



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO-4101-30-01/2012

P/12/125

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań

T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01

lpoc@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/12/125 – Informatyzacja szpitali
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontroler	Piotr Kręt, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 83417 z dnia 4.10.2012 r. [dowód: akta kontroli str. 1-2]
Jednostka kontrolowana	Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica w Pile ul Ludwika Rydygera 1 64-920 Piła (zwany dalej Szpitalem).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Teresa Kwiecińska-Koźmińska, Dyrektor [dowód: akta kontroli str. 3-5]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność Szpitala w latach 2011-2012 w zbadanym zakresie. Poziom zaawansowania szpitalnego systemu informatycznego (zwanego dalej Systemem) stwarza szansę na udział Szpitala w Systemie Informacji Medycznej (SIM) i na prowadzenie od 1 sierpnia 2014 r. dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej, pod warunkiem zabezpieczenia na ten cel odpowiednich środków finansowych.

NIK zauważa jednocześnie, że System ten nie zapewniał pełnej realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia² zwanej dalej „ustawą o systemie informacji”. W szczególności nie pozwalał na wymianę danych z jednostkami zewnętrznymi i elektroniczną autoryzację dokumentów cyfrowych. Wymóg ten będzie obowiązywał od dnia 1 sierpnia 2014 r.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli wzięła, w szczególności pod uwagę:

- 1) stan wyposażenia Szpitala w Pile w aparaturę diagnostyczną z możliwością cyfrowego zapisu wyników, sprzęt komputerowy i sieć komputerową,
- 2) aktualny stan dostosowania Systemu do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w tym m.in.:
 - spełnianie przez Szpital szczególnych wymagań, dotyczących dokumentacji prowadzonej w postaci elektronicznej, o których mowa w § 80 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania³ zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji”,

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

³ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

- możliwość tworzenia dokumentacji medycznej szpitala w formie elektronicznej,
- działania Szpitala w celu dostosowania Systemu do obsługi SIM.

3) prawidłowość wybranych postępowań o udzielenie zamówień publicznych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Wyposażenie Szpitala w aparaturę diagnostyczną z możliwością cyfrowego zapisu wyników

Opis stanu faktycznego

Szpital składał się z 81 jednostek organizacyjnych, w tym z 20 oddziałów, 19 poradni i 7 zakładów diagnostycznych oraz posiadał 636 łóżek. Zatrudniał 187 lekarzy i 484 pielęgniarki.

[Dowód: akta kontroli str.6-14]

Spośród 15 urządzeń diagnostycznych objętych szczegółową kontrolą, stwierdzono, że 13 umożliwia cyfryzację wyników badań diagnostycznych i działa w wewnętrznej sieci komputerowej⁴. Wszystkie urządzenia cyfrowe z dostępem do sieci posiadały paszporty techniczne z terminowo dokonywanymi wpisami potwierdzającymi fakt dokonania przeglądów i napraw przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje. W opinii Dyrektora liczba tych urządzeń jest wystarczająca dla dostosowania Szpitala do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 82-87, 156-163]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. System informatyczny Szpitala oraz działania zmierzające do jego dostosowania do wymogów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r o systemie informacji w ochronie zdrowia

Opis stanu faktycznego

2.1. Szpital wykorzystuje w działalności medycznej zintegrowany system informatyczny Eskulap⁵, którego autorem jest Instytut Informatyki Politechniki Poznańskiej. W zakresie obsługi laboratorium Szpital wykorzystuje system Infomedica, którego producentem jest firma ASSECO. System laboratoryjny jak i obsługa danych obrazowych z zakładu RTG są zintegrowane z systemem Eskulap z wykorzystaniem protokołu HL7. Dane obrazowe są przekazywane między Szpitalem a innymi podmiotami w formacie DICOM. Główne elementy systemu Eskulap to: obsługa ruchu chorych, tworzenie dokumentacji medycznej, rejestracja pacjentów, gospodarka lekami, ordynacja leków na pacjenta (apteczka oddziałowa) oraz prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str.120-123]

⁴ W tym.: 10 biochemicznych analizatorów wieloparametrowych, tomograf komputerowy, cyfrowy aparat do rezonansu i cyfrowy angiograf do badań naczyniowych.

⁵ W ramach umowy z 2011 r. nastąpiło funkcjonalne rozszerzenie systemu informatycznego Eskulap, w części medycznej, oraz systemu Simple, w części administracyjnej.

Wszystkie dane medyczne były zintegrowane we wspólnej bazie, która stanowiła jednocześnie repozytorium i hurtownię danych. System umożliwiał automatyczne tworzenie i prowadzenie dokumentacji medycznej, o której mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Pozwalał także na prześledzenie epizodów związanych z pobytem pacjenta w Szpitalu począwszy od przyjęcia na SOR, danych pobytowych (obserwacja, wywiady, badania laboratoryjne i diagnostyczne), danych wypisowych (skierowanie do poradni specjalistycznej lub oddziału Szpitala itp.) oraz na wygenerowanie i wydruk dokumentacji medycznej dla pacjenta (m.in. dokumentacji pielęgniarskiej, karty informacyjnej, historii choroby, kwalifikacji, podanie leków na pacjenta, karty zgłoszenia nowotworu, karty statystycznej szpitala ogólnego, karty zgonu). Dane zawarte w dokumentacji medycznej prowadzonej w formie elektronicznej, archiwizowane w Systemie, były dostępne tylko dla lekarzy lub osób upoważnionych. Każde zlecenie badania lub podania leku było rejestrowane w Systemie i nie było możliwości wystawienia zlecenia jedynie w formie papierowej, poza Systemem.

Każdy pacjent, który zgłosi się do Szpitala musi być zarejestrowany w SOR, gdzie po uzyskaniu porady lekarskiej zapada decyzja, czy może udać się on do domu, czy będzie skierowany na inny oddział szpitalny. Podczas rejestracji elektronicznej każdego pacjenta, uzyskiwano informacje, o której godzinie został on zarejestrowany, kto tego dokonał, kto udzielił porady lekarskiej oraz, o której godzinie pacjent został skierowany na inny oddział szpitalny. W przypadku zlecenia dodatkowych badań, analiz, pobranych próbek czy wykonanych zdjęć rentgenowskich wszystkie wyniki dodawane były do karty pacjenta, w odpowiednich modułach. Podczas sporządzania przykładowego zlecenia na badania, w oznaczeniu osoby udzielającej świadczenia kierującej na badania znajdowało się: nazwisko i imię, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu (nr statystyczny), brak było natomiast wskazania specjalizacji lekarza. Z dokumentacji prowadzonej w systemie elektronicznym można sporządzić wydruk papierowy, który zawiera ponumerowane strony. Imię i nazwisko pacjenta podano tylko na pierwszej stronie dokumentu.

[Dowód: akta kontroli str. 120-123]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na to, że zgodnie z § 10 ust. 3 rozporządzenia w sprawie dokumentacji, dokumentacja medyczna powinna zawierać oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie w tym: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, numer prawa wykonywania zawodu - w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej oraz uzyskane specjalizacje. Zgodnie z § 6 powyższego rozporządzenia, w przypadku sporządzania wydruku z dokumentacji indywidualnej prowadzonej w postaci elektronicznej, każdą stronę wydruku oznacza się co najmniej imieniem i nazwiskiem pacjenta. Kierownik Działu Informatyki Szpitala w wyjaśnieniach podał, że nieprawidłowość związana z brakiem danych osobowych pacjenta na wszystkich stronach karty wypisowej, została rozwiązana poprzez umieszczenie danych osobowych pacjenta (imię i nazwisko i data urodzenia) w stopce wydruku tego dokumentu, natomiast nieprawidłowość związana z brakiem informacji o posiadanych specjalizacjach przez lekarza wystawiającego zlecenie, wymaga zmian w raporcie dotyczącym wydruku skierowań i zostanie niezwłocznie rozwiązana.

[Dowód: akta kontroli str.168]

Dokumentacja medyczna prowadzona w formie elektronicznej, spełniała wymogi określone w § 80 rozporządzenia w sprawie dokumentacji a w szczególności:

- była zabezpieczona przed uszkodzeniem lub utratą poprzez wykonywanie kopii bezpieczeństwa na wyodrębnionym, zewnętrznym dysku twardym, kopie

z poszczególnych dni podlegają archiwizacji w okresie jednego tygodnia, po czym zastępowane są kolejnymi kopiami;

- ustalono stały dostęp dla osób uprawnionych oraz zabezpieczenie przed dostępem osób nieuprawnionych; zgodnie z „Polityką Bezpieczeństwa Informacji” z dnia 15 maja 2008 r., stały dostęp do Systemu posiadają jedynie osoby, które wypełniły wniosek i złożyły oświadczenie; dysponowały one unikatowym loginem i hasłem; moduł administracyjny pozwalał na identyfikację osoby uprawnionej, która weszła do Systemu, a także rejestrował wykonywane czynności;
- udostępnianie (w tym eksport) elektronicznej dokumentacji medycznej lub jej części możliwy był w formatach określonych w ww. rozporządzeniu, tj. w formacie XML lub PDF;
- udostępnianie dokumentacji medycznej w formie elektronicznej nie było stosowane z uwagi na brak możliwości jej autoryzacji (brak podpisu elektronicznego), dokumentacja medyczna wydawana była w formie papierowej, jedynie w przypadku radiografii przekazywano zdjęcia w formacie DICOM na informatycznym nośniku cyfrowym.

[Dowód: akta kontroli str. 120-123]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że procedura zabezpieczenia dokumentacji prowadzonej w formie elektronicznej nie była kompletna, gdyż nie dokonywano systematycznie analizy zagrożeń, czym naruszono § 86 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie dokumentacji.

Kierownik Działu Informatyki Artur Rachuba podał, że Szpital nie prowadzi systematycznej analizy zagrożeń ze względu na początkowy etap wdrażania dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej. Stwierdził, że w ramach drugiego etapu budowy sieci logicznej planowany jest zakup odpowiednich urządzeń klasy UTM (np. FortiGate, FortiAnalyzer, FortiManager), co pozwoli stworzyć zintegrowaną platformę bezpieczeństwa nowej generacji poprzez ochronę przed włamaniami, atakami, wirusami, spamem lub wyciekiem danych poufnych.

[Dowód: akta kontroli str. 115-119]

Szpital nie przeprowadził testów, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Nauki i Informatyzacji z dnia 19 października 2005 r. w sprawie testów akceptacyjnych oraz badania oprogramowania interfejsowego i weryfikacji tego badania⁶. Odnosząc się do braku ww. testów Kierownik Działu Informatycznego podał, że system Eskulap nie mógł być poddany testom wynikającym z powyższego rozporządzenia z uwagi na brak specyfikacji testów, które byłyby udostępnione przez odpowiednie instytucje publiczne.

[Dowód: akta kontroli str. 67-73]

System obsługiwało pięciu pracowników Działu Informatyki Szpitala, z tego trzech z wykształceniem informatycznym. Dwóch pracowników nieposiadających wykształcenia informatycznego (posiadali oni wykształcenie wyższe techniczne – inżynieria biomedyczna) było zatrudnionych na ½ etatu.

W latach 2011 – 2012, dostawca Systemu przeszkolił pięciu pracowników Działu Informatyki Szpitala w zakresie jego obsługi. Pracownicy Działu Informatyki przeszkolili z kolei ogółem 150 lekarzy i 470 pielęgniarek w zakresie funkcjonowania systemu w różnych modułach (Izba Przyjęć, Bakteriologia, Gabinet, Histopatologia, Historia choroby, Pogotowie ratunkowe, Pracownia diagnostyki, Rozliczenia, Apteka).

[Dowód: akta kontroli str. 67-73, 147-155, 168]

⁶ Dz. U. Nr 217, poz. 1836.

2.2. Szpital posiada przewodowy dostęp do internetu, oparty na technologii DOCSIS 3.0, o prędkości przy pobieraniu do 100 Mb/s oraz przy wysyłaniu – do 5 Mb/s, do którego dostęp mieli pracownicy administracji, lekarze i pielęgniarki. Kontrolowana jednostka posiada pocztę elektroniczną (wszpila@pi.onet.pl) oraz stronę internetową (www.szpitalpila.pl). Szpital nie wykorzystywał swojej strony internetowej do kontaktów z pacjentami, w tym do ich rejestracji i ustalania terminu przyjęcia oraz nie udostępniał możliwości sprawdzenia wyników badań diagnostycznych albo umówienia się lub odwołania wizyty.

Według Kierownika Działu Informatyki Szpitala Artura Rachuby, posiadana sieć komputerowa wymaga dodatkowych nakładów finansowych na realizację zadań w celu osiągnięcia wszystkich wymagań określonych w ustawie o systemie informacji. W 2013 r. planowana jest przebudowa sieci poziomej w oparciu o kabel FTP kategorii 6 z możliwością transmisji danych z szybkością 1000 Mbps oraz budowa sieci bezprzewodowej dla potrzeb wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej – tablety.

[Dowód: akta kontroli str.115-119]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że obowiązująca umowa z dostawcą internetu dotyczy pakietu NET Turbo w cenie 149 zł brutto, natomiast od listopada 2011 r. Szpital korzystał i płacił za pakiet NET Turbo Max w cenie 299 zł brutto. Zgodnie z zawartą umową wszelkie jej zmiany powinny być sporządzane w formie pisemnej. Zastępca Dyrektora podał, że Szpital w październiku 2011 r. wystąpił o zmianę abonamentu i otrzymał do testów na okres 12 miesięcy, rozszerzony pakiet usługi internetowej o nazwie NET Turbo Max w cenie 299 zł miesięcznie brutto, a pomyślnie zakończony 12 miesięczny okres testowy, daje możliwość podpisania, z dniem 31 października 2012 r., stosownego aneksu do przedmiotowej umowy, o który to aneks Szpital wystąpił.

[Dowód: akta kontroli str. 15-37]

2.3. W Szpitalu nie stosowano podpisu elektronicznego i nie korzystano z elektronicznej platformy usług administracji publicznej (e-PUAP), o której mowa w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 27 kwietnia 2011 r. w sprawie zakresu i warunków korzystania z tej platformy⁷.

Odnosząc się do powyższego tematu Kierownik Działu Informatycznego podał, że Szpital nie wykorzystuje elektronicznej platformy usług administracji publicznej (e-PUAP) w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, głównie ze względu na brak stosowanych aktów wykonawczych, które umożliwią praktyczne wprowadzenie w życie „profilu zaufanego”, w jednostkach służby zdrowia. Szpital nie dysponuje aktualnie wystarczającym poziomem zabezpieczenia danych medycznych pacjenta w formie elektronicznej, dlatego jedyną stosowaną formą udostępniania dokumentacji medycznej pacjentowi bądź osobom przez niego upoważnionym jest forma pisemna, po złożeniu i rozpatrzeniu odpowiedniego wniosku.

[Dowód: akta kontroli str.115-119]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

⁷ Dz. U. Nr 93, poz. 546

3. Źródła finansowania zakupów informatycznych oraz cyfrowych urządzeń diagnostycznych

3.1. W okresie objętym kontrolą Szpital zakupił sprzęt komputerowy o wartości 181,5 tys. zł oraz oprogramowanie o wartości 1.155,6 tys. zł. Ponadto, Szpital zakupił cyfrowe urządzenia diagnostyczne o łącznej wartości 954,7 tys. zł. W wyniku przeprowadzonych dwóch postępowań w trybie przetargu nieograniczonego do końca roku 2012, Szpital zakupił jeszcze kardioangiograf za kwotę 2.282,6 tys. zł oraz tomograf komputerowy za kwotę 2.840,5 tys. zł. Przy zakupie kardioangiografu Szpital korzystał ze środków własnych, natomiast przy zakupie tomografu komputerowego 15% zakupu Szpital sfinansował ze środków własnych, a pozostałą część stanowiła dotacja Ministerstwa Zdrowia.

[Dowód: akta kontroli str. 74, 141-146]

Szpital, w badanym okresie, nie korzystał ze środków regionalnych programów operacyjnych w celu sfinansowania projektów informatycznych.

Dyrektor Szpitala wyjaśniła, że w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 nie było przewidzianych środków, z których Szpital mógłby skorzystać w celu dofinansowania projektów informatycznych. Podmiot tworzący (organ założycielski) nie przekazał Szpitalowi żadnych środków na cele informatyczne. Wszystkie inwestycje w tym zakresie Szpital realizował przy wyłącznym udziale środków własnych. Ponadto, Dyrektor dodała, że Szpital w latach 2008-2012 nie aplikował o środki finansowe na informatyzację z uwagi na brak dostępnych źródeł finansowania projektów informatycznych. Ostatnim wnioskiem o dofinansowanie był wniosek złożony do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w 2008 roku, który nie otrzymał dofinansowania.

[dowód: akta kontroli str. 82-87, 141-146]

3.2. Szpital, jak wynika z wyjaśnień Pani Dyrektor, na bieżąco przeprowadzał analizy związane z kosztami wprowadzanych kolejnych etapów szeroko pojętej informatyzacji służby zdrowia. W trakcie kontroli NIK oszacowano, że koszty dostosowania Systemu do wymogów ustawy o systemie informacji, wyniosą 6.500 tys. zł. Wyliczone koszty dotyczyły rozszerzenia licencji na posiadane moduły systemu Eskulap do nielimitowanej ilości stanowisk – licencja OPEN oraz rozszerzenia zintegrowanego systemu informatycznego o nowe możliwości, zakupu sprzętu komputerowego wraz z wymagającym oprogramowaniem oraz wykonanie sieci bezprzewodowej. Jak wynika z przeprowadzonej ankiety Szpital będzie miał trudności ze sfinansowaniem tych wszystkich przedsięwzięć.

Kierownik Działu Informatyki Szpitala wyjaśnił, że w celu realizacji ustawy o systemie informacji niezbędne jest wprowadzenie w eksploatowanym systemie Eskulap podpisu elektronicznego oraz archiwum dokumentów cyfrowych. Innym równie ważnym zagadnieniem jest zapewnienie odpowiedniej ergonomii pracy w systemie pozwalającym na pracę na urządzeniach przenośnych typu tablet. Producent systemu Eskulap pracuje aktualnie nad tym zagadnieniem.

[Dowód: akta kontroli str. 115-119, 140]

3.3. Szpital nie współpracował bezpośrednio z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia m.in. przy opiniowaniu rozwiązań związanych z informatyzacją systemu ochrony zdrowia. Nie uczestniczył też, w tym zakresie, w szkoleniach, organizowanych przez CSIOZ. W ramach projektów informatyzacji w służbie zdrowia w pracach CSIOZ aktywnie uczestniczy producent oprogramowania Eskulap.

[Dowód: akta kontroli str. 82-86]

4. Wybrane postępowania o udzielenie zamówienia publicznego dla Szpitala.

Opis stanu
faktycznego

Badaniem objęto 5 postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w 2011 i 2012 r. o łącznej wartości 6.106,6 tys. zł brutto, w tym 2 postępowania na zakup cyfrowej aparatury medycznej o wartości 5.123,1 tys.zł (na dostawę kardiografu i tomografu komputerowego) i 3 postępowania na dostarczenie sprzętu i oprogramowania komputerowego dla Szpitala, o wartości 983,4 tys.zł (z tego, jedno na funkcjonalne rozszerzenie systemu informatycznego Eskulap/Simple oraz dwa na dostarczenie sprzętu komputerowego). Zamówienia te, w ocenie NIK, przeprowadzono zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej ustawą Pzp)⁸.

[Dowód: akta kontroli str.164-167, 179-240]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że ogłoszenie o udzieleniu zamówienia na dostawę tomografu komputerowego zostało przekazane Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich po 10 dniach od zawarcia umowy. Zgodnie z art. 95 ust. 2 ustawy Pzp, jeżeli wartość zamówienia albo umowy ramowej jest równa lub przekracza wartość kwoty określonej w przepisach, zamawiający ma obowiązek przekazywania ogłoszeń Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich niezwłocznie po zawarciu umowy w sprawie zamówienia publicznego albo umowy ramowej.

[Dowód: akta kontroli str. 179-200]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

W ocenie NIK, wykorzystywany obecnie system informatyczny Szpitala nie zapewnia m.in. pełnej interoperacyjności z systemami innych świadczeniodawców, umożliwiającej elektroniczną wymianę wyników badań diagnostycznych i przesyłania dokumentacji medycznej. Wymóg taki od dnia 1 sierpnia 2014 r., nakładać będzie na Szpital art. 11 w związku z art. 56 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Zdaniem NIK, z uwagi na zakres i znaczenie prac związanych z procesem dostosowania Szpitala do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia zasadnym wydaje się podjęcie współpracy z Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Ponadto, skala przyszłych zmian w zakresie elektronicznego przetwarzania i przesyłania dokumentacji medycznej wskazują na konieczność ponoszenia dalszych nakładów finansowych oraz znaczącą rolę obsługi informatycznej Szpitala.

W związku z pozytywną oceną badanych obszarów, uwzględniając to, że system informatyczny Szpitala jest aktualnie w fazie dostosowywania do wymogów ustawy o systemie informacji, zaś zaistniałe braki w tym zakresie zostały zasygnalizowane w postaci odpowiednich uwag, NIK nie formułuje wniosków i nie oczekuje odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne.

⁸ j.t. 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika 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 Poznaniu.

Poznań, dnia 5 grudnia 2012 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler

Dyrektor

Piotr Kręt
st. inspektor k. p.

z up. Grzegorz Malesiński
wicedyrektor