



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.025.06.2016
P/16/059



00564817

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(wystąpienie pokontrolne z 21 lutego 2017 r., zmienione zgodnie z treścią uchwały Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli nr KPK-KPO.443.052.2017 z 27 kwietnia 2017 r.)

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/059 – Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie	
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku	
Kontrolerzy	Henryk Dąbrowski – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/101/2016 z 14 listopada 2016 r. Marcin Kiersnowski – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/20/2017 z 26 stycznia 2017 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2 i 579-580)	
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach, ul. Rittlera 2, 16-500 Sejny ¹	
Kierownik jednostki kontrolowanej	Waldemar Kwaterski – Dyrektor Zakładu ²	(dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności³

Ocena ogólna

Realizacja w Zakładzie projektu „Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie”⁴ nie przyniosła wszystkich korzyści określonych w jego studium wykonalności oraz we wniosku o dofinansowanie Projektu, mimo upływu ponad 23 miesięcy od uruchomienia komponentów Projektu (5 marca 2015 r.) i wydatkowania na ten cel 1.691,5 tys. zł ze środków własnych i Unii Europejskiej. Wynikało to przede wszystkim z nieskutecznego wdrożenia części funkcjonalności otrzymanych systemów informatycznych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Zakład w ramach Projektu zakupił m.in. sprzęt komputerowy oraz systemy informatyczne typu ERP, EOD, BI, HIS oraz EDM⁵. Aplikacje te nie były jednak w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją Projektu, w szczególności:

- nie wykorzystywano systemu informatycznego HIS do prowadzenia części indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej oraz dokumentacji wewnętrznej zbiorczej,
- do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości indywidualnej dokumentacji medycznej przewidzianej w studium wykonalności i programie funkcjonalno-użytkowym Projektu, w tym również prowadzonej w HIS, co ograniczało pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych elektroniczny dostęp do tej dokumentacji,
- na etapie projektowania nie zgłoszono potrzeb dotyczących funkcjonalności systemów wspomagających obsługę pacjenta, w konsekwencji programy te nie były przystosowane do przetwarzania i udostępniania pacjentom oraz lekarzom dokumentacji medycznej wytwarzanej w poradni i sekcji rehabilitacji oraz w bloku operacyjnym Zakładu,
- nie zapewniono w Portalu pacjenta⁶ wiarygodnych informacji o dostępnych terminach wizyt w poradniach specjalistycznych Zakładu,

¹ Dalej: „ZOZ” lub „Zakład”

² Pan Waldemar Kwaterski jest Dyrektorem ZOZ od 1 marca 1999 r.

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

⁴ Projekt (zwany dalej: „Projektem”) był 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.

⁵ ERP służy do zarządzania jednostką i prowadzenia spraw administracyjno-finansowych Zakładu; EOD przeznaczony jest do wprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów w ZOZ; BI służy do generowania raportów i analiz na podstawie danych czerpanych z ERP oraz HIS; HIS przeznaczony jest do prowadzenia w wersji elektronicznej dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej oraz zarządzaniem ruchem chorych na oddziałach i w poradniach; EDM to skorelowana z systemem HIS aplikacja do przeglądania indywidualnej dokumentacji medycznej wytworzonej w HIS.

⁶ Portal powstał w ramach Projektu, w celu umożliwienia elektronicznej rejestracji wizyt w poradniach specjalistycznych prowadzonych przez partnerów Projektu oraz dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta w wersji elektronicznej.

- nie używano modułu systemu informatycznego typu ERP do kalkulacji rzeczywistych kosztów leczenia poszczególnych pacjentów oraz czterech drukarek specjalistycznych o wartości 4,1 tys. zł (stanowiących 0,24% całkowitej wartości Projektu),
- nie wprowadzono elektronicznego obiegu dokumentów, przy pomocy programu typu EOD zakupionego do tego celu za 52,8 tys. zł,
- cztery (z 10 analizowanych) raporty generowane przy użyciu aplikacji typu BI były niezgodne z danymi źródłowymi programu HIS,
- nie w pełni zabezpieczono przed utratą archiwizowane dane oraz nie pozbawiono niezwłocznie dwóch byłych pracowników możliwości dostępu do systemu HIS.

Tymczasem w studium wykonalności Projektu oraz we wniosku o jego dofinansowanie, sporządzonych przez Lidera⁷ założono m.in., że system EDM pozwoli pacjentom i lekarzom na dostęp do kompletnej dokumentacji medycznej pacjenta wytworzonej w postaci elektronicznej, co wpłynie na optymalizację kosztów badań oraz na obniżenie kosztów przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. Z kolei system kontrolno-zarządczy pozwolić miał m.in. na ułatwienie zarządzania Zakładem poprzez wdrożenie narzędzi analityczno-raportowych oraz elektronicznego obiegu dokumentów.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że prowadzone działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Tylko 10 osób wyraziło zgodę na przetwarzanie ich danych osobowych na poziomie regionalnym oraz nie podejmowano prób rezerwacji wizyt w poradniach ZOZ za pośrednictwem Portalu pacjenta.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja zobowiązań w zakresie tworzenia i realizacji projektu e-Zdrowie

1.1. Udział w projektowaniu rozwiązań projektu e-Zdrowie

Opis stanu
faktycznego

Zakład, wspólnie z Starostwem Powiatowym w Sejnach, 14 maja 2009 r. zadeklarował. Liderowi chęć uczestnictwa w Projekcie. Następnie 5 czerwca 2009 r. Powiat Sejneński zawarł z Województwem Podlaskim umowę w sprawie współdziałania przy realizacji Projektu. W umowie Powiat zobowiązał się m.in. do wdrożenia Projektu, po uzyskaniu dofinansowania, sporządzenia zapotrzebowania rzeczowego i finansowego oraz zapewnienia własnych środków finansowych do jego realizacji. Z kolei Rada Powiatu Sejneńskiego, uchwałą z 9 listopada 2010 r., wyraziła wolę zabezpieczenia finansowego wkładu własnego ZOZ do Projektu. (dowód: akta kontroli str. 4 i 54-58)

Na potrzeby przygotowania Projektu, 26 stycznia 2010 r. przedstawiono Liderowi stan zasobów informatycznych Zakładu. W sporządzonej w tym celu ankiecie podano m.in., że Zakład posiadał 32 komputery, 16 drukarek atramentowych i laserowych, skaner oraz urządzenie do cyfrowej diagnostyki obrazowej. ZOZ wyposażony był też m.in. w system finansowo-księgowy, kadrowo-płacowy, aplikację do ewidencji środków trwałych i wyposażenia, program do rachunku kosztów leczenia szpitalnego, aplikację do prowadzenia statystyki medycznej i rozliczania kontraktów z NFZ. Oprogramowania te pochodziły z lat 1993 – 2010, nie posiadały standaryzacji i nie umożliwiały wymiany danych. Zakład nie posiadał natomiast m.in. ogólnozakładowej sieci komputerowej, oprogramowania do obsługi przychodni, rejestracji, poradni specjalistycznych, oddziałów szpitalnych, a także do zarządzania ruchem chorych, obsługi zleceń medycznych, analiz menedżerskich, wyceny procedur medycznych i elektronicznego obiegu dokumentów.

Następnie 5 października 2010 r. Zakład sporządził ankietę, w której wykazano potrzebę zakupu 46 zestawów komputerowych do obsługi systemów planowanych do dostarczenia w ramach Projektu.

W trakcie audytu wstępnego, przeprowadzonego 26 czerwca 2012 r. przez inżyniera kontraktu, zweryfikowano stan zasobów informatycznych Zakładu, do którego nie wniesiono uwag. (dowód: akta kontroli str. 5-51, 147-156 i 617-619)

⁷ Województwo Podlaskie, którego zadania wykonywał Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego (dalej: „Lider”).

W oparciu o istniejącą infrastrukturę informatyczną sporządzono wstępny zakres rzeczowo-finansowy realizacji Projektu. Koszty jego realizacji określono na 1.856,8 tys. zł, w tym na: zakup i uruchomienie systemów informatycznych – 1.070,5 tys. zł; infrastrukturę serwerowo-systemową – 505,4 tys. zł, zakup sprzętu informatycznego – 143,6 tys. zł; szkolenia pracowników – 48,1 tys. zł; promocję – 12,1 tys. zł; zatrudnienie inżyniera kontraktu – 43 tys. zł; utworzenie Regionalnej Platformy e-Usług Medycznych – 28,2 tys. zł i audyt powdrożeniowy – 5,9 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 5-9 i 80)

Zakres rzeczowo-finansowy Projektu stanowił załącznik do porozumienia partnerskiego⁸, zawartego 31 marca 2011 r. z Liderem i pozostałymi 37 partnerami Projektu. W porozumieniu Strony zobowiązały się do przygotowania i wdrożenia Projektu. Do obowiązków Zakładu m.in. zaliczono: [1] zapewnienie wkładu własnego i współfinansowanie części wspólnej Projektu; [2] wykonanie na własny koszt infrastruktury techniczno-budowlanej nieprzewidzianej w zakresach rzeczowo-finansowych; [3] obowiązek zasilania danymi systemów i aplikacji wdrożonych w ramach Projektu; [4] promowanie Projektu. Natomiast do obowiązków Lidera należało: [1] przygotowanie dokumentacji technicznej Projektu; [2] przeprowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych i zawarcie umów na realizację zadań; [3] współfinansowanie części wspólnej Projektu (tj. kosztów zaangażowania inżyniera kontraktu, promocji, audytu i platformy e-Zdrowie); [4] monitorowanie Projektu. (dowód: akta kontroli str. 5-9 i 63-111)

Zakład uczestniczył w pracach nad Projektem na etapie projektowania rozwiązań i ich wdrażania. Do prac tych wyznaczono: [1] zastępcę Dyrektora ds. lecznictwa, odpowiedzialnego za organizowanie opieki leczniczej i profilaktycznej, [2] informatyka zobowiązanego do koordynowania wdrożenia Projektu, [3] głównego specjalistę ds. kadr i płac, [4] specjalistę ds. administracyjno-kadrowych, do obowiązków którego m.in. należała obsługa projektów realizowanych w ZOZ; [4] dwóch specjalistów ds. rozliczania usług medycznych.

Wyżej wymienieni pracownicy uczestniczyli w spotkaniach zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania Projektu, zorganizowanych przez Lidera (na których omawiano m.in. sprawy organizacyjne, harmonogram realizacji zadań, zasady i terminy odbiorów poszczególnych elementów Projektu, postępowania przetargowe, sposoby rozliczania kosztów) oraz opiniowali dokumentację zamieszczoną na stronie internetowej Lidera.

(dowód: akta kontroli str. 5-9, 45-53, 170-174, 546-547 i 643-645)

Na etapie przygotowywania Projektu (od 11 marca 2011 r. do 27 listopada 2013 r.) pozytywnie zaopiniowano 26 dokumentów, dotyczących spraw: informatyczno-technicznych (pięć dokumentów), rachunkowo-księgowych i organizacyjnych (siedem) oraz zamówień publicznych (14). Uwagi wniesiono odnośnie braku połączeń światłowodowych pomiędzy budynkami ZOZ oraz do parametrów routerów i przełączników planowanych do zakupu. Na tym etapie Projektu nie wnoszono jednak uwag dotyczących funkcjonalności poszczególnych aplikacji. Nie wnioskowano m.in. o rozbudowę oprogramowania HIS o funkcjonalności umożliwiające obsługę poradni i sekcji rehabilitacji, banku krwi, bloku operacyjnego Zakładu oraz zakażeń szpitalnych, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Na etapie prac wdrożeniowych (od 28 listopada 2013 r. do 20 maja 2015 r.) pozytywnie zaopiniowano 33 dokumenty, w tym 15 informacyjno-technicznych, 16 rachunkowo-księgowych i organizacyjnych oraz dwa dotyczące zamówień publicznych. Uwagi wniesiono do ośmiu dokumentów, które dotyczyły m.in. migracji danych pomiędzy systemami, wprowadzenia danych testowych, loginu użytkownika, harmonogramu Projektu oraz parametrów narzędzi do ekstraktorów i logowania się użytkownika.

(dowód: akta kontroli str. 5-9 i 620-625)

Opiniowanie dokumentów dokonano w terminach wyznaczonych przez Lidera, tj. od jednego do 20 dni od czasu umieszczenia dokumentu na wewnętrznej stronie internetowej Projektu. Na przykład, liczącą 1.087 stron dokumentację informacyjno-

⁸ Porozumienie partnerskie było trzykrotnie aktualizowane, tj. 2 maja 2012 r., 28 lutego 2013 r. i 13 listopada 2014 r.

techniczną zaopiniowano w ciągu 20 dni, a dokumentację liczącą 315 stron dotyczącą zamówień publicznych – w trakcie sześciu dni. Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „treść dokumentów (...) na etapie projektowania rozwiązań Projektu była konsultowana z personelem medycznym i administracyjnym. Z uwagi na obszerność przedkładanej do konsultacji dokumentacji oraz jej specyficznego technicznego języka personel medyczny i administracyjny przyjmował informacje o założeniach Projektu do wiadomości bez propozycji zmian. Na etapie wdrażania personel medyczny zgłaszał uwagi dotyczące czasochłonności obsługi systemu HIS, natomiast personel administracyjny wnosił uwagi dotyczące funkcjonalności i usterek systemów.” Dyrektor ZOZ dodał, że: „prowadziliśmy wewnętrzne konsultacje na temat oczekiwanych rozwiązań w ramach Projektu. Udział w nich wzięli ordynatorzy i pielęgniarki oddziałowe, a za ich pośrednictwem pozostały personel.” Nie badano natomiast opinii pacjentów na temat korzystania z rozwiązań, jakie niesie za sobą realizacja Projektu. (dowód: akta kontroli str. 5-9, 45-53, 569-577)

Zakład po wyłonieniu dostawcy systemów informatycznych dla Projektu uczestniczył w pracach pilotażowych tych aplikacji. Na etapie tych prac ZOZ poinformował Lidera m.in., że aplikacja ERP jest niedostosowana do wielkości Zakładu, ze względu na rozbudowane działy księgowości, kadr i plac. Wskazano, że program posiada zupełnie nieintuicyjny interfejs i że brak jest w nim oczywistych udogodnień usprawniających pracę. Odnośnie aplikacji EOD podniesiono, iż sposób obiegu dokumentów proponowany w systemie jest nadmiernie rozbudowany i nie uwzględnia struktury Zakładu ani jego specyfiki. Zakład zwrócił też uwagę, że system HIS nie posiada modułów bloku operacyjnego (bloku porodowego), modułu pracowni fizjoterapii i banku krwi.

W udzielonej odpowiedzi Lider wskazał, że: „zakres wdrożenia u każdego Partnera był przedmiotem analizy od 2011 roku. Inżynier kontraktu w 2012 roku przeprowadzał ponowną weryfikację rozwiązań ujętych w studium wykonalności. Organizowane były spotkania, podczas których Zakład określał swoje potrzeby i decydował, jakie moduły będą realizowane w podmiocie leczniczym. Następnie, na podstawie tych konsultacji stworzony został opis przedmiotu zamówienia, który także był przedmiotem akceptacji każdego z Partnerów. Po jego zatwierdzeniu zostało ogłoszone postępowanie przetargowe zgodne z ww. zakresem, którego właśnie realizacja następuje. W związku z powyższym, na obecnym etapie, tj. realizacji umowy nie ma możliwości zmiany zakresu wdrożenia”.

(dowód: akta kontroli str. 157 i 620-625)

W związku z utworzeniem w ramach Projektu systemu przetwarzającego dane o stanie zdrowia pacjentów na poziomie regionalnym, Zakład 6 maja 2015 r. zawarł z Liderem Projektu porozumienie w sprawie ochrony tych danych, które zostało następnie zmienione porozumieniem z 21 lipca 2016 r. Powyższym dokumentem określono zasady przetwarzania danych pacjentów w Projekcie oraz ich ochrony. Zakład zobowiązał się m.in. do opracowania procedury zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym oraz procedury określającej zasady korzystania i kontroli wykorzystania trybu krytycznego przez personel medyczny. Stan realizacji tych zobowiązań opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Porozumienie w sprawie ochrony danych osobowych na poziomie regionalnym uzupełniono umową powierzenia przetwarzania danych osobowych (zawartą pomiędzy Zakładem i Liderem), w tym danych o stanie zdrowia pacjentów. Ustalono, że na poziomie regionalnym przetwarzane będą dane osobowe pacjentów oraz pielęgniarek i lekarzy w następującym zakresie:

- a) pacjenci: nazwisko, imiona, Pesel (lub inny identyfikator), data i miejsce urodzenia, data zgonu, płeć, rodzaj i numer dokumentu tożsamości, adres, numer telefonu, adres email, wykształcenie, nazwisko rodowe, imiona i nazwiska rodziców, stan cywilny, stopień niepełnosprawności,
- b) lekarze i pielęgniarki: nazwisko, imiona, Pesel (lub inny identyfikator), data urodzenia, rodzaj i numer dokumentu tożsamości, numer telefonu, adres email.

Realizując postanowienia powyższej umowy, Dyrektor ZOZ upoważnił na okres trwałości Projektu sześciu przedstawicieli Lidera do przetwarzania danych osobowych.

(dowód: akta kontroli str. 112-146, 178-188, 430-452 i 528)

Po uruchomieniu systemów informatycznych ZOZ korzystał z asysty powdrożeniowej, stosownie do postanowień umowy zawartej 27 listopada 2013 r. przez Lidera z wykonawcą systemów⁹. W ramach asysty powdrożeniowej:

- wykonawcy zgłaszano awarie, błędy i usterki w funkcjonowaniu systemów, które omówiono w pkt. 1.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego,
- przedstawiciele wykonawcy odbyli trzy (z sześciu zaplanowanych) wizyt, w trakcie których analizowano bieżące funkcjonowanie i wykorzystanie systemów oraz wspomagano księgowanie operacji gospodarczych, uzgadnianie sald, zamykanie i otwieranie roku księgowego,
- w 185 przypadkach Zakładowi udzielono wsparcia w rozwiązaniu problemów w funkcjonowaniu systemów, a w 17 dokonano modyfikacji i rozbudowy systemów, które wynikały z trudnień przy zwykłym ich użytkowaniu.

(dowód: akta kontroli str. 312-332 i 552, 558-568 i 611-612)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Na etapie przygotowywania Projektu Zakład nie wnioskował o rozbudowę oprogramowania typu HIS o funkcjonalności umożliwiające obsługę poradni i sekcji rehabilitacji, banku krwi, bloku operacyjnego oraz zakazań szpitalnych. Dopiero na etapie wdrożenia systemów informatycznych zakupionych w ramach Projektu wniesiono o rozbudowę oprogramowania o część z tych funkcjonalności, co z uwagi na etap realizacji Projektu wg Lidera nie było możliwe. W konsekwencji aplikacje typu HIS i EDM nie mogły być wykorzystywane do przetwarzania i udostępniania pacjentom oraz lekarzom dokumentacji medycznej wytwarzanej w poradni i sekcji rehabilitacji oraz bloku operacyjnym. Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „z uwagi na obszerność przedkładanej do konsultacji dokumentacji oraz jej specyficznego technicznego języka personel medyczny i administracyjny przyjmował informacje o założeniach Projektu do wiadomości bez propozycji zmian.” (dowód: akta kontroli str. 5-9, 45-51 i 620-625)
2. W Zakładzie nie określono sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym oraz procedury określającej zasady korzystania i kontroli wykorzystania trybu krytycznego¹⁰ przez personel medyczny ZOZ, tj. dokumentów wymaganych odpowiednio § 5 ust. 5 oraz § 10 ust. 7 porozumienia z 21 lipca 2016 r. w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym.

Z wyjaśnień Dyrektora Zakładu wynika, że brak procedury stosowania trybu krytycznego wynikał z przeoczenia tego obowiązku. Dodał, że: „zgody pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym podlegają ochronie tak jak pozostałe dane osobowe przetwarzane w Zakładzie i w czasie uruchomienia w ZOZ Projektu obowiązywało zarządzenie nr 22/08 Dyrektora Zakładu z 31 grudnia 2008 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji dotyczących ochrony danych osobowych w ZOZ, a 31 grudnia (2015 r. – przyp. NIK) wprowadzono Politykę Bezpieczeństwa, 22 marca 2016 r. wprowadzono zarządzenie nr 02/2016 z zaleceniami mającymi na celu zapobieganie niepożądanym zdarzeniom dotyczącym systemów informatycznych i nr 02-1/2016 z Instrukcją postępowania na wypadek awarii systemu informatycznego w Zakładzie. W związku z tym zgody (pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie

⁹ W umowie z 27 listopada 2011 r. Nr PN/18/11/2013 dostawca oprogramowania zobowiązał się do świadczenia asysty powdrożeniowej do upływu 3 lat od dnia podpisania protokołu odbioru bez uwag i zastrzeżeń. W umowie przewidziano, że okres świadczenia asysty powdrożeniowej dla danego systemu będzie automatycznie wydłużany o czas wystąpienia wady i czas jej usunięcia.

¹⁰ Tryb działania w którym lekarz w wyjątkowych sytuacjach otrzymuje czasowy dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta na Portalu pacjenta utworzonym w ramach Projektu.

regionalnym – przyp. NIK) *przechowywane są w szafie zamkniętej na klucz, w pokoju, który zajmuje osoba upoważniona do przetwarzania danych osobowych.*

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że powołane regulacje wewnętrzne nie określały sposobu zbierania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym.

(dowód: akta kontroli str. 45-53, 189, 335-364, 453-480 i 569-577)

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

Obowiązujące od 31 grudnia 2015 r. w Zakładzie Polityka Bezpieczeństwa Informacji i Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym (dalej: „Instrukcja ZSI”)¹¹ spełniały większość wymagań określonych w § 4 i § 5 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych¹², w tym m.in. określały środki techniczne i organizacyjne niezbędne dla zapewnienia poufności i integralności przetwarzanych danych (§ 4 pkt 5 ww. rozporządzenia), metody i środki uwierzytelnienia oraz procedury związane z ich zarządzaniem i użytkowaniem (§ 5 pkt 2), sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami (§ 4 pkt 4), procedury rozpoczęcia, zawieszenia i zakończenia pracy przeznaczone dla użytkowników systemu (§ 5 pkt 3), sposób wykonywania przeglądów i konserwacji systemów oraz nośników informacji służących do przetwarzania danych. Odstępstwa od wymogów rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych omówiono w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Ustalono nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 333-372, 660 i 626-629)

Z opinii biegłego w dziedzinie bezpieczeństwa systemów informatycznych powołanego w trakcie kontroli NIK wynika, że w Zakładzie podjęto działania zmierzające do realizacji celów zapisów § 20 ust. 2 pkt 7 i 12 lit. a, b, e rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r.¹³, dotyczących zapewnienia ochrony przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniami lub zakłóceniami oraz zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych. Biegły stwierdził m.in., że: [1] mechanizmy rejestrowania zdarzeń w logach systemów serwerowych i aplikacji typu HIS były włączone i funkcjonowały prawidłowo, a logi programu HIS przechowywane były od początku wdrożenia aplikacji; [2] za pomocą unikalnych identyfikatorów i haseł o odpowiedniej długości i jakości uniemożliwiano nieautoryzowany dostęp do systemów; [3] prawidłowo funkcjonowały mechanizmy aktualizacji oprogramowania systemów operacyjnych; [4] zminimalizowano ryzyko utraty danych poprzez zabezpieczenie miejsca ich przechowywania systemem dostępowym, alarmem włamaniowym, systemem przeciwpożarowym, zasilaczami awaryjnymi oraz redundantną klimatyzacją, a także redundantnymi urządzeniami serwerowymi; [5] zapewnienie bezpieczeństwa plików systemowych realizowane było poprzez stosowanie aktualizowanego na bieżąco oprogramowania antywirusowego.

(dowód: akta kontroli str. 405-410)

Uprawnienia do systemu HIS nadawane były poprzez określenie konkretnego konta użytkownika i wskazanie zasobu oraz roli użytkownika definiującej zakres dostępnych danych. System ten umożliwiał weryfikację czasu logowania, wykonanych czynności w tym systemie, użytkownika ich dokonującego oraz rodzaju wykonanej operacji. Zmiany dokonane w elektronicznej dokumentacji medycznej były odzwierciedlone w systemach informatycznych typu HIS i EDM. Zapewniono możliwość wglądu do wersji dokumentów

¹¹ Ustalono zarządzeniem nr 23/15 Dyrektora ZOZ z dnia 31 grudnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia Polityki Bezpieczeństwa w zakresie zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych oraz Instrukcję określającą sposób zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, ze szczególnym uwzględnieniem wymogów bezpieczeństwa informacji w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sejnie.

¹² Dz. U. Nr 100, poz. 1024. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji przetwarzania danych”.

¹³ 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 2016 r. poz. 113, ze zm.). Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie KRI”.

przed dokonanej zmiany. Wytworzonych dokumentów nie można było trwale usunąć z ww. systemów.

Analiza korzystania z systemu HIS we wrześniu 2016 roku, kiedy nastąpiło 5.112 logowań przez 144 osoby, nie wykazała wykorzystania systemu przez osoby nie posiadające wymaganych uprawnień. (dowód: akta kontroli str. 333-336, 405-410, 538-542 i 549-552)

Do 5 stycznia 2017 r. pisemną zgodę na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym złożyło 10 pacjentów, w tym sześciu pracowników ZOZ, podczas gdy w 2016 roku ze świadczeń medycznych w Zakładzie skorzystało 15,9 tys. osób. Oświadczenia te przechowywano w zamkniętym pomieszczeniu, w którym pracował główny specjalista ds. kadr i płac. W Zakładzie nie opracowano procedury zbierania, przechowywania i aktualizacji tych zgód, co opisano w pkt.1.1. wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 189, 569-577 i 646-647)

Od czasu uruchomienia systemów informatycznych do 30 listopada 2016 r. wykonawcy systemów zgłoszono¹⁴ 15 awarii, 78 błędów i 50 usterek, z których najwięcej dotyczyło systemu HIS (odpowiednio: 12 awarii, 74 błędy i 38 wad). Od czerwca 2015 roku (kiedy rozpoczęto uruchamianie systemów) do czerwca 2016 roku dokonano 113 zgłoszeń (79%), a od lipca do końca listopada 2016 roku – 30 zgłoszeń (21%). Wszystkie zgłoszone awarie oprogramowania zostały usunięte w czasie od dwóch do kilkunastu godzin. Wykonawcy oprogramowania nie zgłoszono natomiast występowania rozbieżności w raportach i analizach generowanych przez system BI, co omówiono w pkt. 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. (dowód: akta kontroli str. 312-313, 501-503)

ZOZ przygotował się do wystąpienia nadzwyczajnych sytuacji spowodowanych przerwami w dostawach energii elektrycznej, które zdarzały się od dwóch do trzech razy w roku. Zakład 31 grudnia 2014 r. zakupił agregat prądowórczy zapewniający zapotrzebowanie na moc szczytową ZOZ¹⁵, co spełniano wymogi określone w § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r.¹⁶ Przeglądy serwisowe agregatu dokonywano corocznie, a zakładowy elektryk przeprowadzał miesięczne kontrolne uruchamianie urządzenia. Wszystkie zakupione w ramach Projektu stacje robocze oraz serwery wyposażono w urządzenia podtrzymujące zasilanie. W ZOZ ustalono też instrukcję postępowania na wypadek awarii systemu informatycznego¹⁷. Nie ustalono natomiast pisemnych procedur określających postępowanie w przypadkach braku zasilenia energią elektryczną, ponieważ – jak wyjaśnił Dyrektor ZOZ – agregat prądowórczy wyposażony jest w funkcję autostartu. (dowód: akta kontroli str. 283-285, 363-364 i 569-577)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Pełna kopia bezpieczeństwa, obejmująca dane wszystkich systemów ZOZ zakupionych w ramach Projektu, nie była raz w tygodniu przesyłana siecią WAN do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego, co było niezgodne z załącznikiem C Instrukcji ZSI Zakładu. Przechowywanie kopii zapasowych i danych produkcyjnych w jednym pomieszczeniu stwarza ryzyko utraty tych danych w przypadku poważnych zdarzeń takich jak pożar czy włamanie. Określenie częstotliwości wynoszenia danych poza serwerownię powinno być wynikiem analizy ryzyk, na które te dane są narażone oraz skutków ich utraty. Z wyjaśnień Informatyka ZOZ wynika, że przesyłanie kopii było niemożliwe z powodu małej przepustowości sieci WAN łączącej Zakład z Urzędem Marszałkowskim Województwa Podlaskiego.

(dowód: akta kontroli str. 335-362, 366-372, 405-410 i 587)

¹⁴ Poza normatywnymi godzinami pracy administracji ZOZ, zawiadomienia o awariach dokonywał informatyk oraz główny specjalista ds. płac i kadr.

¹⁵ Agregat prądowórczy zapewniał 484 kW mocy, a zapotrzebowanie na moc szczytową ZOZ określono na 300 kW.

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).

¹⁷ Instrukcję wprowadzono zarządzeniem nr 02/2016 Dyrektora Zakładu z 22 marca 2016 r.

2. Polityka Bezpieczeństwa Informacji nie zawierała elementu wymienionego w § 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych, zaś Instrukcja ZSI nie spełniała wymogów określonych w § 5 pkt 5 lit. b) tego rozporządzenia. W Polityce Bezpieczeństwa Informacji nie zamieszczono opisów struktury zbiorów danych systemów Zakładu wskazujących zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi, a w Instrukcji ZSI okresu przechowywania kopii zapasowych. Z wyjaśnień Dyrektora ZOZ wynika, że brak opisów struktury zbiorów danych systemów wynikał z: „braku wcześniej przeprowadzonej, dogłębnej analizy”. Natomiast przyczyną niewskazania okresu przechowywania kopii zapasowych było niezasadne przyjęcie w Instrukcji ZSI fragmentu dokumentacji technicznej infrastruktury Projektu realizowanej w ZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 333-362, 366-372, 569-572 i 600)

3. W odniesieniu do dwóch (z 21) osób, których stosunek pracy ustał w okresie od 30 kwietnia do 31 sierpnia 2015 r. nie podjęto działań w celu bezzwłocznego odebrania im dostępu do aplikacji typu HIS. Wyłączenia ich kont dokonano dopiero po upływie odpowiednio dwóch i trzech miesięcy. Było to niezgodne z § 20 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia w sprawie KRI. Główny specjalista ds. kadr i płac Zakładu wyjaśnił, że: „spowodowane to było przedłużającymi się rozmowami z tymi pracownikami o ich ewentualnej dalszej współpracy.” Natomiast w ocenie biegłego w dziedzinie bezpieczeństwa systemów informatycznych przyczyną nieodebrania bezzwłocznie uprawnień do aplikacji HIS były wewnętrzne regulacje ZOZ, które nie gwarantowały rozliczalności działań osób zaangażowanych w proces nadawania, zmiany i odbierania uprawnień użytkowników systemu HIS. Nie określały one precyzyjnie kolejnych kroków tego procesu, nie wskazywały osób odpowiedzialnych, ich zadań oraz nie określały sposobu dokumentowania realizacji tych zadań.

(dowód: akta kontroli str. 403, 405-410, 553)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że w Polityce Bezpieczeństwa Informacji nieprecyzyjnie określono obszar przetwarzania danych osobowych. Między innymi podano, że dane osobowe przetwarzano w pomieszczeniach Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego i Sekcji Technicznej. Faktycznie przetwarzanie danych osobowych prowadzono tylko w trzech pomieszczeniach Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego i jednym pomieszczeniu Sekcji Technicznej.

(dowód: akta kontroli str. 360 i 608-610)

Powołany w trakcie kontroli NIK biegły stwierdził ponadto, że w celu osiągnięcia większej pewności skutecznego odbierania uprawnień do systemu HIS, właściwym jest wdrożenie automatycznych mechanizmów wyłączających dostęp użytkownikom po określonym czasie nieaktywności w systemie. Biegły zwrócił też uwagę, że wewnętrzne regulacje Zakładu nie określały: [1] warunków, jakie powinien spełnić użytkownik, aby otrzymać dostęp do systemów, [2] okresów przechowywania logów bezpieczeństwa części serwerowej obsługującej system HIS oraz aplikacji HIS, [3] wymogu aktualizacji oprogramowania systemów operacyjnych, [4] sposobu dokumentowania czynności weryfikujących poprawne działanie oprogramowania antywirusowego. Biegły w swojej opinii podkreślił także, że pojedynczymi punktami awarii części serwerowej infrastruktury były przełącznik i ruter, których uszkodzenie spowoduje niedostępność całej lub części funkcjonalności systemów i w związku z tym należy rozważyć redundancję tych urządzeń lub opracowanie procedur zabezpieczających wypełnianie zadań Zakładu w przypadku ich awarii. Zdaniem biegłego należy też dokonać analizy ryzyk związanych z nieautoryzowanymi działaniami przy przetwarzaniu informacji, które mogą skutkować kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniami lub zakłóceniami, a w przypadku ich istnienia należy uzupełnić wewnętrzne regulacje o opis czynności zmierzających do ich wykrycia oraz osób za to odpowiedzialnych.

(dowód: akta kontroli str. 404-410)

Ocena cząstkowa

Zakład uczestniczył w pracach projektowych Projektu oraz – po wyłonieniu przez Lidera wykonawcy systemów informatycznych – w pracach wdrożeniowych. Przedstawiciele ZOZ brali udział w spotkaniach zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania Projektu. Opiniowano też dokumentację związaną z jego realizacją. Wnoszone na etapie

projektowania rozwiązań Projektu uwagi nie dotyczyły jednak oczekiwanych funkcjonalności aplikacji HIS, a w konsekwencji aplikacje typu HIS i EDM nie mogły być wykorzystywane do przetwarzania i udostępniania pacjentom oraz lekarzom dokumentacji medycznej wytwarzanej w poradni i sekcji rehabilitacji oraz bloku operacyjnym. Po uruchomieniu systemów informatycznych Zakład korzystał z asysty powdrożeniowej dostawcy oprogramowania, w tym zgłaszał propozycje dotyczące modyfikacji usprawniających obsługę oprogramowania typu HIS i ERP. Prawidłowo przygotowano się też do wystąpienia przerw w dostawach energii elektrycznej. Nie wdrożono jednak procedur wewnętrznych dotyczących sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym oraz zasad korzystania i wykorzystania trybu krytycznego. Ze względów technicznych pełna kopia bezpieczeństwa obejmująca dane systemów zakupionych w ramach Projektu nie była przesyłana do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego, co było niezgodne z Instrukcją ZSI. Natomiast w Polityce Bezpieczeństwa Informacji nie zamieszczono opisów struktury zbiorów danych systemów Zakładu, a w Instrukcji ZSI okresu przechowywania kopii zapasowych systemów. Niedostatecznie uregulowano procedury dotyczące odbierania uprawnień byłym pracownikom Zakładu. W konsekwencji dwóch z nich przez okres do trzech miesięcy posiadało uprawnienia umożliwiające dostęp do systemu HIS, w tym do elektronicznej dokumentacji medycznej.

2. Stopień wykorzystania sprzętu informatycznego oraz rozwiązań informatycznych uzyskanych w ramach Projektu

2.1. Wydatki związane z realizacją Projektu i wykorzystanie zakupionego sprzętu

Opis stanu
faktycznego

Wydatki kwalifikowalne Zakładu na realizację Projektu wyniosły 1.691,5 tys. zł, tj. 2,1% kosztów ogółem Zakładu z lat 2012 – 2015 (80.587,2 tys. zł). Finansowy wkład własny ZOZ do Projektu wyniósł 259,8 tys. zł¹⁸ (15%), a 1.431,7 tys. zł (85%) stanowiły środki budżetu UE. Poniesione koszty były o 165,3 tys. zł niższe od planowanych (1.856,8 tys. zł), co wynikało przede wszystkim z mniejszych kosztów zakupu aplikacji typu HIS i EDM. Kwotę 1.691,5 tys. zł przeznaczono na zakup i uruchomienie poszczególnych systemów informatycznych (671,9 tys. zł), infrastrukturę serwerowo-systemową (687,9 tys. zł), zakup sprzętu informatycznego (177,8 tys. zł), szkolenia pracowników (50,9 tys. zł), promocję (0,7 tys. zł), udział w kosztach wspólnych Projektu (102,3 tys. zł¹⁹).

Wydatki niekwalifikowalne, poniesione w związku z realizacją Projektu, wyniosły 3,2 tys. zł i obejmowały podatek od towarów i usług. Zostały one też pomniejszone o kary umowne w wysokości 7,4 tys. zł, nałożone za nieterminowe wykonanie zadań na wykonawcę sieci WAN i wykonawcę serwerowni wraz z okablowaniem sieci LAN. Dodatkowo Zakład poza Projektem zakupił 11 drukarek komputerowych oraz zatrudnił na umowę zlecenie informatyka koordynującego wdrażanie systemów informatycznych, na co przeznaczono 24,9 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 6-7, 161-169, 265-266, 557 i 599)

W ramach Projektu ZOZ otrzymał 53 stacje robocze z monitorami i oprogramowaniem, sześć czytników kodów kreskowych, sześć drukarek specjalistycznych, skaner, sieć strukturalną (WAN i LAN) oraz serwerownię wraz z wyposażeniem. Część z ww. urządzeń (15 zestawów komputerowych, skaner, sześć czytników i drukarek specjalistycznych) otrzymano 10 lipca 2013 r., tj. przed wybudowaniem i uruchomieniem sieci komputerowej WAN (7 maja 2014 r.), co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Pozostałe urządzenia otrzymano 31 maja 2014 r. i 29 kwietnia 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 195-198, 207-212, 247-252, 271-272 i 282)

Przeprowadzone oględziny i analiza dokumentacji księgowej wykazały, że uzyskany w ramach Projektu sprzęt komputerowy był wykorzystywany zgodnie z przeznaczeniem, z wyjątkiem czterech (z sześciu) drukarek specjalistycznych. Dwie drukarki wykorzystywano na Izbie Przyjęć do wykonywania opasek identyfikacyjnych dla pacjentów przyjmowanych

¹⁸ Zakład otrzymał od Powiatu Sejneńskiego 251,9 tys. zł dotacji celowej na sfinansowanie wkładu do Projektu.

¹⁹ Koszty zatrudnienia inżyniera kontraktu (53,6 tys. zł), utworzenia Regionalnej Platformy e-Usług Medycznych (47,9 tys. zł) i audytu Projektu (0,7 tys. zł).

do Zakładu, a cztery nie były użytkowane, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 267-272, 308-311, 554-556 i 569-577)

W celu promocji Projektu w Zakładzie umieszczono naklejki, plakaty i ulotki informujące o możliwości elektronicznej rejestracji do poradni specjalistycznych i dostępie do własnej dokumentacji medycznej poprzez Portal pacjenta. Na stronie internetowej²⁰ Zakładu zamieszczono banner Projektu, zawierający odnośnik do Portalu pacjenta. Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że: „uczestnicząc w obradach Rady Powiatu oraz Rad Gmin informował Radnych o korzyściach płynących z e-rejestracji na Portalu pacjenta, prosząc radnych o rozpropagowanie tych informacji wśród mieszkańców.”

(dowód: akta kontroli str. 45-51, 267-270 i 282)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Zakład do 2 stycznia 2017 r. nie użytkował otrzymanych 10 lipca 2013 r. w ramach Projektu czterech drukarek specjalistycznych o wartości 4,1 tys. zł (stanowiących 0,24% całkowitej wartości Projektu). Przechowywano je na oddziałach szpitalnych ZOZ w fabrycznych opakowaniach, a okres gwarancji udzielonej przez ich dostawcę upłynął 10 lipca 2016 r. Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „W początkowych założeniach drukarki miały służyć do drukowania kodów kreskowych na próbówki laboratoryjne i opasek identyfikacyjnych pacjentów. W związku z tym, iż firma prowadząca laboratorium przekazuje nam już wydrukowane kody kreskowe, drukarki w chwili obecnej nie są wykorzystywane (stanowią obecnie rezerwę w przypadku awarii działających). Sytuacja ta może ulec zmianie w przypadku zmiany firmy prowadzącej laboratorium, która to może oczekiwać od nas oznakowywania kodami kreskowymi próbek laboratoryjnych”.

(dowód: akta kontroli str. 195, 267-272, 308-311, 554-556 i 569-577 i 630-642)

2. W Zakładzie nie użytkowano przez okres ponad dziewięć miesięcy 15 komputerowych stacji roboczych z monitorami, sześciu czytników kodów kreskowych, dwóch drukarek specjalistycznych i jednego skanera o wartości 57,3 tys. zł, które otrzymano 10 lipca 2013 r. i przekazano do użytkowania 30 kwietnia 2014 r. Wraz z odbiorem rozpoczął się też trzyletni okres gwarancji na ten sprzęt. Było to jednak niezależne od ZOZ. Termin dostarczenia sprzętu, okres gwarancji i data rozpoczęcia jej biegu wynikały bowiem z umowy zawartej przez Lidera z dostawcą, a wykorzystanie sprzętu uzależnione było od wykonania niezbędnej infrastruktury i otrzymania oprogramowania, zamawianego również przez Lidera.

(dowód: akta kontroli str. 195, 282 i 630-642)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że nieskuteczne były działania promocyjne Projektu, należące zgodnie z porozumieniem partnerskim do Lidera i Partnerów Projektu. Do 5 stycznia 2017 r. tylko 10 osób (w tym sześciu pracowników Zakładu) wyraziło zgodę na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym, a poprzez Portal pacjenta nie dokonywano rezerwacji wizyt w poradniach Zakładu, co omówiono w pkt. 1.2 i 2.3 wystąpienia pokontrolnego.

2.2. Wykorzystanie oprogramowania wspomagającego obsługę administracyjno-finansową

Opis stanu
faktycznego

W celu wspomaganie obsługi administracyjno-finansowej ZOZ otrzymał trzy systemy informatyczne, tj. BI, EOD oraz ERP.

(dowód: akta kontroli str. 271-272)

W związku ze zmianą oprogramowania wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych zmieniono zarządzenie Dyrektora ZOZ (z 31 grudnia 2014 r.) w sprawie ustalenia zasad polityki rachunkowości. Obowiązujące od 1 stycznia 2015 r. zasady polityki rachunkowości odpowiadały wymogom art. 10 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości²¹. W Zakładzie nie opracowano zaś procedur dotyczących

²⁰ <http://www.szpital.sejny.pl/>.

²¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1047, ze zm.

wykorzystywania w bieżącej pracy systemów informatycznych typu BI oraz EOD, w tym nie określono dokumentacji, która ma zostać poddana elektronicznemu obiegowi. Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że „czasowo odstąpił” od wymogu pełnego stosowania systemu EOD.

(dowód: akta kontroli str. 273-281, 307 i 569-577)

Od 28 października 2014 r. w ZOZ rozpoczęto użytkowanie systemu EOD przeznaczonego do prowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów. Aplikacja nie była jednak wykorzystywana do bieżącej obsługi całości korespondencji Zakładu, co szerzej omówiono w dalszej części niniejszego wystąpienia, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 285, 299, 411, 507, 520-522, 569-577 i 607)

Rozpoczęcie użytkowania systemu ERP nastąpiło 1 września 2014 r., a jako środowiska produkcyjnego od 1 stycznia 2015 r., zastępując użytkowane dotychczas aplikacje opisane w pkt. 1.1 wystąpienia pokontrolnego. W ramach systemu ERP wykorzystywano osiem z dziewięciu modułów, przy pomocy których m.in. prowadzono bieżące zarządzanie finansami, kosztami, majątkiem trwałym, wyposażeniem, stanami inwentaryzacyjnymi, zapasami, kadrami i placami. Do dnia zakończenia kontroli nie rozpoczęto użytkowania modułu kalkulacji procedur medycznych, co omówiono w dalszej części niniejszego wystąpienia, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 581)

Liczba nabytych licencji do systemu ERP (25) była wystarczająca do bieżącej obsługi Zakładu, bowiem wg. stanu na 22 listopada 2016 r. obsługę administracyjną prowadziło 10 pracowników. (dowód: akta kontroli str. 260-264, 298, 411, 504-505)

Z dniem 1 września 2014 r. do użytkowania przyjęto też system BI (posiadając pięć licencji), do którego do 28 listopada 2016 r. dwanaście razy zalogował się wyłącznie specjalista ds. kadr i plac (z trzech pracowników uprawnionych). Z jego wyjaśnień wynika, że na potrzeby Dyrektora i głównego księgowego Zakładu przygotowywał najczęściej raporty dotyczące przychodów, kosztów i wyniku finansowego, poziomu wykonania kontraktu (w układzie ilościowym, wartościowym i procentowym) oraz planu finansowego i poziomu jego wykonania.

System informatyczny BI umożliwiał generowanie 72 raportów i analiz obejmujących między innymi przychody ogółem i wg rodzajów, koszty ogółem oraz koszty wg rodzajów i w poszczególnych ośrodkach kosztowych, koszty jednostkowe procedur medycznych i badań laboratoryjnych, wynik finansowy ogółem oraz wyniki finansowe oddziałów i poradni, poziom wykonania kontraktu (wartościowy, ilościowy, procentowy), koszty i przychody na jednego leczzonego (osobodzień), liczbę i wartość świadczeń zrealizowanych ponad limit określony umową, strukturę kosztów bezpośrednich i pośrednich.

(dowód: akta kontroli str. 260, 365, 411, 507, 519, 548 i 569-577)

Porównanie danych zawartych w 10 raportach za drugi kwartał 2016 roku, sporządzonych w systemie BI oraz w odpowiadających im raportach wykonanych w systemie ERP i HIS wykazało, że w sześciu przypadkach prezentowane dane obejmujące koszty ogółem, koszty wg rodzajów, przychody ogółem, wynik finansowy ogółem, liczba zgonów oraz stan zatrudnienia na umowę o pracę były identyczne. Różnice odnotowano w czterech raportach dotyczących:

- liczby osobodni – według systemu BI w II kwartale 2016 r. odnotowano 7.906 osobodni, w systemie HIS – 7.905, a w systemie ERP – 7.909 osobodni,
- hospitalizacji z podziałem na płeć – w raporcie BI, wykazano hospitalizację 1.437 osób, podczas gdy w aplikacji HIS podana liczba hospitalizowanych była o 117 osób niższa (1.320),
- poziomu wykonania kontraktu – w systemie BI wykonanie kontraktu pod względem ilościowym na oddziale chirurgii (hospitacja) wykazano w ilości 37.450 pkt., a w systemie HIS więcej o 16.382 pkt. (53.831).
- liczby łóżek – w raporcie programu BI liczba łóżek wyniosła 25, natomiast z aplikacji HIS wynikało, że Zakład dysponuje 121 łózkami.

Problem ten szerzej przedstawiono w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 501-503)

Szkolenia pracowników ZOZ w zakresie użytkowania systemów ERP, EOD oraz BI przeprowadzone zostały przez wykonawcę systemów w lipcu 2014 roku (uczestniczyło w nich 25 osób) oraz w terminie późniejszym przez informatyka i głównego specjalistę ds. kadr i płac Zakładu. Szkoleniami objęto wszystkich pracowników uprawnionych na 22 listopada 2016 r. do korzystania z omawianych systemów, tj.:

- do systemu ERP upoważnionych było 17 pracowników, w tym dziewięciu, do których obowiązku należała obsługa organizacyjna, kadrową i finansowo-księgową oraz osiem pielęgniarek oddziałowych,
- do systemu EOD (umożliwiającej prowadzenie elektronicznego obiegu dokumentacji) upoważnionych było 15 pracowników, w tym 10 zatrudnionych w komórkach obsługi administracyjnej Zakładu i pięciu ordynatorów oddziałów,
- do systemu BI upoważnione były trzy osoby, tj. dyrektor i główny księgowy oraz specjalista ds. kadr i płac. (dowód: akta kontroli str. 296-306)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W ZOZ nie wykorzystywano modułu systemu informatycznego ERP przeznaczonego do kalkulacji procedur medycznych. Analizator kosztów medycznych nie mógł być zatem narzędziem do polepszenia zarządzania Zakładem oraz ograniczał funkcjonalność systemu BI w zakresie możliwości generowania raportów i analiz dotyczących takich kosztów. W razie konieczności wystawienia faktury osobom nieubezpieczonym wartość usługi medycznej ustalana była w wysokości zryczałtowanego kosztu osobodnia, który w uśrednionej kwocie przedstawiał koszt leczenia pacjenta.

Główny księgowy Zakładu wyjaśnił, że: „*aby poprawnie korzystać z modułu Kalkulacja kosztów leczenia niezbędne jest zasilenie bazy danych bardzo szczegółowymi informacjami dotyczącymi m.in. każdego centymetra środka opatrunkowego, nici chirurgicznej (...). Aby uzyskać tak szczegółowe dane potrzeba by było w każdej komórce medycznej wyznaczyć osobę odpowiedzialną za gromadzenie szczegółowych danych dotyczących kosztów leczenia pacjenta. Prowadząc oszczędną gospodarkę finansową w obecnym stanie nie widzę możliwości gromadzenia i przetwarzania ww. danych.*” Wyjaśnienia o podobnej treści złożył informatyk ZOZ.

(dowód: akta kontroli str. 504-518 i 551)

2. W Zakładzie nie zweryfikowano poprawności danych we wszystkich dostępnych raportach generowanych przy użyciu aplikacji typu BI. Tymczasem analiza 10 z nich wykazała, że cztery raporty zwracały informacje niezgodne z danymi źródłowymi aplikacji HIS. Informatyk Zakładu wyjaśnił, że: „*w systemie BI w sposób mało precyzyjny lub błędny sformułowane są niektóre zapytania kierowane do bazy HIS, tym samym powodując rozbieżności w uzyskiwaniu takich danych. Problemu występowania rozbieżności wykazanych w trakcie kontroli NIK dotychczas nie zgłaszałem wykonawcy, ponieważ nie byłem o nich poinformowany.*”

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że w związku z rozbieżnościami pomiędzy danymi prezentowanymi przez oprogramowanie typu HIS a oprogramowaniem BI, narzędzie to nie spełniało w pełni swojej roli w zakresie szybkiego dostępu do analiz mających być podstawą do efektywniejszego zarządzania Zakładem. Wykorzystywanie niezweryfikowanych i obarczonych błędami danych stwarza istotne ryzyko podjęcia niewłaściwych decyzji. (dowód: akta kontroli str. 501-503, 549-552)

3. Nie wdrożono elektronicznego obiegu dokumentów, do czego miała służyć aplikacja typu EOD uruchomiona ponad dwa lata temu (28 października 2014 r.), za którą zapłacono 52,8 tys. zł. Przy jej pomocy dokonywano archiwizacji części otrzymanych dokumentów i przekazywano je niektórym komórkom organizacyjnym, bez wykorzystania możliwości sprawdzenia historii zdarzeń w zakresie tych pism lub spraw. W 2016 roku w formie elektronicznej przekazano do załatwienia 228

dokumentów (z 569 otrzymanych) sześciu pracownikom (z 15 uprawnionych do korzystania z EOD). Jednocześnie wszystkie otrzymane dokumenty zarejestrowano i przekazano do załatwienia w tradycyjny (pisemny) sposób, co powodowało konieczność zwiększenia nakładów pracy do obsługi otrzymanej korespondencji. Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że: „Uwzględniając opinie pracowników odnośnie czasochłonności i skomplikowania systemu EOD czasowo odstąpiłem od obligatoryjnego wykorzystywania EOD w pracy codziennej personelu. System EOD opracowany został dla dużej organizacji o rozbudowanej strukturze. W dalszym ciągu wymaga dostosowania do potrzeb ZOZ. W pierwszym półroczu 2017 r. podejmiemy kolejną próbę wykorzystywania większej ilości jego funkcjonalności.”

Zdaniem NIK niepełne wykorzystywanie EOD może rodzić ryzyko niezrealizowania jednego ze wskaźników rezultatu Projektu, do którego należy ilość wdrożonych systemów EOD w zakładach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 285, 299, 411, 507, 520-522 i 569-577)

2.3. Wykorzystanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

Opis stanu
faktycznego

Zakład w ramach Projektu otrzymał dwa systemy informatyczne wspomagające proces obsługi pacjenta, tj. program typu EDM (pozwalający na gromadzenie dokumentacji medycznej wytworzonej w formie elektronicznej, archiwizację oraz przeglądanie tej dokumentacji i przekazywanie jej na poziom regionalny) oraz aplikację typu HIS (umożliwiającą m.in. prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej, rozliczanie umów z NFZ oraz e-rejestrację przez pacjentów wizyt w Zakładzie). Systemy te uruchomiono 1 września 2015 r. na wszystkich pięciu oddziałach szpitalnych, w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym, Izbie Przyjęć, Poradni POZ oraz m.in. na ośmiu (z dziewięciu funkcjonujących na 4 stycznia 2017 r.) poradniach specjalistycznych. Aplikacja typu HIS nie była wykorzystywana w poradni i sekcji rehabilitacji, Banku Krwi, bloku operacyjnym Zakładu oraz do monitoringu zakażeń szpitalnych, co omówiono w pkt. 1.1. wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Funkcjonujące w Zakładzie pogotowie ratunkowe zostało natomiast objęte Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, wdrażanym w Zakładzie przez administrację rządową od 11 października 2016 r.

Liczba licencji na korzystanie z programu EDM (97) oraz HIS (259 – na wszystkie moduły) była wystarczająca do bieżącej pracy Zakładu, bowiem na 22 listopada 2016 r. uprawnionych do korzystania z tego systemu było 148 osób, w tym 112 tzw. personelu białego²² (lekarze, pielęgniarki i położne) oraz 19 rejestratorek i sekretarzy.

(dowód: akta kontroli str. 260-264, 298, 411, 546 i 648-664)

Stosownie do postanowień umowy na dostarczenie i wdrożenie aplikacji, wykonawca systemów przeprowadził szkolenia personelu w zakresie użytkowania programów informatycznych wspomagających obsługę pacjenta. Szkoleniami, przeprowadzonymi od 1 do 24 lipca 2014 r., objęto 104 pracowników. W okresie późniejszym informatyk i główny specjalista ds. kadr i płac przeszkolili 44 osoby (z opinii trzech z nich wynika, że szkolenia te oceniono pozytywnie).

(dowód: akta kontroli str. 298 i 300-306)

Zakupione systemy wspomagające proces obsługi pacjenta pozwalały na tworzenie w formie elektronicznej m.in. recept, skierowań, zleceń na zaopatrzenie medyczne, kart informacyjnych leczenia szpitalnego oraz kart porad ambulatoryjnych, które zawierały wszystkie dane określone przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Regulach biznesowych i walidacyjnych określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na platformie P1²². Oprogramowanie HIS wyposażone było w mechanizmy wewnętrzne umożliwiające identyfikację użytkownika tworzącego dokument oraz umożliwiało podpisywanie dokumentacji medycznej za pomocą bezpiecznego podpisu elektronicznego, weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu. Do 14 lutego 2017 r. ZOZ nie posiadał narzędzi umożliwiających stosowanie podpisu

²² Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. W systemie P1 będą się znajdowały informacje o zdarzeniach medycznych wszystkich obywateli Polski – niezależnie od płatnika oraz obywateli Unii Europejskiej i innych krajów, którzy skorzystają ze świadczeń zdrowotnych w Polsce.

elektronicznego lub stosowanie podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne²³, co powodowało, że indywidualna dokumentacja medyczna wytwarzana w oprogramowaniu HIS była następnie drukowana do formy papierowej i w konsekwencji nie wpłynęło to na obniżenie kosztów jej przechowywania. Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „W latach 2014 – 2015 w przypadku podpisu ePUAP barierą w jego masowym wykorzystaniu był brak wydajności tego systemu. Bariere stanowił też skomplikowany i złożony proces uzyskania tego podpisu. Dodatkowo trudnym zdaje się narzucenie pracownikom odgórnego polecenia założenia profilu zaufanego ePUAP. ZOZ założył, iż pomimo odpłatności bezpieczny kwalifikowany podpis elektroniczny będzie odpowiednim, prostszym i bardziej wydajnym narzędziem służącym do podpisywania dokumentacji medycznej”. (dowód: akta kontroli str. 412-429, 495-500 i 569-577)

W ZOZ nie ustalono wewnętrznych procedur (np. harmonogramów wdrażania, obowiązku wykorzystywania) uwzględniających funkcjonalności programów EDM i HIS. Powołano natomiast czteroosobowy zespół pracowników do wdrożenia Projektu. Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „Do uczestnictwa we wdrażaniu systemu HIS zobowiązano wszystkie oddziały i poradnie biorące udział w Projekcie. Personel sukcesywnie, w coraz pełniejszym zakresie wykorzystuje funkcjonalności oprogramowania HIS. Nie chciałem stosować przymusu administracyjnego. Uznałem iż lepszym rozwiązaniem jest ewolucyjne wdrażanie systemów”. (dowód: akta kontroli str. 307, 569-577 i 643-645)

Przeprowadzone oględziny i analiza dokumentacji medycznej oraz logowań do systemu HIS wykazała, że w Zakładzie w znaczącym zakresie wykorzystywano aplikację do wspomagania procesu obsługi pacjenta.

1. W poradni lekarza POZ oraz w ośmiu poradniach specjalistycznych przy pomocy programu HIS wytwarzano wszystkie cztery rodzaje dokumentacji indywidualnej zewnętrznej (informacje dla lekarza POZ, recepty, skierowania, zaświadczenia) oraz historię zdrowia i choroby.
2. Na oddziałach szpitalnych, w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym oraz Izbie Przyjęć z wykorzystaniem aplikacji prowadzono wszystkie pięć rodzajów dokumentacji indywidualnej zewnętrznej, 21 (z 40) rodzajów dokumentacji indywidualnej wewnętrznej oraz cztery (z 17) rodzajów dokumentacji wewnętrznej zbiorczej, w tym karty informacyjne z leczenia szpitalnego, karty zgonu, recepty, skierowania, zaświadczenia, historie choroby, karty czynności pielęgniarskich, karty obserwacji pacjenta z rurką intubacyjną lub tracheotomijną, karty oceny rozwoju odleżyn, obserwacje pielęgniarskie i lekarskie, księgę główną przyjęć i wypisów, księgę raportów lekarskich i pielęgniarskich, księgę chorych oddziału. Zamieszczano też wyniki badań laboratoryjnych oraz opis wyników badań EKG, RTG, USG i tomografii komputerowej. Nie prowadzono natomiast w aplikacji HIS m.in. kart kwalifikacji do leczenia żywieniowego, kart bilansu płynów, kart skierowania zwłok do prosektorium, kart żywienia pozajelitowego, kart zleceń lekarskich, księgi noworodkowej.
3. Za pomocą systemu HIS zlecano badania laboratoryjne, EKG, RTG, USG i tomografii komputerowej oraz konsultacje lekarskie. Ewidencjonowano też zużycie leków przez poszczególnych pacjentów. Z funkcjonalności aplikacji HIS nie korzystano natomiast do obsługi kuchni Zakładu, którą prowadził podmiot zewnętrzny. Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „z uwagi na brak infrastruktury informatycznej w kuchni nie możliwe było dokonanie integracji kuchni z systemem HIS (w zakresie diet). Problem ten będzie rozwiązany w późniejszym terminie”.

(dowód: akta kontroli str. 412-429, 494-500, 529-545, 569-577 i 583-586)

Część wytwarzanej elektronicznej dokumentacji medycznej (po jej zatwierdzeniu przez osobę sporządzającą dokument) przesyłana była automatycznie, bez ingerencji pracowników Zakładu, do systemu typu EDM, do którego dostęp posiadali lekarze ZOZ. W systemie EDM możliwe było przeglądanie: kart informacyjnych z leczenia szpitalnego,

²³ Dz. U. z 2014 r. poz. 1114, ze zm.

kart zdrowia i choroby z poradni ambulatoryjnej, wystawionych skierowań, informacji o przypisanych lekach, wyników badań laboratoryjnych oraz informacje z dokonanych rozpoznaniach wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. Do systemu EDM nie przekazywano natomiast innej dokumentacji medycznej wytwarzanej w Zakładzie w oprogramowaniu HIS, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 412-429, 494, 569-577)

Z informacji otrzymanych od 12 pracowników medycznych Zakładu wynika, że w ocenie lekarzy prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej ułatwiło im pracę i nie spowodowało zmniejszenia czasu poświęconego pacjentom. W przypadku Oddziału Chirurgicznego doszło także do zwiększenia czasu poświęconego pacjentom, ponieważ skróceniu (z uwagi na stosowane wzory dokumentów) uległ czas spędzany przed komputerem. W ocenie pielęgniarek oddziałowych wymóg prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej spowodował większe obciążenie pracą i w konsekwencji zmniejszenie czasu przeznaczanego pacjentom. Pracownicy ci zwrócili uwagę, że dokumentacja medyczna wypełniana w formie papierowej zawierała mniej druków (elementów), a drukowanie dokumentacji, która wymaga tradycyjnego podpisu, zajmuje dodatkowy czas. Z wyjaśnień Dyrektora Zakładu wynika, że problem zwiększonej czasochłonności pojawił się na etapie wdrażania Projektu i spowodowany był: *„brakiem doświadczenia części personelu medycznego w zakresie podstawowej obsługi komputera oraz urządzeń peryferyjnych (także problem z poprawnym włączaniem i wyłączeniem komputera, obsługą myszki i klawiatury, brak umiejętności pisania na klawiaturze). Aby można było rozpocząć wdrożenie podjąłem decyzję o zorganizowaniu wewnętrznych kursów podstawowej obsługi komputera, które zostały przeprowadzone przez Informatyka (przy pomocy pozyskanych na ten cel używanych stacji komputerowych). Szkolenia trwały około 2-3 tygodni i umożliwiły prowadzenia prac wdrożeniowych. Prowadzono także szkolenia stanowiskowe.”* Dyrektor dodał, że: *„problem drukowania wersji papierowej zostanie rozwiązany w 2017 roku wraz z wprowadzeniem podpisów elektronicznych personelu medycznego.”* (dowód: akta kontroli str. 481-492 i 569-577)

Do 1 stycznia 2017 r. przy pomocy Portalu pacjenta utworzonego w ramach Projektu pacjenci Zakładu nie dokonywali rejestracji wizyt w poradniach funkcjonujących w ZOZ²⁴, a liczba obsłużonych w nich w 2016 roku porad wyniosła 47,8 tys.

(dowód: akta kontroli str. 569-577, 601-602 i 646-649)

Na Portalu pacjenta umożliwiono pacjentom rejestrację wizyt w ośmiu funkcjonujących poradniach specjalistycznych Zakładu i Poradni POZ, w godzinach ich pracy, co uwzględniało postanowienia art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁵. W przypadku sześciu poradni umożliwiono też pacjentom wybór lekarza poprzez Portal pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 601-602)

W wyniku próbnego zarejestrowania się do ośmiu poradni specjalistycznych (15 grudnia 2016 r.) przy pomocy Portalu pacjenta we wszystkich przypadkach wystąpiły różnice pomiędzy terminami dostępnych wizyt wg Portalu pacjenta i wyznaczonymi przez osoby dokonujące rejestracji w poradniach, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 287-289)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W ZOZ oprogramowania typu HIS nie wykorzystywano do prowadzenia 19 (z 40) rodzajów dokumentacji indywidualnej wewnętrznej oraz 13 (z 17) rodzajów dokumentacji wewnętrznej zbiorczej, mimo że w porozumieniu partnerskim zawartym z Liderem Zakład zobowiązał się m.in. do zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji. Systemu informatycznego HIS nie wykorzystywano m.in. do prowadzenia kart obserwacyjnych bilansu płynów, kart usprawnienia pacjenta, kart zleceń lekarskich,

²⁴ Wszystkie odnotowane w systemie HIS próby rejestracji wizyt były wizytami testowymi.

²⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm. Ustawa zwana dalej: „ustawą o świadczeniach”.

księgi noworodkowej, księgi opatrunkowej, księgi pobierania posiewów, księgi podanych szczepionek, księgi porodów. Dokumentacja ta (indywidualna) nie mogła być zatem dostępna w systemie EDM i w konsekwencji także dla pacjentów w Portalu pacjenta. Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „nie chciałem zmuszać pracowników do pełnego stosowania systemów poprzez administracyjne nakazy. W czasie wdrażania systemu HIS, jak i w czasie pracy produkcyjnej musieliśmy także brać pod uwagę możliwości personelu. Dla wielu pracowników sama obsługa komputera była często czymś nowym, wymagającym długiego czasu nauki. Dlatego zdecydowałem, iż przejście na prowadzenie całościowej dokumentacji medycznej w formie papierowej musi zostać rozłożone w czasie. Odgórne narzucenie przeze mnie od początku pracy produkcyjnej w systemie HIS wymogu prowadzenia pełnej dokumentacji w formie elektronicznej sparaliżowałoby prace merytoryczną komórek medycznych. Z perspektywy czasu widocznym staje się, iż powyższa decyzja była słuszna. W chwili obecnej dążymy już do prowadzenia pełnej dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej.”

(dowód: akta kontroli str. 412-429, 569-577)

2. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości indywidualnej dokumentacji medycznej, także wytworzonej z wykorzystaniem programu typu HIS, chociaż – stosownie do studium wykonalności Projektu – miała w niej się znajdować kompletna dokumentacja medyczna pacjenta, co miało zmniejszyć koszty powtarzanych badań medycznych, także w innych podmiotach leczniczych. Do systemu EDM nie przekazywano bowiem wytworzonych w aplikacji HIS m.in. historii choroby z kartą obserwacji lekarskich i pielęgniarskich z oddziałów szpitalnych, informacji dla lekarza POZ i zaświadczeń lekarskich. Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „z uwagi na niewielkie zainteresowanie Portalem pacjenta nie mieliśmy do tej pory zgłoszenia o niekompletności przekazywania danych. Poleciłem pracownikom odpowiedzialnym za Projekt niezwłoczne wyjaśnienie z wykonawcą powstałej rozbieżności.”

(dowód: akta kontroli str. 412-429, 494, 569-577)

3. Wyniki próbnego zarejestrowania się do ośmiu poradni specjalistycznych przy pomocy Portalu pacjenta wykazały różnice w terminach wizyt wyznaczonych za pośrednictwem tego systemu i ustalonych przez osoby dokonujące rejestracji. Wyniosły one od jednego dnia (Poradnia Chirurgiczna) do 134 dni (Poradnia Neurologiczna). Dyrektor ZOZ wyjaśnił, że: „rozbieżności wynikają z tego, iż obecnie e-Rejestracja nie rozróżnia wizyt pierwszorazowych i kolejnych (nie było takiego wymagania). W związku z tym to na rejestratorce w podmiocie spoczywa odpowiedzialność sprawdzenia czy pacjent jest pierwszorazowy, czy to jego kolejna wizyta. Jeśli to pierwsze to należy zmienić termin jego wizyty w HIS zgodnie z kolejną – w takim przypadku pacjent zostanie poinformowany mailowo o tym, że zmieniła się data wizyty”.

Największe różnice w terminach wizyt lekarskich, ustalonych za pośrednictwem Portalu pacjenta i przy pomocy osób dokonujących rejestracji wystąpiły w Poradni Kardiologicznej, Diabetologicznej i Neurologicznej. W tych poradniach elektroniczne terminarze (w systemie HIS) nie były prowadzone na bieżąco. Daty wizyt ustalano w oparciu o pisemne kalendarze oraz rejestry skierowań do lekarzy specjalistów, które prowadzono z naruszeniem wymogów określonych przepisami art. 20 ust. 3 lit „b” i „i” oraz z art. 20 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²⁶. Pielęgniarka Naczelna ZOZ, odpowiedzialna za sprawowanie nadzoru nad pracą pielęgniarek i rejestratorek medycznych wyjaśniła, że równoległe z elektronicznymi terminarzami wizyt prowadzono dokumentację w papierowej formie, ponieważ „miało to ułatwić pracę w rejestracji”. W jej ocenie nieodnotowywanie w tradycyjnie prowadzonej dokumentacji wymaganych danych, w tym daty i przyczyny skreślenia świadczeniobiorcy z zaplanowanego terminu wizyty wynikał z błędów, które powstały na etapie projektowania szablonów (wzorów) tych dokumentów, na co nie zwrócono uwagi.

²⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.

Niezapewnienie w Portalu pacjenta wiarygodnych informacji o dostępnych terminach wizyt w poradniach specjalistycznych Zakładu może zniechęcić pacjentów do korzystania z tej formy ustalenia terminów wizyt, co w konsekwencji może zagrażać osiągnięciu wskaźnika Projektu w postaci liczby wizyt zarezerwowanych online.

(dowód: akta kontroli str. 290-291, 601-604 i 613-616)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że ustalenie wewnętrznych procedur i harmonogramów wdrażania aplikacji typu HIS ułatwiłoby monitorowanie tego procesu i osiągnięcie celu w postaci prowadzenia dokumentacji medycznej wyłącznie w formie elektronicznej, co będzie wymagane od 1 stycznia 2018 r., zgodnie z art. 56 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia²⁷.

Ocena cząstkowa

W Zakładzie zakupiony w ramach Projektu sprzęt był na ogół wykorzystywany do bieżącej pracy ZOZ oraz obsługi nowych systemów informatycznych (z wyjątkiem czterech drukarek specjalistycznych o wartości 4,1 tys. zł, co stanowiło 0,24% całkowitej wartości Projektu). U uruchomiono systemy informatyczne dostarczone w ramach Projektu oraz przeszkolono personel z ich obsługi. Jednak pomimo upływu 23 miesięcy od otrzymania tych systemów, nie wdrożono do wykorzystania ich wszystkich funkcjonalności. Nie używano modułu systemu informatycznego ERP przeznaczonego do kalkulacji procedur medycznych oraz funkcjonalności programu typu EOD. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej, w tym wytworzonej z wykorzystaniem programu typu HIS, mimo że jednym z głównych założeń Projektu było zapewnienie pacjentom i lekarzom (także z innych podmiotów leczniczych) dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Systemu informatycznego HIS nie wykorzystywano zaś do prowadzenia 19 (z 40) rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej wewnętrznej oraz 13 (z 17) rodzajów dokumentacji wewnętrznej zbiorczej oraz nie zapewniono, aby przy jego wykorzystaniu możliwe było ustalanie faktycznych terminów wizyt lekarskich. Natomiast aplikacja typu BI – mająca być narzędziem do sprawniejszego zarządzania Zakładem – generowała cztery (z 10 analizowanych) raporty niezgodnie z danymi źródłowymi.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁸, wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od pracowników Zakładu pełnego wykorzystywania oprogramowania i sprzętu zakupionego w ramach Projektu, w tym umożliwienie lekarzom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej, a pacjentom Zakładu – także wiarygodnej rejestracji wizyt poprzez Portal pacjenta.
2. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu typu BI, umożliwiającego wykorzystanie jego możliwości do zarządzania ZOZ.
3. Opracowanie procedur wewnętrznych wymaganych § 5 ust. 5 i § 10 ust. 7 porozumienia z 21 lipca 2016 r. w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w Projekcie.
4. Zastosowanie dodatkowego zabezpieczenia kopii bezpieczeństwa systemów informatycznych wdrożonych w ramach Projektu, w postaci przechowywania jej poza pomieszczeniem serwerowni.
5. Uzupelnienie Polityki Bezpieczeństwa Informacji Zakładu o opis struktury zbiorów danych systemów Zakładu, stosownie do § 4 pkt 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych.
6. Uzupelnienie Instrukcji ZSI o okres przechowywania kopii zapasowych systemów stosownie do § 5 pkt 5 lit. „b” rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych oraz o procedurę nadawania, zmiany i odbierania uprawnień użytkowników systemów gwarantującą rozliczalność działań osób zaangażowanych w ten proces.

²⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1535, ze zm.

²⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.

7. Prowadzenie rejestru pacjentów oczekujących (w wersji papierowej) stosownie do wymogów 20 ust. 1 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń	<p>Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.</p> <p>Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku.</p>
Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków	<p>Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.</p> <p>W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.</p>

Białystok, dnia 4 maja 2017 r.

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


.....
podpis