



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI.411.002.01.2016

R/16/001



02404716

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Wystąpienie pokontrolne z dnia 10 sierpnia 2016 r., zmienione zgodnie z treścią uchwały Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 26 września 2016 r. (KPK-KPO.443.136.2016)

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	R/16/001 – Realizacja przez szpitale projektu e-Zdrowie współfinansowanego z RPO Województwa Podlaskiego
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontroler	Wojciech Zambrzycki – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBI/23/2016 z 29 kwietnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim, ul. Kleszczelowska 1, 17-102 Bielsk Podlaski (dalej: ZOZ lub Szpital)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Bożena Grotowicz – Dyrektor Szpitala <sup>1</sup>

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

### Ocena ogólna

#### Uzasadnienie oceny ogólnej

Szpital wdrożył większość elementów Podlaskiego Systemu Informacyjnego e-Zdrowie (dalej: *e-Zdrowie* lub *Projekt*) i je wykorzystywał. Możliwość wytwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej, elektronicznej wymiany danych pomiędzy oddziałami Szpitala oraz laboratorium i apteką szpitalną usprawniła funkcjonowanie Szpitala.

Szpital aktywnie uczestniczył na każdym etapie prac nad Projektem. Przedstawiciel ZOZ był obecny na spotkaniach organizowanych przez Lidera – Województwo Podlaskie (którego zadania wykonywał Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego; dalej: *UMWP*). W gronie pracowników Szpitala przeprowadzane były analizy przedwdrożeniowe i konsultacje na etapie wdrożenia, do których zaangażowani byli użytkownicy końcowi zintegrowanego systemu informatycznego. Zakupione w ramach Projektu składniki majątku wykorzystywane były do bieżącej pracy placówki.

Szpital wdrożył szpitalny system informacyjny (tzw. część biała) do obsługi oddziałów i poradni oraz przeszkolił personel do jego obsługi. Wykorzystywano go na wszystkich oddziałach Szpitala i w części poradni do wspomagania procesu leczenia pacjenta, w tym wytwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej. Nie została zaś wdrożona część elementów systemu do zarządzania częścią administracyjną (tzw. część szara). Nie w pełni wykorzystywano bowiem komponent dotyczący analizowania kosztów procedur medycznych oraz system analityczno-zarządczy, mający być podstawą do lepszego zarządzania Szpitalem. Niewykorzystywany był też system do elektronicznego obiegu dokumentów (obsługi korespondencji).

Zapewnione zostało bezpieczeństwo danych poprzez właściwą reglamentację dostępu do danych o pacjentach, archiwizację elektronicznej dokumentacji medycznej, politykę haseł dostępu i tworzenie kopii zapasowych. Nieaktualne i niezgodne z § 4 i § 5 ust. 7 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych<sup>3</sup> były natomiast: Polityka Bezpieczeństwa Informacji i Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym, które zaktualizowano w trakcie kontroli NIK. Szpital posiadał niezbędne wyposażenie oraz przygotował personel na zdarzenia

<sup>1</sup> Funkcję pełni od 5 grudnia 2002 r.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby 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.

<sup>3</sup> Dz. U. Nr 100, poz. 1024. Rozporządzenie dalej zwane rozporządzeniem w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych.

losowe lub sytuacje nadzwyczajne związane z długotrwałym brakiem zasilania albo utratą połączenia internetowego.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Uczestnictwo w etapie projektowania rozwiązań projektu e-Zdrowie

##### 1.1. Prace koncepcyjne nad Projektem

Opis stanu faktycznego

Szpital uczestniczył w Projekcie – którego liderem było Województwo Podlaskie – jako jeden z 36 partnerów<sup>4</sup>. Zasady współpracy pomiędzy Szpitalem i Liderem zostały określone w porozumieniu partnerskim z 31 marca 2011 r. oraz w trzech porozumieniach<sup>5</sup>, wprowadzających zmiany m.in. w zakresie wartości Projektu oraz w jego uczestnikach.

(dowód: akta kontroli str. 3-142)

Zgodnie z zapisami porozumień, zadaniem Szpitala było m.in. zapewnienie finansowania wkładu własnego, współpraca z Liderem, obowiązek zasilania danymi systemów i aplikacji wdrożonych w Projekcie, zapewnienie trwałości Projektu przez 5 lat od dnia zakończenia jego realizacji, promocja Projektu. (dowód: akta kontroli str. 10-11, 40-42, 79-80, 117-118)

Zadaniem Lidera było m.in.: [1] przygotowanie dokumentacji technicznej Projektu, [2] uzyskanie niezbędnych uzgodnień i decyzji finansowo-prawnych warunkujących jego realizację, [3] przygotowanie Studium Wykonalności Projektu (wraz z załącznikami w postaci programu funkcjonalno-użytkowego i zakresu rzeczowo-finansowego), [4] przeprowadzenie postępowań o udzielenie zamówień publicznych i zawieranie umów na realizację zadań w ramach Projektu, [5] współfinansowanie części wspólnej Projektu<sup>6</sup>, [6] promocja i nadzór nad realizacją Projektu i jego trwałością.

(dowód: akta kontroli str. 9-10, 39-40, 78-79, 116-117)

Jednocześnie, zgodnie z zapisami porozumień, partnerzy udzielili pełnomocnictwa Liderowi do przeprowadzenia postępowań o udzielenie zamówień publicznych i zawarcia umów w ich imieniu.

(dowód: akta kontroli str. 8, 39, 77, 115)

Porozumienia nie regulowały zasad późniejszego (po upływie okresu trwałości Projektu) finansowania regionalnej platformy e-Zdrowie i utrzymania systemów wymaganych do jej funkcjonowania. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że problem późniejszego utrzymania systemów był sygnalizowany Liderowi, ale nie zapadły konkretne ustalenia w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 1276)

Szpital aktywnie uczestniczył w pracach koncepcyjnych nad Projektem. Dyrektor Szpitala została powołana na członka Komitetu Sterującego do spraw realizacji Projektu<sup>7</sup>. Była jednym z ośmiu członków tego komitetu i zasiadała w nim jako przedstawiciel partnerów ze strony podmiotów leczniczych, dla których organem założycielskim były jednostki samorządu terytorialnego.

(dowód: akta kontroli str. 143-146)

Zgodnie z regulaminem Komitetu Sterującego<sup>8</sup>, do jego zadań należał nadzór nad wdrażaniem Projektu, podejmowanie kluczowych decyzji, monitoring realizacji wskaźników produktów w ramach poszczególnych działań i rozstrzyganie konfliktów dotyczących realizacji Projektu. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nie pamięta w jakiej liczbie spotkań Komitetu brała udział, na pewno w większości (od 16 lipca 2013 r. do 31 sierpnia 2015 r. Komitet spotkał się 12 razy). Dodała, że: *spotkania Komitetu Sterującego odbywały się*

<sup>4</sup> 10 partnerów to powiaty, a 26 podmioty lecznicze.

<sup>5</sup> Z 2 maja 2012 r., 28 lutego 2013 r. i 13 listopada 2014 r. Wszystkie porozumienia zawarto w sprawie współdziałania przy realizacji zadania „Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie”.

<sup>6</sup> Składały się na nią koszty inżyniera kontraktu, promocji projektu, jego audytu i koszty regionalnej platformy e-Zdrowie.

<sup>7</sup> Uchwała Nr 80/1029/2012 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 31 stycznia 2012r. w sprawie powołania członków Komitetu Sterującego ds. realizacji projektu pn. „Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie”, dostępna na BIP UMWP: [http://bip.umwp.wroclapodlasia.pl/wojewodztwo/akty\\_prawne1/uchw\\_zarząd/uchwały\\_zarządu/uchw\\_z\\_0131\\_80\\_1029\\_2012.html](http://bip.umwp.wroclapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchw_z_0131_80_1029_2012.html)

<sup>8</sup> Regulamin był załącznikiem do Uchwały Nr 74/952/2011 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 29 grudnia 2011 r. w sprawie ustalenia zasad funkcjonowania oraz trybu powoływania członków Komitetu Sterującego ds. realizacji projektu pn. „Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie”, dostępnej na BIP UMWP: [http://bip.umwp.wroclapodlasia.pl/wojewodztwo/akty\\_prawne1/uchw\\_zarząd/uchwały\\_zarządu/uchw\\_z\\_1229\\_74\\_952\\_2011\\_0698.html](http://bip.umwp.wroclapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchw_z_1229_74_952_2011_0698.html)

*z udziałem inżyniera kontraktu, który sprawozdawał stopień realizacji wcześniej założonego harmonogramu, jakie przetargi zostały rozstrzygnięte, jakie były w toku. Zdarzało się, że w spotkaniach uczestniczyli też wykonawcy, zwłaszcza w sytuacji, gdy dochodziło do opóźnień. W tym gronie były rozwiązywane problemy, które na bieżąco pojawiały się w trakcie realizacji Projektu. Innych spotkań roboczych było bardzo dużo, uczestniczyli w nich dyrektorzy i informatycy, sami informatycy, księgowi, nie na wszystkich były listy obecności. Informowano na tych spotkaniach na jakim etapie jest Projekt, albo spotkania dedykowane były rozwiązaniu jakiś problemów. Pozostałe spotkania robocze dotyczyły np. przekazania bezpośrednio dyrektorom konkretnych problemów dotyczących realizacji poszczególnych zadań, omówienia problemów. Był to też moment na podzielenie się swoimi doświadczeniami w gronie dyrektorów szpitali.*

(dowód: akta kontroli str. 144-146, 1276,1281)

Od 8 grudnia 2011 r. do 25 lutego 2015 r. przedstawiciel Szpitala uczestniczył w dziewięciu spotkaniach, jako członek zespołu ds. koordynacji, realizacji i monitorowania Projektu, na których omawiane były m.in. kwestie związane z przebiegiem realizacji zamówień publicznych, sprzętem i rozliczeniami Projektu. Poza tym, przedstawiciel Szpitala brał udział w spotkaniach i telekonferencjach organizowanych przez firmy wdrażające oprogramowanie, jednak z uwagi na upływ czasu i fakt, że informacje o takich spotkaniach nie były notowane, nie było możliwe ustalenie ich liczby. (dowód: akta kontroli str. 1281)

Formą opiniowania dokumentów przedkładanych przez UMWP partnerom było oświadczenie akceptujące lub odrzucające proponowane rozwiązania. Od 14 grudnia 2010 r. do 2 lutego 2016 r. Szpital 44 razy składał takie oświadczenia, w tym w 26 przypadkach akceptował lub wyrażał zgodę na proponowane rozwiązania, a w 18 zgłaszał wątpliwości. Dotyczyły one m.in. przetwarzania danych osobowych na poziomie regionalnym, polityki bezpieczeństwa informacji, zapisów w specyfikacjach istotnych warunków zamówień przetargów organizowanych przez UWMP, liczby licencji na oprogramowanie dostarczane Szpitalowi w ramach przetargów organizowanych przez UMWP. (dowód: akta kontroli str. 198-248)

*Wyjaśniając realny wpływ Szpitala na funkcjonalność oprogramowania, jakie otrzymano w ramach przetargu zorganizowanego przez UMWP, Dyrektor Szpitala podała, że: z uwagi na bardzo skomplikowaną kwestię merytoryczną rozwiązań, bardzo trudno było w praktyce zweryfikować założenia oprogramowania w stosunku do naszych oczekiwań. Dopiero na etapie wdrażania następowała możliwość weryfikacji, czy funkcjonalność programów jest taka, jakiej byśmy sobie życzyli. Jeśli programy wymagały dopracowania od strony funkcjonalności, to wykonawca przyjmował problem do realizacji. Proces ten nadal trwa.*

(dowód: akta kontroli str. 1276)

Szpital samodzielnie przeprowadził przetarg na rozbudowę systemu informatycznego do obsługi ZOZ (czyli wdrożenie systemu ERP – System Zaawansowanego Zarządzania Zasobami i HIS – Szpitalny System Informacyjny) oraz na integrację systemu do standardu wymaganego przez Projekt. Powodem, dla którego Szpital nie mógł uczestniczyć w przetargu na te zadania, przeprowadzanym przez UMWP był fakt, że 4 września 2010 r., tj. kiedy została przeprowadzona wstępna inwentaryzacja istniejących systemów informatycznych, przed przygotowaniem przez UWMP wniosku aplikacyjnego, Szpital posiadał częściowe oprogramowanie do obsługi szpitala w części dotyczącej pacjentów i do zarządzania szpitalem. Audyt wstępny, przeprowadzony 12 czerwca 2012 r. przez inżyniera kontraktu<sup>9</sup>, opierał się jedynie na wycieszeniu posiadanych licencji i sprzętu komputerowego. W 2013 roku Szpital stwierdził, że istniejący system jest niewystarczający do kompleksowej realizacji przewidzianych zadań. Z tego powodu 14 maja 2013 r. Dyrektor Szpitala wystąpiła do Lidera i Instytucji Zarządzającej Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Podlaskiego<sup>10</sup> (dalej: *Instytucja Zarządzająca*) o zwiększenie dofinansowania Projektu w ZOZ. 11 czerwca 2013 r. Instytucja Zarządzająca Projektem podjęła decyzję o zwiększeniu dofinansowania dla ZOZ o 890.227 zł. UMWP był już

<sup>9</sup> Inżynier kontraktu to zewnętrzna firma czuwająca w imieniu inwestora nad prawidłowością przebiegu procesu inwestycyjnego.

<sup>10</sup> Działająca poprzez Departament Wdrażania Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego UMWP.

wówczas w trakcie procedury przetargowej dla pozostałych partnerów w związku z czym Szpital samodzielnie przeprowadził postępowania przetargowe na ww. zadania.

(dowód: akta kontroli str. 249-282, 450-478, 1272)

Institucja Zarządzająca stwierdziła nieprawidłowości ze strony Szpitala w trakcie przeprowadzania postępowania o zamówienia publiczne w zakresie rozbudowy systemu informatycznego w ramach budowy Projektu<sup>11</sup>, skutkujące zastosowaniem korekty finansowej<sup>12</sup>. Według Instytucji Zarządzającej nieprawidłowości polegały na:

- opisanie przedmiotu zamówienia w sposób preferujący wykonawców mających wiedzę i doświadczenie w zakresie wdrażania zintegrowanych systemów informatycznych klasy ERP i HIS jednego producenta,
- zażądaniu od potencjalnych oferentów sprawozdania finansowego, chociaż Szpital nie określił warunku udziału w postępowaniu związanego ze złożonym sprawozdaniem finansowym.

Kontrola Instytucji Zarządzającej stwierdziła też pięć naruszeń o charakterze formalnym, nieskutkujących zastosowaniem korekty finansowej.

Szpital nie zgadzał się z oceną Instytucji Zarządzającej i wyjaśniał, że w specyfice swojej działalności nie mógł pozwolić sobie na eksperymenty związane z wdrażaniem zintegrowanego systemu informatycznego różnych wykonawców, zwłaszcza w związku z koniecznością systematycznego sprawozdawania liczby wykonanych świadczeń do Narodowego Funduszu Zdrowia w celu otrzymania środków finansowych. Podkreślał też, że zażądanie sprawozdania finansowego wynikało z zastosowania art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>13</sup>. Wyjaśnienia Szpitala nie zostały uwzględnione. ZOZ został zatem ukarany korektą finansową w wysokości 5% wartości zamówienia, wynoszącą wraz z odsetkami 61.265 zł. (dowód: akta kontroli str. 509-542)

Po wyborze wykonawcy zintegrowanego systemu informatycznego i podpisaniu z nim umowy 21 stycznia 2014 r., w Szpitalu rozpoczął się proces wewnętrznych konsultacji przed wdrożeniem systemów. Będąca kierownikiem Projektu w ZOZ kierownik Statystyki Medycznej wyjaśniła, że: *spotkania robocze stanowiły wydajną metodę pozwalającą na zidentyfikowanie najważniejszych wymagań z punktu widzenia całej organizacji – ich uczestnikami były osoby reprezentujące wszystkie jednostki organizacyjne. Chodziło nam o jak najszersze konsultacje wewnątrz jednostki. Dokonałiśmy analizy istniejącego oprogramowania oraz dokumentów w celu skonfigurowania systemu pod potrzeby poszczególnych komórek. Dzięki temu podejściu zdobyliśmy bardzo dużo opinii, przeanalizowaliśmy sytuacje jakie mają miejsce w poszczególnych komórkach organizacyjnych. Dowiedzieliśmy się co odpowiada a co wymaga dostosowania, między innymi przeanalizowaliśmy dokumentację szpitalną. W procesie brało udział bardzo wiele osób i był bardzo czasochłonny.* (dowód: akta kontroli str. 1316)

W okresie analizy przedwdrożeniowej oraz w trakcie wdrażania systemów informatycznych do projektu e-Zdrowie, na cotygodniowych spotkaniach Dyrektor Szpitala z ordynatorami, od 22 stycznia 2014 r. do 20 lutego 2016 r. dwudziestokrotnie podejmowane były tematy związane z informatyzacją Szpitala, m.in. w zakresie: analizy danych wprowadzanych do systemów, konieczności uczestnictwa w szkoleniach, przekazywania pomysłów i uwag w zakresie funkcjonalności nowych narzędzi informatycznych. Kierowana była również liczna korespondencja wewnętrzna związana z analizą przedwdrożeniową i wdrażaniem nowych systemów informatycznych. (dowód: akta kontroli str. 147-197, 283-384)

Koordynatorzy oddziałów i kierownicy komórek organizacyjnych w większości potwierdzili, że mieli wpływ na rozwiązania techniczne w zakresie funkcjonalności wdrożonych aplikacji.

(dowód: akta kontroli str. 1226-1262, 1277)

Szpital nie przeprowadzał badań (w tym ankietowych) wśród pacjentów w zakresie wdrożenia e-Zdrowie. (dowód: akta kontroli str. 1274)

<sup>11</sup> Postępowania przetargowe nie były przedmiotem niniejszej kontroli NIK.

<sup>12</sup> Korekta finansowa to rodzaj kary za nieprawidłowe przeprowadzenie postępowania o zamówienia publiczne.

<sup>13</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 2164.

Ustalone  
nieprawidłowości

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

## 1.2. Finansowanie uczestnictwa w projekcie e-Zdrowie

Opis stanu  
faktycznego

Pierwotnie zaplanowana kwota na uczestnictwo w Projekcie, wynosząca 1.914.890 zł, uległa zwiększeniu do 2.840.498 zł<sup>14</sup> (o 48,3% w stosunku do kwoty pierwotnie zaplanowanej w harmonogramie rzeczowo-finansowym), w tym 2.348.890 zł (82,7%) pochodziło ze środków przekazanych na ten cel przez UMWP<sup>15</sup>, 491.608 zł (17,3%) stanowiło zaś wkład własny Szpitala. Większość kosztów Projektu dotycząca bezpośrednio Szpitala (2.738.212 zł, tj. 96,4%) związana była z przygotowaniem i wdrożeniem oprogramowania (67,7% kosztów całkowitych), budową sieci LAN (11,7%) i zakupem sprzętu komputerowego (6,4%). Szpital partycypował też w kosztach wspólnych Projektu (102.286 zł, 3,6%), na które składało się wynagrodzenie inżyniera kontraktu (1,9% kosztów całkowitych) i utworzenie platformy regionalnej (1,7%).

(dowód: akta kontroli str. 395-396)

Dodatkowo Szpital (poza Projektem, lecz w celu lepszego funkcjonowania wdrażanych rozwiązań) zakupił tablety z możliwością dostępu do dokumentacji pacjentów w trakcie obchodów<sup>16</sup>, zbudował sieć wi-fi<sup>17</sup>, a także zakupił dodatkowy sprzęt komputerowy, drukarki i dodatkowe czytniki kodów kreskowych (o tabletach i czytnikach kodów szereg będzie mowa w dalszej części wystąpienia, w punkcie 2.2), na co przeznaczył 645.740 zł brutto. Powyższy sprzęt został rozdysponowany na oddziały i poradnie szpitalne. Szpital zwracał się kilkakrotnie z prośbami do Lidera o uwzględnienie tych kosztów w ramach uczestnictwa w Projekcie, ale spotkał się z odmową. Lider argumentował, że istniała możliwość zakwestionowania tych wydatków jako niekwalifikowalnych przez instytucje kontrolne.

(dowód: akta kontroli str. 447-449, 479-503, 926-936)

Zgodnie z § 12 porozumień partnerskich, w planie kont Szpitala wyodrębnione zostały konta dedykowane dla Projektu oraz otwarty został odrębny rachunek bankowy do obsługi e-Zdrowie. Ponadto Dyrektor Szpitala określił zasady ewidencji księgowej dotyczącej Projektu w odrębnym zarządzeniu<sup>18</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 385-394)

Szpital nie został objęty kontrolą przeprowadzaną na zakończenie realizacji Projektu przez kontrolerów Instytucji Zarządzającej<sup>19</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 1281-1312)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Szpital aktywnie uczestniczył w pracach nad Projektem, zarówno poprzez udział w spotkaniach w UMWP, jak też poprzez przeprowadzenie analizy przedwdrożeniowej i wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego. Angażował do tego użytkowników końcowych aplikacji – pracowników Szpitala, pozyskiwał ich opinie na temat funkcjonalności oprogramowania, organizował spotkania i narady użytkowników z dostawcą oprogramowania. Zakupione w ramach Projektu składniki majątku wykorzystywane były do bieżącej pracy.

<sup>14</sup> Kwoty brutto, 99% podatku VAT było wydatkiem kwalifikowanym w latach 2012-2014, a 98% w roku 2015. Podział kwalifikowalności VAT wynikał ze struktury sprzedaży opodatkowanej i nieopodatkowanej.

<sup>15</sup> W tej kwocie 2.250.565 zł było zaliczką na zadania inwestycyjne, a 98.325 zł refundacją za zadania nieinwestycyjne.

<sup>16</sup> Od jednego do trzech tabletów na oddział, w zależności od liczby łóżek na oddziale.

<sup>17</sup> Wykonanie, dostawa i wdrożenie sieci bezprzewodowej wraz z instalacją okablowania do AP, instalacją okablowania strukturalnego, dostawą szaf i przełączników.

<sup>18</sup> Zarządzenie Nr 36/2011 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim z 31 grudnia 2011 r. w sprawie wprowadzenia zasad ewidencji księgowej dotyczącej realizacji projektu pt. „Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie”.

<sup>19</sup> Kontrolą objęto pięciu innych uczestników projektu.

## 2. Wdrożenie rozwiązań projektu e-Zdrowie w podmiocie leczniczym

### 2.1. Przygotowanie podmiotu leczniczego do korzystania z nowych rozwiązań teleinformatycznych

Opis stanu faktycznego

W ramach Projektu w Szpitalu zainstalowane i odebrane zostały następujące systemy:

- ERP, w skład którego wchodziły:
  - KS-FKW – system ułatwiający prowadzenie ksiąg rachunkowych, wspierający podejmowanie decyzji finansowych,
  - KS-ZZL – system wspomagający zarządzanie zasobami ludzkimi poprzez prowadzenie akt osobowych, a także obliczanie i ewidencjonowanie wynagrodzeń, m.in. na podstawie grafików pracy,
  - KS-ESM – system wspomagający zarządzanie środkami trwałymi, pozwalający na śledzenie wartości bilansowej posiadanego majątku, jak też tworzenie szeregu zestawień,
  - KS-ASW – system usprawniający proces zaopatrzenia, gospodarki magazynowej i ewidencji księgowej obrotu materiałowego, ewidencję dostaw i rozchodu leków, planowanie zamówień,
  - KS-AKM – analizator kosztów medycznych,
- HIS, w skład którego wchodziły:
  - KS-Medis – system informatyczny wspomagający ewidencję przyjęć pacjentów, gromadzenie o nich danych, wspomaganie prowadzenia ksiąg szpitalnych,
  - KS-Somed – dotychczas funkcjonujący w poradniach specjalistycznych oraz pracowni diagnostyki obrazowej program został rozszerzony o możliwość tworzenia elektronicznej dokumentacji medycznej oraz automatyczną wymianę danych z systemem laboratorium,
- Oracle Business Intelligence (BI) – system do analiz ilościowo-wartościowych z hurtownią danych,
- Comarch Workflow – system elektronicznego obiegu dokumentów (EOD),
- Comarch EDM – repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej<sup>20</sup>.

Nie wszystkie zainstalowane aplikacje były wykorzystywane, o czym szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Uwagi dotyczące badanej działalności*.

(dowód: akta kontroli str. 550-551, 904)

Od firmy Comarch Szpital uzyskał 332 licencje na użytkowanie EDM (o co wnioskował w jednym z oświadczeń), jedną otwartą licencję na wykorzystywanie EOD i pięć – BI. Z kolei od firmy Kamssoft: 8 tzw. *pływające licencje*<sup>21</sup> na użytkowanie ERP<sup>22</sup> i 128 pływających licencji do HIS<sup>23</sup>, co Szpital ustalił w specyfikacji istotnych warunków zamówienia organizowanego przez siebie przetargu i było wystarczające do bieżącej pracy personelu Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 212, 402-405, 447, 1323)

Pisemną decyzją Dyrektor Szpitala określone zostało, że od 1 lipca 2015 r. oddziały urazowo-ortopedyczny, chirurgiczny i ginekologiczno-położniczy opisują zabieg operacyjny tylko elektronicznie. Od 1 lipca 2015 r. Dyrektor<sup>24</sup> zobowiązała personel oddziałów i poradni do wystawiania skierowań do szpitala, poradni specjalistycznych i pracowni

<sup>20</sup> Systemy ERP i HIS wdrożyła firma Kamssoft (protokół odbioru z 17 kwietnia 2015 r.), pozostałe firma Comarch (protokół odbioru z 27 kwietnia 2015 r.).

<sup>21</sup> Licencja pływająca to rodzaj licencji stosowanej w przypadku komputerów połączonych w jedną sieć. Przeznaczona jest użytkownikom z potrzebą dostępu do określonego programu, ale wówczas gdy nie korzysta on z tego narzędzia w pełnym wymiarze czasu pracy. Licencja tego typu pozwala na instalację programu na wszystkich komputerach, ale w tym samym czasie korzystać z programu może tylko użytkownik, ile zostało zakupionych licencji.

<sup>22</sup> W tym: po trzy do KS-FKW i do KS-ZZL, po jednej do KS-AKM i do KS-ESM.

<sup>23</sup> W tym: 14 do KS-ASW, 45 do KS-Medis dokumentacja medyczna, 29 do KS-Medis obchód na tablety, 21 do KS-Somed gabinety lekarskie, sześć do KS-Medis Izba przyjęć/Statystyka, pięć do KS-Medis zarządzanie Blokiem operacyjnym, cztery do KS-Medis Izba przyjęć, dwie administrator KS-Medis, po jednej do KS-Medis dietetyka i żywienie oraz do KS-Medis zakażenia szpitalne.

<sup>24</sup> Zarządzenie Nr 23/2015 z dnia 23 czerwca 2015 r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim w sprawie wystawiania skierowań w systemie informatycznym.

diagnostycznych w systemach informatycznych. Prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej było wprowadzane sukcesywnie w kolejnych miesiącach, w kolejnych komórkach organizacyjnych Szpitala (szerzej na ten temat w punkcie 2.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. (dowód: akta kontroli str. 327-339)

W ramach oprogramowania BI dostępna była możliwość generowania 72 analiz zdefiniowanych przez dostawcę oprogramowania, m.in. w zakresie kosztów, przychodów, wyniku finansowego, obłożenia na oddziałach, absencji personelu, kosztów poszczególnych procedur medycznych, kosztów łóżka, osobodnia. Dane do generowania analiz BI pobierane były z oprogramowania HIS i ERP. Dostęp do BI miało pięciu pracowników Szpitala: Dyrektor, Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa, Główna Księgowa, Kierownik Sekcji ds. Informatyki oraz Koordynator ds. Jakości. Wg stanu na 20 maja 2016 r. analizy z programu BI nie działały prawidłowo, wartości generowane w raportach BI nie odpowiadały danym jakie znajdowały się w oprogramowaniu źródłowym HIS i ERP. Spośród 72 dostępnych analiz, w przypadku 12 raporty nie generowały żadnych informacji (np. kosztu leczzonego, kosztu osobodnia, liczby zabiegów chirurgicznych, planu finansowego i stopnia jego wykonania). Jedynie zaś w dwóch<sup>25</sup> z 10 losowo wybranych pozostałych analiz<sup>26</sup> za okres styczeń – marzec 2016 roku dane z BI odpowiadały danym źródłowym. Szerzej na temat braku spójności danych między systemami HIS i ERP a BI będzie mowa w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Uwagi dotyczące badanej działalności*. (dowód: akta kontroli str. 543-545, 552-730)

Na etapie projektowania rozwiązań systemu e-Zdrowie Szpital zgłaszał do UMWP propozycje innych analiz, które powinny być generowane z poziomu BI. Chodziło m.in. o sprawozdania, które szpitale przekazują do Głównego Urzędu Statystycznego<sup>27</sup>, a które są czasochłonne w przygotowaniu<sup>28</sup>. Propozycja Szpitala została zrealizowana częściowo, bowiem w BI dostępne były dane do sporządzenia sprawozdań, jednakże były one rozproszone w różnych analizach, a nie w formacie sprawozdania gotowego do wydrukowania. Po wdrożeniu zintegrowanego systemu informatycznego Szpital dysponował narzędziami w oprogramowaniu KS-Medis i KS-Somed wspomagającymi przygotowanie tych sprawozdań. Dyrektor Szpitala nie pamiętała, czy na temat BI i dostępnych w nim analiz była dyskusja na posiedzeniu Komitetu Sterującego.

(dowód: akta kontroli str. 729-735, 1154-1225, 1277)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że dzięki systemowi BI ma możliwość uzyskania danych, których przygotowanie wcześniej angażowało pracę innych osób. Dodała jednocześnie, że Szpital jest na etapie weryfikowania zgodności danych z systemu BI z danymi z innych aplikacji (HIS i ERP). Z kolei Główna księgowa wyjaśniła, że oprogramowanie BI nie jest przez nią użytkowane, a większość analiz ekonomicznych zwraca błędne dane. Dodała jednak, że wartością dodaną BI jest to, że zakres analiz jest dość szeroki i wykracza poza analizy finansowe, dzięki czemu w jednym miejscu zagregowane są również dane statystyczne, kadrowe, co zdecydowanie skraca czas ich wykonania.

(dowód: akta kontroli str. 1255-1256, 1265-1266)

Szpital, jako partner nie miał określonych wskaźników do osiągnięcia w ramach uczestnictwa w Projekcie. Wskaźniki takie ustalone zostały dla całego e-Zdrowie w okresie jego trwałości<sup>29</sup>, a nie dla poszczególnych partnerów. Dotyczyły one m.in. liczby osób

<sup>25</sup> W zakresie liczby zgonów i poziomu wykonania kontraktu.

<sup>26</sup> Były to: [1] koszty ogółem, [2] koszty według rodzajów, [3] przychody ogółem, [4] wynik finansowy ogółem, [5] zgony, [6] liczba osobodni, [7] średnie wynagrodzenie zasadnicze kwartalne, [8] liczba łóżek na oddziałach, [9] poziom wykonania kontraktu, [10] hospitalizacje z podziałem na pleć.

<sup>27</sup> Sprawozdania oznaczone symbolami: ZD-3 – Sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (roczne), MZ-14 – Roczne sprawozdanie o leczonych w poradni skórno-wenerologicznej, MZ-15 – Sprawozdanie z działalności jednostki lecznictwa ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych (roczne, oddzielnie dla poradni zdrowia psychicznego i poradni przeciwalkoholowej), MZ-29 – Sprawozdanie o działalności szpitalna ogólnego (roczne), MZ-29A – Sprawozdanie o działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie długoterminowej opieki zdrowotnej (roczne), MZ-88 – Sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (roczne), MZ-89 – Sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą (roczne), MZ-12 – Sprawozdanie o działalności i pracujących osobach w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (roczne – obecnie nie funkcjonuje MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących osobach w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej).

<sup>28</sup> Czasochłonność przygotowania sprawozdań podawana jest w ich treści. Za rok 2015 wyniosła ona 37 godzin.

<sup>29</sup> Trwałość projektu wynosiła 5 lat i liczona była od dnia ostatecznego rozliczenia końcowego wniosku o płatność.

korzystających z uruchomionych on-line usług na poziomie *Informacja* – 150.000 szt. do 2021 roku (po ok. 25.000 szt. rocznie), liczby terminów wizyt we wszystkich ZOZ zarezerwowanych zdalnie on-line – 15.000 szt. do 2021 roku (po ok. 2.500 szt. rocznie), liczby autoryzowanych logowań do Portalu e-Usługi medyczne – 14.760 szt. do 2021 roku (ok. 2.460 szt. rocznie), liczby usług publicznych zrealizowanych on-line/liczby korzystających z usług on-line – 150.000 szt. do 2021 roku (ok. 25.000 szt. rocznie).

(dowód: akta kontroli str. 1324)

W ramach promocji Projektu wśród pacjentów, w Szpitalu wywieszane były materiały promocyjne dostarczone przez UMWP: plakaty umieszczone najczęściej na drzwiach, tablicach informacyjnych i ścianach poradni specjalistycznych i oddziałów oraz wyłożone zostały ulotki. Strona internetowa Szpitala<sup>30</sup> zawierała odwołanie przenoszące na stronę e-Zdrowie<sup>31</sup>. Jednocześnie na jednej z podstron<sup>32</sup> zamieszczony był opis Projektu.

(dowód: akta kontroli str. 736-742)

Do 21 czerwca 2016 r. zgodę na przetwarzanie danych na poziomie regionalnym wyraziło 16 osób, przy czym w pierwszym półroczu 2016 roku z opieki Szpitala skorzystano 47.826 razy, w tym 41.904 w ramach poradni i 5.922 w ramach oddziałów szpitalnych. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *Szpital miał mało czasu na promocję Projektu, gdyż portal pacjenta został uruchomiony dość późno. Wszystkie rejestratorzy na rejestracji i pielęgniarki w izbie przyjęć zostały przeszkolone w zakresie informowania pacjentów o projekcie i jego zaletach. Pacjenci nie są jeszcze otwarci na takie rozwiązania. W rejestracji do poradni nie ma też zbyt dużo czasu na prowadzenie szczegółowych rozmów na temat Projektu, ludzie ustawiają się w kolejkach. Czekamy na promocję w mediach, organizowaną przez UMWP. Wówczas efektywność promocji Projektu z naszej strony będzie wyższa.*

(dowód: akta kontroli str. 895, 981-982, 1278)

W ramach HIS Szpital miał możliwość obsługi zleceń na krew i jej składniki. Generowane były one elektronicznie a następnie drukowane i w formie papierowej przekazywane do Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Białymstoku (dalej: RCKiK). Księga transfuzyjna uzupełniana była elektronicznie w HIS a następnie drukowana do formy papierowej i w takiej przechowywana. Zawierała elementy, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami<sup>33</sup>. Szpital nie uczestniczył w projekcie realizowanym przez RCKiK pn. „Kompleksowe e-usługi w zakresie krwiolecznictwa świadczone przez RCKiK w Białymstoku”<sup>34</sup>, dotyczącym wdrożenia platformy informatycznej do świadczenia e-usług obejmującej dostęp on-line do systemów: [1] zlecenia wykonania badań immunohematologicznych<sup>35</sup>, [2] składania zamówień na krew i jej składniki, [3] zdalnej autoryzacji wyników badań immunohematologicznych, [4] elektronicznej księgi transfuzyjnej. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że nie posiada wiedzy na temat założeń projektu zrealizowanego przez RCKiK i jego ewentualnej integracji z platformą e-Zdrowie, a RCKiK nie uczestniczyło w Projekcie, który również nie zakładał żadnego powiązania obiegu dokumentacji pomiędzy RCKiK a podmiotami leczniczymi.

(dowód: akta kontroli str. 743-748, 1265)

W zaplanowanych szkoleniach z wdrożonych nowych narzędzi informatycznych udział brali wszyscy pracownicy Szpitala. Szkolenia podzielone były według zakresów tematycznych z wiedzy wymaganej na danym stanowisku bądź w danej komórce organizacyjnej. Kierownik Statystyki Medycznej wyjaśniła, że każdy z pracowników wyposażony był w stanowisko komputerowe z wersją szkoleniową systemów i musiał wykonać zadania związane z jego obowiązkami, m.in. przyjęcie pacjenta, wpisywanie obserwacji lekarskich,

<sup>30</sup> <http://www.spoz-bielsk.pl/>

<sup>31</sup> <https://ezdrowie.wrotapodlasia.pl/>

<sup>32</sup> [http://www.spoz-bielsk.pl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=195:ezdrowie&catid=5:unijne&Itemid=10](http://www.spoz-bielsk.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=195:ezdrowie&catid=5:unijne&Itemid=10)

<sup>33</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 5.

<sup>34</sup> Jedynym uczestnikiem projektu było RCKiK.

<sup>35</sup> Celem badań immunohematologicznych wykonywanych przed transfuzją u biorców krwi jest dobranie krwi dawcy zgodnej w układzie ABO oraz w zakresie antygenu D z układu Rh z biorcą, dla której biorca nie posiada przeciwciał.

Ustalono  
nieprawidłowości  
Uwagi dotyczące  
badanej działalności

pielęgniarskich, skierowania na badania diagnostyczne, wypisanie pacjenta, zamknięcie wizyty, wystawianie recept, zlecanie leków, badań, transportu sanitarnego. Każde szkolenie zakończone było egzaminem lub testem i dodatkowo po przeprowadzeniu zainstalowane zostały wersje testowe aplikacji, by każdy z pracowników mógł ćwiczyć pozyskaną wiedzę. Kierownik Statystyki Medycznej dodała, że: *we własnym zakresie szkolimy nowo przyjętych pracowników. Również prowadzone są szkolenia przez firmę Kamssoft w zależności od potrzeb/nowości w programie.* (dowód: akta kontroli str. 1316-1318, 1324)

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

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Szpital nie korzystał ze wszystkich zainstalowanych aplikacji:

- Oprogramowanie EOD nie było wykorzystywane, ponieważ Szpital do zakończenia czynności kontrolnych<sup>36</sup> nie uzyskał akceptacji Archiwum Państwowego w Białymstoku (wymaganej przez art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach<sup>37</sup>), dotyczącej przedstawionego mu projektu zarządzenia<sup>38</sup> w sprawie wprowadzenia instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego. Jednolity rzeczowy wykaz akt miał ustalać sposób numeracji i czas przechowywania poszczególnych dokumentów w tym programie. Archiwista Szpitala wyjaśniła, że telefonicznie kontaktowała się z Działem Nadzoru Archiwalnego Archiwum Państwowego w Białymstoku, gdzie otrzymała informację, że trwały prace nad jednolitym rzeczowym wykazem akt przeznaczonym specjalnie dla szpitali. Kierownik Sekcji ds. Informatyki wyjaśnił, że bez ustalenia sposobu numeracji i czasu przechowywania poszczególnych dokumentów nie jest możliwe odpowiednie skłasyfikowanie dokumentów powstających w toku działalności jednostki oraz określenie czasu, przez jaki dany dokument miałby zostać zarchiwizowany. Obieg dokumentów nie może być prowadzony równolegle w formie papierowej i elektronicznej, gdyż dla raz ustalonej klasyfikacji dla danego dokumentu oraz czasu jego przechowywania nie da się zmienić EOD wstecz.

Jednym ze wskaźników rezultatu Projektu<sup>39</sup> była ilość wdrożonych systemów EOD w zakładach opieki zdrowotnej, biorących udział w projekcie. Niewykorzystywanie zatem aplikacji może rodzić ryzyko niezrealizowania jednego ze wskaźników.

(dowód: akta kontroli str. 904, 979-980, 1324)

- W aplikacji KS-AKM, tj. narzędziu do ustalania jednostkowych kosztów procedur medycznych, nie zostały określone wszystkie składniki wyliczające koszty związane z wykonywanymi świadczeniami, m.in. personel niezbędny do wykonania usługi i czas jego pracy, użycie sprzętu, zużycie materiałów medycznych i innych środków niezbędnych do udzielenia usługi medycznej. Analizator kosztów medycznych nie mógł być zatem narzędziem do polepszenia zarządzania Szpitalem. W razie konieczności wystawienia faktury osobom nieubezpieczonym bądź pacjentom z zagranicy wartość usługi medycznej ustalana była na podstawie wartości punktowej świadczenia według wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia. Zgodnie z art. 45 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>40</sup>, przy ustalaniu wysokości opłaty kierownik uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia świadczenia zdrowotnego. W 2015 roku wystawiono 19 faktur na kwotę 30.036 zł, a w I półroczu 2016 r. 17 faktur na 5.937 zł. (dowód: akta kontroli str. 904, 1280)

Księgowa ZOZ, która zajmowała się konfiguracją oprogramowania wyjaśniła, że zadaniem tym zajmuje się od około miesiąca. We współpracy z personelem

<sup>36</sup> Co nastąpiło 7 lipca 2016 r.

<sup>37</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1446, ze zm.

<sup>38</sup> Projekt Zarządzenia Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim z dnia 12 lipca 2013 r. w sprawie: wprowadzenia instrukcji kancelaryjnej, jednolitego rzeczowego wykazu akt i instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwum zakładowego (składnicy akt) w SPZOZ w Bielsku Podlaskim.

<sup>39</sup> Wskaźnik do osiągnięcia w 2021 roku.

<sup>40</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 618.

uczestniczącym w udzielaniu świadczeń wypełnione zostały zestawienia z zasobów ilościowych zużywanych podczas wykonywania procedury medycznej. Jej zdaniem zadanie to było czasochłonne, wymagało dopasowania się czasowo do personelu medycznego. Na 29 czerwca 2016 r., zdaniem Księgowej, ustalone były składniki dla około 200 z 716 usług medycznych do wprowadzenia do AKM. W pierwszej kolejności wycenie podlegały procedury z bloku operacyjnego, bo były one najbardziej kosztochłonne dla Szpitala. (dowód: akta kontroli str. 905)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że ww. Księgowa została zatrudniona od 2 lipca 2015 r. *Wówczas zdecydowaliśmy, że potrzebna jest oddzielna osoba do AKM. Aby uzyskać rzetelną informację o kosztach procedur medycznych potrzebna jest ciężka praca związana z przypisaniem kosztów do pacjenta. Zanim Pani E.M. rozpoczęła swoją pracę nad kosztami procedur, księgowość ustalała jak rozliczać koszty wspólne stałe: budynków, media – praca nad tym nadal trwa. Ustalamy odpowiednie wskaźniki, to też jest bardzo czasochłonne.*

(dowód: akta kontroli str. 1278)

2. W związku z rozbieżnościami pomiędzy danymi prezentowanymi przez oprogramowanie ERP i HIS<sup>41</sup> a oprogramowaniem BI<sup>42</sup>, narzędzie to nie spełniało swojej roli w zakresie szybkiego dostępu do analiz mających być podstawą do lepszego zarządzania Szpitalem. Jakość prezentowanych danych nie mogła być też pomocna do sprawowania nadzoru nad ZOZ przez Starostwo Powiatowe w Bielsku Podlaskim, co potwierdziła kontrola równoległe przeprowadzona w tym starostwie. Szpital zgłaszał dostawcy oprogramowania BI błędy w zakresie prezentowanych danych. Stosowne zgłoszenia zostały wysłane w lutym i czerwcu 2016 roku. W odpowiedzi na zgłoszenia dostawca oprogramowania BI instruiował jakie czynności należało podjąć w celu integracji<sup>43</sup> aplikacji BI oraz aplikacji źródłowych HIS i ERP. Szpital samodzielnie lub przy asyście dostawcy oprogramowania HIS i ERP dokonywał niezbędnych zmian w ciągu poleceń systemu informatycznego. (dowód: akta kontroli str. 552-730, 897-902, 1324)

Kierownik Sekcji ds. Informatyki wyjaśnił, że: *na etapie przygotowania do integracji oprogramowania firmy Comarch z oprogramowaniem innych dostawców – w naszym przypadku firmy Kamsoft, firma Comarch przygotowała dokument specyfikacji wymiany danych i opisała w nim m.in. specyfikację interfejsu zasilania danych Lokalnego Systemu BI z Hurtownią Danych. Dane przekazywane przez moduł integracyjny z systemów eksploatowanych wewnątrz jednostki (ERP i HIS) musiały być zgodne ze specyfikacją wymiany danych. Zakres przekazywanych danych obejmował wszystkie analizy ekonomiczne, statystyki medyczne, dane kadrowo płacowe i inne. Określono struktury w jaki sposób mają być przekazywane dane przez moduł integracyjny, specyfikacja została dołączona przez nas do przetargu na integrację, który wygrała firma Kamsoft. Określone zostały zatem specyfikacje danych wyjściowych do przekazywania danych do BI, EOD, EDM i portalu pacjenta. Przyczyną dla której niektóre dane nie są spójne pomiędzy BI i ERP, jest rozbieżność pomiędzy specyfiką księgową w poszczególnych szpitalach a specyfikacją wymiany danych udostępnioną przez Comarch. Z tego powodu konieczne są poprawki i dostosowanie pod konkretną jednostkę.* (dowód: akta kontroli str. 903)

## 2.2. Prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej

Opis stanu  
faktycznego

Według stanu na 3 czerwca 2016 r. dokumentacja medyczna w formie elektronicznej (tj. wytworzona w postaci elektronicznej) prowadzona była we wszystkich 11 oddziałach Szpitala (w programie KS-Medis) oraz w sześciu z 17 poradni (w systemie KS-Somed). W pozostałych poradniach rejestrowane elektronicznie były dane o: wydanych skierowaniach na badania diagnostyczne i laboratoryjne, skierowaniach do leczenia w innych jednostkach, wypisanych receptach, wnioskach i zaświadczeniach oraz dane niezbędne do rozliczenia z Narodowym Funduszem Zdrowia. W pozostałych 11 poradniach

<sup>41</sup> Dostarczonymi przez firmę Kamsoft.

<sup>42</sup> Dostarczonym przez Comarch.

<sup>43</sup> Proces polegający na zespoleniu systemów tak, aby mogły one korzystać nawzajem ze swoich zasobów. [https://pl.wikipedia.org/wiki/Integracja\\_system%C3%B3w#Integracja\\_w\\_informatyce](https://pl.wikipedia.org/wiki/Integracja_system%C3%B3w#Integracja_w_informatyce)

nie były rejestrowane opisy wywiadu lekarskiego i badania przedmiotowego pacjenta. Przejście na prowadzenie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej w pozostałym zakresie, według deklaracji Dyrektora Szpitala, przewidywane było na 1 stycznia 2017 r. (pod warunkiem uzyskania certyfikatu Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji wg normy ISO 27001), nie później jednak niż do 1 sierpnia 2017 r. Spośród 238 rodzajów dokumentów, jakie wytwarzane były w Szpitalu, wg stanu na 2 czerwca 2016 r. możliwości prowadzenia w formie elektronicznej nie było jedynie w przypadku pięciu (2%)<sup>44</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 749-806)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że rozpoczęcie wytwarzania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej *najłatwiej udało się wykonać dla lekarzy, którzy jednocześnie pracują i na oddziałach i w poradniach. Największy problem to lekarze, którzy pracują w innych szpitalach, dojeżdżają do nas na kilka godzin do pracy w poradni. O ile wszyscy zostali przeszkoleni, to nie wszyscy w pełni sobie radzą z obsługą programu. Jeśli ktoś wrócił ze szkolenia i od razu rozpoczął korzystać z programu, to nie ma problemów z jego obsługą. Pozostałym lekarzom nie nakazywałam zarządzeniem rozpocząć wytwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej w pełnym zakresie, bo mogłoby się to skończyć rezygnacją części z nich z pracy. Sukcesywnie kolejni lekarze są wdrażani do pracy w systemie w pełnym zakresie przy pomocy i pod nadzorem pracowników działu informatyki bądź statystyki. Docelowo chcemy elektroniczną dokumentację medyczną w pełnym zakresie wdrożyć najpóźniej od 1 stycznia 2017 r.*

(dowód: akta kontroli str. 1278)

Prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta (wewnętrznej i zewnętrznej) zorganizowane było w następujący sposób: [1] podczas obsługi pacjenta w programach KS-Medis lub KS-Somed tworzony i wypełniany był odpowiedni dokument (np. karta obserwacji lekarskich), [2] dokument ten był elektronicznie podpisywany za pomocą wewnętrznego podpisu weryfikowanego hasłem (o którym mowa w § 10 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>45</sup>), [3] dokument był drukowany i przechowywany również w formie papierowej.

(dowód: akta kontroli str. 788-806)

Zinformatyzowany był proces przyjmowania pacjenta do Szpitala. Na izbie przyjęć w systemie informatycznym zapisywany był opis przeprowadzonego badania, a pacjentowi drukowana była opaska z jego danymi oraz kodem kreskowym i kodem QR<sup>46</sup>. Gdy pacjent trafiał z izby przyjęć na odpowiedni oddział, za pomocą czytnika kodów kreskowych personel identyfikował pacjenta i mógł zapoznać się z wynikiem badania przeprowadzonego na izbie przyjęć. Kod QR służył zaś do wyszukania pacjenta przy pomocy tabletu i modułu e-obchód<sup>47</sup>, za pomocą którego personel medyczny miał dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej w każdym miejscu w budynku Szpitala.

(dowód: akta kontroli str. 807-808)

Usprawnieniu uległy procesy dotyczące m.in.: [1] zlecenia badań diagnostycznych – poprzez elektroniczny przepływ danych pomiędzy laboratorium a oddziałem, [2] ordynacji leków – poprzez stały podgląd stanów magazynowych apteki szpitalnej, [3] wypisywania recept – poprzez dostęp do aktualnej bazy leków wraz z informacją o poziomie refundacji, [4] tworzenia czytelnej dokumentacji medycznej – nie była prowadzona ręcznie, [5] szybkiego dostępu do opisu poprzednich wizyt w poradni lub na oddziale szpitalnym pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 1324)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Szpital wdrożył system HIS i częściowo ERP. HIS na bieżąco był wykorzystywany do wspomagania procesu leczenia pacjenta, w tym wytwarzania elektronicznej dokumentacji medycznej na wszystkich oddziałach Szpitala i w części poradni, ERP

<sup>44</sup> Księga narkotyków, księga zabiegów, karta przesiewowego badania słuchu, książeczka zdrowia dziecka oraz karta przebiegu porodu.

<sup>45</sup> Dz. U. poz. 2069.

<sup>46</sup> Dwuwymiarowy kwadratowy kod alfanumeryczny.

<sup>47</sup> Moduł łączący pomiędzy tabletem i oprogramowaniem KS-Medis.

natomiast do zarządzania zasobami. Nie w pełni wdrożony został zaś komponent systemu ERP dotyczący analizowania kosztów procedur medycznych oraz dodatkowy system analityczno-zarządczy BI, mający być podstawą do lepszego zarządzania Szpitalem. Niewdrożony i niewykorzystywany był system EOD. Personel Szpital został przeszkolony i przygotowany do pracy na nowych systemach informatycznych.

### 3. Bezpieczeństwo gromadzonych danych i reakcja na sytuacje kryzysowe

#### 3.1. Bezpieczeństwo dostępu do danych i ich trwałość

Opis stanu faktycznego

W celu zapewnienia bezpieczeństwa dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej:

- dostęp do niej posiadały uprawnione osoby, będące użytkownikami tych aplikacji,
- wdrożone zostało oprogramowanie KS-ADMED, służące do bieżącej archiwizacji dokumentacji medycznej i ochrony przed usunięciem,
- systematycznie dokonywana była analiza zagrożeń, w wyniku czego wprowadzona została redundancja serwerów<sup>48</sup>, ZOZ wyposażony był w agregat prądowłórczy o dużej mocy (o czym szerzej w dalszej części wystąpienia pokontrolnego w punkcie 3.4.), pomieszczenia serwerowe zostały wyposażone w monitoring: wejść, temperatury, zasilania, czujek dymu,
- hasła dostępu do aplikacji składały się z ciągów alfanumerycznych,
- opracowana była procedura pn. Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym w zakresie wymogów bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych w ZOZ.  
(dowód: akta kontroli str. 823-862, 865-878, 893-897)

Wprowadzona była Polityka Bezpieczeństwa Informacji (dalej: *PBI*), przy czym przed aktualizacją dokonaną w trakcie kontroli NIK, dokument ten był niepełny, o czym szerzej w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*. Dokonana zarządzeniem Dyrektora Szpitala<sup>49</sup> aktualizacja treści PBI sprawiła, że dokument był zgodny z wymogami określonymi w § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych. Jednocześnie Szpital 17 lutego 2016 r., a następnie 15 maja 2016 r.<sup>50</sup> zawarł umowę na usługi doradcze w celu uzyskania certyfikatu jakości ISO/IEC 27001:2013<sup>51</sup>. Jednym z zadań firmy doradczej było przygotowanie projektu PBI.

(dowód: akta kontroli str. 809-822, 863-864, 907-921, 1324)

Zarządzeniem Dyrektora Szpitala<sup>52</sup> z 6 czerwca 2016 r. określone zostały sposoby zbierania i przechowywania zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym. Zgoda taka była konieczna do udostępnienia dokumentacji medycznej na portalu pacjenta.  
(dowód: akta kontroli str. 879-892)

Ustalone nieprawidłowości

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

1. PBI z 31 grudnia 2011 r. nie spełniała wymogów § 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych, nie zawierała bowiem: [1] wykazu budynków, pomieszczeń lub części pomieszczeń, tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe, [2] wykazu zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych, [3] opisu struktury zbiorów danych wskazującego zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi, [4] sposobu przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami, [5] określenia środków technicznych i organizacyjnych niezbędnych dla zapewnienia poufności, integralności i rozliczalności przetwarzanych danych.

<sup>48</sup> Operacja polegająca na tym, że w przypadku wyłączenia jednego serwera, jego pracę przejmuje drugi. W Szpitalu były dwie pary serwerów.

<sup>49</sup> Zarządzenie nr 30/2016 z dnia 6 czerwca 2016 r.

<sup>50</sup> Umowa z 17 lutego 2016 r. została przez Szpital wypowiedziana i dokonano wyboru innej firmy doradczej.

<sup>51</sup> Międzynarodowa norma ISO 27001 określa wymagania związane z ustanowieniem, wdrożeniem, eksploatacją, monitorowaniem, przeglądem, utrzymaniem i doskonaleniem Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji.

<sup>52</sup> Zarządzenie nr 31/2016 z dnia 6 czerwca 2016 r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim w sprawie zbierania, przechowywania i aktualizacji w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim zgód osób na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym w ramach Podlaskiego Systemu Informatycznego e-Zdrowie.

Jednocześnie Instrukcja Zarządzania Systemami Informatycznymi z 31 grudnia 2011 r. nie zawiera sposobu realizacji wymogów w zakresie informacji o odbiorcach danych (w rozumieniu art. 7 pkt 6 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych<sup>53</sup>), którym dane zostały udostępnione oraz dacie i zakresie tego udostępnienia, co było niezgodne z § 5 pkt 7 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych. (dowód: akta kontroli str. 809-862)

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że na ówczesnym etapie zabrakło jej szczegółowej wiedzy, aby w sposób rzetelny zweryfikować te dokumenty przygotowane przez byłego Administratora Bezpieczeństwa Informacji. Dodała, że: *niezbędne dane funkcjonowały w innych dokumentach, poza PBI.* (dowód: akta kontroli str. 1277)

W trakcie kontroli NIK PBI i Instrukcja zostały uzupełnione o brakujące elementy, o których mowa w § 4 i § 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych. (dowód: akta kontroli str. 863-878)

2. Dopiero w trakcie kontroli NIK zostało wydane zarządzenie w sprawie zbierania, przechowywania i aktualizacji w Szpitalu zgód osób na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym w ramach Podlaskiego Systemu Informacyjnego e-Zdrowie<sup>54</sup>. Konieczność opracowania takiego zarządzenia wynikała z § 5 pkt 3 porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych z 6 maja 2015 r., sygnatariuszem którego był m.in. Szpital. Jednocześnie, zgodnie z § 13 pkt 1 tego porozumienia, partnerzy powinni niezwłocznie dostosować przepisy wewnętrzne. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *niezwłocznie nie znaczy od razu. Chciałam aby pracownicy sprawnie poruszali się w systemie i nie mieli problemu z obsługą pacjenta. Chodziło mi o to, aby opracować instrukcję w oparciu o rzeczywiście funkcjonujące mechanizmy. Stworzenie a priori mechanizmów mogło być chybione w praktyce.* Jednocześnie do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie zostało wydane zarządzenie w sprawie wykorzystania tzw. trybu krytycznego<sup>55</sup>, o którym mowa w § 10 pkt 8 porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych z 6 maja 2015 r. W zarządzeniu w sprawie zbierania zgód znalazł się natomiast § 2 mówiący o tym, iż z trybu krytycznego nie zaleca się korzystać, gdyż brak jest mechanizmu kontroli wykorzystywania tego trybu i odrębne zarządzenie zostanie wydane po opracowaniu przez UWMP mechanizmów umożliwiających kontrolę. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że: *osobą odpowiedzialną za bezpieczeństwo danych pacjenta na platformie jest dyrektor. Nie mam zaś wpływu na to kto gdzie i w jaki sposób korzysta z danych pacjenta w trybie krytycznym, nie mogę więc brać odpowiedzialności za późniejsze wykorzystanie danych z historii choroby pacjenta. Zgłosiliśmy do UMWP aby dopracować rozwiązania techniczne w zakresie możliwości kontroli korzystania z trybu krytycznego. Nie zalecam też korzystania z tego trybu dla moich lekarzy.* (dowód: akta kontroli str. 879-892, 1278)

### 3.2. Tworzenie kopii zapasowych

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z § 40 Instrukcji Zarządzania Systemami Informatycznymi z 31 grudnia 2011 r., częstotliwość wykonywania kopii bezpieczeństwa to raz w miesiącu w przypadku kopii pełnych oraz raz w tygodniu w przypadku kopii przyrostowych<sup>56</sup> (Instrukcja Zarządzania Systemami Informatycznymi powstała przed wdrożeniem systemów informatycznych w ramach e-Zdrowie). Po wdrożeniu zintegrowanego systemu informatycznego, z uwagi na dużą ilość danych, kopie zapasowe wykonywane były częściej: [1] co 15 minut przy użyciu narzędzia RMAN i [2] kopia przyrostowa raz dziennie, kopia pełna raz w tygodniu przy użyciu narzędzia ARCserve, co znalazło odzwierciedlenie zaktualizowanej wersji

<sup>53</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, ze zm.

<sup>54</sup> Zarządzenie Nr 31/2016 z dnia 6 czerwca 2016 r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim w sprawie zbierania, przechowywania i aktualizacji w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim zgód osób na przetwarzanie danych osobowych na poziomie regionalnym w ramach Podlaskiego Systemu Informacyjnego e-Zdrowie. Zarządzenie zwane w dalszej części *zarządzeniem w sprawie zbierania zgód*.

<sup>55</sup> Tryb działania, w którym lekarz ma czasowy dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta na portalu pacjenta, nie posiadając do tego wymaganych uprawnień.

<sup>56</sup> Kopia przyrostowa to kopie zapasowe tylko tych plików, które zostały utworzone lub zmodyfikowane od momentu wykonania ostatniej normalnej lub przyrostowej kopii zapasowej.

Instrukcji Zarządzania Systemami Informatycznymi<sup>57</sup>. Testowanie kopii bezpieczeństwa (związane z jej próbnym odtworzeniem) odbywało się średnio raz na trzy tygodnie, gdyż – jak oświadczył kierownik Sekcji Informatyki – powodowało to duże obciążenie środowiska, w którym było wykonywane i jest czasochłonne.

(dowód: akta kontroli str. 546-548, 823-862, 865-878)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

### 3.3. Awarie i czas reakcji

Opis stanu  
faktycznego

Pracownicy Sekcji Informatyki mieli dostęp do narzędzi zgłaszania awarii i usterek wdrożonych aplikacji<sup>58</sup>. Terminy realizacji zgłoszeń serwisowych określały umowy z wykonawcami. W przypadku firmy Kamsoft umowa gwarantowała wsparcie telefoniczne i zdalne w dni robocze w godz. od 8 do 16, diagnozowanie i naprawy wad modułów (zdalnie lub w siedzibie ZOZ) w terminie 24 h od wykrycia wady lub zgłoszenia Szpitala i wizytę serwisową raz w miesiącu<sup>59</sup>. W przypadku firmy Comarch umowa gwarantowała dostępność konsultacji w dni robocze w godz. od 8 do 16, maksymalny czas reakcji na usterkę – 2 h i maksymalny czas naprawy 72 h (w przypadku błędu odpowiednio 4 h i 14 dni, a w przypadku usterki 4 h i 30 dni). (dowód: akta kontroli str. 987, 1143-1144)

Od chwili wdrożenia do 18 maja 2016 r. dokonano 769 zgłoszeń do firmy Kamsoft, z których najwięcej dotyczyło aplikacji związanych z obsługą pacjenta: 447 KS-Medis (w tym 15 o statusie *Krytyczny*) i 100 KS-Somed (w tym cztery o statusie *Krytyczny*). W tym samym okresie do firmy Comarch było 58 zgłoszeń, głównie związanych błędnymi danymi BI (o czym szerzej była mowa w punkcie 2.1 niniejszego wystąpienia pokontrolnego) – żadne nie miało statusu *Krytyczny*. (dowód: akta kontroli str. 1324)

Użytkownicy wykorzystywanych aplikacji<sup>60</sup> uznawali je za bezawaryjne lub awaryjne w niewielkim stopniu, wskazując jedynie na drobne usterek pojawiające się po aktualizacji systemów. (dowód: akta kontroli str. 1226-1262)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

### 3.4. Reakcja na sytuacje nadzwyczajne

Opis stanu  
faktycznego

Szpital wyposażony był w rezerwowe źródło zaopatrzenia w energię elektryczną – agregat prądowłóczy o mocy 660 kVA (528 kW). Zgodnie z § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczególnych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>61</sup>, Szpital winien posiadać agregat prądowłóczy zapewniający co najmniej 30% potrzeb mocy szczytowej. Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że agregat zapewniał 100% zapotrzebowania mocy szczytowej, wynoszącej 480 kW, obliczonej jako suma mocy szczytowej budowanego obecnie budynku kliniki kardiologii (190 kW), budynków szpitalnych (170 kW – dane z układów pomiarowych) oraz pracowni rezonansu magnetycznego (120 kW). Podczas zasilania awaryjnego działały wszystkie urządzenia podłączone do sieci. (dowód: akta kontroli str. 922-924, 1272-1273)

ZOZ był przygotowany do przekazywania danych do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o wykonanych świadczeniach medycznych w sytuacji długotrwałego braku połączenia internetowego. Szpital znał metodę przekazania tych informacji w formacie elektronicznych komunikatów na informatycznych nośnikach danych, o których mowa w § 10 ust. 3 i 3a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez

<sup>57</sup> Zarządzenie nr 36/2016 z dnia 13 czerwca 2016 r. Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim w sprawie wprowadzenia Instrukcji Zarządzania Systemem Informatycznym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim.

<sup>58</sup> BPO IZGL – do zgłaszania usterek w oprogramowaniu dostarczonego przez Comarch, BPO NCR – do zgłaszania usterek działania portalu regionalnego e-Zdrowie, MRK – do zgłaszania usterek w działaniu oprogramowania dostarczonego przez Kamsoft.

<sup>59</sup> Po aneksie nr 3 z 30 grudnia 2015 r. – wizyta serwisowa raz na kwartał, trwająca dwa dni robocze – 12 godzin pracy oraz dodatkowo 6 godzin pracy kwartalnie podczas wizyty serwisowej lub 12 godzin pracy zdalnej.

<sup>60</sup> O opinię zostali zapytani koordynatorzy oddziałów oraz główna księgowa i kierownik działu technicznego.

<sup>61</sup> Dz. U. poz. 739.

świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>62</sup>.  
(dowód: akta kontroli str. 906)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Szpital zapewnił bezpieczeństwo elektronicznych danych dotyczących pacjentów, chociaż PBI i Instrukcja Zarządzania Systemem Informatycznym zostały zaktualizowane dopiero w trakcie kontroli NIK. Regulamin tworzona i testowana była kopia zapasowa, zastosowana została odpowiednia polityka dotycząca haseł, dostęp do aplikacji był reglamentowany dla odpowiednich użytkowników, a wytworzona dokumentacja elektroniczna była archiwizowana. Szpital posiadał niezbędne wyposażenie oraz personel przygotowany na zdarzenia losowe lub sytuacje nadzwyczajne związane z długotrwałym brakiem zasilania albo połączenia internetowego.

#### 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 Kontroli<sup>63</sup>, wnosi o:

1. Rozpoczęcie korzystania z analizatora kosztów medycznych do usprawnienia zarządzania Szpitalem.
2. Doprowadzenie do usunięcia rozbieżności pomiędzy Szpitalnym Systemem Informacyjnym i Systemem Zaawansowanego Zarządzania Zasobami a Oracle Business Intelligence.

#### V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

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

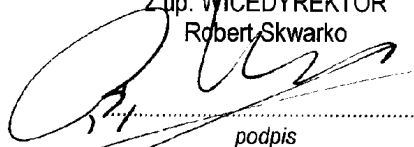
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

Białystok, dnia 4 października 2016 r.

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



podpis

<sup>62</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 1447, ze zm.

<sup>63</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm. Ustawa zwana dalej *ustawą o NIK*.

