatyzowano wszystkich oddziałów szpitalnych (np. bloku operacyjnego, rehabilitacji) w jednostkach uczestniczących w Projekcie.

Pomimo upływu 16 miesięcy² od rzeczowego zakończenia realizacji Projektu i wyposażenia partnerów w pełni funkcjonalne narzędzia informatyczne (poza systemem raportowo-analitycznym), nie osiągnięto wszystkich zakładanych korzyści tego przedsięwzięcia.

Pacjentom nie zapewniono elektronicznego dostępu do ich kompletnej dokumentacji medycznej, a elektroniczna rejestracja wizyt była możliwa tylko do wybranych poradni i na niektóre godziny ich funkcjonowania.

Z powodu niewykorzystywania funkcjonalności systemów informatycznych, nie zapewniono szybkiego i bezpiecznego dostępu do dokumentów medycznych pacjentom, lekarzom oraz innym podmiotom leczniczym. Przyczyną tego mogło być również niewłączenie służb medycznych w proces planowania rozwiązań Projektu. Szpitale nie wprowadziły też usprawnionego obiegu korespondencji, do czego miał służyć, zakupiony do kontrolowanych jednostek za 703,1 tys. zł, system EOD.

Z uwagi na niewłaściwy przepływ informacji pomiędzy wdrożonymi programami (niewłaściwa integracja), system raportowo-analityczny generował dane niezgodne ze stanem faktycznym. Przy pomocy tego narzędzia nie można było zatem zarządzać podmiotami leczniczymi oraz sprawować nad nimi nadzoru właścicielskiego.

Podmioty lecznicze nie zadbały o pełne bezpieczeństwo wrażliwych danych medycznych, gromadzonych w systemach informatycznych. Powszechnie było na przykład nieodbieranie byłym pracownikom dostępu do tych systemów.

W ocenie NIK, w przypadku większego zaangażowania partnerów i lidera Projektu w wykorzystywanie funkcjonalności narzędzi informatycznych, nadal możliwe jest osiągnięcie wszystkich jego założonych korzyści dla każdej z grup interesariuszy. Zasadnym też jest propagowanie rozwiązań Projektu w innych podmiotach leczniczych i wspieranie ich wdrażania, aby mogła z jego rozwiązań korzystać jak największa grupa pacjentów i personelu medycznego.

¹ W roku 2016 w województwie podlaskim funkcjonowały 773 podmioty (publiczne i niepubliczne).

² Kontrolę zakończono 9 marca 2017 r.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

W wyniku realizacji Projektu stworzono [1] repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej, umożliwiające przeglądanie (przez pacjenta i lekarza) oraz udostępnianie dokumentacji medycznej, [2] portal e-usługi medyczne, który umożliwiał dokonywanie elektronicznej rejestracji wizyt do poradni specjalistycznych w podmiotach biorących w nim udział, [3] portal menedżerski do sprawowania przez organy tworzące bieżącego nadzoru nad podmiotami leczniczymi, który jednak nie działał właściwie. Pacjentom i podmiotom leczniczym (personelowi medycznemu) udostępniono zatem usługi, dzięki którym możliwe było osiągnięcie korzyści opisanych w studium wykonalności Projektu. [str. 21–23]

Jednak z powodu niepełnego wdrożenia tych usług, nie doprowadzono do osiągnięcia wszystkich korzyści założonych w Projekcie dla pacjentów, lekarzy, podmiotów leczniczych i ich organów założycielskich.

**0 z 10
(0%)**

W żadnym ze skontrolowanych podmiotów leczniczych nie zapewniono pacjentom i lekarzom dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej

W dziewięciu z 10 z nich, pacjentom i lekarzom zapewniono dostęp, ale tylko do wybranej elektronicznej dokumentacji medycznej (skierowania, zlecenia, recepty, zwolnienia, opis konsultacji medycznych, karty wypisowe oraz opis wyników badań obrazowych). Nie udostępniono natomiast np. kart: obserwacji porodu, indywidualnej opieki pielęgniarstwa, gorączkowej, obserwacji rany pooperacyjnej. Żadnej dokumentacji medycznej nie udostępniano poprzez portal pacjenta w największym szpitalu w województwie. [str. 30–34]

**4 z 10
(40%)**

Tylko w czterech skontrolowanych podmiotach leczniczych zagwarantowano e-rejestrację do wszystkich poradni specjalistycznych na pełne godziny ich funkcjonowania

W sześciu podmiotach leczniczych nie było e-rejestracji do wszystkich poradni lub można było jej dokonać tylko na wybrane terminy (wprowadzono możliwość rejestracji, ale z ograniczeniem do wybranego pasma rejestracyjnego). Rozwiązania te nie przynosiły ułatwień dla pacjenta i placówek medycznych, jakie miały być rezultatem wdrożenia Projektu. [str. 34–37]

**1 z 2.658
(0,03%)**

Dokumentacja nie więcej niż jednego z 2.658 pacjentów, którzy w 2016 roku byli pacjentami kontrolowanych podmiotów leczniczych, mogła być dostępna online, ponieważ zaledwie 123 z nich wyraziło zgodę na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym

Nie więcej niż jedna z 1.409 rejestracji na wizytę do poradni specjalistycznych została przeprowadzona elektronicznie (z 574,9 tys. ambulatoryjnych świadczeń medycznych w 2016 roku, 408 zostało zarejestrowanych elektronicznie)

**1 z 1.409
(0,07%)**

Tylko osoby posiadające konto na portalu pacjenta mogą korzystać z elektronicznej rejestracji do poradni specjalistycznych, a osoby, które wyraziły zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych medycznych, na poziomie regionalnym oraz aktywowały konto, mogą uzyskać dostęp

do elektronicznej wersji dokumentacji medycznej i mogą taką dokumentację udostępnić lekarzom z innych podmiotów leczniczych. Konto na portalu pacjenta założyło zaś tylko 3.467 osób, a aktywowało je w podmiotach leczniczych zaledwie 372 z nich, co stanowiło – odpowiednio – 0,29% i 0,03% mieszkańców województwa podlaskiego w 2015 roku (wg GUS)³. Spośród zaś 574.866 wizyt w poradniach specjalistycznych skontrolowanych podmiotów leczniczych, które odbyły się w 2016 roku, jedynie 408 zostało zarezerwowanych elektronicznie⁴. W ośmiu z tych jednostek⁵ od pacjentów odebrano tylko 123 zgody na przekazanie danych medycznych na portal pacjenta, co odpowiadało zaledwie 0,03% pacjentów leczonych w tych podmiotach w 2016 roku (326,9 tys. osób). Według zaś wyliczeń Marszałka Województwa Podlaskiego, na zakończenie okresu trwałości Projektu, tj. w kwietniu 2021 roku, konto na portalu pacjenta będzie miało niespełna 2% mieszkańców województwa. [str. 24]

**1 z 9
(11%)**

Zaledwie w jednym skontrolowanym podmiocie leczniczym raporty generowane z systemu BI, a następnie dostępne dla organów założycielskich przez portal menedżerski, były zgodne ze stanem faktycznym

W jednej (z sześciu) skontrolowanej jednostce, która była organem założycielskim dla podmiotów leczniczych, wykorzystywano portal menedżerski

**1 z 6
(17%)**

Partnerzy Projektu dokonali nierzetelnego odbioru systemu BI w podmiotach leczniczych i portalu menedżerskiego dla ich organów założycielskich. Nie zapewniono bowiem odpowiedniej integracji pomiędzy lokalnymi systemami BI, HIS i ERP, co skutkowało generowaniem przy użyciu tych narzędzi danych niezgodnych ze stanem faktycznym (w 40 z 88 sprawdzonych przez NIK raportów z systemu BI). Z tego powodu osiem z dziewięciu skontrolowanych podmiotów leczniczych⁶ nie korzystało w bieżącej pracy z raportów z systemu BI, a pięć z sześciu organów tworzących (wszystkie starostwa powiatowe) z portalu menedżerskiego. W jednym z podmiotów leczniczych analizowane raporty działały prawidłowo. Było to efektem właściwej współpracy z dostawcą oprogramowania.

W konsekwencji, uruchomione za 520,4 tys. zł narzędzia nie pozwoliły na skrócenie czasu uzyskania informacji służących do zarządzania szpitalami

³ Według badań GUS zaprezentowanych w raporcie „Społeczeństwo informacyjne w Polsce. Wyniki badań statystycznych z lat 2011–2015”, w województwie podlaskim w 2015 roku, czyli w roku uruchomienia platformy regionalnej, odsetek osób korzystających z Internetu wynosił 70,7%. Był to czwarty rezultat w kraju, po województwach: zachodniopomorskim (74%), lubuskim (71,2%) i pomorskim (71,1%). Średnia krajowa wynosiła 64,8%. W Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosił 76%.

⁴ W 2016 roku w skontrolowanych podmiotach leczniczych podjęto 1.141 prób zarejestrowania się na wizytę do poradni, z których 408 zostało potwierdzonych przez podmiot leczniczy, 330 zostało odwołanych przez pacjenta, 299 odwołał i 104 nie potwierdził podmiot leczniczy (od 19 października 2015 r. do 31 stycznia 2017 r. było 1.477 prób elektronicznej rejestracji, w tym 552 potwierdzone przez podmiot leczniczy).

⁵ W dwóch podmiotach leczniczych niemożliwe było ustalenie liczby zgód pacjentów na przetwarzanie ich danych osobowych, w tym danych medycznych na poziomie regionalnym.

⁶ Jeden ze skontrolowanych podmiotów leczniczych nie zakupił systemu BI, bo jego organem założycielskim nie była jednostka samorządu terytorialnego.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

i sprawowania nadzoru właścicielskiego. Wykorzystywanie zaś obarczonych błędami danych stwarza istotne ryzyko podjęcia niewłaściwej decyzji, a sporządzenie sprawozdań na podstawie takich informacji – ryzyko przekazania zainteresowanym instytucjom nieprawdziwych danych. [str. 37–39]

Barierą dla zapewnienia właściwego funkcjonowania zakupionych systemów informatycznych po upływie okresu asysty powdrożeniowej⁷, może być potrzeba znacznych nakładów finansowych. Na przykład dostawca oprogramowania zaoferował SP ZOZ w Bielsku Podlaskim integrację systemów HIS i ERP z systemem BI (po zakończeniu okresu gwarancji na moduł integracyjny) za 698 tys. zł rocznie, co stanowi aż 25% kosztów uczestnictwa tego partnera w całym Projekcie (2.840,5 tys. zł). Nakłady finansowe będą również niezbędne do kontynuowania Projektu po upływie okresu jego trwałości (kwiecień 2021 roku). [str. 28]

**0 z 10
(0%)**

W żadnym podmiocie leczniczym nie wprowadzono elektronicznego obiegu dokumentów

Służyć miał do tego celu system EOD zakupiony za 703,1 tys. zł. Korzyścią z jego wdrożenia miało być usprawnienie komunikacji wewnątrz podmiotu leczniczego.

**10 z 10
(100%)**

W każdym podmiocie leczniczym wykorzystywano system do obsługi księgowo-administracyjnej

System ERP zastąpił uprzednio użytkowane oprogramowanie lub je uzupełnił o brakujące moduły. Nie wykorzystywano jedynie komponentu służącego do kalkulacji kosztów leczenia. [str. 40–41]

**3 z 10
(30%)**

Zaledwie w trzech skontrolowanych podmiotach leczniczych wykorzystywano w pełni sprzęt teleinformatyczny zakupiony w ramach Projektu

Niegospodarne było niewykorzystywanie w siedmiu z 10 objętych kontrolą podmiotów leczniczych części sprzętu zakupionego za 197,8 tys. zł, głównie drukarek specjalistycznych⁸ i czytników kodów kreskowych⁹, które służyć miały m.in. do zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne, wymagane art. 36 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku dopiero w trakcie kontroli NIK uru-

⁷ Świadczenie asysty powdrożeniowej przez dostawcę platformy regionalnej upłynie w maju 2018 r. a u niektórych partnerów – objętych tzw. małym softem, termin ten upłynął w kwietniu lub maju 2016 roku.

⁸ 55 z 60 drukarek specjalistycznych zakupionych do Białostockiego Centrum Onkologii, SP Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej, Sejnach i Siemiatyczach oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.

⁹ 57 z 68 czytników kodów kreskowych zakupionych do Białostockiego Centrum Onkologii, SP Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej i Siemiatyczach.

chomiono urządzenia teleinformatyczne w jednej z serwerowni, wybudowanej za 124,9 tys. zł. Zbędne było też wybudowanie w tym szpitalu sieci WAN za 184,5 tys. zł. [str. 41]

W wyniku Projektu osiągnięto założone wartości wskaźników produktu i większości (sześciu z ośmiu) wskaźników rezultatu. Lider Projektu nieprawidłowo jednak obliczał wartości czterech wskaźników rezultatu. Poza tym stosował ankietę, w której z uwagi na nieprecyzyjne pytania, nie mógł uzyskać właściwej informacji o wykorzystywaniu dostarczonego oprogramowania. Wskutek tego nierzetelnie poinformowano Instytucję Zarządzającą RPO o osiągniętych wartościach tych wskaźników. [str. 25–27]

Jedną z przyczyn nieosiągnięcia wszystkich z założonych korzyści Projektu były błędy popełnione na etapie jego planowania. W dziewięciu z 10 podmiotów leczniczych nie powołano zespołu do jego wdrożenia i nie wyznaczono liderów zmiany, a w sześciu nie konsultowano opiniowanej dokumentacji z personelem medycznym. W Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego przygotowanie i nadzór nad Projektem powierzono pracownikom, którzy posiadali kwalifikacje i doświadczenie w przeprowadzaniu i rozliczaniu projektów finansowanych z budżetu Unii Europejskiej, a do nadzoru nad prawidłowością, rzetelnością i terminowością realizacji zadań przewidzianych w Projekcie powołano komitet sterujący, zespół ds. koordynacji oraz wprowadzono konieczność opiniowania przez każdego partnera dokumentacji projektowej. Jednak wyznaczenie na to opiniowanie zaledwie czterech dni, praktycznie uniemożliwiało placówkom medycznym wnoszenie konstruktywnych uwag do rozwiązań Projektu. [str. 19–21]

Jednostki, które w przyszłości zaangażowane będą w projekty informatyczne, zarówno z zakresu szeroko rozumianego e-Zdrowia czy też podłączenia do platformy P1, powinny zatem większą uwagę skupiać na odpowiednim zarządzaniu zmianą. Do zrealizowania projektu z sukcesem niezbędne jest bowiem profesjonalne podejście do tego zagadnienia i przekonanie personelu, głównie medycznego, do korzyści płynących z nowych rozwiązań informatycznych i nowych możliwości. [str. 19–21]

W jednostkach biorących udział w Projekcie nie w pełni zabezpieczono przed utratą lub nieuprawnionym dostępem dane znajdujące się w systemach informatycznych związanych z obsługą pacjenta. W siedmiu z 10 skontrolowanych podmiotów leczniczych, 16% byłych pracowników nie odebrano niezwłocznie dostępu do systemów informatycznych, w tym do przechowywanych w systemie HIS danych medycznych pacjentów. Nieodbieranie uprawnień byłym pracownikom do systemów informatycznych, zawierających wrażliwe dane osobowe, świadczy o lekceważeniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych¹⁰, reglamentujących dostęp do takich danych oraz o niewłaściwym przepływie informacji pomiędzy służbami kadrowymi i informatycznymi. Z kolei w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku była możliwość dostępu do części komputerów bez podania identyfikatora i hasła oraz możliwość wyłączenia przez użytkownika ochrony antywirusowej. W podmiotach leczniczych nie określono też proce-

¹⁰ Dz. U. z 2016 r. poz. 922. Ustawa zwana dalej „ustawą o ochronie danych osobowych”.

SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

dur przechowywania zgód pacjentów na przetwarzanie ich danych osobowych na poziomie regionalnym i procedur uruchamiania trybu krytycznego. Opracowane zaś polityki bezpieczeństwa informacji i instrukcje zarządzania systemami informatycznymi, nie zawierały niektórych elementów wymaganych przepisami. [str. 43–45]

4. WNIOSKI

Biorąc pod uwagę powszechność zjawiska polegającego na umożliwianiu pacjentom rejestracji drogą elektroniczną jedynie w wybranych godzinach przyjęć w poradniach specjalistycznych,



Minister Zdrowia powinien:

rozważyć zmianę art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w sposób nakładający obowiązek zapewnienia pacjentom możliwości rejestracji wizyt drogą elektroniczną każdego dnia, w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, czyli na takich samych zasadach jak w przypadkach wizyt rezerwowanych drogą tradycyjną. W przeciwnym razie zdalna rejestracja nadal będzie ograniczana do wybranych poradni specjalistycznych i niektórych godzin ich funkcjonowania.

W celu osiągnięcia korzyści założonych we wniosku o dofinansowanie oraz studium wykonalności Projektu, Najwyższa Izba Kontroli uznaje za niezbędne podjęcie następujących działań:



przez Marszałka Województwa Podlaskiego:

[1] rozważenie rozszerzenia Projektu o inne podmioty lecznicze i na wszystkie ich komórki organizacyjne, tak aby w przyszłości Projekt mógł przynieść korzyści jak najliczniejszej grupie pacjentów i lekarzy

[2] zapewnienie pozyskiwania od partnerów Projektu rzetelnych informacji na temat wdrożenia i wykorzystywania systemów informatycznych zakupionych w ramach Projektu



przez dyrektorów podmiotów leczniczych:

[1] wzmożenie działań w zakresie informowania pacjentów o korzyściach Projektu – powinno być to zadanie personelu medycznego

[2] wykorzystywanie oprogramowania zakupionego w ramach Projektu do wytwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej oraz przechowywania i przekazywania jej na poziom regionalny

[3] umożliwienie pacjentom rejestracji wizyt poprzez portal pacjenta do wszystkich poradni i na wszystkie godziny ich funkcjonowania

[4] zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu raportowo-analitycznego, w tym wyegzekwowanie od dostawców oprogramowania usunięcia nieprawidłowości, z uwagi na kończący się okres asysty powdrożeniowej

[5] zapewnienie bezpieczeństwa przetwarzanych w systemach informatycznych danych osobowych pacjentów



przez kierowników jednostek tworzących ZOZ:

wyegzekwowanie prawidłowego funkcjonowania systemu raportowo-analitycznego, co umożliwi wykorzystanie portalu menedżerskiego do nadzoru nad podległymi podmiotami leczniczymi

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Planowanie i realizacja projektu przez lidera i partnerów

UMWP właściwie zidentyfikował potrzeby pacjentów w zakresie ich dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej. W rezultacie opracowano Projekt, którego realizacja miała przynieść szereg pozytywnych i innowacyjnych efektów, związanych z dostępem do elektronicznej dokumentacji medycznej i możliwością zdalnej rejestracji na wizyty w poradniach oraz z funkcjonowaniem podmiotów leczniczych i sprawowaniem nad nimi nadzoru. Z uwagi na ograniczone środki finansowe, Projekt zrealizowano jednak – zgodnie z założeniami – w wybranych podmiotach leczniczych, w których w 2016 roku udzielono świadczeń jedynie 1/3 pacjentom korzystającym z publicznej opieki zdrowotnej w województwie podlaskim. W konsekwencji tylko pacjenci korzystający ze świadczeń w tych szpitalach i personel w nich zatrudniony może odnosić korzyści założone w Projekcie. Posiadane środki finansowe były też niewystarczające do z informatyzowania wszystkich działów medycznych w podmiotach uczestniczących w Projekcie. Podmioty lecznicze nie wykonywały zaś w całości zakupionych systemów informatycznych. W konsekwencji nie osiągnięto wszystkich z zaplanowanych efektów.

5.1.1. Proces planowania projektu

Pierwotna kwota realizacji Projektu, zawarta w decyzji o przyznaniu dofinansowania, wyniosła 61.969,8 tys. zł

1. Projekt wpisywał się w obszary uznane w dokumentach strategicznych Województwa Podlaskiego za istotne. W Strategii Rozwoju Województwa Podlaskiego do roku 2020¹¹ stwierdzono, że promuje ona szerokie wykorzystanie technologii informacyjno-komunikacyjnych we wszystkich sferach życia i dziedzinach gospodarki, a w szczegółowym opisie priorytetów Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007–2013¹² wśród przykładowych rodzajów projektów wymieniono zastosowanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych w ochronie zdrowia, poprzez rozwój aplikacji telemedycznych (e-Zdrowie), w tym sprawozdawczość medyczną i finansową oraz elektroniczną kartę zdrowia, a także rozwój usług informacyjnych (telekonsultacje, rejestracja przez Internet).

Z przeprowadzonych przez Uniwersytet w Białymstoku w marcu 2011 roku badań wynikało, że 89% badanych pacjentów zgłaszało, że nie posiada dostępu do indywidualnej dokumentacji medycznej przez Internet. Zdaniem ok. 3/4 respondentów powszechny dostęp do komputerów i Internetu przyczyni się do poprawy systemu opieki zdrowotnej oraz usprawni kontakt ze służbą zdrowia i innymi dostawcami usług opieki zdrowotnej.

Realizacja Projektu przyczynić się miała również do wypełnienia ustawowych obowiązków zapewnienia elektronicznej rejestracji na wizyty (od 1 stycznia 2013 r.) oraz tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (pierwotnie od 1 sierpnia 2014 r.; obecnie 1 stycznia 2019 r.).

¹¹ Będącej załącznikiem do Uchwały Nr XXXI/374/13 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 9 września 2013 r.

¹² Ostateczna wersja po zmianach, będąca załącznikiem Nr 1 do uchwały Nr 149/1923/2016 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 19 lipca 2016 r. Program zwany dalej: RPO.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Na realizację Projektu planowano przeznaczyć **61.969,8 tys. zł**, w tym 52.674,3 tys. zł z RPO i 9.295,5 tys. zł środków lidera i partnerów uczestniczących w PSieZ. Kwoty te zdeterminowały zakres PSieZ do części podmiotów leczniczych z terenu województwa podlaskiego oraz ich organów tworzących, a także rezygnację z zakupu oprogramowania do obsługi pracowni radiologicznej, laboratorium, rehabilitacji i bloku operacyjnego.

Uczestnikami PSieZ, co przedstawia poniższy diagram, zostało 37 partnerów, w tym: 26 podmiotów leczniczych z terenu województwa podlaskiego¹³, 10 starostw powiatowych oraz UMWP – wykonujący zadania związane z realizacją Projektu w imieniu Województwa Podlaskiego, tj. lidera PSieZ. UMWP, na takiej samej zasadzie jak starostwa powiatowe, był jednostką nadrzędną dla 13 szpitali (partnerów) PSieZ.

Infografika nr 4
Partnerzy Projektu e-Zdrowie



Źródło: Analiza własna NIK m.in. na podstawie wniosku o dofinansowanie PSieZ i wyników kontroli.

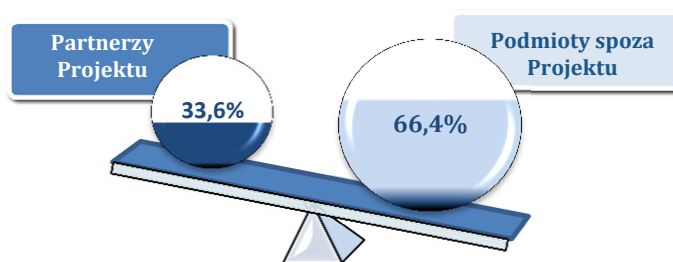
Taki dobór uczestników Projektu oznaczał, że dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej ograniczony był tylko do wytworzonej wyłącznie w podmiotach leczniczych objętych Projektem. W ten sam sposób ograniczono możliwość zdalnej rejestracji do poradni. W 2016 r. udzielono w nich świadczeń zdrowotnych 33,6% pacjentów korzystających w tym czasie z publicznej opieki zdrowotnej (finansowanej przez NFZ). Przedstawiono to poniżej.

¹³ Zestawienie wszystkich uczestników Projektu zawiera załącznik do niniejszej informacji.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 5

Udział pacjentów, którym udzielono świadczeń w podmiotach leczniczych finansowanych z NFZ w 2016 roku w województwie podlaskim



* w podmiotach leczniczych finansowanych z NFZ będących partnerami Projektu udzielono w 2016 roku 909,6 tys. z 2.709,6 tys. wszystkich świadczeń

Źródło: Na podstawie danych uzyskanych z Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Do obliczeń przyjęto pacjentów, którzy skorzystali w 2016 roku ze wszystkich rodzajów świadczeń związanych z pobytami na oddziale szpitalnym lub wizyty u lekarza specjalisty i podstawowej opieki zdrowotnej (z wyłączeniem lekarzy dentyków), w ramach umów zawartych z NFZ.

Biorąc pod uwagę wyłącznie świadczenia w gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz u lekarzy specjalistów (AOS), Projektem objęto podmioty lecznicze, w których w 2016 roku udzielono świadczeń POZ i AOS zaledwie 26,1 % pacjentom.

W celu sprecyzowania m.in. praw i obowiązków uczestników Projektu, 31 marca 2011 r. podpisane zostało porozumienie partnerskie. Obowiązki partnerów przedstawiono w poniższym diagramie.

Infografika nr 6

POROZUMIENIE PARTNERSKIE	
Urząd Marszałkowski	pozostali partnerzy
<ul style="list-style-type: none"> • koordynowanie prac związanych z przygotowaniem i realizacją PSLeZ • przygotowanie dokumentacji technicznej Projektu • przygotowanie studium wykonalności • przygotowanie wniosku aplikacyjnego do RPO oraz wniosku o dofinansowanie Projektu • powołanie zespołu ds. koordynacji, realizacji i monitorowania PSLeZ • przeprowadzenie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego i zawieranie umów na realizację zadań w ramach Projektu • promocja i obsługa prawna Projektu • przechowywanie dokumentacji związanej z realizacją Projektu • nadzór i kontrola nad realizacją Projektu • nadzór i kontrola nad zapewnieniem trwałości Projektu • egzekwowanie od partnerów zobowiązań wynikających z porozumienia partnerskiego, decyzji w sprawie dofinansowania Projektu oraz przepisów w zakresie koniecznym do prawidłowej realizacji Projektu 	<ul style="list-style-type: none"> • przekazywanie liderowi wszelkich informacji oraz dokumentów niezbędnych do sporządzenia wniosku o dofinansowanie • zasilanie danymi systemów i aplikacji wdrożonych w Projekcie • poddanie się kontroli lidera Projektu w zakresie realizacji PSLeZ • osiągnięcie wskaźników Projektu i dostarczenie liderowi informacji o efektach PSLeZ • promocja Projektu • zapewnienie trwałości PSLeZ przez okres pięciu lat od dnia zakończenia jego realizacji • nadzór i utrzymanie w należytym stanie środków będących efektem realizacji Projektu • delegowanie pracowników na szkolenia i do współpracy z liderem

Źródło: opracowanie własne NIK, na podstawie porozumień partnerskich.

2. Projekt realizowany w województwie podlaskim był jednym z pierwszych tego typu w kraju. Nie było więc możliwości korzystania z doświadczeń innych regionów. Z tego powodu założenia Projektu konsultowane były głównie z CSIOZ, który w czasie tworzenia programu funkcjonalno-użytkowego i studium wykonalności PSleZ pracował nad platformą P1. Wykonawca platformy regionalnej zobowiązany był do zapewnienia współpracy z platformą krajową. W rezultacie uzyskano taką integralność, a dokumenty medyczne wytwarzane w wyniku realizacji Projektu spełniają wymogi określone w „Regułach biznesowych i walidacjach określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na Platformie P1”.

Konsultacje dotyczyły również utrzymania i rozwoju platform regionalnych, wymiany danych oraz standardów elektronicznej dokumentacji medycznej. Postulowany przez regiony posiadające własne platformy model połączenia z P1, (zwany „16+1”), zakładał 16 platform regionalnych komunikujących się oraz przekazujących i wymieniających dane z platformą centralną. Jego realizacja będzie możliwa tylko wówczas, gdy w każdym województwie powstanie platforma regionalna.

Rzeczowe zakończenie Projektu nastąpiło 30 października 2015 r., tj. 19 miesięcy po pierwotnie planowanym terminie (31 marca 2014 r.), jednak przed upływem okresu kwalifikowalności wydatków z perspektywy finansowej 2007–2013, który upływał 31 grudnia 2015 r.

3. W celu prawidłowej, rzetelnej i terminowej realizacji Projektu, na szczeblu regionalnym, powołany został komitet sterujący, zespół ds. koordynacji oraz wprowadzono konieczność opiniowania dokumentacji projektowej przez każdego partnera. Przygotowanie i nadzór nad PSleZ powierzono zaś pracownikom UMWP, którzy posiadali kwalifikacje i doświadczenie w realizacji i rozliczaniu projektów finansowanych z budżetu UE.

Z uwagi na innowacyjność rozwiązań Projektu, wyłoniony został inżynier kontraktu, którego zadaniem było m.in. przygotowanie harmonogramu, stworzenie architektury i projektu technicznego oraz dokumentacji będącej podstawą do ogłoszenia postępowań o zamówienia publiczne.

W celu m.in. przygotowania harmonogramu, stworzenia architektury i projektu technicznego oraz dokumentacji będącej podstawą do ogłoszenia postępowań o zamówienia publiczne zinwentaryzowano dostępną w podmiotach infrastrukturę sieciową i komputerową, bazy danych, sprzęt medyczny i systemy informatyczne. W rezultacie podmioty lecznicze podzielono na objęte tzw. „dużym” lub „małym softem”, co obrazuje poniższy diagram. Podmioty objęte „dużym softem” otrzymywały wszystkie systemy informatyczne zakupione w ramach PSleZ (HIS, ERP, BI, EOD i EDM), zaś w przypadku „małego softu” systemy: BI, EOD, EDM oraz – w zależności od posiadania – HIS lub ERP. Oprócz wymienionych systemów informatycznych, w ramach Projektu stworzono m.in. infrastrukturę sieciową, Platformę Regionalną i zakupiono sprzęt komputerowy.

Rzeczowe zakończenie Projektu nastąpiło cztery i pół roku po złożeniu przez UMWP wniosku o dofinansowanie

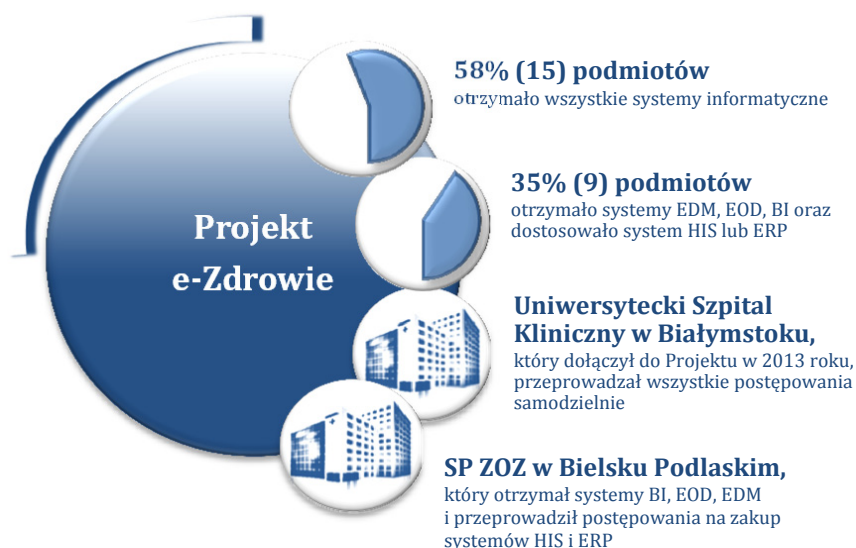
Przygotowanie i nadzór nad realizacją projektu powierzono pracownikom UMWP, którzy posiadali odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie w realizacji projektów unijnych

Zadania związane z zachowaniem spójności w realizacji Projektu z wnioskiem o dofinansowanie, studium wykonalności i dokumentacją techniczną powierzono inżynierowi kontraktu

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 7

Podmioty lecznicze biorące udział w Projekcie w podziale na objęte dużym i małym softem oraz przeprowadzające postępowania przetargowe samodzielnie



Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie dokumentacji przetargowej.

W UMWP realizujący Projekt Departament Społeczeństwa Informacyjnego działał w porozumieniu z Departamentem Zdrowia, z którego oddelegowany do współpracy został jeden z pracowników. Struktura zarządzania Projektem była następująca:

Infografika nr 8

Trzy zakładane poziomy konsultowania rozwiązań PSieZ na etapie planowania

- 1** **Komitet Sterujący**
 - Nadzór nad terminowością realizacji oraz realizacją budżetu Projektu
 - Przestrzeganie realizacji celów określonych w PSieZ
 - Rozstrzyganie konfliktów podczas realizacji Projektu
 - Monitoring realizacji wskaźników produktów w ramach poszczególnych działań
- 2** **Zespół ds. koordynacji**
 - Identyfikacja ryzyk kluczowych dla całości Projektu
 - Prawidłowe rozliczanie finansowe PSieZ
 - Bieżące sprawy organizacyjne
- 3** **Opiniowanie dokumentów przez partnerów**
 - Wymóg akceptacji wszystkich dokumentów dotyczących Projektu, np. będących podstawą ogłoszenia przetargu
 - Możliwość wnoszenia uwag do dokumentów strategicznych PSieZ, tj. porozumień, umów, dokumentów przetargowych itp.

Źródło: Na podstawie wyników kontroli NIK.

W podmiotach leczniczych nie prowadzono wewnętrznych konsultacji w sprawie Projektu i rozwiązań jakie ze sobą niesie

Z podobnego modelu nie skorzystały jednak podmioty lecznicze. W dziewięciu z 10 skontrolowanych nie został bowiem sporządzony harmonogram wdrażania Projektu, nie powołano zespołu ds. wdra-

zania¹⁴ i nie wyznaczono liderów zmiany. Ponadto w sześciu¹⁵ objętych kontrolą podmiotach nie konsultowano opiniowanej dokumentacji z personelem medycznym. Były to podstawowe błędy we wdrażaniu zmiany opisane przez Johna Kottera¹⁶. W konsekwencji brak przeświadczenia o byciu częścią Projektu i odpowiedzialności za skutki jego wprowadzenia, przy jednoczesnym bardzo krótkim terminie wyznaczonym na opiniowanie dokumentacji projektowej (co opisano poniżej), mogły być głównymi powodami nieudanego wdrożenia wielu rozwiązań, o czym będzie mowa w dalszej części informacji.

Podmioty lecznicze w większości nie wносиły uwag do dokumentacji przetargowej na dostawę zintegrowanego systemu informatycznego, w zakresie rozbudowy jego np. o obsługę działu rehabilitacji, gabinetu pielęgniarki i położnej POZ, banku krwi, bloku operacyjnego, integracji z systemami pracowni RTG i laboratorium. Wnioski o rozszerzenie oprogramowania o takie funkcjonalności zgłaszano dopiero na etapie wdrażania zakupionego oprogramowania¹⁷, co skutkowało ich nieuwzględnieniem. Wyjątkiem był Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem, który na początkowym etapie opiniowania dokumentacji zgłosił obszerne uwagi.

Jednym z głównych powodów braku uwag było **wprowadzenie jedynie czterodniowego terminu opiniowania przedstawianej dokumentacji, który nie pozwalał na rzetelne zapoznania się z jej treścią**. Pośpiech ten uwarunkowany był m.in. koniecznością zakończenia realizacji PSLeZ przed upływem okresu kwalifikowalności wydatków z perspektywy finansowej 2007–2013 (31 grudnia 2015 r.) i **wynikał ze złożenia do Instytucji Zarządzającej RPO wniosku o dofinansowanie dopiero 20 kwietnia 2011 r., podczas gdy wstępnie rozpoczęcie realizacji Projektu planowano na sierpień 2009 roku, a jego zakończenie – na grudzień 2011 roku**¹⁸.

Nierzetelnie zaplanowano termin opiniowania często obszernej dokumentacji związanej z realizacją Projektu

Dyrektor **SP ZOZ w Augustowie** wyjaśniła, że w jej ocenie „wyznaczone przez lidera Projektu terminy do zaopiniowania dokumentacji zamieszczonej na wewnętrznej stronie Projektu nie były wystarczające do rzetelnej ich analizy”. Zdaniem NIK, w konsekwencji podmiot leczniczy nie zgłosił uwag, dotyczących z informatyzowania obsługi działu rehabilitacji, gabinetów pielęgniarki POZ i położnej POZ, a także wprowadzenia funkcjonalności pozwalającej na wymianę danych z systemami pracowni RTG i laboratorium.

Informatyk **Białostockiego Centrum Onkologii** podał, że część dokumentów została zaopiniowana po wymaganym terminie, gdyż liczyły nawet kilka tysięcy stron, a czas przeznaczony na przedstawienie opinii wynosił

¹⁴ Zespół został powołany jedynie w SP ZOZ w Sokółce.

¹⁵ W SP ZOZ w Augustowie, Dąbrowie Białostockiej, Siemiatyczach, w Białostockim Centrum Onkologii, Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku i Szpitalu Powiatowym w Zambrowie Sp. z o.o.

¹⁶ Kotter J.P., Rathgeber H., Mueller P. „Gdy góra lodowa topnieje. Wprowadzanie zmian w każdych okolicznościach”, Wydawnictwo Helion, 2008.

¹⁷ Spośród skontrolowanych podmiotów leczniczych zgłosiły je SP ZOZ w Augustowie, Dąbrowie Białostockiej, Sejnach i Sokółce.

¹⁸ Według załącznika nr 3 do uchwały Zarządu Województwa Podlaskiego z 30 września 2008 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

kilka dni i był zbyt krótki. Skutkowało to niezgłoszeniem uwagi dotyczącej szybkości sieci WAN (wybudowana nowa sieć miała mniejszą prędkość niż ta, którą posiadał podmiot leczniczy).

Dyrektor **SP ZOZ w Sokółce** uważał zaś, że: „terminy wyznaczone przez lidera Projektu do zaopiniowania dokumentacji projektowej były adekwatne do terminu realizacji całego Projektu. Wyznaczenie dłuższych terminów, w szczególności uwzględniając dużą liczbę partnerów, mogłoby doprowadzić do sytuacji braku czasu na realizację Projektu”.

W podmiotach leczniczych uczestniczących w Projekcie wybudowano sieć WAN, chociaż nie u każdego było to niezbędne

W każdym z podmiotów leczniczych uczestniczących w Projekcie, za 3.972,2 tys. zł, zbudowano sieć WAN, łączącą je z UMWP. Było to wynikiem wniosku inżyniera kontraktu, wg którego łącza internetowe posiadane przez te podmioty były niewystarczające do zapewnienia odpowiedniej komunikacji pomiędzy wdrażanymi aplikacjami, z uwagi na ilość danych możliwych do przekazania oraz ich bezpieczeństwo. **Nie w każdym jednak przypadku niezbędna była budowa takiej sieci.** Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku miał możliwość wykorzystania już istniejącego, wydajnego, światłowodowego łącza internetowego o szybkości przesyłu danych 100 Mbps, które zastąpiono łączem radiowym o szybkości 4 Mbps. Koszt dzierżawy tego łącza – wg rozeznania rynku – wynosiłby od 22,4 tys. zł do 25,8 tys. zł i byłby co najmniej 7-krotnie niższy od kosztów poniesionych na budowę sieci WAN w szpitalu (184,5 tys. zł).

Powołany w trakcie kontroli biegły z zakresu budowy sieci i bezpieczeństwa informacji stwierdził zaś, że posiadane w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku łącza internetowe zapewniało szpitalowi dużo wyższy poziom bezpieczeństwa w porównaniu do wybudowanej w ramach Projektu sieci WAN. Jednocześnie z kontroli przeprowadzonych w podmiotach leczniczych, które nie były partnerem PSiEZ, lecz doprowadziły do integracji z Platformą Regionalną, wynika, że budowa sieci WAN nie była warunkiem niezbędnym do takiego podłączenia. Podmioty te wykorzystywały posiadane łącza¹⁹.

5.1.2. Proces realizacji projektu

W ramach Projektu udostępniono trzy usługi – repozytorium EDM, portal e-usługi medyczne oraz portal menedżerski

1. W wyniku realizacji Projektu pacjentom, podmiotom leczniczym i organom tworzącym udostępniono usługi założone w studium wykonalności PSiEZ, tj. repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej, portal e-usługi medyczne oraz portal menedżerski. Nie były one jednak pozbawione wad już w momencie uruchomienia.

Rzeczowe zakończenie Projektu nastąpiło 30 października 2015 r. W ramach jego udostępniono trzy nowe usługi elektroniczne:

¹⁹ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. PCK w Białymstoku dokonał integracji przy użyciu łącza VPN, udostępnianego przez firmę Orange o przepustowości 600 Mbps dla pobierania i 60 Mbps dla wysyłania. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach do tego celu wykorzystywał kanały szyfrowane VPN w sieci Internet, zaś Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku wykorzystywał światłowodowe symetryczne łącze internetowe o przepustowości 60 Mbps.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- **repozytorium EDM**, umożliwiające przeglądanie (przez pacjenta i lekarza) oraz udostępnianie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej;
- **portal e-usługi medyczne**, który pozwalał na dokonywanie elektronicznej rejestracji wizyt do poradni specjalistycznych w podmiotach leczniczych biorących udział w Projekcie;
- **portal menedżerski**, który umożliwił organom tworzącym bieżący nadzór nad podmiotami leczniczymi.

Usługa repozytorium EDM oraz portal e-usługi medyczne dostępne były za pośrednictwem portalu pacjenta, na którym swoje konto założyć mogli zarówno pacjenci jak i lekarze. Relacja usługa – korzyść przedstawiono poniżej.

Infografika nr 9

Usługi zrealizowane w ramach PSleZ i udostępnione poszczególnym grupom interesariuszy

UDOSTĘPNIONA USŁUGA	KORZYŚCI DLA INTERESARIUSZY
Repozytorium EDM	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dostęp do kompletnej dokumentacji medycznej za pośrednictwem portalu pacjenta • szybki i bezpieczny dostęp do dokumentów medycznych pacjenta, nawet jeżeli był on leczony w innym szpitalu • obniżenie kosztów archiwizowania dokumentacji w formie papierowej <p>Interesariusze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci • podmioty lecznicze i ich personel medyczny
Portal e-usługi medyczne	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> • usprawniony proces komunikacji z zakładami opieki zdrowotnej • możliwość rejestracji drogą elektroniczną <p>Interesariusze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pacjenci
Portal menedżerski	<p>Korzyści:</p> <ul style="list-style-type: none"> • poprawa jakości nadzoru właścicielskiego <p>Interesariusze:</p> <ul style="list-style-type: none"> • organy tworzące

Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie wniosku o dofinansowanie PSleZ, studium wykonalności i programu funkcjonalno-użytkowego Projektu oraz wyników kontroli.

W przypadku repozytorium EDM, aby móc przeglądać dokumentację medyczną w formie elektronicznej za pośrednictwem Platformy Regionalnej (z wykorzystaniem usługi – repozytorium EDM) w podmiocie leczniczym należało: odebrać zgodę pacjenta na przetwarzanie jego danych osobowych na poziomie regionalnym, stworzyć dokument w formie elektronicznej w systemie HIS, zarchiwizować go w lokalnym systemie EDM, a następnie przesłać na Platformę Regionalną. Dostęp do tego dokumentu mógł mieć zarówno pacjent (po aktywowaniu konta w podmiocie leczniczym), jak i lekarz (po udostępnieniu mu elektronicznego dokumentu przez pacjenta lub po wykorzystaniu tzw. „trybu krytycznego”). W przypadku portalu e-usługi medyczne (z portalem pacjenta), aby skutecznie zarejestrować wizytę do specjalisty, podmiot leczniczy musiał udostępnić na Plat-

formie Regionalnej m.in. poradnie specjalistyczne oraz grafiki pracujących w nich lekarzy. Z kolei, w przypadku portalu menedżerskiego, organy tworzące miały dostęp do tych samych raportów i analiz co podmioty lecznicze mające system BI. Niezbędna w tym wypadku była odpowiednia integracja systemu raportowo-analitycznego BI z systemami typu HIS i ERP, z których pobierane były do niego dane.

Udostępnione na Platformie Regionalnej usługi nie były pozbawione wad już w momencie uruchomienia

Udostępnione na Platformie Regionalnej ww. usługi nie były pozbawione wad już w momencie uruchomienia. W trakcie prac nad opisem przedmiotu zamówienia ustalono, że **dokumentacja medyczna przekazywana na poziom regionalny ograniczona będzie jedynie do siedmiu²⁰ wybranych rodzajów dokumentów**, tj. skierowania, zlecenia, recepty, zwolnienia, opisu konsultacji medycznych²¹, karty wypisowej oraz opisu wyników badań obrazowych, pomimo iż w skontrolowanych podmiotach leczniczych prowadzono ok. 40 rodzajów dokumentacji medycznej. Powodem było uzgodnienie takiego zakresu dokumentacji medycznej przez partnerów Projektu z inżynierem kontraktu. Tym samym, już w momencie uruchomienia przedmiotowej usługi, pacjenci i lekarze pozbawieni byli możliwości dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej przez portal pacjenta, a zatem niemożliwa do osiągnięcia była jedna z korzyści zakładanych w wyniku realizacji Projektu.

Usługa e-rejestracji pozwalała natomiast podmiotom leczniczym na stosowanie tzw. „pasm”, co również na etapie tworzenia opisu przedmiotu zamówienia ustalone zostało przez partnerów Projektu z inżynierem kontraktu. W praktyce przyjęte rozwiązanie polegało na możliwości udostępnienia na Platformie Regionalnej jedynie wybranych godzin pracy poradni specjalistycznych do zarezerwowania wizyty, z czego korzystały podmioty lecznicze (np. godzina dziennie – szerzej ten wątek opisano w pkt 2 rozdziału 5.2.).

Koszt PSleZ wyniósł 58.331,8 tys. zł, w tym 49.582 tys. zł ze środków RPO i 8.749,8 tys. zł ze środków podmiotów uczestniczących w Projekcie

2. Finansowe zakończenie Projektu nastąpiło 29 kwietnia 2016 r. (tj. w dniu rozliczenia końcowego wniosku o płatność). Ostateczny jego koszt wyniósł 58.331,8 tys. zł, w tym 49.582 tys. zł ze środków UE i 8.749,8 tys. zł ze środków podmiotów uczestniczących w Projekcie. Był on o 3.638 tys. zł mniejszy niż pierwotnie zakładano i to pomimo zrealizowania dodatkowych, nieplanowanych elementów, tj. [1] budowy sieci WAN za 3.927,2 tys. zł, [2] zakupu dodatkowych komputerów za 1.972,7 tys. zł, [3] wybudowania zapasowej serwerowni z infrastrukturą sieciową za 2.189,8 tys. zł. Podział kosztów Projektu przedstawiono na poniższym diagramie.

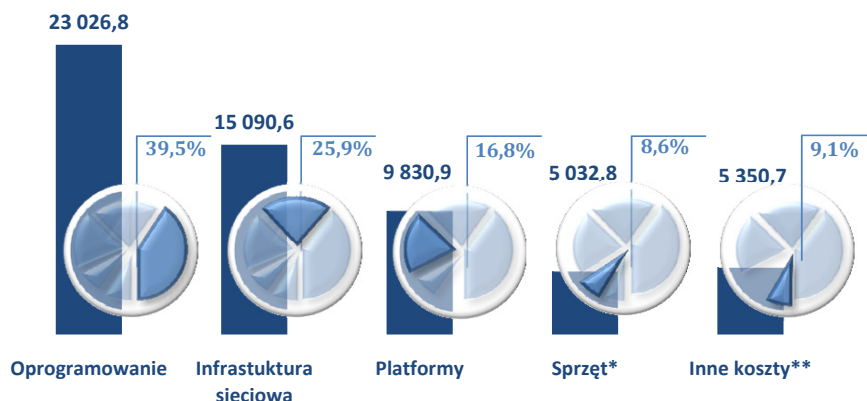
²⁰ Zgodnie z wymaganiami dotyczącymi Regionalnego Repozytorium EDM określonymi w pkt 4.2. załącznika nr 4 do opisu przedmiotu zamówienia w postępowaniu na „Dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla PSleZ”.

²¹ Historia zdrowia i choroby ambulatoryjna.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 10

Koszty realizacji Projektu w podziale na grupy (w tys. zł)



* Na sprzęt składały się komputery, laptopy, drukarki specjalistyczne, skanery i czytniki kodów kreskowych

** M.in. szkolenia (2.340,3 tys. zł), koszty zatrudnienia inżyniera kontraktu (2.074 tys. zł) oraz zespół projektowy (780,4 tys. zł)

Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie zakresów rzeczowo-finansowych, wniosków o płatność oraz wyników kontroli NIK.

3. Konto na portalu pacjenta założyło tylko 3.467 osób, a aktywowało je w podmiotach leczniczych zaledwie 372 z nich, co stanowiło odpowiednio 0,29% i 0,03% mieszkańców województwa podlaskiego w 2015 roku (wg GUS). W skontrolowanych podmiotach leczniczych w 2016 roku podjęto też jedynie 1.141 prób elektronicznej rejestracji na wizyty w poradniach, z których 408 zostało potwierdzonych przez ZOZ²² (z 574.866 wizyt²³ we wskazanym roku). Ponadto w ośmiu skontrolowanych podmiotach leczniczych²⁴ od pacjentów odebrano 123 zgody na przekazanie danych medycznych na portal pacjenta, co odpowiadało zaledwie 0,03% pacjentów leczonych w tych podmiotach w 2016 roku (326,9 tys. osób). Według zaś wyliczeń Marszałka Województwa Podlaskiego, na zakończenie okresu trwałości Projektu, tj. w kwietniu 2021 roku, konto na portalu pacjenta będzie miało niespełna 2% mieszkańców województwa podlaskiego.

Na portalu pacjenta założono jedynie 3.467 kont pacjenta, a aktywowano tylko co dziewiąte z nich. Stanowiło to odpowiednio 0,29% i 0,03% mieszkańców województwa w 2015 r.

W związku z powyższym konieczne jest prowadzenie dalszych działań promocyjnych oraz zwiększenie ich różnorodności. Dotychczasowe polegały m.in. na współpracy z wybranymi portalami internetowymi i umieszczaniu na nich ogłoszeń, zamieszczaniu banerów z e-rejestracją na portalach internetowych partnerów Projektu, wysyłaniu pism do instytucji publicznych z prośbą o udostępnienie ich pracownikom i klientom informacji o PSleZ. W podmiotach leczniczych prowadzono ją głównie poprzez zamieszczenie informacji o Projekcie na własnych stronach internetowych, umieszczenie ulotek, plakatów informacyjnych i naklejek na okienkach rejestracji. Tylko w jednym z podmiotów leczniczych rejestra-

²² Od 19 października 2015 r. do 31 stycznia 2017 r. było 1.477 prób rejestracji do poradni, w tym 552 potwierdzone przez podmiot leczniczy.

²³ Dane z Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

²⁴ Bez SP ZOZ w Siemiatyczach i Szpitala Powiatowego w Zambrowie Sp. z o.o., w których niemożliwe było ustalenie liczby zgód pacjentów na przetwarzanie ich danych osobowych, w tym danych medycznych na poziomie regionalnym.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

torzy medyczni przekazywali informacje o PSieZ pacjentom (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach opisał to w ankiecie trwałości skierowanej w 2017 roku do UMWP).

Przykład

W największym podmiocie leczniczym biorącym udział w Projekcie (Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku) do rozpoczęcia kontroli NIK nie prowadzono żadnych działań w celu rozpropagowania PSieZ wśród pacjentów. Według Dyrektora Szpitala, wynikało to z „(...) braku pełnego wdrożenia poszczególnych składowych Projektu i zbyt wczesnej fazy na jego promocję”.

Powodem ograniczenia działań promocyjnych było uznanie przez Instytucję Zarządzającą RPO za niekwalifikowalne planowanych wydatków na emisję spotu reklamowego w telewizji regionalnej oraz publikowanie artykułów dotyczących Projektu w prasie branżowej (materiały rozdysponowane w podmiotach leczniczych sfinansowane zostały ze środków własnych lidera). Decyzja ta była zgodna z krajowymi wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków.

Taka sytuacja, zdaniem NIK, wymaga podjęcia dodatkowych działań w celu rozpropagowania wśród pacjentów informacji o korzyściach płynących z realizacji Projektu. Tylko bowiem osoby posiadające konto na portalu pacjenta mogą korzystać z elektronicznej rejestracji do poradni specjalistycznych, a osoby, które wyraziły zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych medycznych na poziomie regionalnym oraz aktywowały konto, mogą uzyskać dostęp do elektronicznej wersji dokumentacji medycznej oraz mogą taką dokumentację udostępnić lekarzom z innych podmiotów leczniczych. Były to zaś główne korzyści, które miały zostać osiągnięte w wyniku realizacji Projektu (szerzej wątek pozyskiwania zgód od pacjentów opisano w rozdziale 5.2. pkt 1 niniejszej informacji). Bez ich spełnienia system EDM pełnić będzie jedynie rolę archiwum dokumentacji medycznej sporządzonej w formie elektronicznej.

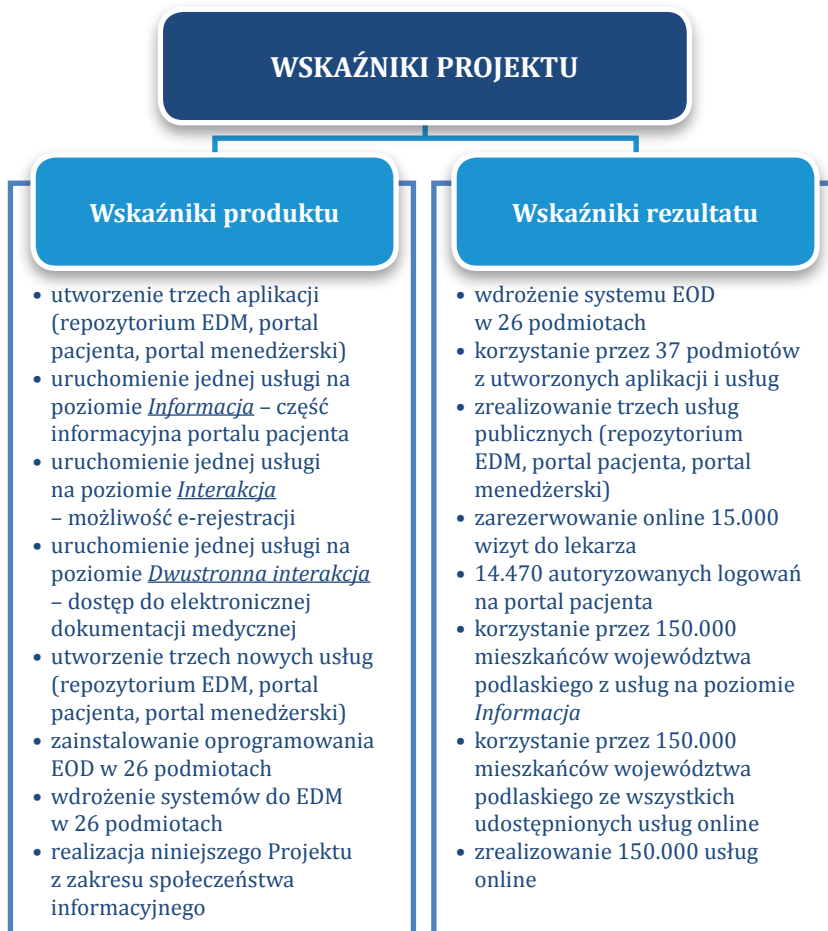
Wskaźniki dotyczące Projektu nie były obliczane prawidłowo. W konsekwencji Instytucji Zarządzającej RPO przekazane zostały nierzetelne dane o ich wysokości

4. W wyniku realizacji PSieZ osiągnięto założone wartości wskaźników produktu i większości (sześciu z ośmiu) wskaźników rezultatu. Lider Projektu nieprawidłowo jednak obliczał wartości czterech wskaźników rezultatu, wskutek czego nierzetelnie poinformowano Instytucję Zarządzającą o ich osiągniętych wysokościach.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 11

Wskaźniki produktu i rezultatu określone we wniosku o dofinansowanie Projektu



Źródło: Opracowanie własne NIK, na podstawie wniosku o płatność PSleZ oraz studium jego wykonalności.

Wskaźniki produktu osiągnięte zostały wraz z zakończeniem rzeczowego etapu Projektu, tj. 30 listopada 2015 r. Do tego czasu udostępniono trzy nowe usługi informatyczne, tj. repozytorium EDM umożliwiające dostęp do dokumentacji medycznej wytworzonej w formie elektronicznej, portal e-usługi medyczne pozwalający na zdalną rejestrację na wizyty do poradni specjalistycznych oraz portal menedżerski służący zwiększeniu nadzoru właścicielskiego w organach założycielskich. We wszystkich podmiotach leczniczych zainstalowano ponadto niezbędne systemy informatyczne oraz dostosowano infrastrukturę sieciową.

Od października 2015 roku UMWP zaczął monitorować wskaźniki rezultatu określone we wniosku o dofinansowanie PSleZ. Jeden z nich „14.470 autoryzowanych logowań na portal pacjenta” był mierzony za pomocą narzędzia (Google Analytics), które w rzeczywistości nie dawało możliwości ustalenia liczby autoryzowanych logowań dokonanych w celu przeglądania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Błędnie przyjęto, że autoryzowanym logowaniem było każde wejście na portal pacjenta osoby zalogowanej, chociaż we wniosku o dofinansowanie ustalono, że autoryzowany dostęp do portalu to dostęp uzyskany w celu przeglądania przez pacjenta własnej dokumentacji medycznej wytworzonej w formie elektronicznej. Dwa inne wskaźniki rezultatu dotyczące „wdrożenia systemów EOD

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

w 26 podmiotach” oraz „korzystania przez 37 podmiotów z utworzonych aplikacji i usług” mierzone były za pomocą ankiety trwałości Projektu, w której zawarto pytanie: „Czy zakupione w ramach projektu wartości niematerialne i prawne (oprogramowanie operacyjne, serwerowe, systemy EOD, EDM, itp.) wykorzystywane są w bieżącej działalności firmy?”, dopuszczając wyłącznie odpowiedzi „TAK” lub „NIE” (patrz: diagram nr 12). W konsekwencji podmiot, który wykorzystywał jedynie część zakupionego oprogramowania, udzielał odpowiedzi twierdzącej. Tymczasem, zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie, monitorowanie tych wskaźników miało być prowadzone poprzez pytania skierowane do partnerów o liczbę dokumentów zapisanych w systemach EOD oraz liczbę logowań do zainstalowanych systemów.

Infografika nr 12

Ankieta trwałości jako jedno z narzędzi do mierzenia stopnia osiągnięcia wskaźników rezultatu PSieZ

Sprawozdanie roczne/Ankieta dotycząca zabezpieczenia trwałości projektu zrealizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2007 - 2013

BENEFICJENT	
Imię i adres Beneficjenta zgodna z aktualnymi dokumentami rejestrowymi	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
numer NIP	5422534985
imię, nazwisko i stanowisko osoby upoważnionej do reprezentowania beneficjenta	Marek Stanisław Karp – p.o. Dyrektora Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku
imię, nazwisko i stanowisko osoby wypełniającej ankietę	
Telefon, fax, adres e-mail, strona www (dla potrzeb potwierdzenia autentyczności)	tel. +48 85 831 8335, fax +48 85 831 8880, email: szpital@poczta-usk.pl, strona www: www.uskwb.pl
INFORMACJA	
Czy Beneficjent jest świadomy obowiązku dotyczącego konieczności zabezpieczenia trwałości projektu na podstawie Rozporządzenia Rady WE nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylającego Rozporządzenie (WE) nr 1260/1999 przez okres co najmniej 5 lat?	<input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
PROJEKT	
Tytuł realizowanego projektu	Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie
Numer umowy o dofinansowanie projektu	UDA-RPPD.04.01.00-20-001/11-00
Czy zakupione w ramach projektu środki trwałe (serwery, PC itp.) wykorzystywane są w bieżącej działalności firmy? <i>(UWAGA: pytanie nie dotyczy storosów !!!)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy zakupione w ramach projektu wartości niematerialne i prawne (oprogramowanie operacyjne, serwerowe, systemy EOD, EDM itp.) wykorzystywane są w bieżącej działalności firmy?	<input checked="" type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy przeniesiono forme własności zakupionej ze środków unijnych infrastruktury / sprzętu / wyposażenia?	<input type="checkbox"/> Tak (opisać)

Narzędzie wykorzystywane do mierzenia następujących wskaźników:

- [1] wdrożenie systemu EOD w 26 podmiotach
- [2] korzystanie przez 37 podmiotów z utworzonych aplikacji i usług

Czy zakupione w ramach projektu wartości niematerialne i prawne (oprogramowanie operacyjne, serwerowe, systemy EOD, EDM itp.) wykorzystywane są w bieżącej działalności firmy?

Tak
 Nie

Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie ustaleń kontroli.

Przyjęcie przez lidera Projektu nieodpowiednich narzędzi do monitorowania zrealizowanych wartości wskaźników rezultatu skutkowało nierzetelnym poinformowaniem Instytucji Zarządzającej RPO o stopniu osiągniętych na koniec 2016 roku trzech wskaźników rezultatu, tj., że: [1] autoryzowanych logowań do portalu pacjenta było 41.277, [2] system EOD wdrożono w 26 podmiotach leczniczych (we wszystkich, w których system został zainstalowany), [3] utworzone aplikacje i usługi wykorzystywane były w 37 jednostkach (wszystkich biorących udział w projekcie).

W trakcie kontroli NIK stwierdzono natomiast, że w rzeczywistości: [1] autoryzowanych logowań do portalu pacjenta było **3.855** (o **37.422 mniej**), [2] elektroniczny obieg dokumentów nie został w ogóle lub w pełni wdrożony **w żadnym z 10 skontrolowanych podmiotów leczniczych**, [3] utworzone aplikacje i usługi **nie były w pełni wykorzystywane we wszystkich (15) skontrolowanych jednostkach** (np. systemu HIS nie wykorzystywano we wszystkich komórkach medycznych siedmiu skontrolowanych jednostek, które go zakupiły²⁵, systemu EDM w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, a portalu menedżerskiego w żadnym z pięciu skontrolowanych starostw).

Departament Społeczeństwa Informacyjnego nieprawidłowo poinformował Instytucję Zarządzającą RPO również o wartości wskaźnika „liczba rezerwacji online wizyt do lekarza”, podając 1.291, podczas gdy w rzeczywistości od 19 października 2015 r. do 31 grudnia 2016 r. prób rezerwacji było 1.273 (o 18 mniej). Błąd ten wynikał z pomyłki pracownika UMWP przy wskazaniu okresu, za który mają być obliczone dane (zamiast 31 grudnia 2016 r. wskazano 3 stycznia 2017 r.)²⁶. Wskaźnik ten nie został osiągnięty (zakładana wartość na koniec 2016 roku – 2.500).

5. Założenia dotyczące planów na przyszłość oraz rozwoju Projektu nie zostały jeszcze sprecyzowane. Zależą one w głównej mierze od możliwości finansowania Projektu po okresie trwałości, który kończy się w kwietniu 2021 roku. Koszty takie nie są znane. Rynek wskazuje bowiem dużą zmienność cen i nie sposób oszacować w kilkuletniej perspektywie, ile mogą kosztować poszczególne usługi z uwagi m.in. na szybką zmianę technologii i proponowanych rozwiązań informatycznych. Minister Cyfryzacji dostrzega jednak bardzo ważną rolę platform regionalnych jako pośrednika w przyszłej komunikacji pomiędzy platformą P1 a systemami lokalnymi. Jego zdaniem, jednym ze źródeł finansowania regionalnych platform dotyczących e-Zdrowia mogą być np. opłaty za korzystanie z repozytorium dokumentacji medycznej.

Nie sprecyzowano jeszcze założeń dotyczących rozwoju Projektu

Pomijając sferę finansowania Projektu, jego ewentualna ekspansja będzie oparta – jak twierdzi Koordynator Projektu – na stopniowym przyłączaniu kolejnych podmiotów leczniczych, wprowadzaniu dodatkowego oprogramowania, które umożliwiłoby sprawniejszą obsługę procesu leczenia pacjentów, w tym rozszerzenia działalności Projektu na przychodnie i poradnie, na co pozwala otwarty standard przyjętych rozwiązań technologicznych. Do tego niezbędne jest jednak poniesienie znacznych nakładów inwestycyjnych i jak najszybsze rozpoczęcie realizacji projektu, mającego na celu osiągnięcie tych zamierzeń.

Spośród 26 partnerów Projektu, zainteresowanych rozwojem PSieZ i jego realizacją w nowej perspektywie finansowej były 24, w tym 22 w dotychczasowej formule. Widzą oni potrzebę rozwoju systemu HIS o różnego

²⁵ SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Augustowie, Dąbrowie Białostockiej, Sejnach, Siemiatyczach, Sokółce i Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem.

²⁶ W trakcie kontroli NIK (14 lutego 2017 r.) Departament Społeczeństwa Informacyjnego skorygował wcześniejsze informacje w zakresie wskaźników: [1] „14.470 autoryzowanych logowań do portalu pacjenta” – zamiast 41.277 szt. wskazano 3.855 szt. oraz [2] „liczba rezerwacji online wizyt do lekarza” – zamiast 1.291 wskazano 1.273.

rodzaju moduły (np. bloku operacyjnego, rehabilitacji, laboratorium i diagnostyki obrazowej) oraz ich integracji. W przypadku systemu EDM, zdaniem partnerów, należałoby zadbać o możliwość archiwizacji wszystkich dokumentów medycznych dostępnych w HIS. Natomiast system ERP mógłby zostać rozbudowany o moduły: portal pracowniczy, raporty kadrowo-płacowe, BHP, uwierzytelnianie użytkownika, inwentaryzację i zarządzanie aparaturą medyczną.

Cechą Projektu była otwartość technologiczna na podłączenie nowych podmiotów – istniały do tego formy zachęty

Jednym z działań mających zachęcić podmioty lecznicze nieuczestniczące w Projekcie do przyłączenia się do Platformy Regionalnej było przyznanie dodatkowych punktów za realizację projektów komplementarnych z PSiEZ w konkursie ogłoszonym 24 lipca 2012 r. przez Instytucję Zarządzającą RPO. W wyniku tego konkursu dofinansowanie otrzymały cztery podmioty lecznicze deklarujące podłączenie do Platformy Regionalnej: Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku, Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku. Podmioty przyłączające się do Platformy Regionalnej we własnym zakresie ustalały skalę funkcjonalności udostępnianych swoim pacjentom. Jak jednak wynika z kontroli doraźnych przeprowadzonych w trzech z tych podmiotów²⁷, dwa (Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku, i SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku) nie doprowadziły do integracji zakupionego systemu informatycznego z Platformą Regionalną PSiEZ, a SP ZOZ w Łapach nie przekazywał elektronicznych dokumentów medycznych na Platformę Regionalną, gdyż do 14 lutego 2017 r. nie posiadał porozumienia podpisanego z Marszałkiem Województwa Podlaskiego na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym.

NIK zwraca uwagę, że zapewnienie właściwego funkcjonowania zakupionych systemów informatycznych po upływie okresu asysty powdrożeniowej wymagać może znacznych nakładów finansowych. Z informacji uzyskanych z SP ZOZ w Bielsku Podlaskim (partnera Projektu objętego kontrolą rozpoznawczą NIK) wynika bowiem, że dostawca oprogramowania przedstawił temu szpitalowi ofertę usługi integracji systemów HIS i ERP z systemem BI (także z Platformą Regionalną) po zakończeniu okresu gwarancji na moduł integracyjny (wynosiła ona jeden rok), którą wyceniono na 698 tys. zł rocznie, w tym [1] asysta powdrożeniowa – 600 tys. zł, [2] licencje – 90 tys. zł i [3] prace instalacyjne – 8 tys. zł. Wycena ta stanowiła aż 25% kosztów uczestnictwa partnera w całym Projekcie (2.840,5 tys. zł) i może być barierą nie do zaakceptowania zarówno dla tego podmiotu jak i innych podmiotów leczniczych znajdujących się w podobnej sytuacji (z usług tego dostawcy oprogramowania korzysta trzech innych partnerów Projektu). U innych partnerów, objętych tzw. dużym softem, usługa asysty powdrożeniowej kończy się w maju 2018 roku.

²⁷ Kontrola I/16/004 „Informatyzacja wybranych podmiotów leczniczych z terenu województwa podlaskiego”.

PODSUMOWANIE pkt 5.1.

Czynniki, które w procesie planowania oraz na etapie realizacji Projektu wpłynęły negatywnie na osiągnięcie korzyści określonych w studium wykonalności Projektu

ETAP PLANOWANIA PSieZ

Ograniczenie – z powodu braku środków finansowych – uczestników do 26 podmiotów leczniczych, które obsługują jedynie co trzeciego pacjenta, co w konsekwencji może prowadzić do niechętnego korzystania przez personel medyczny z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentów leczonych w innych podmiotach leczniczych, ponieważ będzie ona niepełna.

KONSULTACJE I OPINIOWANIE DOKUMENTACJI

Brak odpowiednich konsultacji z personelem medycznym w sześciu (z 10) podmiotach leczniczych i krótki, czterodniowy okres na opiniowanie obszernej dokumentacji projektowej (z powodu zbyt późnego rozpoczęcia realizacji PSieZ) mogły mieć niekorzystny wpływ na funkcjonalności systemów informatycznych otrzymanych w ramach Projektu oraz nieutożsamianie się z Projektem przez personel medyczny.

URUCHOMIENIE USŁUG INFORMATYCZNYCH

Ograniczenie jedynie do wybranej dokumentacji medycznej pacjenta udostępnianej na poziomie regionalnym oraz umożliwienie podmiotom leczniczym wprowadzanie ograniczeń w elektronicznej rejestracji na wizyty do poradni specjalistycznych.

MONITOROWANIE WSKAŹNIKÓW REZULTATU

Zastosowanie nieodpowiednich narzędzi do monitorowania niektórych wskaźników rezultatu i błędna metoda liczenia jednego z nich skutkowały niepełną wiedzą lidera Projektu na temat wykorzystywania przez podmioty lecznicze zakupionych systemów informatycznych i liczby logowań w celu dostępu do dokumentacji medycznej, co mogło wpłynąć na błędne przekonanie o prawidłowej realizacji PSieZ.

5.2. Wykorzystywanie przez zoz rozwiązań informatycznych i sprzętu

Rozwiązania informatyczne i sprzęt zakupione w ramach Projektu były niezbędne do jego realizacji, lecz nie były w pełni wykorzystane w podmiotach leczniczych. W konsekwencji niemożliwe było uzyskanie wszystkich korzyści, które miały zostać osiągnięte w wyniku realizacji Projektu. W większości skontrolowanych podmiotów leczniczych pacjentom i lekarzom zapewniono dostęp do elektronicznej dokumen-

tacji medycznej, jednak był on ograniczony do wybranych dokumentów. Co drugi podmiot leczniczy nie zagwarantował rejestracji on-line do wszystkich poradni, a w trzech jednostkach (w tym w największym podmiocie leczniczym w województwie) możliwość elektronicznej rejestracji zredukowano do nieznaczącej liczby godzin. W żadnym podmiocie nie wprowadzono natomiast elektronicznego obiegu dokumentów, a niezapewnienie właściwej integracji pomiędzy lokalnymi systemami informatycznymi negatywnie oddziaływało na możliwość skutecznego wykorzystywania narzędzi informatycznych do zarządzania podmiotami leczniczymi i sprawowania nad nimi nadzoru właścicielskiego. We wszystkich podmiotach leczniczych wykorzystywano zaś system do obsługi księgowo-administracyjnej ERP (poza modułem kalkulacji kosztów medycznych). Uwagi NIK dotyczyły też niewykorzystywania części zakupionego sprzętu.

Pacjentom i lekarzom
nie zapewniono
dostępu do kompletnej
dokumentacji medycznej

1. Pacjentom i lekarzom nie zapewniono dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej. Do repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej przekazywano bowiem jedynie wybrane rodzaje dokumentów (skierowania, zlecenia, recepty, zwolnienia, opis konsultacji medycznych, karty wypisowe oraz opisy wyników badań obrazowych²⁸). Wyjątkiem był Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, który pacjentom nie udostępnił ani jednego dokumentu wytworzonego w formie elektronicznej. Niejednokrotnie podmioty lecznicze ograniczały wytwarzanie dokumentacji w tej formie do części oddziałów szpitalnych i poradni, a w dwóch występowały rozbieżności między dokumentacją sporządzoną w formie papierowej i elektronicznej.

Jedną z głównych korzyści Projektu miało być umożliwienie pacjentom i lekarzom dostępu do dokumentacji medycznej bez względu na to, w którym podmiocie leczniczym biorącym udział w PSleZ została ona wytworzona. Zapewnić to miało **repozytorium EDM** (przedstawione szerzej w pkt 1 rozdziału 5.1.2 niniejszej informacji). W tym celu do podmiotów leczniczych zakupiono dwa systemy informatyczne wspomagające proces obsługi pacjentów (HIS i EDM)²⁹, za które zapłacono odpowiednio 8.285 tys. zł i 4.715,1 tys. zł.

Aby to osiągnąć system HIS należało wykorzystywać do tworzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, a system EDM do jej archiwizowania. Niezbędne było także prowadzenie różnorodnych działań promocyjnych Projektu wśród mieszkańców województwa (problem szerzej przedstawiono w pkt 3 rozdziału 5.1.2 informacji), aby wyrażali oni zgodę na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym i udostępnianie dokumentacji lekarzom. Zależności te przedstawiono na diagramie.

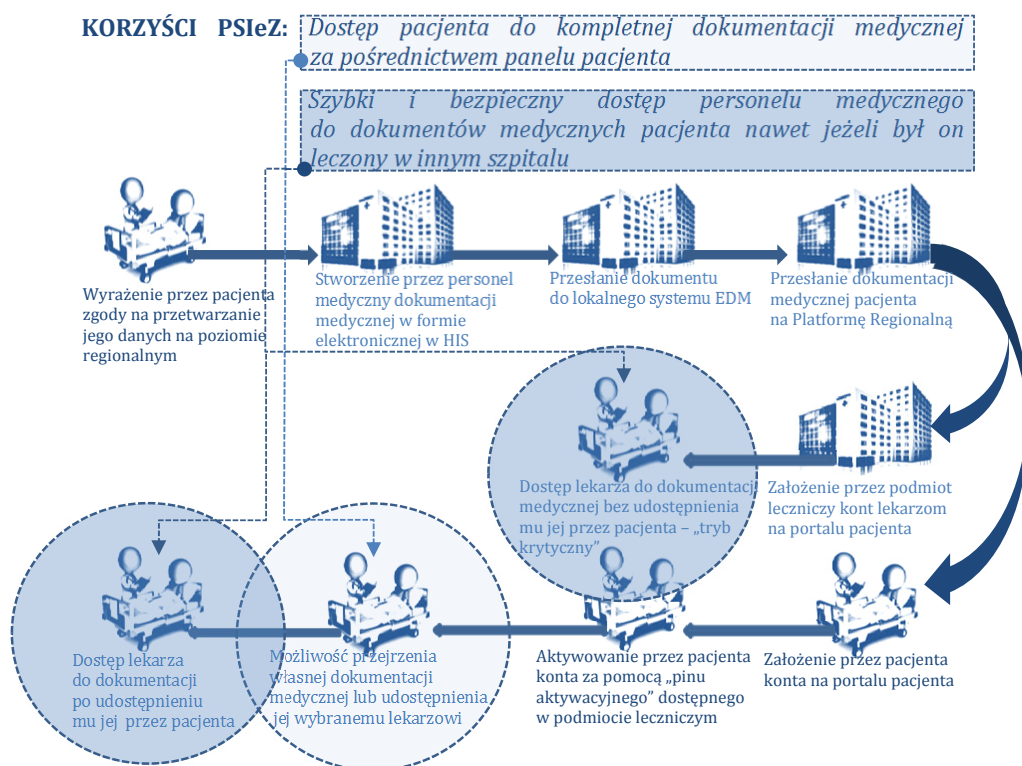
²⁸ Do repozytorium EDM nie przekazywano wyników badań obrazowych oraz kart: obserwacji porodu, indywidualnej opieki pielęgniarskiej, gorączkowej, obserwacji rany pooperacyjnej, znieczulenia, ryzyka zakażenia, opisu realizacji zabiegów i innych rodzajów dokumentów. Zakres dokumentów medycznych jest zbiorem otwartym.

²⁹ System EDM zainstalowano w 26 podmiotach leczniczych, a system HIS zakupiono lub zmodyfikowano w 21 z nich.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 13

Tworzenie i przesyłanie na poziom regionalny dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w kontekście przewidywanych korzyści z realizacji PSieZ



Źródło: Analiza własna NIK na podstawie ustaleń kontroli.

Podczas kontroli NIK 70 pracowników medycznych zapytano, czy przejście na wytwarzanie elektronicznej dokumentacji medycznej spowodowało większe obciążenie pracami administracyjnymi, a w konsekwencji zmniejszenie czasu poświęconego pacjentom³⁰. **Zdaniem połowy z nich spowodowało ono zmniejszenie prac** (np. 10 z 11 pytanym pracowników Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem), a **według 11 zwiększyło prace administracyjne** (w tym sześć z 12 pielęgniarek i położnych w SP ZOZ w Sejnach), 16 stwierdziło, że nie spowodowało zmniejszenia prac (głównie sześciu z 10 pracowników SP ZOZ w Augustowie). Pięciu osobom trudność sprawiało sporządzanie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej (pracownicy SP Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczy), a trzem kolejnym trudno było ocenić wdrożenie systemów HIS (np. dwie z siedmiu osób z Białostockiego Centrum Onkologii).

Odpowiedzi te wskazują, że w kwestii oszczędności czasu związanej z wytwarzaniem elektronicznej dokumentacji medycznej, zdania wśród personelu medycznego były podzielone. Co drugi pytany nie odczuł oszczędności w tym zakresie, co zdaniem NIK może wpływać na niechęć korzystania z zakupionych systemów informatycznych.

³⁰ Pytanie takie zostało zadane kierownikom oddziałów. Nie pytano pracowników SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej, gdyż w tym podmiocie nie wytwarzano elektronicznej dokumentacji medycznej oraz nie pytano pracowników Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego, ponieważ w ramach Projektu nie zakupiono w nim systemu HIS.

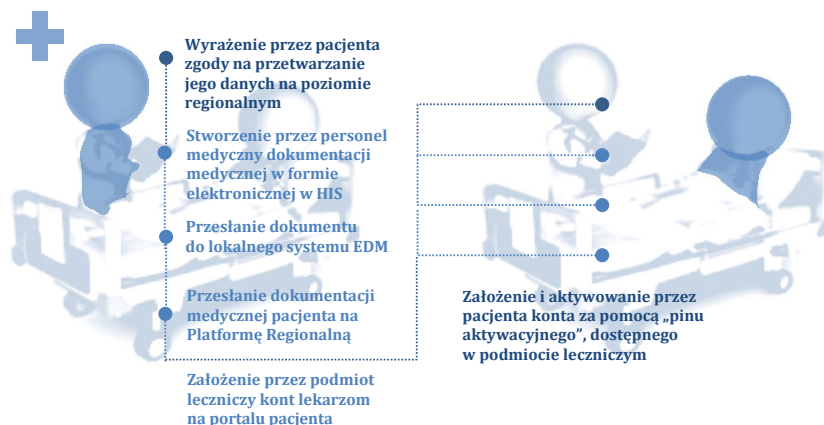
WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 14

Najistotniejsze czynności, których wykonanie jest niezbędne przed uzyskaniem dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem Platformy Regionalnej zarówno przez personel medyczny jak i pacjenta

Aby **PERSONEL MEDYCZNY** mógł mieć dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej niezależnie od miejsca jego wytworzenia najistotniejsze było:

Aby **PACJENT** mógł mieć dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej za pośrednictwem Platformy Regionalnej najistotniejsze było:



Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie ustaleń kontroli.

W niedostateczny sposób wykorzystywano w podmiotach leczniczych funkcjonalności zakupionych systemów informatycznych wspomagających obsługę pacjenta (HIS i EDM)

Wszystkie skontrolowane podmioty lecznicze wykorzystywały systemy HIS do tworzenia dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej. Jednakże dotyczyło to tylko wybranych rodzajów dokumentów i jedynie w części komórek organizacyjnych skontrolowanych szpitali³¹, mimo że zgodnie z § 5 ust. 2 pkt 7 porozumienia partnerskiego, podmioty lecznicze zobowiązały się do zasilania danymi systemów i aplikacji zakupionych w Projekcie³².

Przykład

W SP ZOZ w Siemiatyczach w 73% poradni (w 11 z 15) nie wykorzystywano systemu HIS do wytwarzania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, a w kolejnych dwóch poradniach tylko dwóch (z ośmiu) lekarzy prowadziło dokumentację medyczną za pomocą tej aplikacji. Natomiast w czterech oddziałach leczniczych Szpitala objętych badaniem (wewnętrzny, pediatryczny, anestezjologii i intensywnej terapii oraz chirurgiczny) systemu HIS nie wykorzystywano do prowadzenia od trzech do pięciu rodzajów dokumentacji medycznej.

W SP ZOZ w Augustowie system HIS wykorzystywano jedynie w czterech (z siedmiu) oddziałach szpitalnych do prowadzenia historii chorób z kartami obserwacji lekarskich oraz do prowadzenia pięciu (z 12) rodzajów dokumentacji zbiorczej.

³¹ W SP ZOZ w Augustowie, Dąbrowie Białostockiej, Siemiatyczach i SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczy.

³² Podobny stan stwierdzono w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim i w Szpitalu Ogólnym w Grajewie, które objęto kontrolą rozpoznawczą.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W dwóch skontrolowanym podmiotach leczniczym (SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej i SP ZOZ w Siemiatyczach) elektroniczna wersja dokumentacji medycznej nie była tożsama z wersją papierową, co zdaniem NIK może stanowić kolejną istotną barierę zniechęcającą pacjentów do korzystania z usługi repozytorium EDM.

Przykład

W SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej 28 (z 38 skontrolowanych) dokumentów medycznych było wytworzonych odręcznie, a następnie wprowadzane były do systemu HIS. W konsekwencji dokumentacja medyczna zamieszczona w tym systemie była niekompletna lub zubożona w porównaniu z wersją sporządzoną odręcznie. **Na przykład zamiast treści wywiadu lekarskiego w systemie HIS wstawiono „(...)” lub odwołanie do dokumentacji „papierowej”.**

W dziewięciu z 10 skontrolowanych podmiotów leczniczych elektroniczną dokumentację medyczną przesyłano z systemu HIS do EDM. Dostęp pacjentów i lekarzy do kompletnej dokumentacji medycznej ograniczono jednak wyłącznie do skierowań, zleceń, recept, zwolnień, opisu konsultacji medycznych, kart wypisowych oraz opisu wyników badań obrazowych, co szerzej opisane zostało w pkt 1 rozdziału 5.1.2 niniejszej informacji. W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku zaniechano zaś przesyłania elektronicznej dokumentacji medycznej do systemu EDM i nie zapewniono integracji z Platformą Regionalną.

Przykład

W Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku [1] nie pozyskano zgody na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym od żadnego pacjenta, pomimo iż w 2016 roku udzielono w nim aż 156 tys. świadczeń medycznych³³, [2] nie wykorzystywano systemu EDM zakupionego za 540 tys. zł oraz [3] nie zapewniono co najmniej od 8 grudnia 2016 r. do 2 stycznia 2017 r. odpowiedniej integracji z Platformą Regionalną, co uniemożliwiało przesyłanie dokumentów medycznych na poziom regionalny. Wynikało to głównie z samodzielnego przygotowywania postępowań przetargowych, nieprzygotowania personelu medycznego (rejestratorów medycznych) do realizowania PSleZ, nieodpowiedniego skonfigurowania systemu EDM (do którego nie były automatycznie przenoszone dokumenty wytworzone w systemie HIS). Ponadto szpital nie posiadał odpowiednich narzędzi do weryfikowania poprawności realizowania umowy na integrację systemów lokalnych z Platformą Regionalną. Dopiero w trakcie kontroli NIK w podmiocie leczniczym podjęto działania naprawcze.

W największym podmiocie leczniczym w województwie podlaskim nie użytkowano systemu EDM oraz wystąpiły problemy z integracją z Platformą Regionalną

Konto na portalu pacjenta **założyło 3.467 osób, tj. 0,29% mieszkańców województwa podlaskiego, z których zaledwie co dziewiąty aktywo-**

³³ Stanowiło to 39,5% wszystkich świadczeń udzielonych przez 10 skontrolowanych podmiotów.

wał je³⁴ (372 osoby, tj. 0,03% mieszkańców województwa) oraz 962 (z 2.209³⁵) lekarzy leczących w 26 podmiotach leczniczych biorących udział w PSieZ.

Przez okres blisko dwóch lat w ośmiu skontrolowanych podmiotach leczniczych uzyskano zaledwie 123 zgody pacjentów na przetwarzanie ich danych osobowych na poziomie regionalnym

Pacjent, który chciał, aby jego dokumentacja medyczna była jemu i lekarzom dostępna w wersji elektronicznej musiał w każdym podmiocie, w którym odbywał leczenie, wyrazić zgodę na przekazanie jego danych na poziom regionalny. Zgoda wyrażona została zaledwie przez **123 osoby**, tj. 0,03% pacjentów, którzy skorzystali w 2016 roku ze świadczeń w ośmiu³⁶ skontrolowanych pod tym względem podmiotach (326,9 tys. świadczeń).

Ponadto zgoda dotyczyła wyłącznie dokumentacji medycznej wytworzonej po jej wyrażeniu. Dokumenty zgromadzone w danym podmiocie przed dniem wyrażenia takiej zgody nie będą zatem dostępne na Platformie Regionalnej, nawet jeżeli zostały wytworzone za pomocą systemów HIS, chyba że pacjent samodzielnie zamieści je na portalu pacjenta. Wyrażenie zgody po zakończeniu kontroli NIK (blisko dwa lata od zakupu systemów informatycznych i podpisania porozumienia w sprawie danych osobowych) nie będzie zatem dotyczyło dokumentacji wytworzonej wcześniej.

Pomimo tak kluczowego znaczenia zgody na przetwarzanie danych osobowych pacjenta dla osiągnięcia korzyści założonych w Projekcie, podmioty lecznicze nie poczyniły należytych starań w celu jej skutecznego pozyskania. Wśród skontrolowanych jednostek najwięcej udzielili ich pacjenci SP ZOZ w Sokółce (72). W przypadku pozostałych siedmiu podmiotów leczniczych, w których była możliwość ustalenia liczby udzielonych zgód, wynosiła ona od 0 (w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku) do 14 (w Białostockim Centrum Onkologii). Charakterystyczne jest, że wiele z tych zgód pozyskano od pracowników skontrolowanych podmiotów leczniczych – np. siedem (z ośmiu złożonych) w SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej, sześć (z 10) w SP ZOZ w Sejnach, trzy (z czterech) w SP ZOZ w Augustowie.

Pacjentom nie zapewniono właściwego dostępu do usługi e-rejestracji, która działała nieprawidłowo zarówno z powodów technicznych jak i winy podmiotów leczniczych

2. Pacjentom nie zapewniono właściwego dostępu do elektronicznej rejestracji do poradni specjalistycznych. Tylko cztery³⁷ podmioty lecznicze zapewniły rejestrację do wszystkich poradni i na pełne godzinnych ich funkcjonowania. W konsekwencji w 2016 roku elektronicznie zarezerwowano jedynie 1.141 wizyt (0,19% ogółu w 2016 roku³⁸).

³⁴ W celu dostępu do własnej dokumentacji medycznej pacjent po założeniu konta na stronie internetowej www.e-zdrowie.wrotapodlasia.pl musiał odebrać – w jednym z podmiotów leczniczych biorących udział w PSieZ – kod pin, za pomocą którego mógł dokonać aktywowania swojego konta na portalu pacjenta.

³⁵ Wg danych uzyskanych z Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

³⁶ Liczba wyrażonych przez pacjentów zgód na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym możliwa była do policzenia w ośmiu z 10 podmiotów leczniczych (oprócz SP ZOZ w Siemiatyczach i w Szpitalu Powiatowym w Zambrowie Sp. z o.o., gdzie zgody przechowywane były w dokumentacji medycznej pacjenta).

³⁷ SP ZOZ w Augustowie, Sejnach, SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu i Białostockie Centrum Onkologii.

³⁸ W zakładach opieki zdrowotnej objętych Projektem w 2016 roku było 574.866 wizyt.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

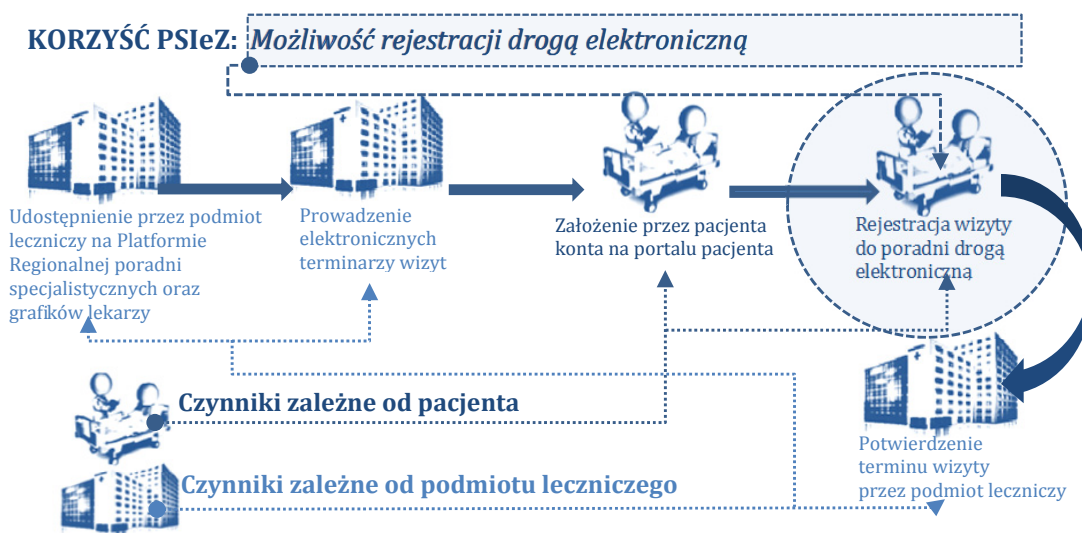
Poza tym tylko 408 (0,07%) zostało potwierdzonych przez podmioty lecznicze. Może to być skutkiem wprowadzonych przez podmioty lecznicze ograniczeń w elektronicznej rejestracji do poradni.

Realizacja Projektu miała umożliwić pacjentom elektroniczną rejestrację do poradni specjalistycznych podmiotów leczniczych, będących jego partnerami. Zapewnić to miał **Portal e-usługi medyczne** (przedstawiony szerzej w pkt 1 rozdziału 5.1.2 niniejszej informacji).

Do zapewnienia poprawnego funkcjonowania tej usługi niezbędne było: [1] udostępnienie na Platformie Regionalnej poradni specjalistycznych prowadzonych w podmiocie leczniczym oraz grafików przyjęć poszczególnych lekarzy, [2] odnotowywanie wizyt w systemie HIS oraz [3] potwierdzanie tych wizyt w systemie informatycznym przez personel podmiotu leczniczego. Zależności te przedstawiono na poniższym diagramie. Koniecznym było również prowadzenie różnorodnych działań propagujących Projekt wśród mieszkańców, aby zakładali konta na portalu pacjenta, bez których niemożliwa była rejestracja elektroniczna.

Infografika nr 15

Czynności niezbędne do funkcjonowania e-rejestracji



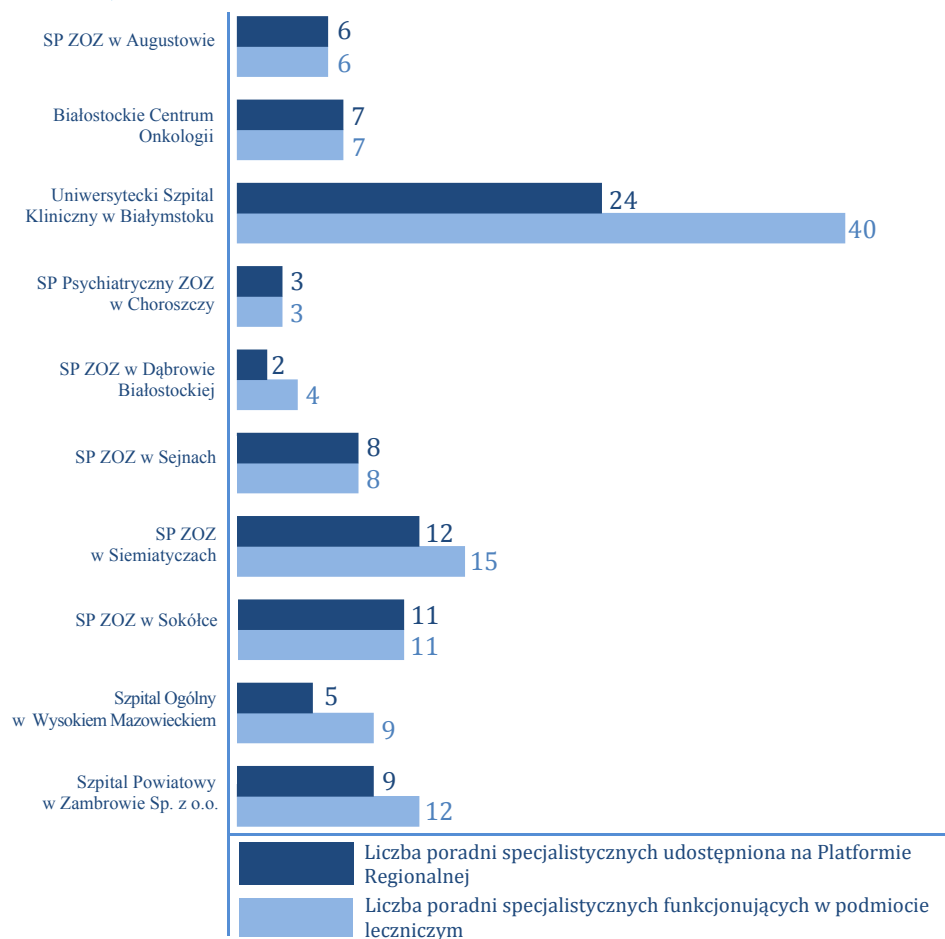
Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie wyników kontroli.

Skontrolowane podmioty lecznicze udostępniły tymczasem **możliwość elektronicznej rejestracji do zaledwie 76% poradni specjalistycznych (87 ze 115)** – najmniej w SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej (50%), SP ZOZ w Wysokiem Mazowieckiem (56%), Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku (60%) oraz w Szpitalu Powiatowym w Zambrowie Sp. z o.o. (75%) i SP ZOZ w Siemiatyczach (80%). Wszystkie poradnie specjalistyczne na Platformie Regionalnej udostępniono jedynie w co drugim skontrolowanym podmiocie leczniczym (w pięciu z 10). Szczegóły przedstawiono na poniższym diagramie.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 16

Liczba poradni udostępnianych na Platformie Regionalnej w skontrolowanych podmiotach leczniczych



Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie dokumentacji przetargowej.

Pomimo udostępnienia na portalu pacjenta usługi e-rejestracji do poradni specjalistycznych, cztery³⁹ z 26 podmiotów leczniczych, będących partnerami PSiEZ, nie potwierdzały pacjentom wyznaczonego terminu wizyty, co faktycznie uniemożliwiało jej odbycie we wskazanym terminie. W ośmiu zaś kolejnych (w tym w trzech⁴⁰ skontrolowanych) nie było możliwości zarejestrowania na wizytę z uwagi na komunikat o błędzie systemu⁴¹, widniejący w momencie dokonywania rezerwacji wizyty.

³⁹ W SP ZOZ w Mońkach, Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem oraz w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży i Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży.

⁴⁰ W SP ZOZ w Siemiatyczach, Szpitalu Powiatowym w Zambrowie Sp. z o.o. i w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

⁴¹ Błąd o treści: „Wystąpił nieoczekiwany błąd. Wyślij zgłoszenie na adres psiez@wrotapodlasia.pl”.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

W siedmiu⁴² z 10 skontrolowanych podmiotów leczniczych pacjenci rejestrujący się elektronicznie do poradni specjalistycznych otrzymywali nieprawidłowe informacje o terminach wizyt (inny termin wizyty widoczny był na portalu pacjenta a inny w przypadku rejestracji osobistej lub telefonicznej). W przypadku czterech⁴³ z nich powodem było nierzetelne prowadzenie terminarzy wizyt w aplikacji HIS, wynikające z prowadzenia ich w formie papierowej i niebieżącego przenoszenia z nich danych do systemu informatycznego. W pozostałych wynikało to m.in. z pozostawiania wolnych terminów w grafikach dla pacjentów leczonych poza kolejnością zgłoszeń oraz w przypadku kontynuacji leczenia. W konsekwencji część terminów widniejących na portalu pacjenta jako wolne była w rzeczywistości zarezerwowana (najbliższe wolne terminy były późniejsze od kilku dni do nawet kilku miesięcy⁴⁴ od wskazanych na portalu pacjenta).

Charakterystyczne jest, że w czterech⁴⁵ podmiotach leczniczych listę pacjentów oczekujących („papierową”) prowadzono w formie kalendarzy lub zeszytów, w sposób niezgodny z wymogami art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Nie odnotowywano w nich głównie informacji o rozpoznaniu lub powodzie przyjęcia, danych adresowych i telefonu do pacjenta oraz daty i godziny dokonania wpisu na liście, co uniemożliwiało weryfikację kolejności zgłoszenia się pacjentów do poradni.

Stwierdzono również inne bariery niekorzystnie wpływające na korzystanie przez pacjentów z elektronicznej rezerwacji terminów wizyt w poradniach specjalistycznych. Na przykład:

- we wszystkich podmiotach leczniczych pacjenci mieli możliwość umówienia wizyty najwcześniej na kolejny dzień, podczas gdy rejestrując się osobiście lub telefonicznie do poradni (do których nie było kolejek) wizytę można było umówić na dzień bieżący;
- w trzech⁴⁶ skontrolowanych ZOZ możliwość e-rejestracji ograniczono na wybrane, nieznaczące liczby godzin pracy poradni (nawet jedną tygodniowo – patrz przykłady w ramce), uzasadniając to ustawowym obowiązkiem zapewnienia jedynie możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty w poradniach, ale bez wskazania, że ma to dotyczyć wszystkich godzin ich pracy⁴⁷, innym powodem była konieczność przyjmowania pacjentów z uwzględnieniem ich stanu zdrowia (przypadki pilne) i posiadających uprawnienia do przyjmowania bez kolejki;

⁴² SP ZOZ w Augustowie, Sejnach, Siemiatyczach, Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem, Białostockie Centrum Onkologii, Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. oraz Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

⁴³ SP ZOZ w Augustowie, Sejnach, Siemiatyczach, Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem.

⁴⁴ Np. w SP ZOZ w Siemiatyczach termin wizyty na portalu pacjenta do poradni kardiologicznej był o trzy miesiące wcześniejszy (6 grudnia 2016 r.), w stosunku do faktycznego pierwszego wolnego terminu (7 marca 2017 r.).

⁴⁵ SP ZOZ w Augustowie, Sejnach, Siemiatyczach i Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem.

⁴⁶ SP ZOZ w Sokółce, Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. i Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

⁴⁷ Art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- w Szpitalu Ogólnym w Wysokim Mazowieckiem nie zaktualizowano danych udostępnianych na Platformie Regionalnej o lekarzach przyjmujących w poradniach przyszpitalnych, w konsekwencji czego rejestrując się na wizytę na przykład do poradni położniczo-ginekologicznej można było wybrać dwóch lekarzy, którzy w tym podmiocie leczniczym na dzień kontroli już nie pracowali;
- w siedmiu⁴⁸ skontrolowanych podmiotach leczniczych nie stworzono pacjentom rejestrującym się drogą elektroniczną możliwości wyboru lekarza we wszystkich lub w części poradni, chociaż taka dogodność została zapewniona podczas rejestracji osobistej lub telefonicznej.

Przykład

W **SP ZOZ w Sokółce** pacjenci mogli dokonać rejestracji wizyty jedynie w wyznaczonym paśmie, które rozpoczyna się najwcześniej o godzinie 12⁰⁰ (poradnie rozpoczynają prace głównie od 7³⁰ do 11⁰⁰) i pozwala na rejestrację od dwóch do czterech pacjentów (co stanowi od 5,4% do 12,5% czasu pracy danej poradni). W przypadku dwóch poradni z tego powodu nie było możliwości ustalenia wizyty w środę i sobotę w poradni rehabilitacji oraz w sobotę w poradni nefrologicznej, które były dniami pracy tych poradni.

Pacjentom **Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku** nie stworzono możliwości zarejestrowania się za pośrednictwem portalu pacjenta do żadnej poradni funkcjonującej w Szpitalu. Na dzień zakończenia kontroli NIK na portalu pacjenta udostępniono jedynie 24 (z 40) poradnie specjalistyczne. Jednak także do nich nie było możliwości zarezerwowania wizyty, z uwagi na pojawiający się błąd informujący użytkownika o niedokonywaniu rezerwacji. Ponadto możliwość zdalnej rejestracji ograniczono poprzez wyznaczenie godzin, na które możliwa była e-rejestracja oraz nieudostępnienie grafików wszystkich lekarzy. Elektroniczne rejestrowanie się umożliwiono np. do: [1] poradni neurologicznej we wtorki od 14⁰⁰ do 15⁰⁰ i środy od 11⁰⁰ do 12⁰⁰ do jednego z 13 przyjmujących lekarzy, czyli w trakcie dwóch z 36 (5%) godzin pracy poradni w tygodniu, [2] poradni okulistycznej w piątki od 8³⁰ do 9³⁰ do jednego z 14 przyjmujących lekarzy, czyli w trakcie jednej z 34 (3%) godzin pracy poradni w tygodniu, czy [3] poradni endokrynologicznej w poniedziałki i wtorki od 11⁰⁰ do 12⁰⁰ do jednego z siedmiu przyjmujących lekarzy, tj. w trakcie dwóch z 34 (6%) godzin pracy poradni w tygodniu. Wskutek tego najbliższe terminy wizyt możliwe do zdalnego zarezerwowania przez pacjenta do poszczególnych poradni specjalistycznych w tym podmiocie leczniczym, były późniejsze od trzech do nawet dziewięciu⁴⁹ miesięcy od rzeczywistych, możliwych do umówienia osobiście lub telefonicznie.

Zdaniem NIK, niespójne ze stanem faktycznym dane dotyczące pierwszych wolnych terminów wizyt zamieszczane w portalu pacjenta, niepotwierdzenie tych wizyt przez podmiot leczniczy, nieudostępnianie wszystkich poradni na Platformie Regionalnej oraz inne wskazane bariery mogą znie-

⁴⁸ SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Augustowie i Sokółce, Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o., a w części z poradni w SP ZOZ w Sejnach, Siemiatyczach i w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

⁴⁹ W przypadku poradni neurochirurgicznej (na dzień 20 stycznia 2017 r.) pierwszym wolnym terminem na wizytę do lekarza specjalisty był 26 marzec 2017 r., podczas gdy elektronicznie pacjent miał możliwość zarezerwowania wizyty najwcześniej na 3 stycznia 2018 r.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

chęć pacjentów do korzystania ze zdalnej rejestracji. W konsekwencji w 26 podmiotach leczniczych biorących udział w Projekcie w 2016 roku podjęto 1.141 prób rejestracji, z czego jedynie 408 zostało potwierdzonych przez podmiot leczniczy⁵⁰ (w analizowanym roku w tych zakładach opieki zdrowotnej było 574.866 wizyt).

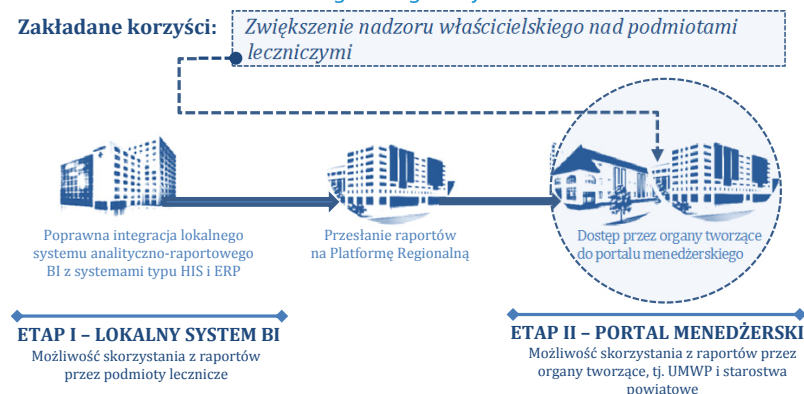
3. Partnerzy Projektu dokonali odbioru niesprawnego systemu analityczno-zarządczego (BI) w podmiotach leczniczych i portalu menedżerskiego dla organów je tworzących, nie zapewniono bowiem odpowiedniej integracji pomiędzy lokalnymi systemami (BI, HIS i ERP) funkcjonującymi w podmiotach leczniczych, co skutkowało generowaniem przy użyciu tych narzędzi danych niezgodnych ze stanem faktycznym. W konsekwencji uruchomienie za 520,4 tys. zł⁵¹ systemu analityczno-zarządczego i portalu menedżerskiego nie pozwoliło na skrócenie czasu uzyskania informacji służących do zarządzania szpitalami i sprawowania nad nimi nadzoru właścicielskiego.

Wdrożenie w wyniku realizacji PSiEZ systemu kontrolno-zarządczego miało m.in. ułatwić zarządzanie podmiotami leczniczymi oraz być nowym narzędziem do sprawowania nadzoru właścicielskiego. W tym celu do 25⁵² podmiotów leczniczych zakupiono systemy raportowo-analityczne BI, a 10 starostwom powiatowym, UMWP oraz Szpitalowi Powiatowemu w Zambrowie Sp. z o.o. udostępniono usługę portalu menedżerskiego.

Usługa portalu menedżerskiego nie była wykorzystywana przez organy tworzące podmioty lecznicze z uwagi na niezapewnienie odpowiedniej integracji między systemami BI, HIS i ERP

Infografika nr 17

Portal menedżerski w kontekście celu głównego Projektu



Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie wyników kontroli.

Głównym zadaniem **systemów raportowo-analitycznych typu BI** w podmiotach leczniczych było dostarczenie użytkownikom różnych analiz ilościowo-wartościowych, które mogłyby w znaczący sposób skrócić czas uzyskania informacji służących do zarządzania szpitalem⁵³. Oprogramowanie to przetwarzało informacje wprowadzane do systemów typu HIS i ERP na dane zarządcze (analizy i raporty) i oferowało użytkownikom 72 podsta-

⁵⁰ Pozostałe wizyty zostały odwołane przez pacjenta (330 wizyty) lub podmiot leczniczy (299) albo niepotwierdzone przez podmiot leczniczy (104).

⁵¹ Wobec zaplanowanej 555,9 tys. zł.

⁵² Jedynym podmiotem leczniczym, w którym nie zainstalowano systemu BI był Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

⁵³ Nie jest konieczny dostęp do systemów HIS i ERP.

wowe raporty⁵⁴. Z kolei **portal menedżerski** w założeniach umożliwić miał pracownikom jednostek nadrzędnych dostęp do raportów oferowanych przez system typu BI w podmiotach leczniczych.

W praktyce jednak system raportowo-analityczny BI i portal menedżerski nie spełniały swoich funkcji. **Dane aż w 40 z 88 sprawdzonych przez NIK raportów z systemu BI (45%) były niezgodne z danymi źródłowymi i w konsekwencji nie mogły być skutecznie wykorzystywane do zarządzania podmiotami leczniczymi, ani być nowym narzędziem do sprawowania nadzoru właścicielskiego.** Nieprawidłowe dane występowały bowiem we wszystkich rodzajach raportów począwszy od strictly finansowych (np.: w UMWP w raporcie „Przychody ogółem” – przychody jednego ze szpitali były zawyżone o 164.502,4 tys. zł) poprzez raporty dotyczące procesu leczenia (np.: w SP ZOZ w Augustowie w raporcie „liczba łóżek” zamiast 171, którymi dysponował szpital wskazano 0 łóżek), aż po raporty dotyczące rozliczeń z NFZ (np. w SP ZOZ w Sejnach w raporcie „poziom wykonania kontraktu” dane w systemie BI były zaniżone o ponad 16 tys. punktów)⁵⁵.

Zdaniem NIK, w kwietniu 2016 roku niesłusznie skupiono się na zapewnieniu poprawnego działania jedynie 10 z 72 raportów generowanych z systemu BI⁵⁶. Pomimo zaangażowania wykonawcy w poprawę działania tychże raportów, część z nich nadal nie zapewniała prawidłowych danych (na przykład koszty ogółem, przychody ogółem i wynik finansowy ogółem za rok 2016 przedstawiały wiarygodne dane tylko w jednym z 13 podmiotów leczniczych, dla których Województwo Podlaskie jest organem tworzącym).

Powodem nierzetelności danych generowanych z systemu BI była nieodpowiednia integracja tego systemu z systemami typu ERP (skąd system BI pobierał informacje do raportów finansowych i administracyjno-kadrowych) oraz HIS (informacje do raportów medycznych). Z tego powodu osiem⁵⁷ z dziewięciu skontrolowanych podmiotów leczniczych nie mogło korzystać w bieżącej pracy z raportów generowanych z systemu BI, a pięć z sześciu⁵⁸ organów tworzących (wszystkie starostwa powiatowe) z portalu menedżerskiego. Z kolei Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. wydatkował 47,1 tys. zł na uzyskanie dostępu do portalu menedżerskiego, a te same funkcjonalności zapewniał system BI. Z obu nich nie korzystano.

Przykład

Próba wygenerowania w Starostwie Powiatowym w Sokółce wszystkich 85 dostępnych raportów w portalu menedżerskim wykazała, że:

⁵⁴ M.in. Koszty, Przychody, Wynik finansowy, Koszt łóżka itp. System dawał również możliwość tworzenia indywidualnych raportów, zdefiniowanych przez użytkownika.

⁵⁵ Podobny stan stwierdzono w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim i w Szpitalu Ogólnym w Grajewie oraz w Starostwie Powiatowym w Bielsku Podlaskim, które objęto kontrolą rozpoznawczą.

⁵⁶ [1] koszty ogółem, [2] koszty według rodzajów, [3] liczba i wartość świadczeń niewykonanych do limitu określonego umową, [4] liczba i wartość świadczeń zrealizowanych ponad limit określony umową, [5] plan finansowy i odsetek jego wykorzystania, [6] poziom wykonania kontraktu (wartościowy), [7] przychody ogółem, [8] przychody wg. rodzajów, [9] wynik finansowy oddziałów, [10] wynik finansowy ogółem.

⁵⁷ Wszystkie podmioty lecznicze poza SP ZOZ w Sokółce.

⁵⁸ W UMWP w 2016 roku wygenerowano 608 raportów. NIK skontrolowała 39 raportów, z których 29 przedstawiało wartości niezgodne ze stanem faktycznym.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

- 43 (50,6%) generowały dane za lata 2015 i 2016 lub ze wskazaniem na dany dzień na podstawie zadanych kryteriów;
- 23 (27,1) nie wykonywały się (m.in. raporty: koszt leczonego, koszt osobodnia, średnie wynagrodzenie zasadnicze, wzrost kontraktu – ilość i wartość);
- 19 (22,4%) zwracało dane jedynie od 2015 roku do kwietnia 2016 roku (m.in. raport hospitalizacje z podziałem na wiek, płeć i procedury, liczba porad w poszczególnych poradniach).

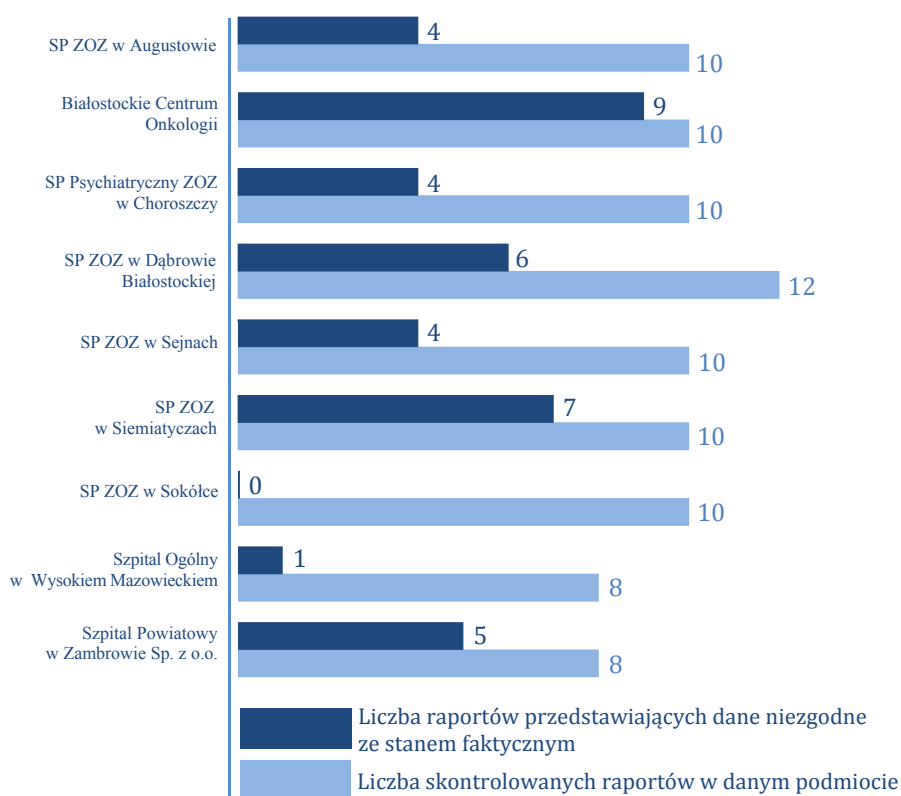
Z kolei z objętych analizą NIK sześciu z 43 raportów, generujących dane za lata 2015 – 2016, jedynie w dwóch (tj. 33,3%) dane były rzetelne.

NIK zwraca uwagę, że **wykorzystywanie obarczonych błędami danych stwarza istotne ryzyko podjęcia niewłaściwej decyzji, a sporządzenie sprawozdań na podstawie takich informacji – ryzyko przekazania zainteresowanym instytucjom nieprawdziwych danych.**

Pomimo prezentowania przez system BI oraz portal menedżerski niewłaściwych danych, nie naliczono wykonawcy kar przewidzianych w umowie (za przerwę w prawidłowym działaniu systemu w umowie przewidziano karę w wysokości 0,005% wynagrodzenia za każde rozpoczęte 24 godziny przerwy, czyli 1,2 tys. zł). Skontrolowane podmioty lecznicze zgłaszały wykonawcy błędy w działaniu oprogramowania (razem 33 razy). Te z podmiotów, które zgłaszały je najczęściej (SP ZOZ w Sokółce – dziewięć razy i Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem – 12 razy) miały najmniejszą liczbę błędnie działających raportów.

Infografika nr 18

Liczba błędnych raportów generowanych z systemu BI w skontrolowanych podmiotach leczniczych



Źródło: Analiza własna NIK, na podstawie wyników kontroli.

W podmiotach leczniczych niemal w pełni wykorzystywano system ERP. Nie wprowadzono zaś elektronicznego obiegu dokumentów, mimo upływu blisko dwóch lat od zainstalowania systemu EOD

4. We wszystkich objętych kontrolą podmiotach leczniczych niemal w pełni wykorzystywano funkcjonalności systemu do obsługi księgowo-administracyjnej (ERP). W żadnym z nich nie wprowadzono zaś elektronicznego obiegu dokumentów, do czego służył dedykowany temu system EOD zakupiony dla tych jednostek za 703,1 tys. zł.

We wszystkich podmiotach leczniczych uczestniczących w PSiEz zainstalowano system EOD do wprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów w jednostce, a w 21 z nich system ERP, służący m.in. do obsługi finansowej, kadrowej oraz gospodarczo-administracyjnej, za które zapłacono odpowiednio 1.527,1 tys. zł i 7.979,4 tys. zł.

System ERP⁵⁹ wykorzystywany był we wszystkich sześciu skontrolowanych podmiotach leczniczych, do których został zakupiony. W pięciu⁶⁰ z nich nie wykorzystywano jednak modułu *kalkulacja kosztów leczenia*, niezbędnego do obliczenia rzeczywistych kosztów procedur medycznych, na który wydatkowano 15,5 tys. zł. W konsekwencji podmioty te nie posiadały rzetelnej informacji o kosztach ponoszonych na realizację poszczególnych świadczeń medycznych, niezbędnych do wystawienia faktur za świadczenia udzielone osobom nieubezpieczonym (art. 45 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej), które służyć mogą poprawie zarządzania szpitalami. Faktury za leczenie takich osób wystawiano stosując najczęściej stawki ustalone w umowach zawartych z NFZ.

W żadnym skontrolowanym podmiocie leczniczym nie zastąpiono papierowego obiegu dokumentów obiegiem elektronicznym, pomimo upływu blisko dwóch lat od zainstalowania systemu EOD⁶¹. W niektórych podmiotach system ten wykorzystywano jedynie do skanowania części dokumentów⁶². Powodem niewprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów były według dyrektorów szpitali m.in.: opór ze strony pracowników, brak nawyku sięgania do wersji elektronicznej dokumentów, większa pewność i szybkość obrotu korespondencji papierowej ze względu na wiek personelu, przyczyny organizacyjne, upływ czasu od odbycia szkoleń z obsługi programu.

Przykład

W SP ZOZ w Sokółce nie wprowadzono elektronicznego obiegu dokumentów do czego miał służyć system EOD, zakupiony w ramach Projektu za 45,2 tys. zł. W 2015 roku (od marca) w systemie EOD zarejestrowanych zostało 1.339 z 7.197 (18,6%) dokumentów przychodzących, a w 2016 roku (do 13 grudnia) – 1.204 z 3.906 (30,8%) dokumentów. Treść korespondencji była skanowana i zamieszczana w systemie EOD jednak tylko

⁵⁹ System ERP składał się m.in. z modułów zarządzania: finansami, kosztami, kadrami i płacami, majątkiem trwałym i wyposażeniem.

⁶⁰ W SP ZOZ w Augustowie, Sejnach, Sokółce, Szpitalu Ogólnym w Wysokim Mazowieckim i Szpitalu Powiatowym w Zambrowie Sp. z o.o. Taka sytuacja miała też miejsce w obu jednostkach objętych kontrolą rozpoznawczą (SP ZOZ w Bielsku Podlaskim i Szpital Ogólny w Grajewie).

⁶¹ Podobny stan stwierdzono w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim i w Szpitalu Ogólnym w Grajewie, które objęto kontrolą rozpoznawczą.

⁶² Np. w SP ZOZ w Sokółce w systemie EOD zarejestrowano 1.339 z 7.197 dokumentów, w SP ZOZ w Wysokim Mazowieckim 787 z 15.869 dokumentów, a w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym system EOD pilotażowo używano w dziale statystyki medycznej.

od kwietnia do czerwca 2015 roku, tj. zaraz po zainstalowaniu oprogramowania EOD oraz od 8 grudnia 2016 r., czyli dopiero po rozpoczęciu kontroli NIK (21 listopada 2016 r.).

5. U uczestników Projektu dokonano niezbędnych inwestycji w sprzęt informatyczny. Za 5.032,8 tys. zł zakupiono komputery i urządzenia peryferyjne, a za kolejne 2.714,3 tys. zł dostosowano do jednakowego standardu technicznego pomieszczenia przyszłych serwerowni wraz z montażem okablowania strukturalnego.

Sprzęt komputerowy⁶³ w lipcu i sierpniu 2013 roku dostarczono podmiotom leczniczym, mimo że dopiero w maju 2014 roku zakończono budowę sieci LAN łączącej komputery, a produkcyjne uruchomienie oprogramowania HIS i ERP w szpitalach następowało od sierpnia 2014 roku. Dostarczony sprzęt komputerowy nie był zatem wykorzystywany w sześciu⁶⁴ (z dziewięciu) skontrolowanych podmiotach leczniczych, a w czasie jego przechowywania biegł termin trzyletniej gwarancji oraz spadała jego wartość technologiczna.

W siedmiu (z 10 objętych kontrolą) podmiotach leczniczych nie wykorzystywano części sprzętu, głównie drukarek specjalistycznych⁶⁵ i czytników kodów kreskowych⁶⁶, które służyć miały m.in. do wypełniania obowiązku zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne, który nakłada art. 36 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. Niewykorzystywane były też skanery do wprowadzania elektronicznego obiegu dokumentów w sześciu skontrolowanych podmiotach leczniczych⁶⁷ a w jednym (SP ZOZ w Siemiatyczach) – dwa (z 85) komputery. Wartość niewykorzystywanego sprzętu wyniosła 197,8 tys. zł. Z kolei w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku dopiero w trakcie kontroli NIK uruchomiono urządzenia serwerowe w jednej z serwerowni, wybudowanej za 124,9 tys. zł⁶⁸.

Zakupiono niezbędny sprzęt komputerowy, który w zdecydowanej większości wykorzystywano do realizacji Projektu

⁶³ O wartości 2.853,5 tys. zł.

⁶⁴ SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Augustowie, Sejnach, Siemiatyczach i Wysokiem Mazowieckiem. Części sprzętu nie wykorzystywano w SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej.

⁶⁵ 55 z 60 drukarek specjalistycznych zakupionych do Białostockiego Centrum Onkologii, SP Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej, Sejnach i Siemiatyczach oraz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego.

⁶⁶ 57 z 68 czytników kodów kreskowych zakupionych do Białostockiego Centrum Onkologii, SP Psychiatrycznego ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej i Siemiatyczach.

⁶⁷ Po jednym skanerze w Białostockim Centrum Onkologii, SP Psychiatrycznym ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Augustowie, Dąbrowie Białostockiej i Sejnach.

⁶⁸ Z kolei w objętym kontrolą rozpoznawczą Szpitalu Ogólnym w Grajewie nie wykorzystywano drukarek specjalistycznych, czytników kodów kreskowych i skanera, zakupionych za 26,2 tys. zł.

PODSUMOWANIE pkt 5.2.

Czynniki, które w procesie wykorzystywania rozwiązań informatycznych i sprzętu negatywnie wpłynęły na osiągnięcie korzyści określonych w studium wykonalności Projektu

REPOZYTORIUM EDM

(udostępnianie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej pacjentom i lekarzom)

1. **Mała liczba zgód pacjentów** na przetwarzanie ich danych osobowych na poziomie regionalnym (123 przez blisko dwa lata).
2. **Mała liczba kont na portalu pacjenta założonych lekarzom** (972 z 2.209 lekarzy leczących w podmiotach będących partnerami PSieZ).
3. **Niewytwarzanie lub nieprawidłowe tworzenie dokumentacji w wersji elektronicznej za pomocą systemu HIS.**
4. **Niewykorzystywanie w największym podmiocie leczniczym systemu EDM oraz problemy z integracją z Platformą Regionalną oraz nieprzekazywanie do repozytorium kompletnej dokumentacji medycznej pacjentów.**

PORTAL E-USŁUGI MEDYCZNE (Z PORTALEM PACJENTA)

1. **Nieudostępnienie co czwartej poradni specjalistycznej na Platformie Regionalnej.**
2. **Nieprowadzenie na bieżąco terminarzy wizyt w systemie komputerowym** oraz umieszczanie na poziomie regionalnym grafików jedynie części lekarzy w wybranych godzinach.
3. **Niepotwierdzanie wizyt pacjentom.**
4. **Mała liczba kont pacjentów**, umożliwiających zdalną rejestrację (3.456 kont, 1.477 rejestracji i 552 rejestracje potwierdzone przez blisko półtora roku).

PORTAL MENEDŻERSKI

Niezapewnienie odpowiedniej integracji lokalnych systemów informatycznych BI z systemami typu HIS i ERP zainstalowanymi w podmiotach leczniczych skutkowało błędami w raportach analitycznych generowanych przez system BI, a w konsekwencji w raportach dostępnych organom tworzącym podmioty lecznicze przez portal menedżerski.

SYSTEM EOD

Niewykorzystywanie systemu EOD skutkowało niemożliwością wprowadzenia w podmiotach leczniczych elektronicznego obiegu dokumentów, który miał wpłynąć na jego usprawnienie.

5.3. Zapewnienie bezpieczeństwa danych gromadzonych w ZOZ i UMWP

W jednostkach biorących udział w Projekcie nie w pełni zabezpieczono przed utratą lub nieuprawnionym dostępem dane znajdujące się w systemach informatycznych związanych z obsługą pacjenta oraz nie określono wewnętrznych procedur przechowywania zgód pacjentów na przetwarzanie ich danych osobowych na poziomie regionalnym i wykorzystywania trybu krytycznego. Opracowane polityki bezpieczeństwa informacji i instrukcje zarządzania systemami informatycznymi nie zawierały zaś niektórych elementów wymaganych przepisami.

1. Zapewnienie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa podczas gromadzenia i przetwarzania danych zawartych w dokumentacji medycznej pacjentów to bezwzględny wymóg jakiemu powinny sprostać wszystkie jednostki biorące udział w Projekcie. Zgodnie z przepisami⁶⁹, wewnętrzne procedury takie jak PBI i IZSI powinny zawierać szereg zapisów systematyzujących zagadnienie bezpieczeństwa danych (w tym danych wrażliwych, jakimi jest dokumentacja medyczna pacjentów), których celem winno być zapewnienie odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa przy ich gromadzeniu i przetwarzaniu. W praktyce jednak wymogi, określone w rozporządzeniu w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz rozporządzeniu w sprawie KRI, nie znajdowały dostatecznego odzwierciedlenia w regulacjach wewnętrznych części skontrolowanych podmiotów leczniczych.

Do najczęściej nieuregulowanych kwestii należały: [1] opis struktury zbiorów danych osobowych (w sześciu⁷⁰ z 11 skontrolowanych jednostek), [2] sposób przepływu tych danych pomiędzy poszczególnymi systemami informatycznymi (w pięciu⁷¹ jednostkach) oraz [3] wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych (w czterech⁷²). W dwóch⁷³ podmiotach leczniczych nie określono również środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych, natomiast w jednym procedury tworzenia (w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem) lub przechowywania (w SP ZOZ w Sejnach) kopii zapasowych zbiorów danych. Nie spełnione zostały zatem wymogi, o których mowa w § 4 i 5 rozporządzenia w sprawie przetwarzania danych osobowych. Ponadto w pięciu⁷⁴ podmiotach leczniczych nie uregulowano kwestii cofania uprawnień, w przypadku zmian kadrowych do czego zobowiązuje § 20 ust. 2 pkt 4–5 rozporządzenia w sprawie KRI⁷⁵.

Wewnętrzne regulacje nie odpowiadały w pełni wymogom prawa powszechnie obowiązującego

⁶⁹ Rozporządzenie w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz rozporządzenie w sprawie KRI.

⁷⁰ Białostockie Centrum Onkologii, SP ZOZ w Augustowie, Dąbrowie Białostockiej, Sejnach, Siemiatyczach i Sokółce.

⁷¹ Białostockie Centrum Onkologii, SP ZOZ w Augustowie, Dąbrowie Białostockiej, Siemiatyczach, Sokółce.

⁷² Białostockie Centrum Onkologii, SP ZOZ w Augustowie, Siemiatyczach i Sokółce.

⁷³ SP ZOZ w Siemiatyczach i Sokółce.

⁷⁴ Białostockie Centrum Onkologii, SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej, Sejnach i Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem.

⁷⁵ Podobne nieprawidłowości stwierdzono w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim i w Szpitalu Ogólnym w Grajewie, objętych kontrolą rozpoznawczą.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 19

Wewnętrzne procedury w podmiotach leczniczych a bezpieczeństwo przechowywanych w nich danych



- kontrolowanych podmiotów nie określiło opisu struktury zbiorów danych osobowych



- podmiotów nie określiło sposobu nadawania i odbierania uprawnień, w przypadku zmian kadrowych lub zmian w zakresach czynności pracowników



- podmiotów nie określiło wykazu zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych

Źródło: Opracowanie własne NIK, na podstawie opinii biegłego z dziedziny bezpieczeństwa informacji, powołanego w trakcie kontroli.

Lider Projektu uzyskał od podmiotów leczniczych niezbędne upoważnienia do przetwarzania danych osobowych (w tym medycznych) pacjentów przekazywanych na Platformę Regionalną (którą zarządzał) oraz zapewnił odpowiedni poziom ich bezpieczeństwa.

Nie określano procedur wymaganych porozumieniem w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych, podpisanym przez wszystkich partnerów Projektu

2. Zgodnie z porozumieniami w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych, partnerzy Projektu zobowiązali się do wprowadzenia wewnętrznych procedur dotyczących: [1] sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym oraz [2] zasad korzystania przez personel medyczny z tzw. „trybu krytycznego”. Pomimo jednak upływu blisko dwóch lat od daty podpisania pierwszego porozumienia w tej sprawie, w ośmiu⁷⁶ z 10 skontrolowanych podmiotów leczniczych nie zostały one wprowadzone.

Infografika nr 20

Tworzenie procedur wymaganych porozumieniem w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w podmiotach leczniczych



- kontrolowanych podmiotów do dnia zakończenia kontroli NIK nie opracowało wewnętrznych procedur dotyczących zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych oraz "trybu krytycznego"



- podmiotów opracowało wewnętrzne regulacje w ciągu roku od zawarcia porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych



- podmiotów opracowało wewnętrzne regulacje po upływie co najmniej roku od zawarcia przedmiotowego porozumienia

Źródło: Opracowanie własne NIK, na podstawie opinii biegłego z dziedziny bezpieczeństwa informacji.

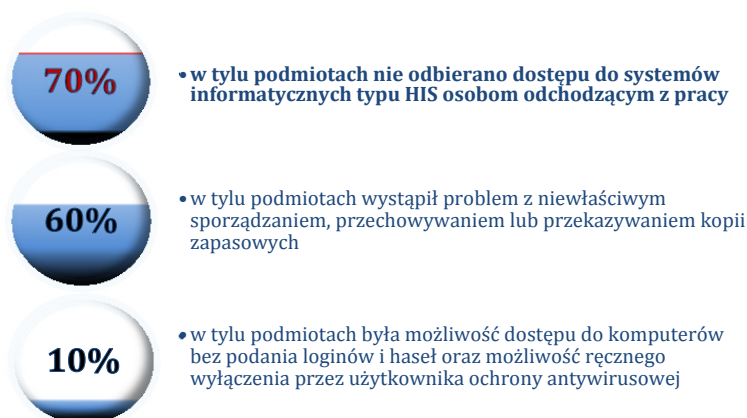
⁷⁶ Białostockie Centrum Onkologii, SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Augustowie, Sejnach, Siemiatyczach, Sokółce, Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. i Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku. Nieprawidłowości takie wystąpiły też w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim i w Szpitalu Ogólnym w Grajewie, objętych kontrolą rozpoznawczą.

3. Działania podejmowane przez podmioty lecznicze na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa danych przed utratą i dostępem osób nieuprawnionych były niewystarczające. W siedmiu⁷⁷ z 10 skontrolowanych podmiotów leczniczych, 16%⁷⁸ byłych pracowników nie odebrano niezwłocznie uprawnień do systemów informatycznych, przez co nadal posiadali dostęp do danych medycznych pacjentów. Świadczy to o lekceważeniu przepisów ustawy o ochronie danych osobowych, reglamentujących dostęp do tych danych oraz o niewłaściwym przepływie informacji pomiędzy służbami kadrowymi i informatycznymi. W sześciu podmiotach⁷⁹ nieodpowiednio przechowywano kopie bezpieczeństwa lub niezgodnie z własnymi wytycznymi wysyłano je do UMWP, zaś w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku była możliwość dostępu do części komputerów bez podania identyfikatora i hasła oraz możliwość wyłączenia ochrony antywirusowej przez użytkownika.

Działania podmiotów biorących udział w Projekcie w zakresie bezpieczeństwa informacji były niewystarczające

Infografika nr 21

Częstotliwość występowania w podmiotach leczniczych wybranych problemów z dziedziny bezpieczeństwa informacji



Źródło: Opracowanie własne NIK, na podstawie opinii biegłego z dziedziny bezpieczeństwa informacji, powołanego w trakcie kontroli.

⁷⁷ Białostockie Centrum Onkologii, SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Sejnach, Siemiatyczach, Sokółce, Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o. i Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku.

⁷⁸ Dotyczyło to 96 kont byłych pracowników z 606 poddanych badaniu.

⁷⁹ Białostockie Centrum Onkologii, SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczu, SP ZOZ w Augustowie, Dąbrowie Białostockiej, Sejnach i Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Celem głównym kontroli było udzielenie odpowiedzi na pytanie: *Czy wdrożenie Podlaskiego Systemu Informacyjnego e-Zdrowie przyczynia się do uzyskania korzyści przez pacjentów, podmioty lecznicze i organy je tworzące?*

Ocena dotyczyła w szczególności:

- **w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego:**
 - rzetelności procesu planowania Projektu, wyboru formuły i uczestników przedsięwzięcia;
 - rzetelności planowania i wdrażania rozwiązań Projektu, rozstrzygnięcia kwestii użyteczności zakupionego oprogramowania, prawidłowego finansowania Projektu;
 - wykorzystywania technologii informacyjno-komunikacyjnych do sprawowania nadzoru nad podległymi zakładami opieki zdrowotnej;
 - zapewnienia bezpieczeństwa danych gromadzonych przez UMWP;
- **w podmiotach leczniczych:**
 - rzetelności uczestnictwa w projektowaniu rozwiązań dotyczących Projektu;
 - zapewnienia bezpieczeństwa danych gromadzonych przez ZOZ oraz stopnia przygotowania na wystąpienie sytuacji kryzysowych;
 - stopnia wykorzystania sprzętu oraz rozwiązań informatycznych zakupionych w ramach Projektu;
- **w starostwach powiatowych:**
 - uczestnictwa w pracach nad Projektem i zgłaszania własnych rozwiązań;
 - wykorzystywania technologii informacyjno-komunikacyjnych do sprawowania nadzoru nad podmiotami leczniczymi, dla których powiat jest organem tworzącym.

Zakres podmiotowy

Kontrolą objęto: UMWP (na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, pod względem kryterium legalności, rzetelności i gospodarności), **10 podmiotów leczniczych** (na podstawie art. 2 ust. 1, ust. 2 lub ust. 3 ustawy o NIK – w zależności od statusu prawnego podmiotu wybranego do kontroli) oraz **pięć starostw powiatowych** (na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, pod względem kryterium legalności, rzetelności i gospodarności).

Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto lata 2011 – 2017 (do czasu zakończenia czynności kontrolnych w poszczególnych jednostkach). Czynności kontrolne przeprowadzono **od 7 listopada 2016 r. do 9 marca 2017 r.**

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

Najwyższa Izba Kontroli wystąpiła w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o podanie informacji o liczbie pacjentów oraz liczbie świadczeń udzielonych w 2016 roku i liczbie lekarzy pracujących u partnerów Projektu oraz do marszałków innych województw o informacje na temat realizacji regionalnych projektów dotyczących e-Zdrowia.

W wyniku kontroli stwierdzono wydatkowanie z naruszeniem należytego zarządzania finansami, tj. na zakup niewykorzystywanego oprogramowania i sprzętu informatycznego, kwoty 2.262,9 tys. zł.

Pozostałe informacje

Wyniki kontroli przedstawiono w 16 wystąpieniach pokontrolnych, w których sformułowano 61 wniosków pokontrolnych.

Wnioski pokontrolne

Do UMWP wnioskowano o:

- podjęcie działań w celu uzyskania możliwości dostępu za pośrednictwem portalu pacjenta do kompletnej elektronicznej dokumentacji medycznej, znajdującej się w podmiotach leczniczych;
- wyegzekwowanie od partnerów Projektu wykorzystywania oprogramowania zakupionego w ramach PSieZ oraz pełnego wykorzystania możliwości rejestracji na wizytę poprzez portal pacjenta;
- podjęcie działań w celu uzyskania od partnerów Projektu rzetelnych informacji na temat wdrożenia i wykorzystywania systemów informatycznych, zakupionych w ramach Projektu;
- rzetelne informowanie Instytucji Zarządzającej RPO o osiągniętych wskaźnikach Projektu;

W wystąpieniach do podmiotów leczniczych wnioskowano głównie o:

- wyegzekwowanie od personelu wykorzystywania oprogramowania zakupionego w ramach Projektu, w tym umożliwienie lekarzom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej, a pacjentom – także rejestracji wizyt poprzez portal pacjenta PSieZ;
- zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu typu BI;
- uzupełnienie polityki bezpieczeństwa informacji i instrukcji zarządzania systemami informatycznymi o brakujące elementy, w tym związane z wdrożeniem Projektu.

Do Starostów skierowano natomiast wnioski pokontrolne o zapewnienie prawidłowego funkcjonowania portalu menedżerskiego, umożliwiającego wykorzystanie jego możliwości do sprawowania nadzoru nad podległymi podmiotami leczniczymi.

Według stanu na 15 października 2017 r. 49 wniosków zostało zrealizowanych, osiem było w trakcie realizacji, a czterech nie zrealizowano.

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

Do siedmiu wystąpień pokontrolnych kierownicy jednostek złożyli 97 zastrzeżeń, z których siedem zostało uwzględnionych w całości, 37 w części, a 53 zostało oddalonych. Dotyczyły one głównie ocen kontrolowanej działalności.

Kontrola była poprzedzona kontrolą rozpoznawczą w SP ZOZ w Bielsku Podlaskim, w Szpitalu Ogólnym w Grajewie i w Starostwie Powiatowym w Bielsku Podlaskim.

Wybierając partnerów Projektu do kontroli kierowano się następującymi kryteriami:

- wybrano zarówno podmioty lecznicze, które zakupiły tzw. duży i mały soft;

ZAŁĄCZNIKI

- nie brano pod uwagę kontroli w zakładach opieki zdrowotnej o wyspecjalizowanej działalności, np. w stacjach pogotowia ratunkowego lub nieposiadających oddziałów szpitalnych (ośrodki medycyny pracy czy terapii uzależnień);
- kontrolą objęto największy i najmniejszy podmiot leczniczy objęty projektem (odpowiednio Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku i SP ZOZ w Dąbrowie Białostockiej).

Wykaz partnerów Projektu i jednostek kontrolowanych

Lp.	Nazwa partnera Projektu	Duży/mały soft	Czy podmiot został objęty kontrolą?
1.	Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku	Mały	Tak
2.	Podlaski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Białymstoku	Duży	Nie
3.	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny ZOZ im. dr. St. Deresza w Choroszczycy	Mały	Tak
4.	Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	Mały	Nie
5.	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła w Suwałkach	Duży	Nie
6.	Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach	Mały	Nie
7.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ośrodek Rehabilitacji w Suwałkach	Duży	Nie
8.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku	Duży	Nie
9.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku	Mały	Nie
10.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie	Duży	Tak
11.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	Odrębnie ⁸⁰	Nie
12.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej	Mały	Tak
13.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	Duży	Nie
14.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach	Duży	Nie
15.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach	Duży	Tak
16.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach	Mały	Tak
17.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	Duży	Tak
18.	Szpital Ogólny im. dr. Witolda Gineła w Grajewie	Duży	Nie

⁸⁰ Z uwagi na zbyt późne zadecydowanie o zakupie nowego oprogramowania HIS i ERP, szpital przeprowadził własne postępowanie odrębnie.

Lp.	Nazwa partnera Projektu	Duży/mały soft	Czy podmiot został objęty kontrolą?
19.	Szpital Ogólny w Kolnie	Duży	Nie
20.	Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem	Duży	Tak
21.	Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.	Mały	Tak
22.	Szpital Wojewódzki im. S. K. Wyszyńskiego w Łomży	Duży	Nie
23.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Odrębnie ⁸¹	Tak
24.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łomży	Duży	Nie
25.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach	Duży	Nie
26.	Wojewódzki Ośrodek Profilaktyki i Terapii Uzależnień w Łomży	Mały	Nie
27.	Powiat augustowski		Tak
28.	Powiat bielski		Nie
29.	Powiat grajewski		Nie
30.	Powiat hajnowski		Nie
31.	Powiat kolneński		Nie
32.	Powiat moniecki		Nie
33.	Powiat sejneński		Tak
34.	Powiat siemiatycki		Tak
35.	Powiat sokólski		Tak
36.	Powiat wysokomazowiecki		Tak
37.	Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego		Tak

6.2. Analiza stanu prawnego

Podstawowym aktem prawnym dotyczącym procesu informatyzacji w opiece zdrowotnej jest ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁸². Zgodnie z art. 2 pkt 6 tej ustawy elektroniczna dokumentacja medyczna to:

- dokument elektroniczny umożliwiający usługobiorcy uzyskanie świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, w przypadku usługodawcy będącego świadczeniodawcą, o którym mowa w art. 5 pkt 41⁸³ ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, apteką ogólnodostępną lub punktem aptecznym;

⁸¹ Z uwagi na przystąpienie do Projektu w trakcie jego realizacji, szpital nie uczestniczył w postępowaniach na duży bądź mały soft a przeprowadzał je sam.

⁸² Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.; ustawa zwana dalej: „ustawą o informatyzacji”.

⁸³ Przepis ten mówi że świadczeniodawcą tym jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, osoba fizyczna, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej oraz podmiot realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

- dokumentacja medyczna indywidualna, z wyłączeniem skierowań, w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.), wytworzona w postaci elektronicznej⁸⁴.

Możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, pod pewnymi warunkami, przewidywał już § 54 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania⁸⁵. W art. 11 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia wprowadzono natomiast obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, przy czym w art. 56 ww. ustawy dopuszczono możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci papierowej lub elektronicznej: początkowo do 31 lipca 2014 r., a następnie dwukrotnie przedłużano ten termin do 31 lipca i do 31 grudnia 2017 r. W obecnym stanie prawnym od 1 stycznia 2019 r. dokumentacja medyczna powinna być prowadzona wyłącznie w formie elektronicznej.

Zarazem powołana ustawa, od początku jej obowiązywania (1 stycznia 2012 r.) w art. 17 ust. 3 pkt 1 nakładała na pracowników medycznych obowiązek stosowania certyfikatów do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej. Początkowo, do 11 grudnia 2015 r. certyfikat miał być używany w celu autoryzacji elektronicznej dokumentacji medycznej, a z dniem 12 grudnia 2015 r. wprowadzono wymóg podpisywania ww. dokumentacji przy użyciu: bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu⁸⁶ (od 7 października 2016 r. kwalifikowanego podpisu elektronicznego) lub podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP⁸⁷.

Do 6 października 2016 r. certyfikat i certyfikat kwalifikowany definiowane były w art. 3 pkt 10 i 12 ustawy o podpisie elektronicznym: certyfikat jako elektroniczne zaświadczenie, za pomocą którego dane służące do weryfikacji podpisu elektronicznego są przyporządkowane do osoby składającej podpis elektroniczny i które umożliwiają identyfikację tej osoby, a certyfikat kwalifikowany – jako certyfikat spełniający warunki określone w ustawie, wydany przez kwalifikowany podmiot świadczący usługi certyfikacyjne, spełniający wymogi określone w ustawie.

Obecnie pojęcia te definiują (w zbliżony sposób) jedynie przepisy prawa europejskiego, tj. art. 3 pkt 14 i 15 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfi-

⁸⁴ Wydane na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta rozporządzenia określają, że dokumentację indywidualną wewnętrzną stanowią w szczególności historia zdrowia i choroby, historia choroby, karta noworodka, karta indywidualnej opieki pielęgniarstwa, karta indywidualnej opieki prowadzonej przez położną, karta wizyty patronażowej, karta wywiadu środowiskowo-rodzinnego, karta uodpornienia.

⁸⁵ Dz. U. Nr 247 poz. 1819. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 1 stycznia 2011 r.

⁸⁶ W rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym, Dz. U. z 2013 r. poz. 262, ze zm. Ustawa uchylona z dniem 6 października 2016 r.

⁸⁷ W rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, Dz. U. z 2014 r. poz. 1114, ze zm.

kacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE⁸⁸: certyfikat jako poświadczenie elektroniczne, które przyporządkowuje dane służące do walidacji podpisu elektronicznego do osoby fizycznej i potwierdza co najmniej imię i nazwisko lub pseudonim tej osoby, a kwalifikowany certyfikat – jako certyfikat wydawany przez kwalifikowanego dostawcę usług zaufania i spełniający dodatkowe wymogi w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

Z przepisami ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia niespójne są przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁸⁹, dopuszczające w § 10 ust. 2 w przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej złożenie podpisu przy wykorzystaniu wewnętrznych mechanizmów systemu teleinformatycznego, spełniającego wymogi określone w § 80 rozporządzenia. Z jednej strony art. 17 ust. 3 powołanej ustawy określa tylko obowiązki pracowników medycznych, nie zaś wymogi stawiane dokumentacji medycznej, zaś cytowane rozporządzenie dotyczy wymogów dokumentacji medycznej, prowadzonej przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych. Z drugiej zaś strony wpisów w dokumentacji medycznej dokonuje jedynie pracownik medyczny, jeśli złoży on więc podpis w sposób określony rozporządzeniem, to nie spełni wymogów stawianych przez ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia. Z drugiej zaś strony, do końca 2017 r. dokumentacja może być prowadzona w formie papierowej, więc podmiot prowadzący dokumentację elektroniczną w sposób nieodpowiadający ustawie, ale dysponujący także dokumentacją w formie papierowej – nie narusza przepisów ww. ustawy.

O odpowiednim zabezpieczeniu danych osobowych mowa jest w art. 36 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁹⁰, zgodnie z którym administrator danych jest obowiązany zastosować środki techniczne i organizacyjne zapewniające ochronę przetwarzanych danych osobowych, odpowiednią do zagrożeń oraz kategorii danych objętych ochroną. Ustawa ta przewiduje kary grzywny, ograniczenia lub pozbawienia wolności do lat dwóch za udostępnienie lub umożliwienie dostępu do danych osobom nieupoważnionym. Dane wrażliwe, a takimi są dane przetwarzane w HIS, przetwarzane są z zachowaniem wysokiego poziomu zabezpieczenia, o którym mowa w załączniku do 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 osobowych⁹¹.

⁸⁸ Dz. Urz. U E L Nr 257, z 28.08.2014 r., str. 73-114.

⁸⁹ Dz. U. poz. 2069. Poprzednie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177) stanowiło w § 10 ust. 2, że w przypadku dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych zawiera wskazane w rozporządzeniu dane oraz może zawierać podpis elektroniczny.

⁹⁰ Dz.U. z 2016 r. poz. 922.

⁹¹ Dz.U. Nr 100 poz. 1024.

Dane pacjenta zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej objęte są także tajemnicami ustawowymi. Zgodnie z art. 13 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁹², pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Jego rozwinięciem jest art. 14 tej ustawy, w którym wskazano, że w celu realizacji omawianego prawa, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem jego zdrowia, z wyłączeniem sytuacji opisanych w ust. 2 wymienionego przepisu. Natomiast art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry⁹³ zobowiązuje lekarza do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. W ust. 2 wymienionego przepisu podane są wyjątkowe sytuacje, w których obowiązek zachowania tajemnicy podlega wyłączeniu.

6.3. Uwarunkowania organizacyjno-ekonomiczne

CSIOZ w ramach opracowania pt.: *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015*⁹⁴ wskazało nurty, jakimi podążać powinna informatyzacja opieki zdrowotnej w Polsce. Cytowany przez autorów opracowania prof. J. Oleński w studium dla MSWiA⁹⁵ stwierdził, że systemy informacyjne w polskiej opiece zdrowotnej charakteryzuje:

- niska jakość informacji zdrowotnej – redundancja⁹⁶, niespójne standardy gromadzenia i udostępniania informacji;
- niemożność uzyskania informacji zdrowotnej w miejscu i czasie gdzie jest potrzebna – dane gromadzone w rejestrach opieki zdrowotnej mają ograniczony zakres, elektroniczna dokumentacja medyczna nie jest gromadzona;
- brak współpracy systemów informatycznych – istniejące rozwiązania informatyczne nie zapewniają interoperacyjności; brak współpracy między systemami uniemożliwia zarządzanie informacją, negatywnie wpływa na aktualność, integralność, porównywalność danych;
- prowadzenie części rejestrów jedynie w wersji papierowej, co uniemożliwia szybki dostęp do gromadzonych w nich danych;
- nieadekwatne procedury – realizacja wdrożeń systemów informatycznych nie wiąże się ze stosownymi zmianami organizacyjnymi;

⁹² Dz.U. z 2016 r. poz. 186, ze zm.

⁹³ Dz.U. z 2017 r. poz. 125, ze zm.

⁹⁴ <http://www.csioz.gov.pl/publikacja.php?id=15> Warszawa, 2009 r.

⁹⁵ J. Oleński, Nowoczesna infrastruktura informacyjna podstawą taniego i przyjaznego państwa obywatelskiego. Program reformy infrastruktury informacyjnej państwa i strategii informatyzacji sektora publicznego, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji, Warszawa 2005, tekst: Strategia rozwoju społeczeństwa informacyjnego w Polsce do roku 2013, MSWiA, Załącznik nr 1, str. 44.

⁹⁶ Cecha komunikatu zawierającego więcej informacji, niż jest to niezbędne do przekazania jego treści, za Słownik Języka Polskiego PWN, <http://sjp.pwn.pl/szukaj/redundancja.html>.

- brak wpływu użytkowników na systemy informacyjne w sektorze opieki zdrowotnej – funkcjonujące systemy informatyczne adresują potrzeby przede wszystkim jednostek organizacyjnych sektora publicznego, które nimi administrują. Potrzeby pacjentów, podmiotów leczniczych i innych użytkowników systemów najczęściej nie są uwzględniane.

Według CSIOZ program informatyzacji opieki zdrowotnej powinien doprowadzić do: [1] łatwiejszego dostępu obywateli do informacji z zakresu opieki zdrowotnej, [2] poprawy efektywności systemu opieki zdrowotnej w zakresie EOD, [3] uruchomienia Systemu Informacji Medycznej, [4] praktycznej realizacji budowy rozwiązań IT w opiece zdrowotnej, zgodnych z wytycznymi Komisji Europejskiej, umożliwiającymi włączenie Rzeczypospolitej Polskiej w obszar interoperacyjności EDM, [5] poprawy efektywności wydatkowania środków publicznych na finansowanie opieki zdrowotnej.

W obszarze dostępu do informacji w opiece zdrowotnej, opracowany przez CSIOZ dokument pt. *Kierunki informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2011–2015* wskazywał na konieczność:

- utworzenia centralnego portalu informacyjnego opieki zdrowotnej,
- rozwoju systemu komunikacji elektronicznej w opiece zdrowotnej,
- utworzenia systemu monitorującego czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w placówkach opieki zdrowotnej,
- rozwoju elektronicznego systemu rejestracji pacjenta u świadczeniodawców,
- utworzenia elektronicznego poradnika zdrowia,
- utworzenia elektronicznego systemu wspomaganie decyzji finansowych,
- prac nad ścieżką integracji z EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information⁹⁷).

W ramach utworzenia elektronicznego systemu wspomaganie decyzji finansowych i powstania systemów monitorowania sytuacji finansowo-ekonomicznej podmiotów leczniczych możliwy będzie bieżący monitoring poziomu przychodów, kosztów i wyników finansowych, a także uzyskanie informacji o stanie wybranych pozycji aktywów i pasywów. Utworzenie takich aplikacji umożliwi analizę trendów w gospodarce finansowej ZOZ-ów na poziomie krajowym. Dzięki zastosowaniu nowoczesnych metod kalkulacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz jednolitej metody kalkulacji kosztów dla wszystkich świadczeniodawców, możliwe będzie ustalenie rzeczywistego kosztu realizacji świadczeń, poszerzą się możliwości zarządzania jednostką i zwiększy się efektywność wykorzystania posiadanych zasobów.

⁹⁷ System informatyczny, wspomagający pracę organów zabezpieczenia społecznego w całej UE do wymiany informacji – zgodnie z wymogami unijnych przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Rozporządzenie 883/04 WE).

Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie powstawał równolegle do prac prowadzonych nad projektem CSIOZ pn. „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” (P1), chociaż nie jest jego częścią i nie jest z nim technologicznie powiązany. Realizowany w latach 2007 – 2015 pierwszy etap projektu P1 nie został zakończony. Celem projektu P1 była budowa elektronicznej platformy usług publicznych w zakresie ochrony zdrowia, umożliwiającej organom administracji publicznej i obywatelom gromadzenie, analizę i udostępnianie zasobów cyfrowych o zdarzeniach medycznych, w zakresie zgodnym z ustawą o informatyzacji. W Systemie P1 miała znajdować się informacja o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski, niezależnie od płatnika, a także obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski. Minister Zdrowia w porozumieniu z CSIOZ opracował nową formułę dalszej realizacji projektu P1. W celu zakończenia przedsięwzięcia zaplanowano wyłonienie nowego wykonawcy, który w kontynuowanych pracach wykorzysta maksymalną liczbę produktów odebranych w ramach P1. Projekt zostanie zrealizowany w terminie 3 lat od zawarcia umowy na jego realizację. Według zmienionej formuły zakres funkcjonalny projektu został zmniejszony w stosunku do zakresu pierwotnego P1 do 17 podsystemów, a liczba funkcjonalności podsystemów została zmniejszona ze 143 do 64. Szczegółowe ustalenia w tym zakresie przedstawiono w informacji o wynikach kontroli wykonania budżetu państwa w 2015 r. w części 46 – zdrowie. Realizacja Projektu P1 powinna przynieść poprawę jakości obsługi pacjentów, wynikającą z podniesienia jakości oraz dostępności informacji o stanie zdrowia pacjenta i jego danych medycznych, a także usprawnienia obsługi pacjenta poprzez umożliwienie realizacji elektronicznych usług związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych⁹⁸.

O poziomie z informatyzowania szpitali w czerwcu 2015 roku pisał miesięcznik Rynek Zdrowia⁹⁹. Autor artykułu przytoczył szacunkowe dane, że około 50% podmiotów leczniczych posiada zintegrowany system HIS obejmujący szerokie funkcjonalności lub jest w trakcie jego wdrażania. Żadne statystyki nie oddają jednak tego jak wygląda rzeczywistość. Różnica jest bowiem pomiędzy samym faktem posiadania systemu i pełnym jego wykorzystywaniem, np. do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Nie jest też możliwe jednoznaczne wskazanie, który region kraju jest bardziej z informatyzowany, a który mniej. Autor zauważa jednak, że szpitale skupione wokół dużych ośrodków takich jak Warszawa, Katowice, Poznań są w większym stopniu z informatyzowane niż jednostki w innych regionach Polski, ale wynika to również z obecności na tym terenie firm informatycznych – głównych producentów i dostawców oprogramowania.

Regionalne projekty dotyczące e-Zdrowia zrealizowano dotychczas w ośmiu województwach, a w kolejnych pięciu są one w trakcie realizacji. Nie wszę-

⁹⁸ Za stroną internetową projektu P1: <http://www.p1.csioz.gov.pl/11>.

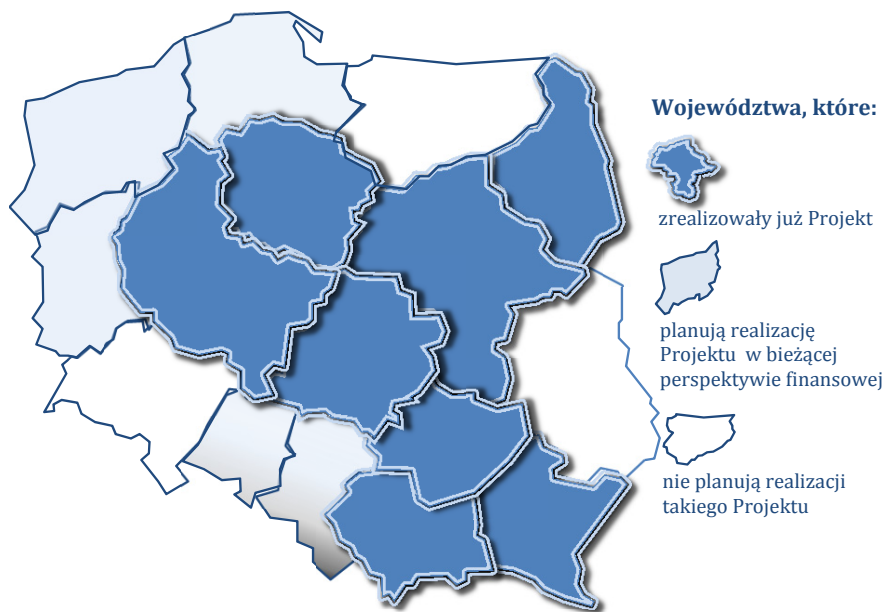
⁹⁹ Rynek Zdrowia, wydanie z dnia 1 czerwca 2015 r., artykuł pod tytułem Różnice regionalne zanikają.

ZAŁĄCZNIKI

dzie jednak podobne projekty są planowane, w trzech województwach nie ma takich zamierzeń. Jeśli nie powstaną, niemożliwa będzie do realizacji platforma P1 w modelu roboczo nazywanym 16+1. Pomimo, że projekty te łączy jedno hasło „e-Zdrowie”, to funkcjonalności jakie niosą ze sobą, są bardzo różne.

Infografika nr 22

Projekty e-Zdrowie w Polsce w 2017 r. (stan na 31 marca)



KALENDARIUM I CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU

2010

wrzesień 2010 r.
- styczeń 2011 r.

Przygotowanie studium wykonalności Projektu wraz z kompletem dokumentów niezbędnych do złożenia wniosku o dofinansowanie.

2011

marzec 2011 r.

Spotkania z przedstawicielami podmiotów leczniczych oraz organów tworzących w siedzibie UMWP, którego efektem było podpisanie porozumienia partnerskiego na okres przygotowania, realizacji i trwałości Projektu.

kwiecień – lipiec
2011 r.

Okres od terminu złożenia wniosku o dofinansowanie Projektu do zakończenia oceny merytorycznej wniosku przez Instytucję Zarządzającą.

ZAŁĄCZNIKI

wrzesień 2011 r.	Rozpoczęcie procedury postępowania przetargowego na wyłonienie inżyniera kontraktu.
2012-2014	
styczeń - marzec 2012 r.	Powołanie Komitetu Sterującego Projektu, przeprowadzanie spotkań Zespołu ds. koordynacji, realizacji i monitorowania Projektu oraz szkolenia z rozliczeń finansowych Projektu.
maj - czerwiec 2012 r.	Rozstrzygnięcie postępowania przetargowego na inżyniera kontraktu oraz podpisanie z nim umowy.
czerwiec 2012 r.	Przeprowadzenie przez inżyniera kontraktu audytu przedwdrożeniowego, polegającego w głównej mierze na zinventaryzowaniu systemów informatycznych i infrastruktury sieciowej, dostępnych w podmiotach leczniczych.
październik 2012 r. - grudzień 2014 r.	Przeprowadzanie procedur postępowań przetargowych na komponenty Projektu.
1 sierpnia 2014 r. - 10 listopada 2014 r.	Produkcyjne uruchamianie systemów HIS, EDM, EOD, BI, ERP i systemów bezpieczeństwa w podmiotach leczniczych uczestniczących w pilotażowym wdrożeniu (SP ZOZ w Wysokim Mazowieckiem, SP ZOZ w Sejnach i w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łomży).
2015	
kwiecień - maj 2015 r.	Zakończenie realizacji umów na rozbudowę oprogramowania do jednego zintegrowanego standardu oraz głównej umowy na dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego.
październik 2015 r.	Uruchomienie produkcyjne Platformy Regionalnej będącej kluczowym produktem Projektu, i udostępnienie jej funkcjonalności (e-rejestracja, repozytorium EDM) pacjentom i rzeczowe zakończenie PSleZ.
2016	
29 kwietnia 2016 r.	Finansowe zakończenie realizacji Projektu (złożenie ostatecznego wniosku o płatność końcową) oraz rozpoczęcie pięcioletniego okresu trwałości Projektu.

6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845).
4. Ustawa z 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).
5. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 poz. 1318, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, ze zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177, ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakimi powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 100, poz. 1024).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań dla Systemu Informacji Medycznej (Dz. U. poz. 463).
12. Rozporządzenie 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 2247).

6.5. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Minister Zdrowia
8. Minister Cyfryzacji
9. Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji
10. Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych
11. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
12. Komisja Zdrowia Sejmu RP
13. Komisja Cyfryzacji, Innowacyjności i Nowoczesnych Technologii Sejmu RP
14. Komisja Zdrowia Senatu RP
15. Marszałkowie Województw

Informację o wynikach kontroli opublikowano na stronie internetowej:
<http://bip.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/>

6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli



Minister Zdrowia

DNM.073.28.2017.3.AK

Warszawa, 2017 -11- 10

Pan
Mieczysław Łuczak
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa

w nawiązaniu do przeprowadzonej kontroli P/16/059 „Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie” i Informacji o wynikach kontroli z dnia 27 października 2017 r., uprzejmie przekazuję stanowisko do ww. dokumentu.

Część 4. Wnioski, strona 15.

„Minister Zdrowia powinien: rozważyć zmianę art. 23a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w sposób nakładający obowiązek zapewnienia pacjentom możliwości rejestracji wizyt drogą elektroniczną każdego dnia, w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, czyli na takich samych zasadach jak w przypadkach wizyt rezerwowanych drogą tradycyjną. W przeciwnym razie zdalna rejestracja nadal będzie mogła być ograniczona do wybranych poradni specjalistycznych i niektórych godzin ich funkcjonowania”.

Wniosek de facto odnosi się do dwóch rodzajów ograniczeń wprowadzanych przez świadczeniodawców, co zostało ustalone w trakcie kontroli, tj. w zakresie:

- 1) czasu (dni i godzin), w jakim powinno być możliwe dokonanie rejestracji elektronicznej (tj. w wyniku kontroli ustalono, że niektórzy świadczeniodawcy ograniczali możliwość zapisów elektronicznych albo tylko do wyznaczonych dni albo nawet do określonych godzin danego dnia);

2) wizyt, na jakie można dokonać rejestracji (jak wskazano w ustaleniach z kontroli stwierdzono występowanie przypadków, kiedy pacjent mógł się zapisać tylko do wybranych poradni, tylko do niektórych lekarzy przyjmujących w danych poradniach, tylko na niektóre dni lub nawet tylko na niektóre godziny udzielania świadczeń).

W niedługim czasie Minister Zdrowia planuje dużą nowelizację ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹ oraz innych ustaw z nią związanych, którą ureguluje m.in. zmienioną koncepcję funkcjonowania w fazie drugiej Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (Platforma P1), problematykę tzw. platform regionalnych; uwzględni także zmiany w systemach dziedzinowych oraz w przepisach odnoszących się do systemów teleinformatycznych świadczeniodawców. Niemniej jednak zagadnienie opisywane przez Najwyższą Izbę Kontroli, w mojej ocenie, świadczy nie o wadliwości przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych² lub o braku ich precyzji, ale o nieprawidłowych praktykach stosowanych przez niektórych świadczeniodawców polegających na nieuzasadnionym ograniczaniu elektronicznej rejestracji pacjentów.

Odnosząc się konkretnie do zagadnienia elektronicznej rejestracji pacjentów na wizyty, w mojej opinii, zasady zapisywania pacjentów na terminy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (list oczekujących) są analogiczne, niezależnie od tego, w jaki sposób dochodzi do rejestracji pacjentów, tj. czy będzie to następowało osobiście, za pośrednictwem osoby trzeciej lub przy wykorzystaniu telefonu czy wreszcie za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Wykorzystanie elektronicznej rejestracji pacjentów nie może uchylać innych przepisów regulujących prowadzenie list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim kryteriów zapisywania pacjentów na listy oczekujących.

W myśl bowiem art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych *„świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez*

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, t.j.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, t.j.

świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Natomiast zgodnie z art. 20 ust. 1b tej ustawy „zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę”. Przywołane tutaj przepisy dotyczą każdego sposobu rejestracji pacjentów, niezależnie od wybranego przez pacjenta kanału komunikacji ze świadczeniodawcą. Nie ma bowiem różnicy w zasadach rejestracji pacjentów, czy świadczeniodawca zapisuje pacjentów na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszenia osobistego, telefonicznego, czy za pośrednictwem platformy elektronicznej. Potwierdzeniem tego, w relacjach Narodowy Fundusz Zdrowia – świadczeniodawca, są także przepisy § 13 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej³, zgodnie z którym świadczeniodawca ma obowiązek zapewnienia bieżącej rejestracji świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej.

W każdym przypadku to świadczeniodawca jest odpowiedzialny za rejestrację pacjentów i prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a sam sposób zgłoszenia przez pacjenta wniosku o rejestrację (czy będzie to wniosek złożony osobiście, czy wysłany za pośrednictwem systemu teleinformatycznego) nie ma tutaj decydującego znaczenia. To na świadczeniodawcy spoczywa bowiem obowiązek ustalania kolejności udzielenia pacjentowi świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń pacjentów (por. art. 20 ust. 2 pkt 1 ww. ustawy).

Wypełnieniem obowiązku zapewnienia elektronicznej rejestracji pacjentów na wizyty, co wynika z art. 23a ww. ustawy, nie będzie wprowadzenie przez świadczeniodawców ograniczeń w zapisywaniu się elektronicznym na wizyty tylko w określonych godzinach lub tylko do określonych poradni w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Takie rozumienie tego obowiązku przez niektórych świadczeniodawców, na co wskazuje treść Informacji Najwyższej Izby Kontroli, jest nieuprawnione i nie ma oparcia w przepisach prawa.

Mamy tutaj do czynienia z nieprzestrzeganiem prawa przez świadczeniodawców, a możliwym rozwiązaniem tego problemu są działania pozalegislacyjne, takie jak


³ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 .

podjęcie przez Narodowy Fundusz Zdrowia działań edukacyjnych w stosunku do świadczeniodawców, a w końcu także egzekwujących przestrzeganie norm prawnych.

Część 6.2. Analiza stanu prawnego, strona 50.

Na stronie 50, w drugim akapicie od góry ww. Informacji wskazano na niespójność przepisów dotyczących podpisu elektronicznego, tj. § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴ i art. 17 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

W mojej ocenie ww. przepisy regulują różne zagadnienia i nie są sprzeczne. Pierwszy z nich dotyczy dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci elektronicznej. Drugi zaś – elektronicznej dokumentacji medycznej, o której mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia.


Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETARZ STANU
Zbigniew J. Król

⁴ Dz. U. poz. 2069.

6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

LBI.430.002.2017
P/16/059

Warszawa, 28 listopada 2017 r.

Opinia
Prezesa Najwyższej Izby Kontroli
do Stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie
Informacji o wynikach kontroli „Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie”

Stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹ przedstawiam opinię do *Stanowiska Ministra Zdrowia*, zawartego w piśmie z 10 listopada 2017 r. (znak: DNM.073.28.2017.3.AK).

Uprzejmie dziękuję za ustosunkowanie się do Informacji, szczególnie do wniosku idącego w kierunku zapewnienia pacjentom możliwości rejestracji wizyt drogą elektroniczną każdego dnia, w godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, czyli na takich samych zasadach jak w przypadku wizyt rezerwowanych drogą tradycyjną.

Z zadowoleniem przyjmuję stanowisko Pana Ministra w tej sprawie, że zasady zapisywania pacjentów na terminy udzielania świadczeń (list oczekujących) są analogiczne, niezależnie od tego w jaki sposób dochodzi do rejestracji i wszelkie ograniczenia wprowadzane w tym zakresie przez świadczeniodawców, są nieuprawnione. Mam też nadzieję, że podjęte zostaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wskazane przez Pana Ministra, działania edukacyjne, a w końcu także egzekwujące przestrzeganie przepisów mówiących, że zgłoszeń i wpisów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, dokonuje się każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń przez danego świadczeniodawcę.

Z satysfakcją przyjmuję też informację o planowanej nowelizacji ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia² oraz innych ustaw z nią związanych, która m.in. ureguluje problematykę tzw. platform regionalnych i uwzględni zmiany w przepisach odnoszących się do systemów teleinformatycznych świadczeniodawców.

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 524.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 1845.