



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku



00120317

LBI.410.025.07.2016

P/16/059

UNK. 7833/17

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/059 – Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie	
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku	
Kontroler	Marek Zapolski – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBI/102/2016 z 15.11.2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)	
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr St. Deresza w Choroszczy, kod 16-070 Choroszcz, ul. Plac Brodowicza 1 (dalej: SPP ZOZ lub Zakład)	
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tomasz Teodor Goździkiewicz, dyrektor Szpitala ¹	(dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności²

Ocena ogólna

Realizacja w Szpitalu projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie³ nie przyniosła korzyści określonych w Studium Wykonalności PSleZ oraz we wniosku o dofinansowanie Projektu, mimo upływu blisko 21 miesięcy od uruchomienia w Szpitalu komponentów PSleZ (18.05.2015 r.) i wydatkowania na ten cel 3.199,7 tys. zł ze środków własnych i UE. Wynikało to przede wszystkim z nieskutecznego wdrożenia funkcjonalności nabytych systemów informatycznych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

SPP ZOZ w ramach Projektu otrzymał m.in. sprzęt komputerowy oraz systemy informatyczne typu ERP, EOD, BI, HIS i EDM⁴. Aplikacje te nie były jednak w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją PSleZ, w tym:

- w czterech skontrolowanych oddziałach nie wykorzystywano systemu HIS do prowadzenia raportów lekarskich, a w dwóch do prowadzenia karty gorączkowej, chociaż w porozumieniu partnerskim zawartym 31.03.2011 r. z pozostałymi partnerami PSleZ i Liderem Projektu⁵, Zakład zobowiązał się m.in. do zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji,
- do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej przewidzianej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁶, w tym również prowadzonej i przechowywanej w aplikacji HIS, co uniemożliwiało pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych elektroniczny dostęp do dokumentacji medycznej,
- nie wyeliminowano papierowego obiegu dokumentów, chociaż do tego celu zostało zakupione za 62,8 tys. zł oprogramowanie typu EOD,

¹ Od 23 marca 2009 r.

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

³ Projekt (zwany dalej: „PSleZ” lub „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.

⁴ ERP – służy do zarządzania jednostką i prowadzenia spraw administracyjno-finansowych Szpitala; EOD – przeznaczony jest do wprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów; HIS – przeznaczony jest do prowadzenia w wersji elektronicznej dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej oraz zarządzaniem ruchem chorych na oddziałach i w poradniach; BI – służy do generowania raportów i analiz na podstawie danych czerpanych z ERP oraz HIS i wspomagających proces zarządzania Szpitalem; EDM jest skorelowaną z systemem HIS aplikacją służącą do przeglądania indywidualnej dokumentacji medycznej wytworzonej w HIS.

⁵ Województwo Podlaskie, którego zadania wykonywał Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego (dalej: UMWP).

⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 2089.

- nie wdrożono identyfikacji pacjentów w oddziałach Zakładu, skutkiem czego nie zagospodarowano 12 drukarek specjalistycznych i 28 czytników kodów kreskowych zakupionych za 40,6 tys. zł, dla których w lipcu 2016 roku upłynęła już gwarancja,
- sześć z 12 analizowanych raportów generowanych przy użyciu aplikacji typu BI było niezgodnych z danymi źródłowymi programu HIS,
- nie w pełni zabezpieczono przed utratą dane znajdujące się w systemach informatycznych,
- nie opracowano dwóch procedur wymaganych zapisami porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSleZ, a Politykę Bezpieczeństwa Informacji, uaktualniono dopiero w trakcie kontroli NIK.

Jedną z przyczyn nieprawidłowości może być niski odsetek pracowników przeszkolonych w obsłudze wdrożonych systemów informatycznych (np. z obsługi EOD – 15,7%, a HIS – 29,1% uprawnionych pracowników).

Tymczasem w Studium Wykonalności PSleZ oraz we wniosku o jego dofinansowanie, sporządzonych przez Lidera PSleZ przewidziano m.in., że system EDM pozwoli pacjentom i lekarzom na dostęp do kompletnej dokumentacji medycznej pacjenta w postaci elektronicznej, co wpłynie na optymalizację kosztów badań z uwagi na zmniejszenie ilości badań powtarzanych oraz na obniżenie kosztów przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. Z kolei system kontrolno-zarządczy pozwolił m.in. na ułatwienie zarządzania Zakładem poprzez wdrożenie narzędzi analityczno-raportowych oraz elektronicznego obiegu dokumentów w placówce.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Ograniczono się bowiem do prezentowania materiałów promocyjnych otrzymanych od Lidera Projektu oraz zamieszczenia na stronie internetowej SPP ZOZ⁷ odwołania do strony e-Zdrowie⁸. W konsekwencji tylko osiem osób wyraziło zgodę na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym PSleZ oraz podjęto jedynie pięć prób rezerwacji w Portalu pacjenta wizyt w poradniach Szpitala.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja przez ZOZ zobowiązań w zakresie tworzenia i realizacji projektu

Opis stanu
faktycznego

1.1. Rzetelności uczestnictwa ZOZ-u w projektowaniu rozwiązań dotyczących projektu e-Zdrowie

SPP ZOZ intencję uczestnictwa w Projekcie e-Zdrowie wyraził 18.06.2008 r., tj. w dniu podpisania porozumienia z Liderem. (dowód: akta kontroli str. 4-12)

Zasady współpracy z Liderem określono w porozumieniu partnerskim z 31.03.2011 r. oraz w trzech następnych⁹, wprowadzających zmiany m.in. w zakresie wartości projektu. W dokumentach tych określono m.in. przedmiot i wartość Projektu, obowiązki stron, zasady współpracy, procedury rozliczania finansowego oraz proces monitorowania przebiegu jego realizacji. Zakład zobowiązany był m.in. do: zapewnienia finansowania wkładu własnego, współpracy z Liderem, zasilania danymi systemów i aplikacji wdrożonych w Projekcie, zapewnienia trwałości PSleZ przez pięć lat od dnia zakończenia oraz jego promocji. Koszty realizacji Projektu zmniejszyły się z 3.551,4 tys. zł¹⁰ do 3.199,7 tys. zł¹¹ (brutto), tj. o 9,9%.

Dotyczyły one:

- zakupu i uruchomienia systemów informatycznych – 1.142,6 tys. zł (35,7% kosztów ogółem),
- stworzenia odpowiedniej infrastruktury serwerowo-systemowej – 1.370,7 tys. zł (42,8%),

⁷ <http://www.sppchoroszcz.med.pl>.

⁸ <https://ezdrowie.wrotapoclasia.pl/>.

⁹ Z 02.05.2012 r., 28.02.2013 r. i 13.11.2014 r.

¹⁰ Porozumienie z 31.03.2011 r.

¹¹ Harmonogram rzeczowo-finansowy z 18.11.2015 r.

- zakupu sprzętu informatycznego – 431,3 tys. zł (13,5%),
- szkoleń użytkowników – 151,8 % (4,7%),
- promocji Projektu – 1 tys. zł (0,1%),
- udziału w kosztach wspólnych PSLeZ, dotyczących w szczególności: inżyniera kontraktu, utworzenia Regionalnej Platformy e-Usług Medycznych i audytu powdrożeniowego – 102,2 tys. zł (3,2%). (dowód: akta kontroli str. 13-29)

Potencjał sprzętowo-informatyczny Zakładu określono w ankiecie (przekazanej do Lidera 21.01.2010 r.), w której podano, że SPP ZOZ dysponował 80 komputerami (z dostępem do Internetu), jednym serwerem oraz czterema urządzeniami do obrazowania (USG i RTG). Weryfikację zasobów informatycznych przeprowadzono 14.06.2012 r., w wyniku której ustalono że Zakład wyposażony był 108 komputerów (które są „przestarzałe i nadają się do wymiany”, z wyjątkiem zakupionych w 2011 roku). (dowód: akta kontroli str. 30-69)

Na etapie prac koncepcyjnych nad Projektem (marzec 2011 roku – listopad 2013 roku¹²), Zakład 36 razy opiniował dokumentację merytoryczno-techniczną PSLeZ w zakresie postępowań przetargowych i działań związanych z rozbudową własnego systemu informatycznego. W większości przypadków (23) nie zgłoszono żadnych uwag. Na etapie prac wdrożeniowych (listopad 2013 roku – maj 2015 roku¹³) dokumenty Lidera opiniowano 35-krotnie, w tym w 14 przypadkach zgłoszono uwagi dotyczące: dokumentacji z realizacji zadań, terminów realizacji, migracji danych, itp. W Zakładzie w trakcie zebrań pracowników i konsultacji wewnętrznych zbierano informacje od użytkowników systemów, które przekazywano wykonawcom, w celu uwzględnienia wymagań wynikających ze specyfiki placówki. Kwestie związane z uwzględnieniem zgłaszanych uwag i propozycji Zakładu opisano w dalszej części wystąpienia. (dowód: akta kontroli str. 70-104)

Od 06.05.2015 r. obowiązywało Porozumienie zawarte z Liderem w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym w ramach Projektu oraz umowa w sprawie powierzenia danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów na poziomie regionalnym¹⁴. Zgodnie z umową Lider Projektu upoważniony był do przetwarzania danych ewidencyjnych lekarzy, pielęgniarek i pacjentów oraz danych o stanie zdrowia pacjentów, w związku z realizacją Porozumienia Partnerskiego. (dowód: akta kontroli str. 105-115)

Do 05.01.2017 r. nie opracowano procedur w sprawie sposobu zbierania i przechowywania zgód na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym. Z dokumentacji Zakładu wynika, że (do dnia kontroli – 15.12.2016 r.) zgodę na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym, Administrator Bezpieczeństwa Informacji (dalej ABI) odebrał tylko od ośmiu lekarzy, spośród 108 zatrudnionych w Zakładzie, mimo nakazu dyrektora SPP ZOZ¹⁵. Takiej zgody nie wyraziła żadna z 287 pielęgniarek, co szerzej opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 116-117, 479)

Do zgłaszania wad (awarii, błędów i usterek) uruchomionych systemów informatycznych wykorzystywano dwie platformy zgłoszeniowe firmy Comarch¹⁶ oraz jedną firmy Asseco¹⁷. Z miesięcznych raportów sporządzanych przez firmę Comarch wynika, że od 01.07 2015 r. do 31.10.2016 r. dokonano 464 zgłoszeń, z których zrealizowano 341, a pozostałe były w trakcie realizacji (po stronie zgłaszającego i wykonawcy). Zawiadomienia o niesprawności

¹² Od chwili podpisania pierwszego Porozumienia Partnerskiego 31.03.2011 r. do czasu wyłonienia wykonawcy systemów informatycznych i podpisania przez UMWP umowy pn. „Dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla Projektu „Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie”.

¹³ Od chwili wyłonienia wykonawcy systemów informatycznych w ramach Projektu do czasu odbioru systemów informatycznych uruchomionych w ramach tego Projektu.

¹⁴ Zawarte 21.07. 2016 r. Poprzednio obowiązywały dokumenty zawarte 6 i 8.05. 2015 r.

¹⁵ Pismo z 15.02.2016 r. dyrektora SPP ZOZ skierowane do kierowników komórek organizacyjnych i pracowników zajmujących samodzielne stanowiska.

¹⁶ Strony internetowe <https://ncr.comarch-healthcare.pl/ServiceRequest> oraz <https://izg12.egeria.comarch.pl>.

¹⁷ Strona internetowa serwisu [jst.pl](https://www.jst.pl).

w 18 przypadkach (3,9% ogółu) dotyczyły awarii¹⁸ systemów EOD, HIS, BI i EDM, w 154 (33,2%) – błędów¹⁹, a w 83 – usterek²⁰ (17,9%). Odnotowane w tym okresie 209 inne zgłoszenia (45% ogółu) związane były z aktualizacją i rozwojem systemów, wizytami i konsultacjami. Wyniki analizy sposobu usunięcia 18 awarii opisano w pkt 2.1. wystąpienia.
(dowód: akta kontroli str. 128-154)

Po wdrożeniu Zakład zgłosił do firmy Comarch 97 pytań i sugestii nowych rozwiązań, w celu poprawy funkcjonalności zainstalowanych systemów oraz dostosowania ich do specyfiki placówki psychiatrycznej.
(dowód: akta kontroli str. 155-191)

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „(...) zgłoszenia te w części zostały zrealizowane (49 zgłoszeń wykonanych). Wpłynęło to na poprawę ich funkcjonowania (np. w ramach ostatniej aktualizacji umożliwiono wprowadzanie informacji dotyczących np. przyjęcia pacjenta bez zgody)”. Wskazał też, że: „zgłoszenia sklasyfikowane jako modyfikacja bądź rozbudowa systemu z reguły nie są realizowane w oczekiwanym tempie i ich wdrażanie trwa co najmniej kilka miesięcy. Są też zgłoszenia oczekujące na realizację od początku wdrażania systemów, ponieważ już na tamtym etapie je zgłoszono”. Wskazał na przykłady niezrealizowanych zgłoszeń, które dotyczyły możliwości:

- wprowadzenia w systemie EOD wniosków o dni wolne, delegacje, szkolenia, urlopy inne niż urlop wypoczynkowy,
- zapoznania się z informacją jakie zmiany zostały wprowadzone w systemie po zainstalowaniu aktualizacji,
- wprowadzenia identyfikowalności w systemie każdego użytkownika, który jest autorem wprowadzonej informacji lub jej zmiany,
- wprowadzenia w systemie EOD (w zakładce „kontakty”) możliwości zidentyfikowania aktualnie pracujących użytkowników.
(dowód: akta kontroli str. 192-205)

W okresie wdrażania systemów informatycznych korzystano z asysty powdrożeniowej, której warunki określono w załącznikach do umów z Asseco²¹ i Comarch²². Do dnia kontroli w ramach asysty powdrożeniowej²³ przedstawiciele Asseco (w trakcie ośmiu wizyt w Zakładzie w kwietniu 2015 roku) konfigurowali system Infomedica. Natomiast reprezentanci firmy Comarch od stycznia do kwietnia 2016 roku, w trakcie czterech wizyt (z sześciu przewidzianych), zgodnie z zapotrzebowaniem Zakładu, realizowali szkolenia rejestratorek, sekretarek medycznych, lekarzy, psychoterapeutów i psychologów z Podlaskiego Centrum Leczenia Padaczek oraz Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Kwestie związane ze szkoleniem użytkowników systemów informatycznych opisano w pkt 2.3. wystąpienia.
(dowód: akta kontroli str. 206-241)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Nie opracowano procedur w sprawie sposobu zbierania i przechowywania zgód na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym, wymaganych § 5 pkt 3 porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych, zawartego z Liderem. Zakład, będąc jego sygnatariuszem, zgodnie z § 13 pkt 1 porozumienia, zobowiązany był

¹⁸ Zgodnie z terminologią zawartą w załączniku do umowy, awaria jest to wada mająca kluczowe znaczenie dla działania oprogramowania, tj. uniemożliwiająca wykonywanie pracy przez oprogramowanie w całości lub w części jego elementów.

¹⁹ Zgodnie z terminologią określoną ww. załączniku do umowy, błąd jest to wada uniemożliwiająca lub znacznie utrudniająca wykonanie poszczególnych funkcji, za sprawą której eksploatacja systemu staje się ograniczona. Błąd nie umożliwia jednak poprawnego zapisu oraz odczytu danych.

²⁰ Zgodnie z terminologią określoną ww. załączniku do umowy, usterka jest to wada o znaczeniu marginalnym, bez usunięcia której system może normalnie funkcjonować, lecz jego użytkowanie jest uciążliwe.

²¹ Załącznik nr 9 do umowy Nr PN/37-5/05/2014 z dnia 28.05.2014 r. „Rozbudowa oprogramowania posiadanego przez podmioty lecznicze do jednego standardu zintegrowanego systemu, wynikającego z projektu Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie wraz z integracją z systemem regionalnym Województwa Podlaskiego, zawartej z Asseco S.A.

²² Załącznik Nr 9 do umowy Nr PN/18/11/2013 z dnia 27.11.2013 r. na dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla Projektu Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie.

²³ Umowa przewidywała sześć wizyt powdrożeniowych.

do niezwłocznego dostosowania przepisów wewnętrznych. Do dnia kontroli od pacjentów Zakładu nie odebrano żadnej zgody w przedmiotowej sprawie, a spośród 573 osób personelu medycznego, akceptację taką wyraziło jedynie ośmiu lekarzy, mimo obowiązku określonego przez dyrektora Zakładu w dniu 15.02.2016 r.

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że zasady przechowywania zgód pacjentów oraz wglądu do dokumentacji medycznej na Portalu Pacjenta w trybach krytycznych zostały już zapisane w Instrukcji PBI. Ponadto dodał, że: „Zgodnie z wprowadzonym zarządzeniem wewnętrznym nr 1/2017 z dnia 05.01.2017 r., prawo wglądu do dokumentacji medycznej pacjenta w trybie krytycznym na Portalu Pacjenta mają uprawnieni użytkownicy (lekarze, pielęgniarki, tego Portalu w sytuacji stwierdzenia bezpośredniego zagrożenia życia danego pacjenta”.

(dowód: akta kontroli str. 317, 476-478, 479)

2. Niezgodnie z warunkami umowy, wykorzystano cztery z sześciu wizyt przedstawicieli firmy Comarch realizowanych w ramach asysty powdrożeniowej. Przeznaczono je bowiem na szkolenie personelu Podlaskiego Centrum Leczenia Padaczek oraz Centrum Zdrowia Psychicznego i Leczenia Uzależnień w obsłudze systemu. Zgodnie z pkt 2 Załącznika Nr 9 do umowy²⁴, w ramach asysty powdrożeniowej Wykonawca zapewnia świadczenie usług w zakresie naprawy, aktualizowania systemów, udzielania konsultacji oraz wizyt serwisowych.

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „Dotychczasowe wizyty przedstawicieli firmy Comarch S.A. postaramy się traktować jako zwykłe spotkania. Postaramy się o realizację wizyt serwisowych w rozumieniu asysty powdrożeniowej do końca terminu jej realizacji”.

(dowód: akta kontroli str. 194)

Opis stanu faktycznego

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

1.2.1. Od 27 kwietnia 2012 r. (do dnia kontroli) w Zakładzie obowiązywała Polityka Bezpieczeństwa Informacji²⁵ (dalej: PBI), w której zgodnie z wymogami § 4 pkt 1, 2 i 5 rozporządzenia Ministra Administracji i Spraw Wewnętrznych 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 osobowych²⁶ (dalej: rozporządzenie MSWiA):

- wskazano obszar, w którym przetwarzane są dane, tj. dział statystyki i dokumentacji chorych, Izba Przyjęć, Rejestracja (ul. Radzywińska 2 w Białymstoku), dział zatrudnienia z sekcją plac, dział ekonomiczno-finansowy (załącznik nr 1),
- podano wykaz zbiorów przetwarzanych elektronicznie, tj. dane pacjentów przetwarzane za pomocą programu KS-PPS – program firmy Komsoft, służący do rozliczania świadczeń z NFZ, a dane pracowników i dane płacowe – za pomocą programu kadrowo-płacowego firmy Asseco,
- określono środki techniczne i organizacyjne, m.in. wskazano, że dostęp do komputerów i danych osobowych mogą mieć wyłącznie pracownicy posiadający imienne upoważnienia.

(dowód: akta kontroli str. 242-255)

Analiza PBI wykazała, że jej postanowienia nie uwzględniały zmian wynikających z Projektu, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

W Zakładzie obowiązywało też zarządzenie wewnętrzne nr 71/2014 dyrektora SPP ZOZ, zgodnie z którym osoby mające związek z realizacją PSleZ zobowiązane były do podpisania oświadczenia dotyczącego m.in. zachowania poufności danych i informacji

²⁴ Umowa nr PN/18/11/2013 z 27.11.2013 r. na dostarczenie i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego dla Projektu.

²⁵ Polityka Bezpieczeństwa Informacji wprowadzona zarządzeniem wewnętrznym Nr 36/2012 Dyrektora Zakładu z 27.04.2012 r. jest zbiorem zasad i procedur obowiązujących przy zbieraniu, przetwarzaniu i wykorzystaniu danych osobowych we wszystkich zbiorach administrowanych przez SPP ZOZ.

²⁶ Dz. U. Nr 100, poz. 1024.

związanych z realizacją Projektu ²⁷. Do akt osobowych 18 (spośród 20) analizowanych pracowników włączono takie oświadczenia. (dowód: akta kontroli str. 256-258)

1.2.2. Z opinii biegłego (z zakresu bezpieczeństwa systemów informatycznych), powołanego w trakcie kontroli w celu zbadania zgodności postępowania w Zakładzie z rozwiązaniami określonymi w rozporządzeniu 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 teleinformatycznych²⁸, wynika, że do dnia sporządzenia sprawozdania:

- nie wdrożono kompletnych wewnętrznych regulacji, których celem byłoby określenie sposobów wypełnienia zapisów, o których mowa w rozdziale IV § 20 ust. 2 pkt 5, 7, 12 lit. a, b, e rozporządzenia w sprawie KRI,
- wykonywane czynności dotyczące nadawania dostępu do systemu HIS nie odpowiadają istniejącym regulacjom, ale są dokumentowane,
- nie weryfikuje się okresowo adekwatności nadanych uprawnień do systemu, które mogły ulec zmianie na przykład na skutek zmiany stanowiska, zakresu obowiązków lub komórki organizacyjnej,
- regulacje wewnętrzne nie zawierają informacji o sposobach zapewnienia ochrony przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniami lub zakłóceniami przez czynności zmierzające do wykrycia nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji oraz przez monitorowanie dostępu do informacji,
- mimo braku regulacji, zaimplementowano mechanizmy umożliwiające zbieranie informacji o dostępie do systemów operacyjnych i aplikacji HIS, ale następstwem implementacji tych mechanizmów powinno być ich regularne, częste monitorowanie,
- mimo braku regulacji wewnętrznych dotyczących zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych, polegającego w szczególności na: dbałości o aktualizację oprogramowania, minimalizowaniu ryzyka utraty informacji w wyniku awarii, zapewnieniu bezpieczeństwa plików systemowych, wdrożono mechanizmy realizujące te wymogi (konfiguracja tych mechanizmów nie jest zgodna z regulacjami wewnętrznymi),
- brak jest regularnego i częstego monitorowania poprawności działania wdrożonych mechanizmów,
- miejsce przechowywania kopii zapasowych stwarza ryzyko utraty danych produkcyjnych i kopii zapasowych w przypadku poważnych zdarzeń takich jak pożar (w celu minimalizacji ryzyka utraty danych w takim przypadku serwerownia została wyposażona w czujniki wykrywające tego typu zagrożenie, o wykryciu których powiadamiana jest obsługa pracująca w reżimie 24 godziny/dobę) (dowód: akta kontroli str. 259-264)

Problematykę tę przedstawiono też w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

W Zakładzie (według stanu na 06.12.2016 r.) zatrudnionych było 952 pracowników, w tym: 573 personelu medycznego (bezpośrednio związanego z procesem leczenia), 222 sanitariuszy i salowych, 51 pracowników administracyjnych i 106 pracowników obsługi (kucharki, dozorczy, portierzy, magazynierzy, pracownicy pralni, centrali telefonicznej, hydroforni i transportu sanitarnego). (dowód: akta kontroli str. 265-268)

Z dokumentacji Zakładu wynika, że uprawnienia:

- do systemu HIS i EDM nadano 650 osobom, z których w dniu kontroli zatrudniano 615,
- do systemu EOD nadano 691 pracownikom, z których w dniu kontroli zatrudniano 585,

²⁷ Załącznik Nr 1 do zarządzenia wewnętrznego Nr 71/2014 z 13.08.2014 r.

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

- do systemu ERP nadano 96 osobom, z których w dniu kontroli zatrudnionych było 54,
- do systemu do BI nadano pięciu osobom zatrudnionym w dniu kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 269)

Próba²⁹ zalogowania się do HIS, EOD i ERP przy wykorzystaniu loginów osób niepracujących wykazała, że dostęp do systemów został zablokowany³⁰. Natomiast możliwe było zalogowanie się do systemu EDM na login osoby niepracującej z personelu medycznego, chociaż w systemie odznaczono nieaktywność tego użytkownika, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Natomiast system nie zezwalał na zalogowanie się pracownikom spoza personelu medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 270-277, 260-264)

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „Wszystkie konta, które miały być dezaktywowane na podstawie informacji z Kadr zostały przez informatyków zablokowane. Niestety okazało się przy raportach dla kontroli, iż funkcja w Draco dezaktywowania użytkowników (w systemie EDM) nie działała prawidłowo. Zgłoszone to zostało natychmiast na platformę zgłoszeniową IZGL do Firmy Comarch S.A. Obecnie też trwają prace informatyków SPP ZOZ nad skryptem, który zablokuje automatycznie wszystkie konta, na których nie wykryto aktywności o interwale 7 dni. Ten sposób rozwiąże problem niepotrzebnych kont i zwiększy zdecydowanie bezpieczeństwo w systemie niezależnie od prac nad zgłoszeniem Firmie Comarch S.A.”

(dowód: akta kontroli str. 194-195)

1.2.3. Do dnia kontroli od żadnego pacjenta Zakładu nie uzyskano zgody na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym. Kwestie związane ze sposobem zbierania i przechowywaniem tych zgód opisano w pkt 1.1. wystąpienia.

Dyrektor SPP ZOZ wyjaśnił, że: „Zgodnie z wprowadzonym zarządzeniem wewnętrznym nr 2/2017 w dniu 05.01.2017 r., do przechowywania zgód zobowiązany jest Administrator Bezpieczeństwa Informacji. W miesiącu styczniu planowane jest przeszkolenie całego personelu mającego związek z przetwarzaniem danych osobowych, i w trakcie tych szkoleń będą przekazywane informacje o możliwości i zasadności założenia konta na Portalu Pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 476)

1.2.4. Z raportów firmy Comarch wynika, że od 01.07 2015 r. do 31.10.2016 r. zgłoszono 18 awarii (3,9% ilości zgłoszonych wad, usterek, awarii itp.). Analiza sposobu ich usunięcia wykazała, że:

- we wszystkich przypadkach wykonawca zareagował w wyznaczonym czasie, który nie przekraczał dwóch godzin od zgłoszenia,
- w 15 przypadkach awarie zostały usunięte, a trzy (dotyczące systemów EOD i BI, zgłoszone 11.10.2016 r.) posiadały status „w trakcie realizacji”,
- w sześciu przypadkach zamknięcie zgłoszeń nastąpiło automatycznie (po upływie od dwóch do pięciu miesięcy) z uwagi na „brak reakcji ze strony zgłaszającego”.

(dowód: akta kontroli str. 285-305)

Informatyk SPP ZOZ wyjaśnił, że zgłoszeń tych „ (...) na bieżąco nie zamykano ze względu na potrzebę dłuższej weryfikacji poprawności dokonanych napraw oraz przez przeoczenie”. Odnosnie zgłoszeń posiadających status „w trakcie realizacji” wyjaśnił, że: „stwierdzenie usunięcia usterki wymaga dłuższego zaniku zasilania, które do chwili obecnej nie nastąpiło”.

(dowód: akta kontroli str. 306-307)

²⁹ Do badania (losowo) wytypowano po pięć loginów w każdym systemie spośród osób niepracujących.

³⁰ W trakcie próby zalogowania się do systemu HIS wyświetlany był komunikat „Osoba o takim identyfikatorze nie pracuje”. Dostęp do EOD był przydzielany za pomocą aplikacji DRACO, która jest zsynchronizowana z kontrolerem domeny i systemem kadr. Jeżeli pracownik posiada umowę o pracę, to automatycznie posiada dostęp do systemu EOD. Brak tej umowy powoduje blokadę konta w EOD. W Systemie ERP konta są automatycznie blokowane po określonym czasie nieaktywności. Użytkownik musi wtedy kontaktować się z administratorem w celu aktywacji i nadania hasła. Ten sposób eliminuje przeoczenie wyłączenia kont osobom już niepracującym.

W Zakładzie rezerwowym źródłem energii elektrycznej były dwa agregaty prądotwórcze³¹ (o mocy po 200 kW), co zapewniało pokrycie co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej (wynoszącej 360 kW)³². W chwili zaniku zasilania, urządzenie starsze uruchomiano ręcznie, po upływie 30 minut, a nowe automatycznie, po 15 sekundach. Z dokumentacji eksploatacyjnej tych urządzeń wynika, że kontrolowano je systematycznie. W przypadkach wystąpienia (kilkosekundowych) przerw w dostawie energii elektrycznej (około 50 rocznie), do chwili uruchomienia agregatów możliwość nieprzerwanej pracy serwerów oraz części komputerów zapewniały 24 UPS. (dowód: akta kontroli str. 308-311)

Informatyk SPP ZOZ wyjaśnił, że w Zakładzie „*istnieje deficyt UPS-ów*”. Dodał, że: „*urządzenia te zainstalowane są w miejscach kategorycznie wymagających zabezpieczenia, tj. w gabinetach USG, RTG i EEG oraz w serwerowni*”. (dowód: akta kontroli str. 307)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Nie dokonano aktualizacji PBI w związku ze zmianami wynikającymi z zakończonego 30.11.2015 r. zadania inwestycyjnego PSleZ, mimo że w Zakładzie:

- wzrosła liczba systemów informatycznych i użytkowników przetwarzających dane wrażliwe,
- zaistniała konieczność wprowadzenia nowych regulacji, np. związanych z wykorzystaniem trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej,
- nie określono zasad zapewnienia ochrony przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniami lub zakłóceniami przez czynności zmierzające do wykrycia nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji oraz przez monitorowanie dostępu do informacji. Brak było też regularnego i częstego monitorowania poprawności działania wdrożonych mechanizmów, a miejsce przechowywania kopii zapasowych stwarzało ryzyko utraty danych produkcyjnych i kopii zapasowych w przypadku np. pożaru.

Stanowi to naruszenie § 20 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie KRI, zgodnie z którym kierownictwo podmiotu publicznego zobowiązane jest zapewnić aktualizację regulacji wewnętrznych w zakresie dotyczącym zmieniającego się otoczenia.

W dniu 16.12.2016 r. (w trakcie kontroli) kontrolerowi NIK przedstawiono Instrukcję PBI, określoną zarządzeniem wewnętrznym Nr 51/2016 dyrektora SPP ZOZ z 15 grudnia 2016 r. w sprawie wprowadzenia uaktualnienia Instrukcji Polityki Bezpieczeństwa.

(dowód: akta kontroli str. 323-358)

Dyrektor SPP ZOZ wyjaśnił, że opóźnienia m.in. wynikały z: „*(...) potrzeby wypracowania prawidłowej struktury zatrudnienia w systemie ERP będącej podstawą do prawidłowego przyznawania uprawnień do poszczególnych systemów informatycznych*”. Zaznaczył, że: „*(...) trwały uzgodnienia w zakresie procedur wnioskowania, przyznawania i przydzielania uprawnień do obsługi systemów informatycznych*” oraz wskazał, że: „*(...) brak było zrozumiałych jasnych zasad zapisanych w Porozumieniu przetwarzania danych, na jakich warunkach podmiot ma się wywiązywać z obowiązku administrowania danymi na Platformie Regionalnej*”. Wyjaśnił też, że: „*(...) dotychczas oprogramowanie systemowe (systemy Windows) jak również użytkowe były aktualizowane na bieżąco po udostępnieniu aktualizacji przez producenta danego oprogramowania*”. Wskazał, że zgodnie z zapisami Instrukcji PBI, do bieżącej aktualizacji oprogramowania zobowiązany jest administrator bezpieczeństwa informacji (dalej: ABI). Dodał też, że: „*(...) kopie zapasowe przechowywane są w wersjach elektronicznych zgodnie z dokumentacją Projektu*”. (dowód: akta kontroli str. 316-318)

³¹ Jeden uruchomiono 29.10.1971 r., drugi 18.11.2016 r.

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

2. Nie weryfikowano (okresowo) adekwatności nadanych uprawnień do systemu, które mogły ulec zmianie, na przykład na skutek zmiany stanowiska, zakresu obowiązków lub komórki organizacyjnej. Stanowi to naruszenie przepisów § 20 ust. 2 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie KRI, które nakazują podejmowanie działań zapewniających, że osoby zaangażowane w proces przetwarzania informacji posiadają stosowne uprawnienia i uczestniczą w tym procesie w stopniu adekwatnym do realizowanych przez nie zadań oraz obowiązków mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa informacji, a także wskazują na konieczność dokonania bezzwłocznej zmiany uprawnień, w przypadku zmiany zadań ww. osób.

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „Liczba kont założonych w systemie Optimed jest różna od wykazu w systemie kadrowym, gdyż istniejące konta w systemie nieprzypisane do osób są kontami: testowymi, zostały założone wskutek błędnego wpisania nazwiska do systemu, do których nadano uprawnienia również osobom wykonującym obowiązki wynikające z umów kontraktowych – te osoby nie są wprowadzone do systemu jako pracownicy Szpitala przez Dział Zatrudnienia i Płac. W systemie istnieje możliwość odznaczenia opcji aktywnego bądź nieaktywnego każdego konta, i te wspomniane wyżej konta posiadają statusy kont nieaktywnych. Wedle sugestii przekazanych administratorom systemów przez Firmę Comarch S.A. podczas szkoleń, nie powinno się usuwać jakichkolwiek kont, ponieważ usunięcie konta może w konsekwencji powodować zakłócenia w prawidłowym funkcjonowaniu systemu. Powinno się jedynie je blokować (czyli odznaczać jako nieaktywne), i to jest wykonywane. Wspomnieć należy również, że dotychczas na kontach błędnie założonych nie było aktywności”.

(dowód: akta kontroli str. 476)

Pomimo odznaczenia tych kont i ich blokowania, nadal istniała możliwość zalogowania się do systemu EDM na login osoby niepracującej z personelu medycznego, chociaż w systemie odznaczono nieaktywność tego użytkownika.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że powołany w trakcie kontroli NIK biegły stwierdził, że nie weryfikuje się okresowo adekwatności nadanych uprawnień do systemu, które mogły ulec zmianie na przykład na skutek rozwiązania umowy o pracę. Należy więc rozważyć wdrożenie automatycznych mechanizmów wyłączających dostęp użytkownikowi po określonym czasie nieaktywności. Dzięki temu można osiągnąć większą pewność skutecznego odbierania uprawnień do aplikacji, nawet w przypadku błędu ludzkiego. Ponadto wskazał, że brak jest regularnego i częstego monitorowania poprawności działania wdrożonych mechanizmów ochronnych zapewniających odpowiedni poziom bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych.

Ocena częściowa

Zakład uczestniczył w pracach projektowych i wdrożeniowych PSleZ zgodnie z porozumieniem partnerskim zawartym z Liderem Projektu. Przedstawiciele SPP ZOZ brali udział w spotkaniach zespołu ds. koordynacji realizacji i monitorowania PSleZ. Opiniowano też dokumentację związaną z jego realizacją. Wnoszone na tym etapie uwagi nie dotyczyły jednak oczekiwanych funkcjonalności aplikacji HIS. Dopiero w trakcie korzystania z oprogramowania, do firmy Comarch zgłoszono 97 różnych monitów i sugestii nowych rozwiązań, w celu poprawy funkcjonalności zainstalowanych systemów oraz dostosowania ich do specyfiki placówki psychiatrycznej. W konsekwencji aplikacje HIS i EDM nie mogły być wykorzystywane do przetwarzania czy udostępniania pacjentom oraz lekarzom dokumentacji medycznej wytwarzanej w Szpitalu. Nie wprowadzono też mechanizmów zapewniających odpowiedni poziom bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych, w tym rozwiązań służących ochronie przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą lub nieuprawnionym dostępem. Politykę Bezpieczeństwa uaktualniono dopiero w trakcie kontroli, tj. po 21 miesiącach od rozpoczęcia pracy z systemami informatycznymi e-Zdrowie. Podobnie regulacje dotyczące pobierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów i personelu medycznego na przetwarzania danych osobowych na poziomie regionalnym oraz zasad korzystania i wykorzystania trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta wdrożono dopiero w styczniu 2017 roku.

2. Stopień wykorzystywania przez ZOZ sprzętu oraz rozwiązań informatycznych zakupionych w ramach projektu e-Zdrowie

2.1. Wydatki związane z realizacją projektu i wykorzystywanie zakupionego sprzętu

Opis stanu faktycznego

2.1.1. Zgodnie z § 12 porozumień partnerskich, w Zakładzie wyodrębniono ewidencję księgową oraz otwarto odrębny rachunek bankowy do obsługi Projektu. Na realizację PSleZ pierwotnie planowano wydatkować 3.551,4 tys. zł³³, zaś w następstwie wprowadzonych zmian, wartość zadania zmniejszono do 3.199,7 tys. zł (o 9,9%). Ze środków budżetu europejskiego sfinansowano wydatki na kwotę 2.698,5 tys. zł (84,3% wartości Projektu). Wkład własny Zakładu w kwocie 501,2 tys. zł (15,7%) sfinansowano z ośmiu dotacji celowych otrzymanych z Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego w Białymstoku (476,2 tys. zł) oraz ze środków własnych (25 tys. zł), którymi sfinansowano koszty tzw. „niekwalifikowalnego VAT-u”, łączącego się ze sprzedażą w Zakładzie.

(dowód: akta kontroli str. 29, 357- 399, 473)

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że zmniejszenie to nastąpiło „(...) wskutek przeprowadzonych postępowań przetargowych, w ramach których zostały wybrane oferty wykonawców o niższych cenach w stosunku do szacowanych pierwotnie wartości poszczególnych pozycji z pierwotnego zestawienia rzeczowo-finansowego PSleZ”. (dowód: akta kontroli str. 318)

2.1.2. Sprzęt komputerowy nabyty w ramach Projektu (73 zestawy komputerowe, jeden skaner, 30 czytników kodów kreskowych oraz 12 drukarek specjalistycznych o wartości 286,4 tys. zł³⁴) odebrano od dostawcy 22.07.2013 r., mimo że nie było jeszcze:

- dostosowanego pomieszczenia serwerowni, które odebrano 28.03.2014 r. (po ośmiu miesiącach od dostawy),
- wykonanej sieci WAN i LAN (wraz z serwerami i urządzeniami pamięci masowej), które odebrano odpowiednio: 19 i 26.05.2014 r. (po 10 miesiącach od dostawy),

Komputery, skaner i dwa czytniki kodów od 13.08 do 30.09.2014 r. (tj. po ponad roku od dostawy), przekazano do komórek organizacyjnych Zakładu. Instalowanie systemów informatycznych (HIS, EDM, EOD, BI) zakończono zaś 18.05.2015 r., a więc po upływie prawie dwóch lat od dnia otrzymania sprzętu i po upływie 22 z 36 miesięcy gwarancji jakości udzielonej na te urządzenia³⁵. Do zakończenia kontroli nie wykorzystywano nadal 28 spośród 30 nabytych czytników kodów kreskowych oraz wszystkich 12 drukarek specjalistycznych³⁶ (o wartości 40,6 tys. zł), na które w dniu 22.07.2016 roku upłynął 36 miesięczny okres gwarancji. Sprzęt ten przechowywano w pokoju ABI oraz w magazynku podręcznym na Izbie Przyjęć Zakładu. Przyczyny niewykorzystania ww. sprzętu opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Kolejną partię sprzętu komputerowego (45 zestawów o wartości 145,5 tys. zł³⁷) Zakład odebrał 31.03.2015 r., który do poszczególnych komórek organizacyjnych rozdysponowano 14.04.2015 r., zaś we wrześniu 2015 roku Zakład wyposażono w serwer bazodanowy systemu ERP. Oprzyrządowaniem zatem platformy informatycznej e-Zdrowie w SPP ZOZ było 116 zestawów komputerowych, spiętych wewnętrzną siecią LAN z trzema serwerami i routerem (wpiętymi do sieci WAN), na których zainstalowano pięć systemów dziedzinowych (HIS, EDM, EOD, ERP i BI). (dowód: akta kontroli str. 401-471, 616-618)

W dniu 30.11.2015 r. sporządzono protokół zakończenia zadania inwestycyjnego, z którego wynika, iż dokonano odbioru wszystkich prac technicznych i instalacyjnych, w tym aplikacji systemowych w Zakładzie, chociaż wcześniej zgłaszano uwagi, sugestie i wezwania do usunięcia stwierdzonych niedogodności. (dowód: akta kontroli str. 472, 682-689)

³³ Według harmonogramu rzeczowo-finansowego do Porozumienia Partnerskiego z 31.03.2011 r.

³⁴ Faktura VAT 107/MAG.2013 z 09.08.2013 r.

³⁵ Liczony od dnia podpisania protokołu odbioru przez Zakład, tj. od 22.07.2013 r.

³⁶ Drukarki przeznaczone do wydruku opasek z kodami kreskowymi dla pacjentów Szpitala.

³⁷ Faktura FV/EC/07/04/2015 z dnia 14.04.2015 r.

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „(...) Odbioru systemów informatycznych w Zakładzie dokonano na podstawie pozytywnych wyników testów opartych na bazach testowych. Oprogramowanie, zgodnie z naszą wiedzą, stwarzało obraz pełnej funkcjonalności systemu, a zauważane w testach mankamenty wykonawcy traktowali jako nieistotne, łatwe do korekty w ramach asysty wdrożeniowej. Jednocześnie na nasze krytyczne uwagi o tych mankamentach stwierdzano, że z powodu jednego beneficjenta nie może być przedłużona umowa główna, bo grozi to całkowitą korektą finansową z tytułu niedotrzymania terminu umownego. Naszym zdaniem, które przedstawiliśmy wykonawcom, system, mimo iż nie był absolutnie przystosowany do specyfiki szpitala psychiatrycznego i nie był dość elastyczny, bo każda aktualizacja powoduje problemy w jego funkcjonowaniu, po okresie jego dopracowania, a także dokładnego poznania przez użytkowników, pozwoli na znaczne usprawnienia pracy tutejszego SP ZOZ, poprzez uproszczenie dokumentacji medycznej”.

(dowód: akta kontroli str. 691)

2.1.3. Promowanie Projektu polegało na wywieszaniu – otrzymanych od Lidera – plakatów i wykładania ulotek w pomieszczeniach Zakładu oraz zamieszczeniu na stronie internetowej SPP ZOZ³⁸ odwołania przenoszącego na stronę e-Zdrowie³⁹, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”. Jednocześnie na jednej z podstron zamieszczono opis Projektu z wyszczególnieniem jego uczestników, a dostarczony sprzęt w ramach projektu oznakowano w sposób określony w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 480-484)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na niewykorzystaniu przez blisko dwa lata od dostarczenia urządzeń informatycznych nabytych w ramach projektu, o wartości 286 tys. zł., które SPP ZOZ otrzymał 22.07.2013 r. W tym dniu rozpoczął się też trzyletni okres gwarancji na ten sprzęt. Było to jednak niezależne od Zakładu. Termin dostarczenia sprzętu, okres gwarancji i data rozpoczęcia jej biegu wynikały bowiem z umowy zawartej przez Lidera PSleZ z dostawcą, a wykorzystanie sprzętu uzależnione było od wykonania niezbędnej infrastruktury i otrzymania oprogramowania, zamawianego również przez Lidera Projektu. Ponadto do czasu zakończenia kontroli NIK nie wykorzystywano 28 czytników kodów kreskowych oraz 12 drukarek specjalistycznych o wartości 40,6 tys. zł, które przechowywano w pokoju ABI oraz w magazynku podręcznym Izby Przyjęć Zakładu. Na urządzenia te 22.07.2016 r. upłynęła już 36 miesięczna gwarancja.

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „Przyczyną opóźnienia w osiągnięciu zdolności produkcyjnej było: przesunięcie harmonogramu realizacji Projektu przez Lidera Projektu (sprzęt został dostarczony w oparciu o harmonogram pierwotny Projektu), brak sieci komputerowej oraz realizacja procedury wdrożeniowej przez Wykonawcę”. Ponadto dodał, że: „Czytniki i drukarki kodów kreskowych w chwili obecnej nie są w pełni wykorzystywane ze względu na profil większości oddziałów funkcjonujących w Szpitalu. Projekt (na etapie przygotowywania) w tym zakresie nie rozróżniał wymogów dla podmiotów udzielających świadczeń o profilu psychiatrycznym, o fakcie tym informowaliśmy na naradach z Liderem Projektu. Wskazał też, że: „W momencie powstawania założeń do projektu Podlaski System Informacyjny e-Zdrowie obowiązywała ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, której zapisy nie regulowały kwestii związanych z oznaczeniem opaską identyfikacyjną pacjentów. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (art. 36 ustawy) wprowadziła obowiązek zaopatrywania pacjentów w znaki identyfikacyjne (ust. 3 tego artykułu), z wyłączeniem przepisu w stosunku do pacjentów szpitala lub oddziału psychiatrycznego (ust. 4 tego artykułu)”.

(dowód: akta kontroli str. 316-318)

W SPP ZOZ leczeni są jednak również pacjenci na oddziałach innych niż psychiatryczne (w Oddziałach Neurologicznym i Rehabilitacji Neurologicznej), którym również nie zakładają się opasek.

³⁸ <http://www.sppchoroszcz.med.pl>.

³⁹ <https://ezdrowie.wrotapodlasia.pl>.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca też uwagę, że działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Ograniczono się bowiem do prezentowania materiałów promocyjnych otrzymanych od Lidera Projektu. W konsekwencji tylko osiem osób wyraziło zgodę na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym PSleZ oraz podjęto jedynie pięć prób rezerwacji w Portalu pacjenta wizyt w poradniach Szpitala.

Opis stanu faktycznego

2.2. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę ZOZ-u

2.2.1. W ramach Projektu do obsługi finansowo-administracyjnej oraz wspomagania procesu zarządzania Zakładem zainstalowano system BI⁴⁰, umożliwiający generowanie analiz, m.in. w zakresie kosztów, przychodów, wyniku finansowego, obłożenia na oddziałach, absencji personelu, kosztów poszczególnych procedur medycznych, kosztów łóżka, osobodnia, poziomu wykonania kontraktu, itp. Dane do generowania analiz BI pobierane były z oprogramowania HIS i ERP (były one jednak ze sobą niespójne, co opisano w pkt 2.2.3. wystąpienia).

Dyrektor SPP ZOZ w Choroszczy wyjaśnił, że: „Obecnie wykorzystuje się tylko pomocniczo system BI do bieżącego zarządzania Zakładem. Pełne wykorzystywanie systemu BI będzie możliwe dopiero po osiągnięciu zgodności pomiędzy danymi dostępnymi w raportach tego systemu, a danymi źródłowymi, które są dostępne w pozostałych systemach – obecnie system BI jest na etapie weryfikacji zgodności tych danych przez personel Szpitala, na podstawie której są zgłaszane nieprawidłowości związane ze wspomnianymi raportami Firmie Comarch S.A. i Firmie Asseco Poland S.A. w odpowiednich systemach informatycznych. Mając na względzie system BI największy problem tkwi w wykonywaniu swoich obowiązków przez wspomniane Firmy w kontekście integracji”.

(dowód: akta kontroli str. 195)

Nabyto też (w celu rozbudowy) moduł system ERP⁴¹ do zarządzania zasobami ludzkimi (tj. sporządzania grafików). Z polityki rachunkowości⁴² wynika, że w Zakładzie użytkowano oprogramowanie firmy Asseco z następującymi modułami: finansowo-księgowy, gospodarka magazynowa, kadry i płace, środki trwałe, wyposażenie, które zapewniało podstawową obsługę księgową oraz kadrowo-płacową. Wykazu stosowanego w Zakładzie oprogramowania (stanowiącego załącznik do polityki rachunkowości), nie uaktualniono o nabyty moduł systemu ERP, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 594-601)

Główna księgowa SPP ZOZ wyjaśniła, że: „W ramach projektu e-Zdrowie nie została przewidziana rozbudowa systemów księgowych za pomocą, których prowadzona jest rachunkowość Szpitala o nowe moduły. Dokonano jedynie pełnej aktywacji modułu Zarządzania Zasobami Ludzkimi w zakresie „Ewidencji Czasu Pracy” tzw. „Grafik”, który to moduł zautomatyzował pobieranie danych do naliczania wynagrodzeń w module Płace”. Dodata, że: „Szpital nie posiada Modułu Kalkulacji Kosztów Leczenia oraz Modułu Analizator Kosztów Medycznych. Rozliczanie kosztów następuje w systemie FKK- Koszty. Realizacja umów z NFZ nie jest rozliczana dla procedur wysokospecjalistycznych z uwagi na brak w naszym Zakładzie realizacji tego rodzaju świadczeń. Rozliczanie świadczeń następuje: – w oddziale neurologicznym – na podstawie grupy JGP zgodnie z katalogiem i wyceną NFZ, – w oddziale rehabilitacji neurologicznej – na podstawie grupera rehabilitacji zgodnie z katalogiem i wyceną NFZ, – w pozostałych oddziałach szpitala (psychiatrycznych i leczenie EW – elektrowstrząsy) rozliczane są na osobodni zgodnie z umową i wyceną NFZ”.

(dowód: akta kontroli str. 603-604)

⁴⁰ System posługuje się danymi czerpanymi z ERP i HIS oraz wykonuje na tych danych obliczenia, których efektem mają być analizy i raporty, będące źródłem informacji dla osób zarządzających podmiotami leczniczymi, w celu podejmowania decyzji dotyczących ich funkcjonowania.

⁴¹ System służy do wspomagania bieżącego funkcjonowania podmiotu leczniczego poprzez gromadzenie danych oraz umożliwienie wykonywania operacji na zebranych danych. Składa się m.in. z systemów księgowych, kadrowych, ewidencji środków trwałych, analizatora kosztów medycznych, zapewnia interoperacyjność pomiędzy modułami systemu.

⁴² Zarządzenie wewnętrzne nr 53/2009 dyrektora SPP ZOZ z 17.06.2009 r. w sprawie ustalenia polityki rachunkowości oraz niektórych procedur kontrolnych związanych z gromadzeniem i rozdysponowaniem środków własnych jednostki.

Do obsługi dokumentacji w Zakładzie nabyto system EOD⁴³. Dostęp do tego oprogramowania możliwy był z każdego komputera będącego w komórkach organizacyjnych SPP ZOZ. Aplikację wykorzystywano do obsługi elektronicznej i materialnej dokumentacji przychodzącej i wychodzącej. Dokumentację tą odnotowywano w systemie i po zeskanowaniu korespondencji, przekazywano ją w formie materialnej (wg dekretacji dyrektora) do poszczególnych komórek organizacyjnych. Nadal zatem funkcjonował papierowy obieg dokumentów, co opisano w dalszej części wystąpienia w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.
(dowód: akta kontroli str. 670-671)

Wprowadzenie w Zakładzie elektronicznej obsługi dokumentacji, do dnia kontroli nie zostało uwzględnione w wewnętrznych uregulowaniach dotyczących obiegu dokumentów oraz sposobu ich archiwizowania, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

Od firmy Comarch Zakład uzyskał pięć licencji na użytkowanie BI oraz otwartą licencję (nieograniczona liczba użytkowników) na wykorzystywanie systemu EOD, a także 864 licencji dotyczącą systemu HIS i 366 – EDM, a od firmy Asseco – otwartą licencję na użytkowanie ERP, a zatem ilość zakupionych licencji zabezpieczała potrzeby Zakładu.
(dowód: akta kontroli str. 492-499)

2.2.2. W załączniku Nr 3 do PBI (z 2012 roku) zawarto wytyczne⁴⁴, których postanowienia były zgodne z wymaganiami § 5 rozporządzenia MSWiA. Nie uwzględniały one jednak uwarunkowań związanych z wprowadzeniem nowych systemów informacyjnych. Do dnia kontroli nie opracowano procedur wewnętrznych (w formie zarządzenia dyrektora Zakładu), dotyczących funkcjonalności systemów dziedzinowych wspomagających obsługę medyczną pacjentów oraz administracyjno-finansową pozyskanych w ramach projektu, co opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”. Działania dyrektora SPP ZOZ w tym okresie polegały na kierowaniu pism do kierowników komórek organizacyjnych Zakładu, z informacjami i poleceniami o konieczności stosowania zaimplementowanych systemów dziedzinowych.
(dowód: akta kontroli str. 485-491)

Dyrektor SPP ZOZ wyjaśnił, że: *„Informacje przypominające o możliwości korzystania z systemu były przekazywane kilkakrotnie pismami – zarządzenia obligującego do pracy w systemie nie wprowadzono, ze względu na niewystarczającą ilość sprzętu komputerowego, o który Szpital występował do Lidera Projektu. Niezasadnym jest stawianie wymagań nie zapewniając odpowiednich warunków technicznych ich realizacji.*
(dowód: akta kontroli str. 476)

2.2.3. Analiza 12 raportów⁴⁵ sporządzonych w systemach BI, ERP i HIS wykazała niespójność danych w sześciu z nich. Te same informacje (np. dotyczące kosztów i przychodów ogółem, wyniku finansowego, liczby osobodni szpitalnych, hospitalizacji ogółem) różniły się między sobą.
(dowód: akta kontroli str. 500-518)

Niespójność danych wykazanych w raportach z systemów dziedzinowych wdrożonych w Zakładzie, potwierdzano też w odpowiedziach kierowanych do Marszałka Województwa Podlaskiego⁴⁶.
(dowód: akta kontroli str.519-593)

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: *„ilości osobodni ujęte w raportach BI są rozbieżne z wartościami zawartymi w systemie OPTIMED, ponieważ w systemie OPTIMED wyliczane są one zgodnie z algorytmem rozliczenia i finansowania świadczeń w osobodniach, a w systemie BI (zgodnie z informacją Firmy Comarch S.A.) wyliczane są dla hospitalizacji.*

⁴³ System informacyjny, służący do elektronicznego zarządzania obiegiem dokumentów (korespondencją)

⁴⁴ „Wytyczne określające sposób zarządzania systemem informatycznym, służącym do przetwarzania danych osobowych w Szpitalu Psychiatrycznym w Choroszczu”.

⁴⁵ Analizie poddano raporty z systemu BI (według stanu na 30.06.2016 r.) – Koszty ogółem, Koszty według rodzajów, Przychody ogółem, Wynik finansowy ogółem, Hospitalizacje – z podziałem na pleć, Liczba osobodni, Liczba łóżek-rzeczywista, średnia, Poziom wykonania kontraktu (wartościowy), z systemu ERP Zestawienia obrotów i sald – Przychody, Zestawienia obrotów i sald – Koszty, Wynik finansowy, z systemu HIS Obłożenie, osobodni oddziału.

⁴⁶ Pisma z 08.04, 08.07 i 13.09.2016 r.

Algorytm wyliczenia osobodni nie jest zdefiniowany żadnym aktem prawnym. Nie jesteśmy w stanie stwierdzić dlaczego w poszczególnych raportach są wykazywane dane niezgodne z systemami źródłowymi. (dowód: akta kontroli str. 196)

Główna księgową SPP ZOZ wyjaśniła, że: „System BI przewidziany jako narzędzie zarządcze w chwili obecnej ze względu na nieustające aktualizacje nie jest wykorzystywany efektywnie. Jego bieżące funkcjonalności muszą wciąż być kontrolowane pod kątem zgodności z danymi źródłowymi pobieranymi z systemów ERP. Dane te nie są zgodne. Informacje o występujących niezgodnościach zgłaszane są internetowo zarówno firmie Asseco S.A. jak i Comarch S.A. Szpital prowadzi ewidencję księgową memoriałowo, co oznacza, że dane stanowiące podstawę większości analiz są rzetelne dopiero po zamknięciu okresu rozliczeniowego (miesiąca, roku).” (dowód: akta kontroli str. 603)

2.2.4. Z protokołów firmy Comarch wynika, że w szkoleniach w zakresie obsługi systemów BI i EOD uczestniczyło odpowiednio czterech i 256 pracowników Zakładu. Analiza akt osobowych wykazała, że w zakresie obsługi systemu EOD przeszkolono 92 pracowników (osoby te posiadały od jednego do czterech certyfikaty odbytych szkoleń tematycznych w ramach tego systemu). W rezultacie przeszkoleni pracownicy stanowili 15,7% aktualnie zatrudnionych (585). (dowód: akta kontroli str. 646-667)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Nieefektywnie wykorzystywano system BI do zarządzania Zakładem z uwagi na niespójność danych generowanych w raportach sporządzonych w systemach ERP i HIS. Dane zawarte w sześciu z 12 przeanalizowanych raportów odbiegały od danych uzyskanych z tych systemów (dotyczyło to: przychodów ogółem, kosztów ogółem, wyniku finansowego, liczby osobodni, liczby łóżek na oddziałach, poziomu wykonania kontraktu). Wprawdzie dostawcom oprogramowań zgłaszano nieprawidłowości w interoperacyjności tych systemu, to jednak działania te były nieskuteczne.
2. Dopiero w trakcie kontroli, tj. 20.12.2016 r., zaktualizowano w polityce rachunkowości wykaz stosowanych w Zakładzie programów o nabyty moduł „Grafiki”, mimo wymogu określonego w art. 10 ust. 3 lit. c ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości⁴⁷.
3. W Instrukcji Kancelaryjnej z maja 2011 roku nie uwzględniono kwestii związanych z elektronicznym obiegiem oraz sposobem archiwizowania dokumentów w wersji elektronicznej.

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: „zasady archiwizowania dokumentacji przetworzonej w systemie EOD zostaną określone w najbliższym możliwym terminie”, tj. w I półroczu 2017 roku. Dodał, że: „przed jej wdrożeniem, Instrukcja kancelaryjna uwzględniająca system EOD uzgodniona zostanie z Archiwum Państwowym w Białymstoku”.

(dowód: akta kontroli str. 195)

4. W zakładzie nie wprowadzono elektronicznego obiegu dokumentów, do czego miało służyć oprogramowanie EOD, zakupione za 62,8 tys. zł. Nabyty sprzęt i oprogramowanie wykorzystywano do skanowania dokumentów przychodzących i przesyłania ich adresatom za pomocą tej aplikacji. Nadal funkcjonował zaś tradycyjny (papierowy) obieg dokumentów, a archiwizacją korespondencji zajmowali się poszczególni jej adresaci.

2.3. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

Opis stanu
faktycznego

2.3.1. W ramach projektu e-Zdrowie do obsługi pacjenta nabyto dwa systemy informatyczne HIS i EDM. Pierwszy umożliwiał tworzenie dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, zaś drugi służył do implementowania i jej przeglądania. Dokumentacja wytworzona w HIS (po zaakceptowaniu przez sporządzającego) była automatycznie (w ciągu 24 godzin) udostępniana w systemie EDM. Każda zmiana naniesiona

⁴⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 1047.

w dokumencie sporządzonym w HIS znajdowała odzwierciedlenie w systemie EDM⁴⁸, co zapewniało trwałość sporządzanej dokumentacji. W Izbie Przyjęć w systemie HIS ewidencjonowano dane osobowe pacjenta w dzienniku, w oknach dialogowych wprowadzono dane medyczne, wywiad, badanie przedmiotowe, zlecenia do pracowni wystawiane przez lekarza przyjmującego. Drukowane były odpowiednie zgody, które pacjent musi podpisać (z wyjątkiem zgód na przetwarzanie danych na poziomie regionalnym). Dla pacjentów zakwalifikowanych do hospitalizacji na podstawie danych zgromadzonych w systemie generowana oraz drukowana była pierwsza strona historii choroby. Nie były drukowane opaski dla pacjentów z indywidualnym kodem kreskowym. Proces leczenia dokumentowany był przez personel biorący w nim udział. W trakcie leczenia istniała możliwość sporządzenia 43 różnych dokumentów elektronicznych wg. wzorów udostępnianych w zakładkach na stronie dialogowej systemu. Każdorazowo mogły być one wydrukowane. System umożliwiał też przygotowanie wypisu pacjenta oraz wydrukowanie karty informacyjnej z epikryzą przebiegu choroby oraz przygotowanie zaświadczeń. Wyniki analizy dokumentacji 20 losowo wytypowanych pacjentów opisano w pkt 2.3.4 wystąpienia. (dowód: akta kontroli str.274-276)

2.3.2. W systemie EDM znajdowało się sześć rodzajów dokumentów medycznych, przenoszonych automatycznie z systemu HIS⁴⁹. Dostęp do systemu oprócz lekarzy miał też personel pielęgniarski, który mógł zapoznać się z dokumentacją medyczną wytworzoną w poradni lub w oddziale, w którym jest zatrudniony. Z porównania dokumentów wygenerowanych z ww. systemu: skierowania do poradni specjalistycznej, karty informacyjnej oraz historia choroby z wymaganiami opisanymi w „Regułach biznesowych i walidacjach, określających strukturę dokumentów medycznych przetwarzanych na Platformie P1”⁵⁰ wynika, że ww. dokumenty posiadają wszystkie elementy wymagane powyższymi regułami. (dowód: akta kontroli str. 623, 672-675)

2.3.3. Do dnia kontroli nie ustalono procedur wewnętrznych uwzględniających funkcjonalności i wykorzystywanie w bieżącej pracy programów wspomagających obsługę pacjentów. Działania podejmowane w tym zakresie opisano w pkt 2.2.2 wystąpienia.

2.3.4. Oględziny sposobu przetwarzania danych w systemach elektronicznych HIS i EDM wykazały, że:

- dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta miały osoby, którym nadano uprawnienia,
- systemy były ze sobą połączone (istnieje możliwość przepływu danych i informacji), np. elektroniczny przepływ danych pomiędzy oddziałami,
- istniała możliwość wprowadzenia przez osobę uprawnioną zmian w elektronicznej dokumentacji medycznej prowadzonej w HIS,
- ze stanowiska administratora istniała możliwość wglądu w historię logowań oraz zmian w dokumentacji; takiej możliwości nie ma użytkownik,
- dane wprowadzone do HIS, w systemie EDM⁵¹ pojawiają się w przeciągu 24 godzin, automatycznie,
- wytworzonego dokumentu nie można usunąć z systemów HIS i EDM,
- dokumentacja prowadzona jest w wersji elektronicznej i papierowej.

Analiza dokumentacji medycznej 20 (losowo wytypowanych) pacjentów z czterech oddziałów Zakładu (Ogólnopsychiatrycznego, Detoksykacji Alkoholowej, Neurologii i Terapii odwykowej mężczyzn) wykazała, że:

⁴⁸ Po dokonaniu zmiany w dokumencie w systemie HIS, w systemie EDM automatycznie powstaje druga wersja dokumentu i istnieje możliwość analizy wprowadzonej zmiany w stosunku do wersji pierwotnej dokumentu.

⁴⁹ Z systemu HIS do EDM przenoszono dokumenty Historia Zdrowia i Choroby Ambulatoryjna, Wystawione skierowania, Badanie laboratoryjne, Protokół zabiegowy/operacyjny, Karta informacyjna, Karta danych ratunkowych

⁵⁰ Dostępnych na stronie internetowej <http://www.csioz.gov.pl/HL7POL/pl-oda-html-pl-PL/>.

⁵¹ System Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM) służy do odczytu danych (w systemie nie ma możliwości edytowania dokumentów medycznych). Odczytu takiego może dokonać lekarz lub pacjent (przez portal pacjenta).

- system informatyczny HIS umożliwił sporządzenie pacjentom 43 różnych dokumentów medycznych (wyszczególnione w oknie dialogowym),
- podstawowa dokumentacja medyczna w czterech analizowanych oddziałach (księga główna, przyjęcie, wywiad, badanie przedmiotowe, obserwacje, leki podanie, zabiegi i procedury, wypis) sporządzana była w wersji elektronicznej i papierowej,
- istniała możliwość wydrukowania każdego dokumentu sporządzonego w wersji elektronicznej,
- w zależności od oddziału (niektóre) dokumenty sporządzano tylko w wersji papierowej lub jedynie w wersji elektronicznej. Wyłącznie w wersji papierowej sporządzano raporty lekarskie (na czterech analizowanych oddziałach) oraz kartę gorączkową na oddziałach Detoksykacji Alkoholowej, Neurologii i Terapii Odwykowej, zaś jedynie w wersji elektronicznej – raporty pielęgniarские na wszystkich analizowanych oddziałach.

Analizowana dokumentacja dotyczyła pacjentów wypisanych i zawierała jedynie dokumenty wymagane procesem leczenia. Spośród 43 wzorów elektronicznych dokumentów w trakcie leczenia (w zależności od przypadku) sporządzano od 21 do 24 różnych dokumentów w wersjach: elektronicznej i papierowej. W analizowanej dokumentacji brak było w wersji elektronicznej takich dokumentów jak: wywiad epidemiologiczny, karta fizykoterapii, skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, zgoda i oświadczenie dla pacjenta oraz ubezwłasnowolnionego (możliwość tworzenia tych dokumentów powstała w wyniku aktualizacji systemu w dniu 01.12.2016 r.).

(dowód: akta kontroli str. 278-284, 619-623, 694-699)

Dyrektor Zakładu wyjaśnił, że: *„Na chwilę obecną w Szpitalu nie dokonano przejścia z papierowej na elektroniczną dokumentację medyczną, ponieważ systemy nie są jeszcze w pełni dostosowane do obowiązującego prawa – głównie w kontekście podpisu elektronicznego. W Szpitalu w systemie HIS prowadzi się dokumentację medyczną, którą następnie się drukuje. Wydrukowana dokumentacja jest oficjalną dokumentacją medyczną prowadzoną w Szpitalu. W mojej ocenie przejście na pełną elektroniczną dokumentację medyczną może spowodować większe obciążenie pracami administracyjnymi”.*

(dowód: akta kontroli str. 317)

W trakcie kontroli pobrano niżej przedstawione wyjaśnienia od 10 użytkowników⁵² medycznych systemów dziedzinowych.

1. Pięciu składających wyjaśnienia stwierdziło, że sporządzanie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej nie sprawiało trudności i nie powodowało obciążenia dodatkowymi pracami. Natomiast pięciu kolejnych uważało, że fakt ten:
 - *„(...) spowodował większe obciążenie personelu pielęgniarского, ponieważ poświęca się większą ilość czasu na prowadzenie tej dokumentacji. Pielęgniarki często mają trudności z wprowadzaniem danych pacjenta, wpisywaniem leków – system bardzo często zawiesza się. W związku z tym mniej czasu przeznaczają na opiekę nad pacjentem.”*
 - *„(...) część dokumentacji pozostaje w wersji papierowej lub jest dublowana, co ogranicza czas poświęcany pacjentowi.”*
 - *„(...) personel często ma trudności z wprowadzaniem wymaganych informacji w odpowiednie zakładki programu oraz zmagają się z licznymi awariami zarówno oprogramowania, jak i konfiguracji sprzętowych.”*
 - *„(...) w chwili wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej do Izby Przyjęć zatrudniono dwóch statystyków medycznych, co skutkowało utrzymaniem jakości świadczonych usług pielęgniarских na dotychczasowym poziomie.”*
 - *„(...) w dłuższej perspektywie przy zapewnieniu większej ilości stanowisk komputerowych może to ułatwić prowadzenie dokumentacji”.*

⁵² Pięciu kierowników oddziałów, przelożona pielęgniarek oraz cztery pielęgniarki oddziałowe.

2. Jedynie dwóch składających wyjaśnienia oceniło pozytywnie efektywność i przydatność zainstalowanych systemów w bieżącej pracy. Ośmiu wyraziło min. pogląd, że:

- „(...) stosunek nakładu pracy włożonej do wprowadzania danych w porównaniu do korzyści jego stosowania oceniam dość przeciętnie” oraz „(...) trudno jest określić efektywność i przydatność wprowadzonego systemu, ponieważ dostępność funkcji do wykorzystania w pracy lekarza ww. oprogramowania jest znikoma.”
- „(...) efektywność systemu elektronicznego oceniam negatywnie, ponieważ zawiera wiele opcji zupełnie nieprzydatnych w codziennej pracy, a te które są potrzebne, są mało przejrzyste. Często są również awarie systemu – program zawiesza się, przez co spada wydajność pracy”. (dowód: akta kontroli str. 624-643)

2.3.5. Ze strony internetowej Zakładu (za pomocą odsyłacza) istniała możliwość połączenia się ze stroną Portalu pacjenta, na której – po wprowadzeniu loginu i hasła – można było wprowadzić swoje dane osobowe i adresowe oraz wskazać planowaną datę i godzinę wizyty u specjalisty. Do dnia kontroli odnotowano pięć przypadków zalogowania się pacjentów na stronę e-Zdrowie. Próba ustalenia wizyty u specjalisty w trzech różnych poradniach Zakładu⁵³ powiodła się, a zarezerwowany termin wizyty został uwzględniony w planie wizyt odpowiedniej poradni. Rejestracja drogą tradycyjną (bezpośrednio w siedzibie) umożliwiała pacjentom dokonanie rezerwacji wizyty u konkretnego lekarza, natomiast na Portalu Pacjenta nie było takiej możliwości (elektroniczna rezerwacja obejmowała jedynie gabinet i lekarza dyżurującego bez podania jego danych).

(dowód: akta kontroli str. 644)

Zgodnie z art. 23a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵⁴ w związku z art. 57 ust. 5 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia⁵⁵, od 1 stycznia 2013 r. Zakład powinien prowadzić elektroniczną ewidencję oczekujących na świadczenia, umożliwiającą m.in. umawianie się na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na świadczenie oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Technicznie Zakład przygotowany był na wprowadzenie takich możliwości. W trakcie kontroli nie było osób oczekujących na świadczenia zdrowotne.

(dowód: akta kontroli str. 645, 678-681)

2.3.6. Z raportów firmy Comarch wynika, że szkolenie z obsługi systemów HIS i EDM odbyło odpowiednio: 382 i 190 pracowników. Z akt osobowych tych osób wynika, że niektóre miały więcej niż jeden (nawet 11) certyfikat z odbytych szkoleń. W rzeczywistości w obsłudze HIS i EDM przeszkolono odpowiednio: 179 i 95 pracowników, co stanowiło odpowiednio: 29,1% i 16,2% ogółu pracowników (którym nadano dostęp do tych systemów).

Spośród 10 pracowników, którzy złożyli wyjaśnienia, dziewięciu oceniło, że dotychczasowe szkolenia z obsługi ww. systemów były wystarczające, co umożliwiało sprawne korzystanie z narzędzi systemowych. Połowa jednak wskazała na potrzebę kontynuacji tych szkoleń, a jedna wskazała na konieczność szkoleń stanowiskowych, których – jak wyjaśnił Informatyk – nie organizowano. Wskazał, że: „(...) odbywa się tylko pomoc doraźna poprzez pulpit zdalny o ile jest to możliwe. Jeżeli sprawa wymaga kontaktu z producentem oprogramowania jest to zgłaszane na platformę serwisową NCR lub udzielana pomoc telefoniczna”.

(dowód: akta kontroli str. 646-669)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W czterech skontrolowanych oddziałach nie wykorzystywano systemu typu HIS do prowadzenia raportów lekarskich, a w dwóch do prowadzenia karty gorączkowej, chociaż w porozumieniu partnerskim zawartym 31.03.2011 r. z pozostałymi partnerami

⁵³ Specjalistyczna Poradnia Padaczek, Poradnia Terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia oraz Poradnia zdrowia psychicznego.

⁵⁴ Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.

⁵⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 1535.

PSleZ i Liderem Projektu⁵⁶, Zakład zobowiązał się m.in. do zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji.

2. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej wytworzonej z wykorzystaniem programu typu HIS (automatycznie przenoszono jedynie sześć spośród 43 rodzajów dokumentów medycznych możliwych do wytworzenia w systemie 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 oraz zapewnić pacjentom i lekarzom dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej.
3. Nie wdrożono identyfikacji pacjentów w oddziałach Zakładu, chociaż w tym celu zakupiono 12 drukarek specjalistycznych i 28 czytników kodów kreskowych za 40,6 tys. zł, co szerzej opisano w pkt 2.1. wystąpienia pokontrolnego.

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Szpitalu nie ustalono wewnętrznych procedur, harmonogramów wdrażania, ani nie powołano zespołów do wdrożenia Projektu. Praktyka kierowania pism do kierowników oddziałów Zakładu, informujących o konieczności stosowania zaimplementowanych systemów dziedzinowych była zaś mało skuteczna. Taki sposób wdrażania istotnej zmiany, mógł mieć wpływ na poziom wykorzystywania aplikacji otrzymanych w ramach PSleZ.
2. Niski był odsetek pracowników przeszkolonych z obsługi systemów informatycznych, co również mogło negatywnie wpływać na efektywność wykorzystania funkcjonalności nabytego oprogramowania.

Ocena cząstkowa

W Zakładzie uruchomiono systemy informatyczne zakupione w ramach Projektu. Pomimo jednak upływu 21 miesięcy od ich dostarczenia, nie wykorzystywano wszystkich dostępnych funkcjonalności. Nie wprowadzono elektronicznego obiegu dokumentów, do czego miała służyć aplikacja typu EDM, a oprogramowanie typu BI, mające być narzędziem do sprawniejszego zarządzania Zakładem, generowało raporty niezgodnie z danymi źródłowymi, co było powodem niepełnego wykorzystywania jego funkcjonalności. Z kolei w systemie informatycznym HIS (w czterech analizowanych oddziałach) nie zamieszczano raportów lekarskich, a w dwóch kart gorączkowych. Ponadto do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej, w tym wytworzonej z wykorzystaniem programu typu HIS, chociaż jednym z głównych założeń Projektu było zapewnienie pacjentom i lekarzom (także z innych podmiotów leczniczych) – przy użyciu tego oprogramowania – dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. Świadczy to o nieskutecznym wdrożeniu funkcjonalności otrzymanego oprogramowania, którego używanie miało ograniczyć koszty wykonywania powtarzanych badań medycznych oraz przechowywania papierowej dokumentacji medycznej. Negatywnie należy ocenić też niewdrożenie identyfikacji pacjentów za pomocą opasek, do czego służyć miało 12 drukarek specjalistycznych oraz 28 czytników kodów kreskowych zakupionych w ramach Projektu.

Wnioski pokontrolne

IV. Wnioski

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli⁵⁷, wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od pracowników Szpitala wykorzystywania oprogramowania zakupionego w ramach Projektu, w tym umożliwienie lekarzom i pacjentom zdalnego dostępu do kompletnej dokumentacji medycznej.
2. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu typu BI, umożliwiającego wykorzystanie jego możliwości do zarządzania Szpitalem.

⁵⁶ Województwo Podlaskie, którego zadania wykonywał Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego (dalej: UMWP).

⁵⁷ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.). Ustawa zwana „ustawą o NIK”.

3. Wykorzystanie drukarek i czytników kodów kreskowych zgodnie z zasadami ustalonymi w Projekcie.
4. Okresowe weryfikowanie adekwatności nadanych pracownikom uprawnień w zakresie dostępu do systemów informatycznych, zgodnie z wymogiem § 20 ust. 2 pkt 4 i 5 rozporządzenia w sprawie KRI.
5. Wyegzekwowanie od informatyków Zakładu regularnego i częstego monitorowania poprawności działania wdrożonych mechanizmów ochronnych, w celu zminimalizowania ryzyka utraty danych produkcyjnych i kopii zapasowych, zgodnie z wymogiem § 20 ust. 2 pkt 7 lit. a rozporządzenia w sprawie KRI.
6. Zaktualizowaniu wewnętrznych regulacji dotyczących obiegu i archiwizacji dokumentacji o elementy związane z wprowadzeniem elektronicznego systemu EOD.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

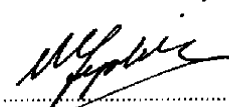
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

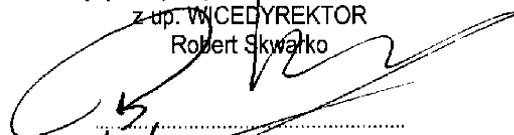
Białystok, dnia 14 lutego 2017 r.

Kontroler
Marek Zapolski
doradca ekonomiczny



.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. W. WICE-DYREKTOR
Robert Skwańko



.....
podpis

