



LKR.430.001.2022

Nr ewid. 136/2022/P/22/064/LKR

Informacja o wynikach kontroli

MAŁOPOLSKI SYSTEM INFORMACJI MEDYCZNEJ W LATACH 2016–2021

DELEGATURA W KRAKOWIE

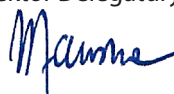
MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

Informacja o wynikach kontroli

Małopolski System Informacji Medycznej w latach 2016–2021

Dyrektor Delegatury NIK w Krakowie



Jolanta Stawska

Akceptuję:

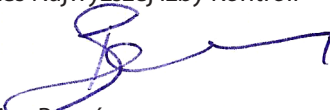
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli



Małgorzata Motylow

Zatwierdzam:

Prezes Najwyższej Izby Kontroli



Marian Banaś

Warszawa, dnia 20. 12. 2022

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

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. WPROWADZENIE.....	6
2. OCENA OGÓLNA	7
3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI	8
4. WNIOSKI.....	10
5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	11
5.1. Przygotowanie koncepcji funkcjonowania, wykonania i finansowania Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej	11
5.2. Wykonanie i wdrażanie Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej.....	23
5.3. Efekty wdrożenia Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej.....	30
6. ZAŁĄCZNIKI	33
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe.....	33
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych.....	38
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	41
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.....	43

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

Centrum	do sierpnia 2020 r. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, obecnie Centrum e-Zdrowia, państwowa jednostka budżetowa podległa Ministrowi Zdrowia;
EDM	Elektroniczna dokumentacja medyczna w rozumieniu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia;
EFS	Europejski Fundusz Społeczny;
EFSI	Europejski Fundusz Inwestycji Strategicznych;
HL7 CDA	standard obejmujący kwestie związane ze składnią i semantyką dokumentów klinicznych. Dokumenty te mogą być złożone z wielu elementów, mogą zawierać tekst, obraz, dźwięk oraz innego typu multimedia. Standard ten jest implementowany w języku XML;
IKP	Internetowe Konto Pacjenta;
IZ RPO WM	Instytucja Zarządzająca Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020 Województwa Małopolskiego – Zarząd Województwa Małopolskiego;
Komitet EFSI	Komitet Sterujący do spraw koordynacji interwencji EFSI w sektorze zdrowia;
KRI	rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych ¹ ;
MPI 2015–2023	Małopolski Plan Inwestycyjny na lata 2015–2023 ² ;
MPP, Spółka	Małopolskie Parki Przemysłowe sp. z o.o.;
MSIM	Małopolski System Informacji Medycznej – regionalny system informacji w ochronie zdrowia na terenie województwa małopolskiego;
MZ	Ministerstwo Zdrowia;
platforma P1	Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych;
platforma P2	Platforma Udostępniania On-line Przedsiębiorcom Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych;
szpital partnerski	podmiot leczniczy będący partnerem projektu;
Platforma regionalna MSIM	platforma regionalna MSIM, obejmująca aplikacje portalowe oraz komponenty usługowe wraz z infrastrukturą techniczno-systemową niezbędną do ich działania;
Projekt	projekt Małopolski System Informacji Medycznej (MSIM) nr RPMP.02.01.05-12-0228/18 MSIM wybrany do dofinansowania uchwałą nr 1531/19 Zarządu Województwa Małopolskiego z 22 sierpnia 2019 r.;
Pilotaż MSIM	projekt Małopolski System Informacji Medycznej – projekt pilotażowy nr MRPO.01.02.00-12-003/15 wdrażany w latach 2014–2015, funkcjonował do listopada 2021 r.;
pzp	ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych ³ – obowiązuje od 1 stycznia 2021 r. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych ⁴ – obowiązywała do 31 grudnia 2020 r.;

¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2247.

² Uchwała ZWM z 17 września 2015 r. nr 1223/15.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 1710, ze zm.

⁴ Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm., uchylona z dniem 1 stycznia 2021 r.

rozporządzenie EDM	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej ⁵ ;
rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania ⁶ ;
SIM	System Informacji Medycznej, system teleinformatyczny służący przetwarzaniu danych dotyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej udostępnianych przez systemy teleinformatyczne usługodawców, o którym mowa w ustawie o systemie informacji;
UMWM lub Urząd Marszałkowski	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego – lider projektu;
ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁷ ;
ustawa o ochronie danych	ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych ⁸ ;
ustawa o prawach pacjenta	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta ⁹ ;
ustawa o systemie informacji	ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia ¹⁰ ;
ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ¹¹ ;
ustawa o zawodach	ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty ¹² ;
ustawa wdrożeniowa	ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 ¹³ ;
WPI 2007–2013	Wieloletni Program Inwestycyjny Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013 przyjęty uchwałą nr IX/97/07 Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 9 lipca 2007 r., ze zm.;
	Uchwałą Sejmiku Województwa Małopolskiego z dnia 30 listopada 2009 r. nr XXXVIII/587/09 wprowadzono do WPI 2007–2013 zadanie dotyczące MSIM;
WM	Samorząd Województwa Małopolskiego;
wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków	Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014–2020.

⁵ Dz. U. z 2021 r. poz. 1153, ze zm.

⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 1781.

⁹ Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, ze zm.

¹¹ Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.

¹² Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm.

¹³ Dz. U. z 2020 r. poz. 818, ze zm.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy osiągnięto cele założone w projekcie Małopolski System Informacji Medycznej?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy prawidłowo i rzetelnie przygotowano koncepcję funkcjonowania, wykonania i finansowania MSIM?
2. Czy MSIM jest wykonywany i wdrażany prawidłowo, rzetelnie i skutecznie?
3. Czy osiągnięto zaplanowane i funkcjonalne efekty?

Jednostki kontrolowane

Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego

Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.

Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie,

Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu

Małopolskie Parki Przemysłowe sp. z o.o.

Okres objęty kontrolą

Lata 2015–2021 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i po tym okresie związanych z realizacją MSIM.

Województwo Małopolskie realizuje projekt Małopolski System Informacji Medycznej, którego celem jest zwiększenie dostępności i poprawa jakości e-usług świadczonych w sektorze ochrony zdrowia poprzez utworzenie i rozwój wspólnej platformy na poziomie regionalnym, umożliwiającej przetwarzanie i przesyłanie danych medycznych pomiędzy jednostkami medycznymi w regionie. Możliwość elektronicznej wymiany dokumentów pomiędzy podmiotami leczniczymi ma istotne znaczenia dla poprawy procesu leczenia pacjentów. Z tego względu ważnym jest, aby możliwość takiej wymiany była zapewniona jak największej grupie tych podmiotów, zwłaszcza POZ. Projekty dotyczące wdrażania rozwiązań teleinformatycznych w opiece zdrowotnej były lub są wdrażane również w innych regionach Polski, natomiast ich zakres był znacznie zróżnicowany.

Projekt MSIM jest realizowany w ramach 2. osi priorytetowej RPO WM na lata 2014–2020 *Cyfrowa Małopolska*. Działania w tej osi skupiają się na zwiększeniu poziomu wykorzystania technologii informacyjno-komunikacyjnych w procesie udostępniania zasobów i realizacji zadań publicznych. Wpisuje się to w cele Programów Regionalnych 2014–2020 obejmujące zwiększanie konkurencyjności województw oraz poprawę jakości życia ich mieszkańców poprzez wykorzystanie regionalnych potencjałów i niwelowanie barier rozwojowych. Programy Regionalne 2014–2020 są zarządzane przez poszczególne urzędy marszałkowskie (funkcję instytucji zarządzających pełnią zarządy poszczególnych województw).

Równolegle do budowanej przez WM platformy MSIM, Centrum e-Zdrowia uruchamiało kolejne funkcjonalności platformy P1 obsługującej ogólnokrajowy System Informacji Medycznej. Objęły one wymianę i udostępnianie dokumentacji medycznej wytworzonej w postaci elektronicznej. Ze względu na funkcjonujące i stale rozbudowywane środowisko platformy P1 tworzone systemy regionalne powinny być z nią interoperacyjne i komplementarne. Sama platforma P1 budowana była od lat, natomiast w okresie pandemii nastąpił jej dynamiczny rozwój połączony ze znacznie większym wykorzystaniem przez pacjentów funkcjonalności IKP. Ze względu na rozwój platformy P1 kluczowe dla oceny projektu MSIM jest nie tylko w jaki sposób został zaplanowany i przygotowany, ale też w jaki sposób reagowano na zmiany w jego otoczeniu.

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK, w związku z analizą ryzyka dotyczącą projektów realizowanych przez województwo małopolskie, dofinansowanych ze środków unijnych. W przypadku projektu MSIM wykazała ona, że terminy zakończenia projektu są przesuwane, projekt wciąż jest nieukończony, a jednocześnie następują istotne zmiany w otoczeniu projektu. Okres pandemii przyspieszył wejście w życie rozwiązań dotyczących e-usług w obszarze zdrowia na poziomie centralnym, co postawiło pod znakiem zapytania zasadność budowania systemów regionalnych i wydatkowania na te cele znacznych środków publicznych.

2. OCENA OGÓLNA

Nie osiągnięto
założonych celów MSIM

Cele projektu dotyczącego utworzenia Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej nie zostały osiągnięte, pomimo że prace nad nim rozpoczęto w 2015 r., a sam zamiar jego stworzenia sięga 2009 r. Docelowy komponent regionalny nadal nie powstał i nie uruchomiono żadnej z planowanych e-usług. Wdrożone w trzech szpitalach funkcjonalności w ramach Pilotażu MSIM zostały wyłączone w listopadzie 2021 r. Stan realizacji wszystkich wskaźników produktu wynosił 0%, pomimo że powinny zostać one osiągnięte do końca 2021 r. Ze względu na to, że okres realizacji projektu przedłużono do 31 października 2023 r.¹⁴, a końcowa data kwalifikowalności wydatków w ramach perspektywy finansowej 2014-2020 to 31 grudnia 2023 r., istnieje wysokie ryzyko nieosiągnięcia zakładanych wartości wskaźników, co może skutkować koniecznością zwrotu dofinansowania w całości lub w części.

Przedłużające się prace koncepcyjne i przygotowawcze, jak również opóźnienia w realizacji projektu spowodowały dezaktualizację części założeń MSIM, przede wszystkim ze względu na dynamiczny rozwój platformy P1 oraz związanego z nią Internetowego Konta Pacjenta. Urząd Marszałkowski nie uwzględnił zachodzących zmian i planował wdrożenie MSIM w zakresie obejmującym e-usługi, które są lub będą realizowane przez platformę P1. NIK zwraca uwagę, że takie działania stwarzają ryzyko niegospodarności, ponieważ zakładają wydatkowanie środków publicznych na system powielający funkcjonalności dostępne na poziomie centralnym.

We wniosku o dofinansowanie wskazano, że celem projektu MSIM jest stworzenie zintegrowanego rozwiązania informatycznego zapewniającego mieszkańcom regionu dostęp do e-usług w ochronie zdrowia, jednak projektem objęto jedynie 38 (2%) spośród 1875 wszystkich podmiotów leczniczych funkcjonujących w Małopolsce.

Łączna wartość docelowego projektu MSIM przyjętego do dofinansowania uchwałą Województwa Małopolskiego podjętą 22 sierpnia 2019 r. to 209 429,2 tys. zł. W ramach tej kwoty zaplanowano inwestycje w sprzęt i oprogramowanie w szpitalach partnerskich o wartości łącznej 147 132,2 tys. zł (70% wartości projektu). Dzięki tym inwestycjom szpitale partnerskie miały możliwość zrealizowania celów szczegółowych projektu dotyczących ujednolicenia i poprawy procesu gromadzenia danych i informacji medycznych oraz systemu obsługi pacjenta. Do czasu zakończenia kontroli szpitale partnerskie wykorzystały 78 778,3 tys. zł (53,5%) zaplanowanej kwoty. Dwa z trzech kontrolowanych szpitali, w których przeprowadzono Pilotaż, osiągnęły te cele i były gotowe do integracji z platformą MSIM w zakładanym terminie, tj. do końca 2021 r. Jeden ze szpitali nie uzyskał takiej gotowości i istnieje poważne ryzyko, iż nie uzyska jej do zakończenia projektu.

Jednym z kluczowych elementów projektu MSIM jest wytwarzanie i wymiana dokumentacji medycznej. Tymczasem we wszystkich skontrolowanych szpitalach partnerskich stwierdzono istotne naruszenia dotyczące bezpieczeństwa informacji. Wprawdzie w ramach projektu MSIM przygotowano i przekazano szpitalom partnerskim *Rekomendacje dla podmiotów leczniczych – Partnerów MSIM* obejmujące m.in. wymagania w obszarze bezpieczeństwa informacji, to jednak weryfikacja ich spełnienia miała nastąpić dopiero w chwili ich przyłączania do platformy MSIM.

¹⁴ Uchwałą Zarządu WM nr 1647/22 z dnia 27 września 2022 r.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Opracowanie koncepcji, przygotowanie i realizacja projektu

Zadanie dotyczące utworzenia Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej zostało pierwotnie przyjęte w 2009 r. do Wieloletniego Programu Inwestycyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013. Urząd Marszałkowski rozpoczął prace nad docelowym projektem dopiero w 2015 r. Projekt miał być wdrożony do końca 2021 r., jednak ostatecznie termin jego zakończenia przesunięto na 31 października 2023 r. Do czasu zakończenia niniejszej kontroli¹⁵ nie ogłoszono przetargu na wykonanie platformy MSIM w pełnym planowanym zakresie, trwał także spór z poprzednio wybranym wykonawcą, z którym zaniechano współpracy.

[str. 11–13, 23–24]

Ryzyko dublowania usług na etapie planowania projektu

Zarząd Województwa Małopolskiego wybrał 22 sierpnia 2019 r. do dofinansowania projekt zakładający stworzenie platformy, w ramach której miały zostać wytworzone trzy e-usługi: wymiana EDM, dostęp pacjentów do dokumentów medycznych oraz e-rejestracja. Założono wdrażanie e-usług, które były już wówczas projektowane w ramach ogólnopolskiej platformy P1. Działanie Zarządu Województwa Małopolskiego było niezgodne z rekomendacjami Komitetu Sterującego do spraw koordynacji EFSI w sektorze zdrowia.

[str. 17–19]

Faktyczne zmiany w otoczeniu projektu

Urząd Marszałkowski wprowadzić wykonywał i wdrażał MSIM zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie i wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków, ale w oparciu o nieaktualne założenia, nieuwzględniające wszystkich zmian jakie zaszły w otoczeniu projektu od 2019 r. W dniu 25 sierpnia 2021 r. zawarto umowę na wykonanie platformy MSIM obejmującej m.in. e-rejestrację oraz wymianę EDM prowadzoną za pośrednictwem tej platformy, pomimo że od 2 sierpnia 2021 r. było wiadomo, że Ministerstwo Zdrowia nie rekomenduje wdrażania na poziomie regionalnym usługi e-rejestracji, a od 1 lipca 2021 r. wszystkie podmioty lecznicze zostały zobowiązane do korzystania ze środowiska platformy P1 umożliwiającego wymianę EDM.

[str. 24–29]

Efekty projektu i nieosiągnięcie jego celów w zakładanym terminie

W momencie podpisywania umowy z wykonawcą 17 spośród 38 szpitali partnerskich miało techniczną możliwość korzystania ze środowiska platformy P1 w celu wymiany dokumentacji medycznej, a według stanu na styczeń 2022 r. możliwość taką posiadały 23 spośród nich. Szpitale te uzyskiwały możliwość wymiany dokumentacji medycznej m.in. dzięki inwestycjom poczynionym w ramach warstwy lokalnej MSIM, ale bez wykorzystania warstwy regionalnej wciąż nieukończonego projektu.

Stan realizacji wszystkich wskaźników produktu w ramach Projektu MSIM wynosił 0% na 27 czerwca 2022 r., pomimo że zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie ich wartości powinny zostać osiągnięte do końca 2021 r. Na wytworzenie platformy MSIM przewidziano wydatkowanie 51 049,6 tys. zł z ogólnej kwoty 209 429,2 tys. zł, tj. jedynie 24% planowanego budżetu projektu. Faktyczne wydatki związane z przygotowaniem

¹⁵ Termin zakończenia czynności kontrolnych w UMWM to 27 czerwca 2022 r.

i wdrożeniem docelowej platformy wyniosły 3965 tys. zł (wydatki na analizy i wsparcie merytoryczne udzielone przez podmioty zewnętrzne) do zakończenia niniejszej kontroli¹⁶. [str. 23–24, 29–31]

Do realizacji Projektu MSIM Urząd Marszałkowski zaangażował Spółkę, której jest właścicielem. Spółka jako jedyna złożyła ofertę w konkursie na partnera technologicznego. MPP współpracowała ze szpitalami partnerskimi, ale ponieważ nie dysponowała żadnym doświadczeniem w realizacji projektów informatycznych, nie była w stanie współpracować z Województwem Małopolskim na etapie przygotowania, złożenia i oceny wniosku o dofinansowanie projektu. Urząd Marszałkowski planował powierzyć Spółce także zarządzanie platformą MSIM, a prognozowane koszty zarządzania miały wynosić ok. 3,2 mln zł rocznie, przy czym w 75% miałyby pokrywać je szpitale partnerskie, a w 25% Urząd Marszałkowski. Tym samym wdrożenie platformy MSIM oznaczałoby nałożenie na szpitale dodatkowych kosztów w dłuższej perspektywie czasowej. [str. 20–21]

Ryzyko ponoszenia dodatkowych wydatków

Kontrolą objęto trzy szpitale partnerskie, które uczestniczyły w Pilotażu MSIM oraz Projekcie MSIM. W ramach Pilotażu wdrożono w tych szpitalach funkcjonalności, które zostały wyłączone w listopadzie 2021 r. Pilotaż MSIM był wykorzystywany w znikomym stopniu zarówno przez szpitale w nim uczestniczące jak i pacjentów. Jeden ze szpitali partnerskich, pomimo udziału w Pilotażu, nie prowadził elektronicznej dokumentacji medycznej innej niż e-skierowanie oraz e-recepta i nie uzyskał gotowości do wymiany EDM z innymi szpitalami uczestniczącymi w MSIM.

Ustalenia w kontrolowanych szpitalach

We wszystkich trzech szpitalach miały miejsce istotne naruszenia bezpieczeństwa informacji, w tym również danych wrażliwych pacjentów. Wprawdzie w ramach realizacji projektu przygotowano i przekazano szpitalom partnerskim *Rekomendacje dla podmiotów leczniczych – Partnerów MSIM* obejmujące m.in. wymagania w obszarze bezpieczeństwa informacji, jednak weryfikacja spełnienia tych wymagań miała nastąpić w chwili ich przyłączania do platformy MSIM. [str. 12–14, 31–32]

¹⁶ Według stanu na 27 czerwca 2022 r. ostatni rozliczony wniosek o płatność nr RPMP.02.01.05-12-0228/18-033-05 za okres do 7 lutego 2022 r. zatwierdzony został z początkiem czerwca.

4. WNIOSKI

Marszałek Województwa
Małopolskiego

Podjęcie działań mających na celu weryfikację dotychczasowych efektów projektu MSIM i aktualizację jego założeń dla zminimalizowania ryzyka niegospodarnego wydatkowania środków publicznych. Działania te powinny uwzględniać zmiany jakie zaszły w otoczeniu projektu od 2019 r. oraz rekomendacje Komitetu Sterującego ds. EFSI i Ministra Zdrowia.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Przygotowanie koncepcji funkcjonowania, wykonania i finansowania Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej

Pomysł stworzenia regionalnego systemu informacji medycznej, który powstał w 2009 r., zakładał innowacyjne – jak na ówczesne czasy – rozwiązania, które miały służyć pacjentom Małopolski. Jednak opóźnienia w podjęciu decyzji o realizacji i zmiany w otoczeniu projektu spowodowały jego częściową dezaktualizację. Przeprowadzony w latach 2015–2021 w trzech szpitalach pilotaż MSIM został wykorzystany w niewielkim stopniu, a projektem docelowym objęto jedynie 38 spośród 1875 wszystkich podmiotów leczniczych (2%) funkcjonujących w Małopolsce. Urząd Marszałkowski planował odpłatnie zatrudnić do zarządzania MSIM Spółkę, której właścicielem jest Województwo Małopolskie.

Proces realizacji Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej rozpoczęto w 2009 r., kiedy Sejmik Województwa Małopolskiego wprowadził do Wieloletniego Programu Inwestycyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2007–2013 zadanie dotyczące MSIM. Potrzebę realizacji MSIM uzasadniano wówczas koniecznością stworzenia i wdrożenia systemu informatycznego, który pozwoli na ujednolicenie i zintegrowanie baz danych medycznych oraz uporządkowanie i unowocześnienie systemów informatycznych, a także wprowadzenie e-usług medycznych, co miało wpłynąć na poprawę jakości usług zdrowotnych, zmniejszenie kosztów działalności szpitali wojewódzkich oraz ułatwienie zarządzania nimi. Przed wprowadzeniem MSIM do WPI 2007–2013 przeprowadzono m.in. konsultacje z Dyrektorem Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Krakowie, Wojewodą Małopolskim oraz potencjalnymi beneficjentami projektu MSIM oraz nawiązano współpracę z Centrum. W 2010 r. MSIM został jednak usunięty z WPI 2007–2013. Zarząd Województwa Małopolskiego w 2013 r. wrócił do pomysłu realizacji MSIM i wprowadził go do Wykazu Indywidualnych Projektów Kluczowych Małopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007–2013. Władze województwa małopolskiego zidentyfikowały potrzebę stworzenia regionalnego systemu informacji medycznej i realizacji projektu MSIM ze względu na niewielki stopień wykorzystania technologii informatycznych w opiece zdrowotnej przez mieszkańców Małopolski, słaby rozwój i niewielkie wykorzystanie nowoczesnych narzędzi obiegu i wymiany informacji przez podmioty lecznicze oraz istotne braki w stanie infrastruktury IT szpitali. Podmioty lecznicze, w tym szpitale partnerskie, nie zgłaszały do UMWM konieczności utworzenia takiego systemu, wsparcia ich we wdrażaniu EDM, prowadzeniu dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej czy w prowadzeniu elektronicznej rejestracji.

Założono, że projektowana Platforma MSIM będzie regionalnym systemem informacji medycznej. Tego typu systemy nie zostały osadzone w przepisach ustawy o systemie informacji, jednak ich tworzenie jest możliwe, o ile zostaną dostosowane do obowiązujących ram prawnych, będą interoperacyjne z platformami ogólnokrajowymi oraz będą uzupełniać ich funkcjo-

Identyfikacja potrzeby realizacji MSIM

Platforma MSIM – ramy tworzenia i funkcjonowania

nalności. Centralnym, usankcjonowanym w ustawie o systemie informacji, elementem systemu e-zdrowia w Polsce jest System Informacji Medycznej. Jest on obsługiwany przez platformę P1 oraz platformę P2. Platforma P1 jest podstawowym kanałem dostępu do danych przetwarzanych w SIM. Urzędy marszałkowskie, które realizowały lub analizowały możliwość realizacji takich projektów, zwracały uwagę na konieczność dostosowywania platform regionalnych do platformy P1. Jednocześnie jako trudności w takim dostosowaniu projektów wskazywano brak określenia ram prawnych dla funkcjonowania regionalnych systemów informacji medycznej, nieokreślenie jednoznacznej linii demarkacyjnej pomiędzy funkcjonalnościami centralnymi, regionalnymi i lokalnymi oraz zmieniający się w czasie zakres funkcjonalności platformy P1. Na problem niejasnego stanu prawnego funkcjonowania regionalnych systemów informacji medycznej zwracano także uwagę w literaturze fachowej wskazując m.in., że należałoby wyodrębnić, w ramach regulacji prawnej, podstawę prawną dla prowadzenia regionalnych platform e-Zdrowia, która określałaby dopuszczalny zakres i cele przetwarzania gromadzonych w nich danych¹⁷. Z kolei raport *Wdrażanie Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych (EFIS)* w sektorze zdrowia w Polsce, opracowany na zlecenie Komisji Europejskiej, wskazywał na konieczność odejścia od stosowania linii demarkacyjnej na rzecz współpracy pomiędzy podmiotami realizującymi projekty w obszarze e-zdrowia. Celem raportu było wskazanie propozycji rozwiązań podnoszących skuteczność koordynacji inwestycji współfinansowanych z EFIS w sektorze zdrowia w Polsce w zbliżającej się perspektywie programowania 2021–2027.

Projekt pilotażowy MSIM

Samorząd Województwa Małopolskiego zdecydował o tworzeniu MSIM w etapach. W czerwcu 2014 r. określono zasady przygotowania projektu pilotażowego MSIM. W ramach Pilotażu MSIM zakładano wypracowanie standardów wymiany EDM we współpracy z platformą P1. Standardy te miały być wdrożone w docelowym MSIM, którego realizację zakładano w perspektywie finansowej UE 2014–2020, kiedy to planowano włączyć do projektu zainteresowane jednostki medyczne w Małopolsce. Pilotaż MSIM został uruchomiony w grudniu 2015 r. i funkcjonował do 2 listopada 2021 r. Uczestniczyły w nim trzy szpitale, dla których podmiotem tworzącym było WM.¹⁸ Po wdrożeniu Pilotażu MSIM przygotowano w grudniu 2015 r. raport doświadczeń z okresu jego realizacji oraz przeprowadzono analizę jego funkcjonowania.

Koszt realizacji Pilotażu MSIM wraz z wydatkami ponoszonymi w okresie poprzedzającym jego realizację (od 2011 r.) wyniósł 7519,8 tys. zł, w tym 6407 tys. zł pochodziło z dofinansowania ze środków UE, a 1045,9 tys. zł stanowiło środki własne UMWM.

¹⁷ K. Świtała, *Pacjent jako beneficjent ograniczeń jawności elektronicznej dokumentacji medycznej*, Warszawa 2018, Rozdział I. System informacji w ochronie zdrowia § 8 Podsumowanie.

¹⁸ Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o., Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie, Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Pilotaż MSIM był wykorzystywany w znikomym stopniu zarówno przez szpitale w nim uczestniczące jak i pacjentów. Wprawdzie zaplanowana wartość wskaźnika rezultatu dotyczącego osób korzystających z usług on-line wynosząca 10 308 została zrealizowana na poziomie 46%, ale zaznaczyć należy, że część osób korzystających z tych usług stanowili pracownicy szpitali. Według stanu na koniec 2021 r. pacjenci założyli jedynie 4266 kont w trakcie Pilotażu MSIM, podczas gdy trzy szpitale uczestniczące w nim leczyły rocznie od 198 249 do 246 111 pacjentów. W 2021 r. liczba założonych kont pacjentów stanowiła tylko 1,9% ogółu leczonych pacjentów.

Wykorzystanie Pilotażu MSIM

Infografika nr 1

Wykorzystanie przez pacjentów możliwości zakładania kont w Pilotażu MSIM z dostępem do dokumentacji medycznej i e-rejestracji

Liczba pacjentów – Pilotaż MSIM



Źródło: opracowanie własne NIK.

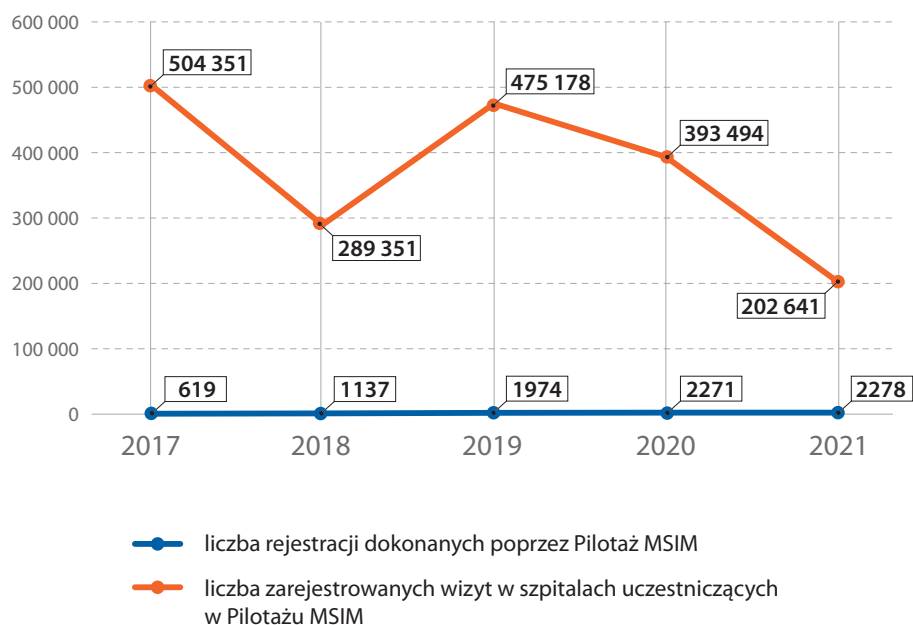
Liczba wizyt umówionych za pośrednictwem wdrożonej w ramach Pilotażu MSIM e-rejestracji wyniosła maksymalnie 2278 w 2021 r., podczas gdy łączna liczba wizyt umówionych w tych szpitalach wynosiła wówczas 202 641. Szpitale w ograniczonym stopniu zasilają Pilotaż MSIM dokumentacją medyczną, wobec czego pacjenci nie mieli pełnego dostępu do swojej dokumentacji za jego pośrednictwem. Liczba dokumentów medycznych wprowadzanych do Pilotażu MSIM systematycznie malała z 487 016 w 2017 r. do 128 090 w 2021 r. Tymczasem liczba wytworzonej przez szpitale dokumentacji medycznej wynosiła w 2017 r. 974 566, a w 2021 r. już 1 847 081.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 2

Wykorzystanie e-rejestracji w ramach Pilotażu MSIM

E-rejestracja – Pilotaż MSIM



Źródło: opracowanie własne NIK.

Kierownik Zespołu Rozwoju Społeczeństwa Informacyjnego w UMWM, będący kierownikiem Pilotażu MSIM, oceniając efekty tego pilotażu wskazał, że szczególnie starsi pacjenci nie są zainteresowani korzystaniem z takich rozwiązań jak MSIM. Zwrócił jednak uwagę, że Pilotaż MSIM był poligonem do zbierania doświadczeń w kwestii możliwości integracji różnych systemów informatycznych funkcjonujących w szpitalach.

Wybór partnerów projektu – brak kompleksowości

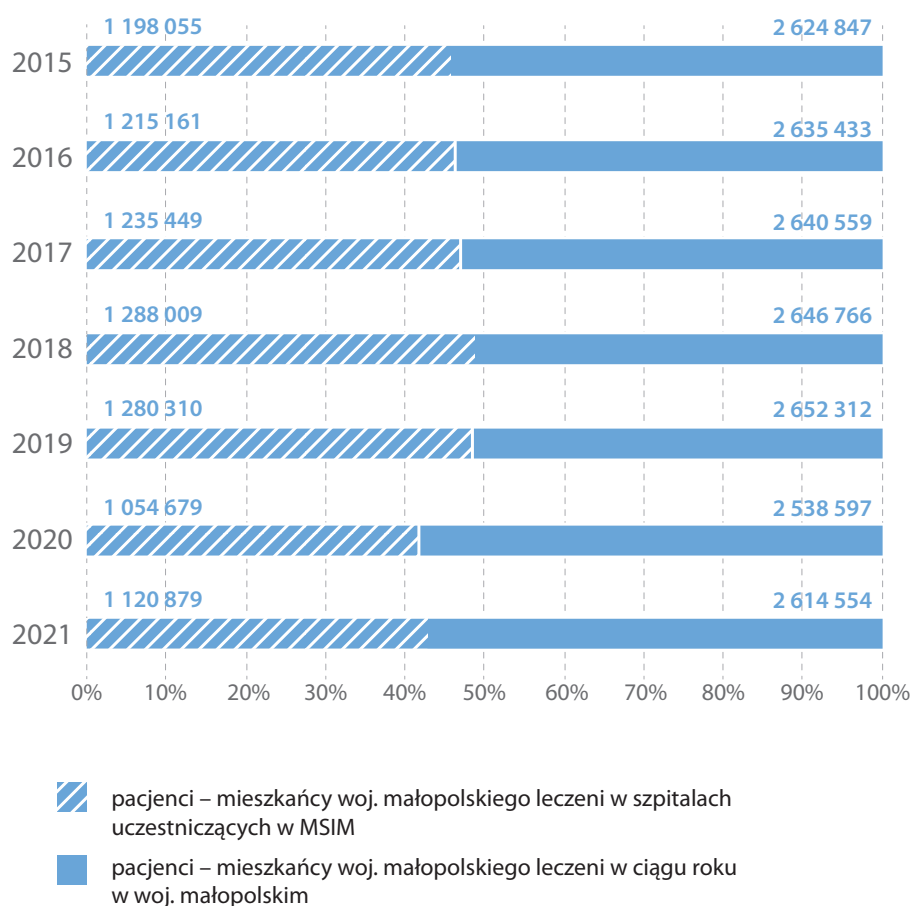
Dokonując wyboru podmiotów leczniczych, które miały uczestniczyć w MSIM, skupiono się w pierwszej kolejności na szpitalach wojewódzkich, powiatowych i resortowych. Było to podyktowane założonym dużym zakresem inwestycji oraz ograniczeniami budżetowymi projektu. Wprawdzie we wniosku o dofinansowanie wskazano, że celem projektu MSIM było zapewnienie wszystkim mieszkańcom regionu dostępu do zintegrowanego rozwiązania informatycznego zapewniającego powszechną dostępność e-usług w ochronie zdrowia, jednak projektem objęto jedynie 38 spośród 1875 wszystkich podmiotów leczniczych (2%) funkcjonujących w Małopolsce. W okresie objętym kontrolą szpitale partnerskie leczyły rocznie od 41,5% do 48,7% pacjentów będących mieszkańcami województwa małopolskiego.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 3

Liczba pacjentów leczonych w szpitalach partnerskich w ogólnej liczbie małopolskich pacjentów

Liczba pacjentów – MSIM



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych pozyskanych z Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

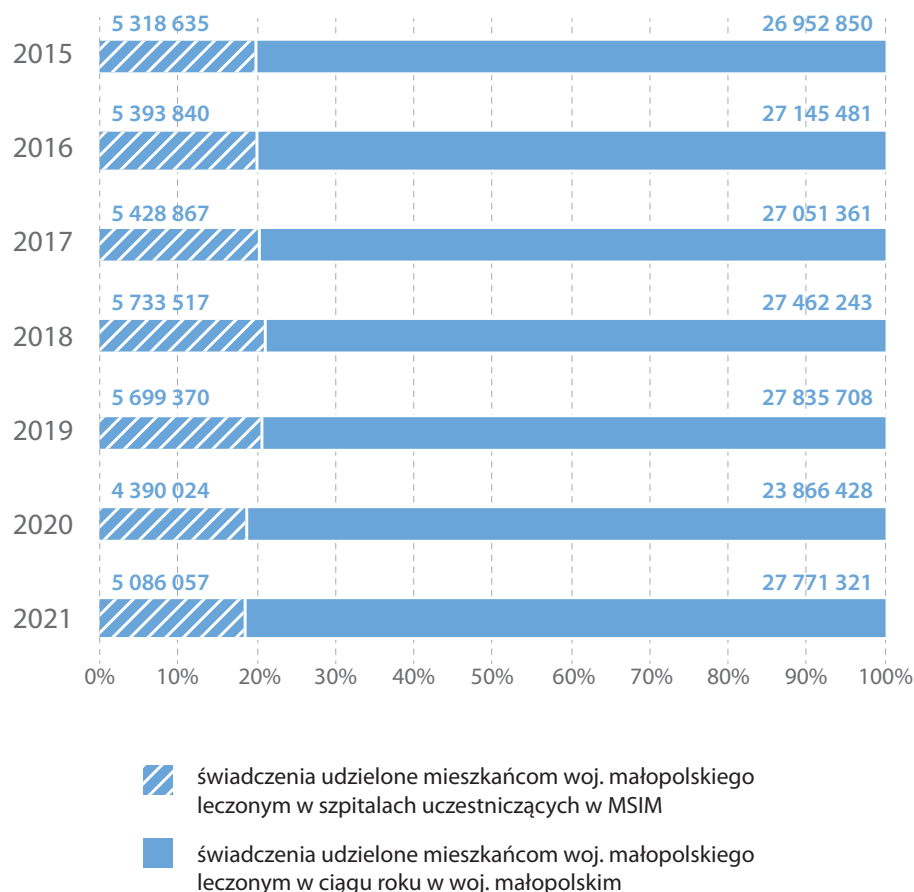
Liczba świadczeń udzielonych tym pacjentom wyniosła od 18,3% do 20,9% wszystkich świadczeń udzielanych Małopolanom. Tym samym zaplanowany projekt MSIM nie był rozwiązaniem kompleksowym, nawet w skali województwa, w przeciwieństwie do platformy P1 będącej otwartym i bezpłatnym środowiskiem umożliwiającym wymianę danych medycznych pomiędzy wszystkimi podmiotami leczniczymi i pacjentami w Polsce.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 4

Liczba świadczeń zdrowotnych udzielonych pacjentom leczonym w szpitalach partnerskich w ogólnej liczbie świadczeń zdrowotnych udzielonych małopolskim pacjentom

Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych – MSIM



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych pozyskanych z Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Projekt MSIM został zaplanowany w taki sposób, aby możliwe było dołączenie do planowanej platformy kolejnych podmiotów leczniczych już po jej wdrożeniu. Jednak obecnie podmioty lecznicze mogą i powinny realizować funkcjonalności wymiany EDM za pośrednictwem środowiska platformy P1. O ile udział w projekcie MSIM przyniósł i przynosi wymierne korzyści dla szpitali partnerskich ze względu na doposażenie ich w sprzęt i oprogramowanie, to przyłączenie się do platformy MSIM innych podmiotów leczniczych wiązałoby się z dodatkowymi kosztami po stronie tych podmiotów (koszty integracji oraz koszty utrzymania platformy MSIM) bez żadnych realnych korzyści. Korzystanie z platformy P1 przez podmioty lecznicze odbywa się nieodpłatnie, w przeciwieństwie do platformy MSIM, którą podmioty lecznicze będą zobowiązane utrzymywać. Ostateczne koszty zarządzania platformą MSIM nie zostały jeszcze ustalone, ale szacunki pochodzące z 2019 r. przewidywały, że wyniosą one ok. 3,2 mln zł rocznie (zagadnienie szerzej opisane w dalszej części informacji o wynikach kontroli).

Realizacja projektu MSIM została zaplanowana w podziale na warstwę lokalną i regionalną. W ramach warstwy lokalnej przewidywano inwestycje w sprzęt i oprogramowanie w szpitalach partnerskich. Zakres inwestycji w szpitalach partnerskich ustalono na podstawie przeprowadzonych audytów teleinformatycznych, które stanowiły podstawę do określenia deficytów szpitali dotyczących infrastruktury techniczno-systemowej koniecznych do uzupełnienia w celu zapewnienia możliwości wdrożenia MSIM. W ramach warstwy regionalnej przewidziano stworzenie platformy MSIM, której celem było wdrożenie e-usług obejmujących wymianę EDM, e-rejestrację oraz dostęp pacjentów do dokumentów medycznych poprzez portal pacjenta.

Urząd Marszałkowski przygotowując realizację projektu nie uwzględnił wszystkich zmian, jakie zaszły w otoczeniu projektu, w szczególności w okresie oceny złożonego wniosku o dofinansowanie. W 2019 r. Marszałek był wielokrotnie informowany przez MZ i Centrum o tym, że w ramach platformy P1 będzie możliwa wymiana dokumentacji medycznej oraz że pacjenci uzyskają do niej dostęp. Informacje te przekazywano m.in. podczas spotkań, które odbyły się 11 kwietnia 2019 r. i 16 maja 2019 r., pismami z 25 lutego 2019 r., 23 maja 2019 r. i 11 czerwca 2019 r. oraz podczas spotkania Rady Regionów, które odbyło się 17 czerwca 2019 r.

Zakres MSIM

Zaplanowanie w MSIM e-usług dublujących rozwiązania centralne

Z pism Ministerstwa Zdrowia kierowanych do Wicemarszałka Województwa Małopolskiego (2019 r.)

(...) stanowisko Ministerstwa Zdrowia o braku zgody na powielanie rozwiązań centralnych na poziomie regionów przedstawiane było wielokrotnie podczas spotkań dotyczących rozwiązań w obszarze e-zdrowia. Podejście takie prezentowaliśmy m.in. podczas posiedzeń Komitetu Sterującego, a także w kwietniu przy okazji posiedzenia Zespołu Eksperckiego ds. Społeczeństwa Informacyjnego Związku Województw RP, które odbyło się w Gdańsku. Prezentowaliśmy wówczas szczegółowo zakres rozwiązań wdrażanych w ramach projektu P1 wskazując jednocześnie plany w zakresie rozwoju tworzonych usług centralnych. Informację o braku rekomendacji dla zaproponowanej architektury MSIM, powielającej rozwiązania projektu P1 m.in. w zakresie wymiany EDM i obsługi zgód, przekazaliśmy również przedstawicielom Urzędu Marszałkowskiego Województwa Małopolskiego podczas spotkań, które odbyły się w Ministerstwie Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w dniach 11 kwietnia i 16 maja br. Przedstawiciele MZ i CSIOZ wskazywali wówczas na konkretne rozwiązania planowane w ramach projektu MSIM, powielające funkcjonalność platformy P1. (...) zgłaszane przez Ministerstwo Zdrowia uwagi odnoszą się jedynie do wybranych rozwiązań platformy regionalnej nie kwestionują przy tym zasadności realizacji innych działań na poziomie regionu m.in. w zakresie wsparcia podmiotów leczniczych będących Państwem Partnerami przy wdrażaniu e-usług oraz rozwiązań pozwalających na ich integrację z usługami centralnymi (11 czerwca 2019 r., nr pisma EZU.9091.7.2019.EZZD).

Tworzenie wielu rozproszonych portali informacyjnych jest wedle wszelkiego prawdopodobieństwa nieefektywnym sposobem wydatkowania środków publicznych (25 lutego 2019 r., nr pisma FZPZ.075.1.2019.JC).

W związku z powyższymi informacjami 5 lipca 2019 r. zdecydowano o odstąpieniu od prawa opcji w zamówieniu na *przygotowanie katalogu testów akceptacyjnych niezbędnych do odbioru dostaw oraz usług przewidzianych do pozyskania w ramach postępowania publicznego na wykonanie Regionalnej Platformy Wymiany Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (MSIM) w Województwie Małopolskim*. Rezygnację z prawa opcji uzasadniano istotną zmianą okoliczności powodującą, że wykonanie umowy nie leżało w interesie publicznym, czego nie można było przewidzieć w chwili zawierania umowy. W uzasadnieniu wskazano, że: *W trakcie pierwszego posiedzenia Rady Regionów (...) Zastępca Dyrektora Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, poinformował przedstawicieli regionów o decyzji wprowadzenia w kraju jednodomenowej architektury wymiany EDM. Decyzja taka w zasadniczy sposób redefiniuje dotychczasowe założenia architektoniczne przedsięwzięć regionalnych przeznaczonych dla wymiany EDM. Zgodnie z rekomendacjami Rady ds. Interoperacyjności przy Dyrektorsze CSIOZ, jak też zgodnie z przebiegiem oraz wnioskami z dotychczasowych prac prowadzonych przez Zespół Roboczy ds. Architektury powołany przez w/w Radę, w projekcie MSIM założono model wielodomenowy.*

Pomimo tego, Zarząd Województwa Małopolskiego wybrał 22 sierpnia 2019 r. do dofinansowania projekt MSIM, o wartości 209 429,2 tys. zł, zakładający stworzenie platformy MSIM, w ramach której miały zostać wytworzone trzy e-usługi: wymiana EDM, dostęp pacjentów do dokumentów medycznych oraz e-rejestracja. Tym samym podjęto decyzję o realizacji produktu nadmiarowego, powielającego wdrażane na poziomie krajowym rozwiązania w obszarze wymiany EDM i o poniesieniu niepotrzebnych kosztów. Założono wdrażanie e-usług dotyczących wymiany EDM oraz udostępniania jej pacjentom, pomimo że MZ wspólnie z Centrum planowało wówczas, że e-usługi te zapewni platforma P1, co faktycznie nastąpiło. Działanie Zarządu Województwa Małopolskiego było niezgodne z rekomendacjami Komitetu Sterującego do spraw koordynacji EFSI w sektorze zdrowia. Zgodnie z rekomendacjami dla wyboru projektów w sektorze zdrowia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 2c – wzmocnienie zastosowań TIK¹⁹ dla e-administracji, e-uczenia się, e-włączenia społecznego, e-kultury i e-zdrowia kryteria wyboru projektów stosowane przez instytucje zarządzające powinny zapewniać m.in. komplementarność z innymi projektami z obszaru e-zdrowia, w tym niedublowanie funkcjonalności przewidzianych w krajowych platformach P1 lub P2 lub P4 lub e-krew. W MSIM przewidywano m.in. udostępnienie e-usług polegających na wymianie EDM obejmującej udostępnianie, wyszukiwanie i pobieranie dokumentów pomiędzy szpitalami partnerskimi oraz dostęp pacjentów do danych medycznych. Tymczasem to System Informacji Medycznej ma być podstawowym modulem platform e-Zdrowia w Polsce, spajającym wszystkie powiązane z nim elementy systemu informacji w ochronie zdrowia, wspierając w ten sposób udostępnianie gromadzonych w nich danych i wspomagającym interoperację

¹⁹ Technologie informacyjno-komunikacyjne.

cyjną wymianę tych zasobów²⁰. Podstawową zasadą funkcjonowania SIM ma być możliwość wielokrotnego wykorzystywania przetwarzanych w nim danych, uwarunkowanego potrzebami ich odbiorców i zakresem uprawnień dostępu do takich zasobów²¹.

NIK wystąpiła do 15 niekontrolowanych urzędów marszałkowskich o przedstawienie informacji na temat rodzaju i zakresu udzielanego wsparcia w obszarze e-zdrowia w ramach regionalnych programów operacyjnych oraz wpływu rozwoju platformy P1 na te projekty. Z pozyskanych informacji wynika, że realizowane projekty w większości skupiały się na wsparciu podmiotów leczniczych w informatyzacji, wdrażaniu EDM oraz e-usług w tych szpitalach. Dziewięć spośród 15 niekontrolowanych urzędów marszałkowskich podjęło się tworzenia platform regionalnych, przy czym ich kształt był znacznie zróżnicowany. Z przekazanych informacji wynikało, że ze względu na rozwój platformy P1 w części województw dokonywano zmian w realizowanych projektach z obszaru e-zdrowia, tj. m.in.:

- w przypadku województwa śląskiego 9 października 2018 r. wybrano do dofinansowania projekt pn. *Śląska Cyfrowa Platforma Medyczna eCareMed – Elektroniczna Dokumentacja Medyczna*²², którego celem miało być ułatwienie dostępu do usług medycznych, zakładające wprowadzenie rozwiązań z zakresu m.in. telemedycyny oraz elektronicznej dokumentacji medycznej. Władze Województwa Śląskiego dostrzegły jednak poważne ryzyka związane z realizacją projektu dotyczące przede wszystkim dublowania rozwiązań krajowych przez platformę regionalną i rozwiązało umowę na realizację projektu. Środki przewidziane na realizację projektu przeznaczono na wdrażanie e-usług w poszczególnych szpitalach partnerskich oraz stworzenie platformy regionalnej pozwalającej na składowanie, przetwarzanie i udostępnianie danych medycznych w postaci elektronicznej realizowanej w systemie rozproszonym;
- w województwie łódzkim zrezygnowano z realizacji projektu regionalnego (na etapie przygotowania dokumentacji projektowej). Powodem rezygnacji były stale zmieniające się plany w zakresie funkcjonowania platformy P1, brak jednoznacznej linii demarkacyjnej pomiędzy funkcjonalnościami centralnymi, regionalnymi i lokalnymi w obszarze e-zdrowia na rzecz realizowania projektów przez placówki ochrony zdrowia;
- w województwie zachodniopomorskim dokonano głębokiej zmiany zakresu rzeczowego projektu *Zachodniopomorskie e-Zdrowie*. Zakres zmian objął przede wszystkim rezygnację z funkcjonalności, które obarczone były ryzykiem powielania się z funkcjonalnościami tworzonymi w ramach projektów wdrażanych centralnie przez Centrum, a także mniej istotnych funkcjonalności wtórnych, które miały bazować technologicznie na systemach, z których zrezygnowano w wyniku wprowadzanej zmiany. Dotyczyło to przede wszystkim regionalnego rejestru danych medycznych, regionalnej e-rejestracji, portalu regionalnego z dostę-

e-Zdrowie w innych województwach i reakcje na zmiany

²⁰ K. Świtała, *Pacjent jako beneficjent ograniczeń jawności elektronicznej dokumentacji medycznej*, Warszawa 2018, Rozdział I. System informacji w ochronie zdrowia § 2 System Informacji Medycznej.

²¹ D. Wąsik, *Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia*. Komentarz, Warszawa 2015, s. 97.

²² Uchwała Zarządu Województwa Śląskiego nr 2314/291/V/2018.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

pem do EDM dla pacjentów, elektronicznych zleceń i wyników, aplikacji mobilnej dla pacjentów oraz elektronicznego systemu gromadzenia danych ratunkowych.

Zapewnienie zasobów koniecznych do realizacji projektu

Urząd Marszałkowski zapewnił zasoby potrzebne do realizacji MSIM angażując osoby posiadające doświadczenie w realizacji dużych projektów dofinansowanych przez UE, w tym osoby posiadające wiedzę informacyjną oraz poprzez wsparcie kompetencyjne realizowane przez podmioty zewnętrzne. Zakres zadań, uprawnień i odpowiedzialności jednostek, poszczególnych komórek organizacyjnych oraz zakres podległości pracowników był określony w formie pisemnej w sposób przejrzysty i spójny. Aktualny zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności był określony dla każdego pracownika.

Zaangażowanie MPP w projekt MSIM

Ze względu na stopień skomplikowania technicznego i technologicznego Projektu Urząd Marszałkowski zaangażował Spółkę, której właścicielem jest WM, w celu wspólnej realizacji Projektu MSIM. Spółka nie dysponowała jednak żadnym doświadczeniem w realizacji projektów informatycznych, ale jako jedyna złożyła ofertę w konkursie na partnera technologicznego ogłoszonym przez UMWM i została wybrana do udziału w Projekcie. Regulamin konkursu zakładał, że partner będzie współpracował z Województwem Małopolskim i szpitalami partnerskimi już na etapie przygotowania, złożenia i oceny wniosku o dofinansowanie projektu, ale Spółka nie wspierała UMWM na tym etapie projektu. Wynikało to z braku doświadczenia i braku pracowników merytorycznie przygotowanych do realizacji projektów informatycznych. We wniosku o dofinansowanie złożonym 31 października 2018 r. wskazano, że zadaniem Spółki *będzie zatrudnienie kadr IT w celu wsparcia Województwa Małopolskiego (zespół ekspertów IT, zaangażowanych bezpośrednio w proces budowy systemu MSIM)*, a pierwszego specjalistę IT Spółka zatrudniła w grudniu 2019 r., tj. już po wyborze projektu do dofinansowania i był to pracownik UMWM dotychczas zajmujący się MSIM. Pierwszego specjalistę IT z zewnątrz Spółka zatrudniła w październiku 2020 r., tj. prawie 14 miesięcy po wyborze projektu do dofinansowania (22 sierpnia 2019 r.) oraz ponad 10 miesięcy po podjęciu decyzji o dofinansowaniu projektu (19 grudnia 2019 r.).

Podwójne zatrudnienie specjalisty IT

UMWM dofinansował koszty wynagrodzenia osoby zatrudnionej w MPP za okres, w którym ta osoba, w tych samych godzinach świadczyła pracę na rzecz UMWM zajmując się projektem MSIM. Tym samym wydatkowano środki na wynagrodzenie za pracę tej osoby w tym samym czasie w dwóch różnych miejscach pracy z budżetu Województwa Małopolskiego, co było działaniem niegospodarnym. Spółka zatrudniła specjalistę IT pracującego w UMWM od 1 grudnia 2019 r. w formie telepracy. Specjalista IT miał pracować w okresie od 1 grudnia 2019 r. do 29 lutego 2020 r. zarówno w MPP jak i w UMWM w wymiarze ośmiu godzin dziennie od godziny 8:00 do godziny 16:00. Do zadań tego pracownika w obu jednostkach należało wyłącznie zajmowanie się projektem MSIM. Marszałek wypłacił temu pracownikowi wynagrodzenie za pracę w tym czasie w UMWM oraz rozliczył wydatki związane z jego pracą w tym czasie w MPP wynoszące 53,9 tys. zł (wydatki z tytułu wynagrodzenia oraz ryczałt).

Urząd Marszałkowski planował powierzyć Spółce także zarządzanie platformą MSIM, przy czym prognozowane roczne koszty zarządzania szacowano na poziomie od 3244,1 tys. zł w 2022 r. do 3266,8 tys. zł w 2030 r. Na koszty utrzymania MSIM miały składać się wydatki na wynagrodzenia dziewięciu osób na poziomie 2380,8 tys. zł rocznie (71,1%), koszty zarządu w wysokości od 650 tys. zł w 2022 r. do 761,6 tys. zł w 2030 r. (od 20% do 23%) oraz wydatki na kolokację w ośrodku przetwarzania danych w wysokości 213,3 tys. zł rocznie (6,6% ogółu kosztów). Koszty te w 75% miały pokrywać szpitale partnerskie, a w 25% WM. Do 27 czerwca 2022 r.²³ nie zawarto jednak umowy na zarządzanie platformą MSIM ze Spółką i ostateczne koszty zarządzania nie były znane. Miały one zostać ustalone dopiero po określeniu informatycznej architektury platformy MSIM oraz ustaleniu finalnego podziału ról i odpowiedzialności poszczególnych uczestników MSIM.

Planowane koszty
utrzymania platformy
MSIM

Przygotowując realizację MSIM Urząd Marszałkowski udzielił sześciu zamówień publicznych na sporządzenie analiz i opracowań oraz świadczenie usług eksperckich, a także przeprowadził dialog techniczny z potencjalnymi wykonawcami platformy MSIM. Przeprowadzono m.in. analizę funkcjonowania Pilotażu MSIM, analizę infrastruktury i wymogów w celu określenia docelowej lokalizacji warstwy regionalnej MSIM, analizy dotyczące innych regionalnych systemów informacji medycznej (także zagranicznych), analizę możliwości rozbudowy MSIM o nowe funkcjonalności, analizy zasobów teleinformatycznych szpitali partnerskich, analizę możliwości budowy/stanu wdrożenia w publicznych podmiotach leczniczych repozytoriów elektronicznej dokumentacji medycznej, analizę procesów biznesowych. Opracowano m.in. koncepcję MSIM, założenia do modelu utrzymania MSIM, koncepcję lokalizacji serwerowni podmiotów leczniczych, zestawienie potrzeb podmiotów leczniczych w celu połączenia z MSIM, wykazy niezbędnych elementów w celu integracji podmiotów leczniczych z MSIM oraz standard infrastruktury do połączenia podmiotów leczniczych z MSIM. Przygotowane materiały oraz świadczone usługi eksperckie zostały wykorzystane na etapie wdrażania przedsięwzięcia. Przygotowano je zgodnie z zawartymi umowami i prawidłowo odebrano. W jednym przypadku zamówienia udzielono z naruszeniem przepisów pzp zawyżając wartość złożonej oferty o 126,6 tys. zł z kwoty 835,1 tys. zł do kwoty 961,6 tys. zł. Podwyższenia wartości oferty dokonano w trybie poprawy oczywistej omyłki rachunkowej, pomimo że w ofercie nie było takich omyłek. Łączne wydatki poniesione na sporządzenie analiz i opracowań wyniosły 4165,5 tys. zł.

Zamówienia publiczne

Złożony 31 października 2018 r. wniosek o dofinansowanie wymagał korekt, które wynikały przede wszystkim ze stopnia skomplikowania projektu. Wyboru projektu dokonano w trybie pozakonkursowym. Projekt został pozytywnie oceniony pod względem formalnym, finansowym i merytorycznym (z udziałem ekspertów). W trakcie oceny merytorycznej zwracano wprawdzie uwagę na kwestie dotyczące komplementarności i synergii projektowanego rozwiązania, jednak udzielając wyjaśnień i dokonując korekt we wniosku o dofinansowanie wnioskodawca (Biuro

Przygotowanie
i ocena wniosku
o dofinansowanie

²³ Patrz przypis nr 15.

Inwestycji Strategicznych UMWM) odniósł się do rekomendacji Centrum zawartych w dokumencie *Opis funkcjonalny systemów centralnych* pochodzącym z 12 października 2018 r., całkowicie pomijając informacje uzyskane w okresie od 25 lutego 2019 r. do 17 czerwca 2019 r. z MZ i Centrum dotyczące komplementarności MSIM z platformą P1. Z wniosku o dofinansowanie, ani składanych przez Biuro Inwestycji Strategicznych UMWM wyjaśnień nie wynikało, że Centrum planuje udostępnić pacjentom za pośrednictwem IKP dostęp do danych medycznych. Tym samym oceniający nie mieli możliwości, aby wziąć ten fakt pod uwagę.

Ustalenie wartości projektu

Przygotowując wniosek o dofinansowanie ustalono wartość projektu w oparciu o kwotę alokacji ustaloną decyzją IZ RPO na lata 2014–2020 dla poddziałania 2.1.5 E-usługi w ochronie zdrowia, która wynosiła 41 mln euro. Szacunkowa wartość komponentu regionalnego w wysokości 33,2 mln zł (tj. ok. 8 mln euro) została ustalona z uwzględnieniem szacowanej wartości projektu, odpowiadającej zakresowi warstwy regionalnej przedsięwzięcia, określonego w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych RPO WM wynoszącym 39,1 mln zł. Wartość komponentu regionalnego była pochodną szacunkowych analiz UMWM przeprowadzonych w toku identyfikacji przedsięwzięć strategicznych dla realizacji opracowywanego ówczesnie Programu Strategicznego Regionalna Strategia Innowacji Województwa Małopolskiego na lata 2014–2020. Pozostałą kwotę alokacji w wysokości ok. 33 mln euro przeznaczono dla komponentu lokalnego. Została ona ustalona wynikowo jako pula środków możliwych do przeznaczenia na ten cel w ramach osi 2. RPO WM, po podziale środków na inne typy projektów. Nie prowadzono odrębnych analiz przy ustalaniu alokacji na komponent lokalny. Ostatecznie w projekcie docelowym MSIM zaplanowano wydatki na poziomie 209,4 mln zł, z czego wydatki na doposażenie szpitali partnerski miały wynieść, 147,1 mln zł, wydatki na wykonanie platformy MSIM 39,3 mln zł, wydatki na usługi wsparcia związane z platformą MSIM oraz na działania edukacyjno-informacyjne zaplanowano w wysokości 11,7 mln zł, a koszt wynagrodzenia personelu zatrudnionego u partnera technologicznego – MPP miał wynieść 1,9 mln zł. Pozostałe zaplanowane 9 mln zł dotyczyło wydatków ryczałtowych, wyposażenia stanowisk pracy, czy też audytu informatycznego. Dofinansowanie zaplanowano na poziomie 90% kosztów kwalifikowanych (85% dofinansowania z UE i 5% dofinansowania jako uzupełnienie wkładu własnego z Budżetu Państwa) i miało ono wynieść 175,9 mln zł.

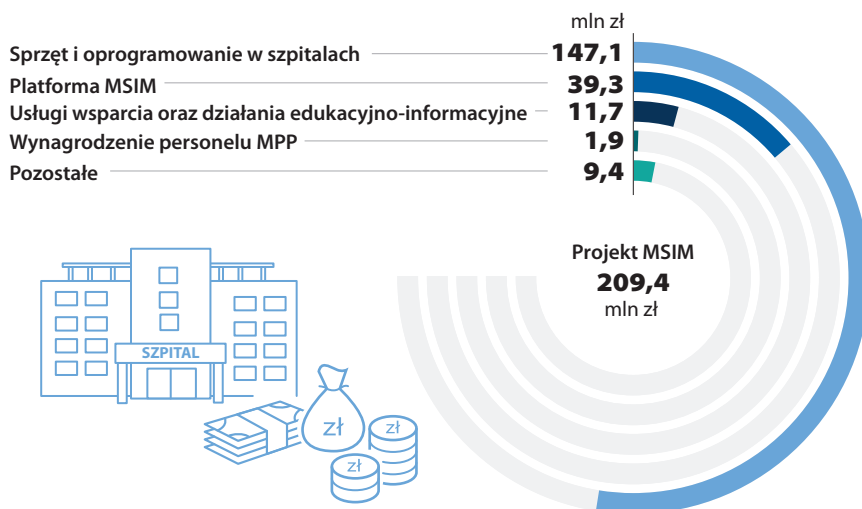
Wydatki planowane w ramach docelowego projektu MSIM

Planowany koszt realizacji docelowego MSIM wynosił 209 429,2 tys. zł²⁴, w tym dofinansowanie ze środków UE miało wynieść 166 138,7 tys. zł, dofinansowanie ze środków budżetu państwa 9775,4 tys. zł, a środki własne UMWM, Spółki oraz szpitali partnerskich miały wynieść 33 515,6 tys. zł. Dofinansowanie było udzielone przez IZ RPO ze środków UE w ramach 2. osi priorytetowej Cyfrowa Małopolska, Działanie 2.1 E-administracja i otwarte zasoby, Poddziałanie 2.1.5 e-usługi w ochronie zdrowia.

²⁴ Stan wg wniosku o dofinansowanie po zmianach.

Infografika nr 5

Struktura planowanych wydatków w ramach docelowego projektu MSIM



Źródło: opracowanie własne NIK.

5.2. Wykonanie i wdrażanie Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej

Opóźnienie wykonania MSIM stworzyło istotne ryzyko, iż nie zostanie on wdrożony nawet w przesuniętym do końca października 2023 r. terminie. Centrum e-Zdrowia nie rekomendowało wdrażania na poziomie regionalnym portali powielających usługi zaprojektowane dla pacjentów na poziomie centralnym. Dynamiczny rozwój platformy P1 spowodował, że kontynuacja projektu w jego planowanym kształcie będzie powieleniem funkcjonujących już usług o zasięgu ogólnopolskim. Do 27 czerwca 2022 r. w ramach projektu rozliczono 82 743,3 tys. zł (39,5% planowanej kwoty), z czego na doposażenie szpitali wydatkowano 78 778,3 tys. zł (53,5%).

Pierwotnie Projekt MSIM miał zostać wdrożony do końca 2021 r., jednak w toku jego realizacji powstały opóźnienia i termin jego zakończenia przesunięto na 31 października 2023 r. Postępowanie o udzielenie kluczowego dla powodzenia projektu zamówienia publicznego wszczęto 27 grudnia 2019 r., tj. osiem dni po podjęciu decyzji o dofinansowaniu projektu i cztery miesiące po wyborze projektu do dofinansowania. Umowę z wykonawcą zawarto jednak dopiero 25 sierpnia 2021 r. ze względu na procedurę odwoławczą toczącą się przed Krajową Izbą Odwoławczą i sądem. Umowa zakładała wykonanie platformy MSIM w ciągu 18 miesięcy, jednak w toku realizacji dochodziło do opóźnień i 4 lutego 2022 r. Zarząd Województwa Małopolskiego złożył wykonawcy oświadczenie o odstąpieniu w części od zawartej umowy. Do 27 czerwca 2022 r.²⁵ nie rozstrzygnięto sporu pomiędzy dotychczasowym wykonawcą a UMWM oraz nie ogłoszono prze-

Opóźnienia w realizacji projektu

²⁵ Patrz przypis nr 15.

targu na wykonanie platformy MSIM w pozostałym zakresie²⁶. Do opóźnień dochodziło także przy realizacji warstwy lokalnej MSIM. Postęp finansowy w pięciu spośród 38 szpitali partnerskich wynosił 0%²⁷, pomimo że zgodnie z harmonogramem rzeczowo-finansowym projektu zadania te powinny zostać zrealizowane do końca 2021 r. Z prowadzonego przez MPP monitoringu postępu prac w szpitalach partnerskich wynikało, że 16 z nich jest niezdolnych i niegotowych do integracji.

Przykład

Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla nie wykorzystał swojego udziału w MSIM do osiągnięcia celów szczegółowych MSIM tj. do poprawy systemu obsługi pacjentów, ujednolicenia i poprawy procesu gromadzenia danych i informacji medycznych oraz zapewnienia uprawnionym podmiotom szybkiego dostępu do tych danych i informacji. Szpital nie prowadził elektronicznej dokumentacji medycznej innej niż e-skierowanie oraz e-recepta. Szpital nie uzyskał gotowości do wymiany EDM z innymi szpitalami uczestniczącymi w MSIM, po tym jak platforma MSIM miała zostać uruchomiona. Istnieje ryzyko, iż do czasu zakończenia Projektu szpital nie uzyska takiej gotowości.

Wdrażanie e-usług dublujących rozwiązania centralne

Wdrażając MSIM nie uwzględniono wszystkich zmian, jakie Ministerstwo Zdrowia wspólnie z Centrum wprowadzały do ogólnokrajowej platformy P1 i związanego z nią IKP, wobec czego nie uniknięto wdrażania e-usług dublujących rozwiązania centralne. Urząd Marszałkowski zawarł 25 sierpnia 2021 r. umowę o wartości 19 987,5 tys. zł na wykonanie platformy MSIM uwzględniającej funkcjonalności powielające rozwiązania centralne platformy P1 oraz związanego z nią IKP, co było działaniem niezgodnym z rekomendacjami Komitetu Sterującego EFSI i niegospodarnym. Umowa została zawarta na wykonanie platformy nie w pełni komplementarnej wobec rozwiązań centralnych, tj. nie tylko uzupełniającej funkcjonalności platformy P1 i związanego z nią IKP, ale także dublującej niektóre jej funkcjonalności obejmujące:

- **wymianę EDM w ramach 38 szpitali partnerskich**

Od 1 lipca 2021 r. wprowadzono obowiązek dla wszystkich podmiotów leczniczych w Polsce prowadzenia wymiany dokumentacji medycznej (zarówno EDM jak i innej wytworzonej zgodnie ze standardem HL7 CDA) przy pomocy platformy P1, która jest otwartym i bezpłatnym środowiskiem dostępnym dla tych podmiotów. Za jej pośrednictwem podmioty lecznicze w całej Polsce mogą wymieniać się dokumentacją medyczną wytworzoną zgodnie ze standardem HL7 CDA. Na 38 uczestniczących w projekcie MSIM szpitali partnerskich 23 uzyskały taką możliwość i realizowały ją w ramach platformy P1;

²⁶ Uchwałą nr 1535/22 Zarządu Województwa Małopolskiego z dnia 6 września 2022 r. zatwierdzono ugodę z wykonawcą i 21 września 2022 r. wszczęto postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie regionalnej platformy wymiany elektronicznej dokumentacji medycznej w województwie małopolskim.

²⁷ Zgodnie ze stanem zaawansowania za okres do 7 lutego 2022 r.

- **e-rejestrację**

Ministerstwo Zdrowia 2 sierpnia 2021 r. przekazało UMWM informację, że nie rekomenduje realizowania takich funkcjonalności w ramach platform regionalnych ze względu na planowane ich wdrożenie w ramach platformy P1;

- **portal pacjenta zapewniający dostęp pacjentom do ich dokumentacji medycznej oraz obsługujący komponent e-rejestracji opisany wcześniej**

Dostęp do dokumentacji medycznej wytwarzanej zgodnie ze standardem HL7 CDA i udostępnianej przez podmioty lecznicze zapewniało od 1 lipca 2021 r. IKP.

Po zawarciu umowy zrezygnowano z wdrażania usługi e-rejestracji. W efekcie jedyną planowaną funkcjonalnością portalu pacjenta MSIM miał być dostęp pacjentów do wytworzonej w szpitalach partnerskich EDM, tj. do tych samych dokumentów, do których dostęp zapewnia IKP. Jednocześnie szpitale partnerskie zostały zobowiązane do przekazywania do regionalnego repozytorium MSIM wszystkich typów EDM, ale wymagania co do stopnia zasilania repozytorium tą dokumentacją określono tylko dla dwóch z pięciu rodzajów EDM określonych w rozporządzeniu EDM. Tymczasem od 1 lipca 2021 r., zgodnie z art. 11 ust. 3 ustawy o systemie informacji, wszystkie podmioty lecznicze zobowiązane są przekazywać do Systemu Informacji Medycznej (obsługiwanego przez platformę P1) dane zdarzenia medycznego w celu umożliwienia innemu usługodawcy pobrania danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej lub dokumentacji medycznej, o której mowa w ustawie o prawach pacjenta, niezbędnych do prowadzenia diagnostyki lub zapewnienia ciągłości leczenia. Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy o systemie informacji, dane osobowe i jednostkowe dane medyczne, zawarte w elektronicznej dokumentacji medycznej podmiotu leczniczego, zgromadzone w systemie teleinformatycznym usługodawcy, są udostępniane za pośrednictwem SIM. W ramach platformy MSIM obowiązkowe ma być rejestrowanie jedynie wszystkich typów EDM (a nie wszystkich dokumentów EDM) oraz zasilanie platformy MSIM 95% dokumentów należących do dwóch z pięciu typów EDM²⁸. W konsekwencji zakres dokumentacji medycznej udostępnianej za pośrednictwem platformy P1 oraz IKP jest szerszy od planowanego obowiązkowego do udostępniania zakresu w ramach platformy MSIM.

Opinia Centrum e-Zdrowia z 15 kwietnia 2022 r. uzyskana w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK

W ekosystemie e-zdrowia w Polsce centralnym punktem styku pacjenta z systemem ochrony zdrowia jest Internetowe Konto Pacjenta, uruchomione w ramach Projektu P1 i osadzone w przepisach ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Nie jest rekomendowane, aby na poziomie regionalnym wdra-

²⁸ Informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach – w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala oraz karta informacyjna z leczenia szpitalnego.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

zać portale dla pacjenta powielające e-usługi udostępnione pacjentom na poziomie centralnym. Działania takie nie wnoszą bowiem wartości dodanej dla pacjentów (nie dostarczają nowych e-usług), a generują koszty związane z ich budową i utrzymaniem. Regionalny zasięg tych rozwiązań powoduje też, że będą one z istoty niekompletne²⁹ (przykładowo, funkcjonalność wymiany EDM dotyczyć będzie dokumentacji wytworzonej w ramach placówek z danego województwa, a w praktyce najczęściej tylko części z nich, podczas gdy taka sama usługa w ramach Platformy P1 obejmuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą w Polsce).

Infografika nr 6

Porównanie wybranych funkcjonalności Systemu Informacji Medycznej obsługiwanych przez platformy P1 i P2 wykorzystywanych przez pacjentów oraz funkcjonalności MSIM

	System Informacji Medycznej (obsługiwany przez platformę P1 i P2)	MSIM
Dostęp pacjentów do dokumentów medycznych	 od 1 lipca 2021 r.	 Planowane jest zapewnienie technicznej możliwości pacjentom 38 szpitali partnerskich.  Planowy termin wprowadzenia do 31 października 2023 r.*
e-rejestracja	 Planowana, 8 czerwca 2022 r. uruchomiono program pilotażowy w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zakładane funkcjonowanie do 30 listopada 2022 r. 	 zrezygnowano
Dostęp pacjentów do rejestru zdarzeń medycznych	 od 1 lipca 2021 r.	
e-skierowanie	 od 8 stycznia 2021 r.	
e-recepta	 od 8 stycznia 2020 r.	

Źródło: opracowanie własne NIK.

* Według stanu na 27 czerwca 2022 r.³⁰ termin zakończenia projektu upływał 31 marca 2023 r. Uchwałą ZWM nr 1647/22 z dnia 27 września 2022 r. przedłużono okres realizacji Projektu MSIM do 31 października 2023 r.

²⁹ Pogrubienie własne.

³⁰ Dzień zakończenia czynności kontrolnych w UMWM.

NIK wystąpiła z prośbą do 35 niekontrolowanych szpitali partnerskich o wyrażenie opinii na temat przydatności platformy MSIM w pracy tych szpitali. Problem powielania rozwiązań centralnych przez platformę MSIM został dostrzeżony przez część szpitali partnerskich, w których zauważono, że wdrożenie w planowanym kształcie platformy MSIM nie przyniesie wymiernych korzyści szpitalom ze względu na już przeprowadzone integracje systemów szpitalnych z platformą P1. Jednocześnie w szpitalach doceniono wkład projektu MSIM we wzmocnienie ich potencjału cyfrowego. Szpitale wskazywały m.in., iż:

- (...) mając na uwadze już przeprowadzoną integrację szpitalnych systemów informatycznych z platformą centralną P1, (szpital – przyp. NIK) nie dostrzega wyraźnych korzyści z podłączenia do warstwy regionalnej, która w największym stopniu dublowałaby rozwiązania już funkcjonujące;
- (...) obecnie informacje o zdarzeniach medycznych wysyłane są do platformy P1, tam też indeksowana jest EDM. Coraz więcej funkcjonalności jest realizowanych lub będzie przez platformę P1, w tym e-rejestracja i indeksowanie dokumentów. Wynika z tego, że funkcjonalności, które mają być realizowane przez warstwę regionalną MSIM są obecnie w większości realizowane poprzez platformę P1, co zdaje się być dobrym i już sprawdzonym rozwiązaniem. W sytuacji, kiedy e-rejestrację wraz z innymi usługami związanymi z EDM przyjąłaby w pełni platforma P1 powstaje pytanie o sens wydawania środków na integrację z platformą MSIM i jej utrzymywaniem przez Szpitale. Środki można by w pełni wykorzystać na dalsze doposażenie w sprzęt Szpitala wraz z oprogramowaniem, które bardzo usprawniłoby przejście na dokumentację EDM oraz utrzymanie w ciągłości działania zbudowanego środowiska.

Informacje dodatkowe
od szpitali partnerskich

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

Infografika nr 7

Porównanie wybranych funkcjonalności Systemu Informacji Medycznej obsługiwanego przez platformy P1 i P2 wykorzystywanych przez personel medyczny oraz funkcjonalności MSIM



Wymiana dokumentacji medycznej

System Informacji Medycznej (obsługiwany przez platformę P1 i P2)

MSIM

✓ od 1 lipca 2021 r. obowiązkowa dla wszystkich podmiotów leczniczych w Polsce

✓ Planowane jest zapewnienie technicznej możliwości wymiany 38 szpitalom partnerskim.
🕒 Planowy termin wprowadzenia do 31 października 2023 r.*

Dostęp pracowników medycznych do dokumentów medycznych

✓ od 1 lipca 2021 r.

✓ Planowane jest zapewnienie technicznej możliwości lekarzom pracującym w 38 szpitalach partnerskich.
🕒 Planowy termin wprowadzenia do 31 października 2023 r.*

e-rejestracja

✓ Planowana, 8 czerwca 2022 r. uruchomiono program pilotażowy w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Zakładane funkcjonowanie do 30 listopada 2022 r.
🕒

✗ zrezygnowano

Repozytorium danych medycznych

✗ Zakłada wykorzystanie repozytoriów danych medycznych użytkowanych przez podmioty lecznicze

✓ Zakłada inwestycje w lokalne repozytoria danych medycznych i ich wykorzystanie oraz stworzenie regionalnego repozytorium danych medycznych
🕒

Rejestrowanie zdarzeń medycznych

✓ od 1 lipca 2021 r. obowiązek dla wszystkich podmiotów leczniczych w Polsce

✗

Dostęp pracowników medycznych do rejestru zdarzeń medycznych

✓ od 1 lipca 2021 r.

✗

e-skierowanie

✓ od 8 stycznia 2021 r.

✗

e-recepta

✓ od 8 stycznia 2020 r.

✗

Źródło: opracowanie własne NIK.

* Według stanu na 27 czerwca 2022 r.³¹ termin zakończenia projektu upływał 31 marca 2023 r. Uchwałą ZWM nr 1647/22 z dnia 27 września 2022 r. przedłużono okres realizacji Projektu MSIM do 31 października 2023 r.

Planując dalszy obszar rozwoju e-zdrowia Ministerstwo Zdrowia przygotowało Program rozwoju e-zdrowia w Polsce na lata 2022–2027 i skierowało go do konsultacji publicznych trwających do 16 września 2022 r. W przygotowanym programie wskazano, że samorządy nie powinny już tworzyć nowych e-usług, a już istniejące powinny być przenoszone na poziom krajowy³². Program ten wskazuje, że regiony powinny odgrywać rolę w optymalizacji systemu e-zdrowia na poziomie województwa, zarówno organizacyjne, jak i techniczne. Ich rola powinna polegać na wsparciu kompetencyjnym podmiotów leczniczych w regionie w rozwoju własnych systemów usługodawców oraz w optymalizacji procesów biznesowych dzięki narzędziom teleinformatycznym. W myśl zapisów tego programu samorządy powinny m.in. stworzyć centra kompetencyjne, które pomogą podmiotom leczniczym opracować założenia systemów informatycznych oraz realizować projekty związane z integracją z usługami centralnymi oraz cyberbezpieczeństwem. Samorządy poprzez centra usług wspólnych mogą zoptymalizować wykorzystanie oprogramowania i infrastruktury techniczno-systemowej. Regiony mogą udostępnić repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej, wspólne systemy szpitalne i gabinetowe, zapewnić cyberbezpieczeństwo, czy udostępnić infrastrukturę techniczno-systemową ośrodkom przetwarzania danych.

Rola regionów w dalszym rozwoju e-zdrowia w Polsce

W ramach docelowego projektu MSIM wydatkowano³³ 82 743,3 tys. zł i uzyskano z tego tytułu dofinansowanie ze środków UE 64 756,5 tys. zł oraz 3812,4 tys. zł ze środków budżetu państwa. Ze środków własnych UMWM wydatkowano 1101,6 tys. zł, a z innych krajowych środków publicznych 6435,5 tys. zł. UMWM wydatkował 3965 tys. zł na zadanie dotyczące *usługi wsparcia niezbędnego dla realizacji Projektu oraz działania edukacyjno-informacyjne – warstwa regionalna* i uzyskał z tego tytułu dofinansowanie wynoszące 2913,9 tys. zł. UMWM nie wydatkował żadnych środków na zadanie dotyczące wykonania warstwy regionalnej, którego realizacja warunkuje osiągnięcie wszystkich z czterech zaplanowanych wskaźników produktu. Planowano wydatkować na ten cel 39 314,9 tys. zł do końca 2022 r., z czego 33 067,2 tys. zł do końca 2021 r.³⁴

Wydatki poniesione w ramach projektu

W związku z realizacją MSIM Urząd Marszałkowski poniósł także dodatkowe wydatki na wsparcie projektu³⁵, które nie zostały rozliczone w ramach projektu w wysokości 234,3 tys. zł.

Na doposażenie szpitali partnerskich, do 27 czerwca 2022 r., wydatkowano w ramach projektu docelowego 78 778,3 tys. zł, tj. 53% planowanej pierwotnie kwoty.

³² W opublikowanym 20 października 2022 r. Programie e-Zdrowia w Polsce na lata 2022–2027 zmieniono ten fragment wskazując, że e-usługi realizowane przez regionalne platformy e-Zdrowia, niewynikające z samorządowych programów polityki zdrowotnej oraz stanowiące powielenie funkcjonalności na poziomie centralnym, powinny zostać wygaszone wraz z zakończeniem swojego cyklu życia, który powinien być rozumiany jako okres, w którym dana usługa adresuje istotną społeczną potrzebę w perspektywie regionalnej i lokalnej i nie ma swojego odpowiednika na poziomie centralnym.

³³ Stan wg wniosku o płatność nr 33 za okres do 7 lutego 2022 r.

³⁴ Według zmienionego wniosku o dofinansowanie z 1 lipca 2021 r.

³⁵ Sporządzenie analiz finansowych i ekonomicznych, specjalistycznych analiz i opinii prawnych, wykonania czynności na rzecz uzyskania prawa ochronnego na znak towarowy, składek członkowskich w ramach Stowarzyszenia HL7, innych specjalistycznych analiz dot. realizacji projektu MSIM.

5.3. Efekty wdrożenia Małopolskiego Systemu Informacji Medycznej

Według stanu na 27 czerwca 2022 r. nie osiągnięto planowanej wartości żadnego ze wskaźników projektu. Z drugiej strony dotychczasowe wydatki w ramach projektu pomogły wzmocnić infrastrukturę IT części szpitali i umożliwiły im współpracę z platformą P1. Efekty tego wsparcia były zróżnicowane. Jeden z trzech szpitali partnerskich objętych kontrolą nie uzyskał nadal gotowości do wymiany EDM z innymi szpitalami uczestniczącymi w Projekcie MSIM. We wszystkich tych szpitalach miały miejsce problemy z zapewnieniem bezpieczeństwa danych pacjentów.

Platforma regionalna MSIM – stan realizacji

Celem głównym projektu było zwiększenie dostępności i poprawa jakości e-usług świadczonych w sektorze ochrony zdrowia poprzez utworzenie i rozwój na poziomie regionalnym wspólnej platformy, umożliwiającej przetwarzanie i przesyłanie danych medycznych pomiędzy jednostkami medycznymi w regionie. W wyniku realizowanych zadań w ramach warstwy regionalnej MSIM nie osiągnięto głównego, założonego efektu, tj. nie wdrożono platformy MSIM. Do 27 czerwca 2022 r.³⁶ odebrano jedynie ilościowo infrastrukturę techniczno-systemową platformy. Nie przeprowadzono jednak odbioru jakościowego i prowadzono postępowanie mediacyjne z wykonawcą platformy, dotyczące odstąpienia od umowy w pozostałej, niezrealizowanej części. Dotąd poniesione wydatki związane z przygotowaniem i wdrożeniem platformy MSIM wyniosły 3965 tys. zł (wydatki na analizy i wsparcie merytoryczne udzielone przez podmioty zewnętrzne) z 51 049,6 tys. zł zaplanowanych we wniosku o dofinansowanie na zadania obejmujące wykonanie warstwy regionalnej oraz usługi wsparcia niezbędne dla jej wytworzenia wraz z działaniami edukacyjno-informacyjnymi.

Warstwa lokalna – efekty realizacji

Celem projektu MSIM było również wypełnienie wymogów ustawy o systemie informacji oraz doposażenie podmiotów leczniczych w sprzęt IT, aby umożliwić im wymianę EDM. Stan realizacji warstwy lokalnej był niepełny. W ramach realizacji projektu nie osiągnięto zaplanowanych efektów, które były uzależnione od wdrożenia warstwy regionalnej MSIM. W dwóch spośród trzech szpitali partnerskich objętych kontrolą realizacja MSIM wpłynęła na ujednolicenie i poprawę procesu gromadzenia danych oraz informacji medycznych, zapewniła uprawnionym podmiotom szybki dostęp do tych danych oraz poprawiła system obsługi pacjenta, tj. zrealizowano cele szczegółowe projektu MSIM. Należy zaznaczyć, że osiągnięcie efektów i celów dotyczących wymiany i udostępniania EDM odbyło się z wykorzystaniem funkcjonalności ogólnopolskiej platformy P1. Inwestycje w warstwę lokalną poczynione w ramach projektu wzmocniły potencjał szpitali partnerskich w obszarze wytwarzania, gromadzenia i udostępniania EDM, jednak stopień osiągnięcia tych efektów przez szpitale był znacznie zróżnicowany. Spośród 38 szpitali, 16 było w dalszym ciągu niezdolnych i niegotowych do integracji, a sześć szpitali nie dysponowało lokalnymi repozytoriami dokumentów medycznych, niezbędnymi dla prowadzenia i wymiany EDM.

³⁶ Patrz przypis nr 15.

Zaplanowane w projekcie MSIM wartości wskaźników produktu powinny zostać osiągnięte do końca 2021 r. Wskaźniki dotyczyły liczby udostępnionych usług wewnątrzadministracyjnych (A2A), liczby usług publicznych udostępnionych on-line o stopniu dojrzałości co najmniej 4, liczby uruchomionych systemów teleinformatycznych w podmiotach wykonujących zadania publiczne i liczby podmiotów wykorzystujących technologie informacyjno-komunikacyjne. Do zakończenia kontroli stan realizacji wszystkich zaplanowanych wskaźników produktu wynosił 0%.

W efekcie wdrożenia MSIM zaplanowano osiągnięcie trzech wskaźników rezultatu, dotyczących:

- liczby osób korzystających z usług on-line. Docelowa wartość wskaźnika oraz wartość zaplanowana do osiągnięcia na koniec 2022 r. wynosiła 484 192 osoby. Wartość tego wskaźnika do czasu zakończenia kontroli wyniosła 0;
- wzrostu zatrudnienia we wspieranych podmiotach (innych niż przedsiębiorstwa). Docelowa wartość wskaźnika oraz wartość zaplanowana do osiągnięcia na koniec 2022 r. wynosiła 2,8. Wartość tego wskaźnika do czasu zakończenia kontroli wyniosła 0;
- liczby nowoutworzonych miejsc pracy – pozostałe formy. Docelowa wartość wskaźnika oraz wartość zaplanowana do osiągnięcia na koniec 2022 r. wynosiła 5. Osiągnięta wartość tego wskaźnika do czasu zakończenia kontroli wyniosła 4.

W dwóch³⁷ spośród trzech skontrolowanych szpitali stwierdzono niepełne korzystanie z pozyskanego w ramach projektu sprzętu lub wykorzystywanie go niezgodnie z wnioskiem o dofinansowanie. W Szpitalu Specjalistycznym im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu nie wykorzystywano lub wykorzystywano niezgodnie z przeznaczeniem określonym we wniosku o dofinansowanie sprzęt informatyczny o wartości 64,8 tys. zł, co stanowiło 9,9% środków wydankowanych na zakup tego rodzaju urządzeń. W przypadku Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o. dotyczyło to urządzeń o wartości 137,7 tys. zł, stanowiących 4,4% wartości sprzętu informatycznego zakupionego do dnia kontroli.

Dostęp do systemów informatycznych funkcjonujących w kontrolowanych szpitalach nie był należycie zabezpieczony. Wystąpiły przypadki nieprzestrzegania przepisów powszechnie obowiązujących w obszarze bezpieczeństwa informacji oraz przyjętych przez szpitale zasad określonych w ich politykach bezpieczeństwa informacji. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły przede wszystkim niezabezpieczenia dostępu do systemu operacyjnego hasłem³⁸, używania przez kilku użytkowników tych samych ogólnych identyfikatorów³⁹ zamiast indywidualnych loginów, używania haseł

Efekty projektu -
wskaźniki

Niepełne i niewłaściwe
wykorzystanie sprzętu
informatycznego
w kontrolowanych
szpitalach

Niewłaściwe
zabezpieczenie danych
medycznych pacjentów

³⁷ Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o., Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu.

³⁸ Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu, Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie.

³⁹ Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu.

WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

o nieodpowiedniej złożoności⁴⁰, czy też używania identyfikatora użytkownika jako hasła⁴¹. Ponadto w jednym ze szpitali nie prowadzono rejestru wejść do pomieszczeń, w których znajdowały się serwery z danymi, w tym danymi medycznymi pacjentów⁴².

W kontrolowanych szpitalach stwierdzono także przypadki wykorzystywania komputerów z nieaktualnym systemem operacyjnym⁴³, nieaktualnym oprogramowaniem antywirusowym lub bez oprogramowania antywirusowego pomimo obowiązku zapewnienia odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych. NIK zaznacza, że wykorzystywanie w działalności szpitala nieaktualnego oprogramowania lub wręcz bez działającego oprogramowania antywirusowego znacząco obniża poziom bezpieczeństwa informatycznego.

Przykład

Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu nie uwzględnił w polityce bezpieczeństwa informacji, iż rozpoczął raportowanie zdarzeń medycznych oraz indeksowanie EDM na platformie P1⁴⁴. Była to znacząca zmiana w funkcjonowaniu Szpitala umożliwiająca pobranie dokumentów medycznych pacjentów tego szpitala przez inne podmioty lecznicze na terenie całego kraju oraz przez pacjentów. Tak istotna zmiana w jego funkcjonowaniu nie została w żaden sposób ujęta w systemie zarządzania bezpieczeństwem informacji.

⁴⁰ Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o., Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu, Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie.

⁴¹ Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.

⁴² Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu.

⁴³ Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie, Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu.

⁴⁴ Od 31 stycznia 2022 r.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Celem głównym kontroli było ustalenie czy osiągnięto cele założone w projekcie Małopolski System Informacji Medycznej.

Cel główny kontroli

Założono, że badania kontrolne umożliwią udzielenie odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

Cele szczegółowe

1. Czy prawidłowo i rzetelnie przygotowano koncepcję funkcjonowania, wykonania i finansowania MSIM?
2. Czy MSIM jest wykonywany i wdrażany prawidłowo, rzetelnie i skutecznie?
3. Czy osiągnięto zaplanowane i funkcjonalne efekty?

Kontrolę przeprowadziła Delegatura NIK w Krakowie na terenie województwa małopolskiego w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Małopolskiego, trzech szpitalach partnerskich oraz w Małopolskich Parkach Przemysłowych sp. z o.o.

Zakres podmiotowy

Kontrolę prowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK i ich działalność oceniono według kryteriów określonych w art. 5 ust. 2 ustawy o NIK, tj. legalności, gospodarności i rzetelności.

Kryteria kontroli

2015–2021 z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed i/lub po tym okresie, mogących mieć wpływ na ocenę realizacji kontrolowanego przedsięwzięcia.

Okres objęty kontrolą

Postępowania kontrolne przeprowadzono w okresie od 1 lutego 2022 r. do 30 czerwca 2022 r.

Okres prowadzenia czynności kontrolnych

W trakcie kontroli, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zasięcano informacji na temat:

Działania na podstawie art. 29 ustawy o NIK

- ♦ funkcjonalności platformy P1, oceny funkcjonalności platformy MSIM oraz liczby podmiotów leczniczych funkcjonujących w województwie małopolskim od Centrum e-Zdrowia;
- ♦ liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz liczby pacjentów w województwie małopolskim oraz roli w projekcie MSIM od Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;
- ♦ wykorzystywanych funkcjonalności w obszarze e-zdrowia oraz udziału w projekcie MSIM i oceny jego przydatności od 35 szpitali partnerskich, które nie zostały objęte kontrolą;
- ♦ realizowanych projektów w obszarze e-zdrowia od marszałków pozostałych 15 województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, lubuskiego, łódzkiego, mazowieckiego, opolskiego, podkarpackiego, podlaskiego, pomorskiego, śląskiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego.

Czynności kontrolne prowadzone były od 1 lutego do 27 czerwca 2022 r. Wyniki kontroli przedstawiono w pięciu wystąpieniach pokontrolnych, w których sformułowano ogółem 37 wniosków pokontrolnych i trzy uwagi. Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych, według stanu na 9 listopada 2022 r., wynikało, że zrealizowano trzy wnioski pokontrolne, w przypadku kolejnych 29 zostały podjęte działania w celu ich realizacji. Do Marszałka WM skierowano następujące wnioski:

Stan realizacji wniosków pokontrolnych

1. Objęcie szczególnym nadzorem dalszego przebiegu projektu MSIM, z uwagi na wysokie ryzyko związane z zakresem oraz dotrzymaniem terminu jego realizacji.
2. Podjęcie działań mających na celu zweryfikowanie i zmianę zakresu projektu planowanego do realizacji w ramach warstwy regionalnej MSIM dla uniknięcia powielania już funkcjonujących lub planowanych do wdrożenia rozwiązań ogólnokrajowych.
3. Zweryfikowanie rzeczywistego czasu pracy pracownika zatrudnionego równocześnie w UMWM i Spółce oraz wypłaconego z tego tytułu wynagrodzenia.
4. Zweryfikowanie wysokości dofinansowania przyznanego na zadanie nr 42 Wynagrodzenie personelu Partnera wybranego w trybie konkursowym ujęte we wniosku o płatność nr RPMP.02.01.05-12-0228/18-011-03 z tytułu jednoczesnego zatrudnienia pracownika w UMWM i Spółce celem dokonania prawidłowego rozliczenia środków w ramach projektu.
5. Zweryfikowanie wysokości przyznanego dofinansowania w związku z zamówieniem nr IS.I.272.2.2016 udzielonym z naruszeniem pzp.

Wnioski oznaczone numerami 1, 3 i 4 zostały zrealizowane, wniosek oznaczony numerem 5 jest w trakcie realizacji. Z informacji przekazanych przez Wicemarszałka Województwa Małopolskiego (data wpływu 21 listopada 2022 r.) wynika, że wniosek oznaczony numerem 2 nie został zrealizowany, tj. po kontroli NIK Urząd Marszałkowski nie dokonał zmian co do zakresu projektu. Do Marszałka Województwa Małopolskiego skierowano także następujące uwagi:

1. Dynamiczny rozwój ogólnopolskiej platformy P1 oraz opóźnienia w realizacji MSIM spowodowały dezaktualizację części z przyjętych założeń, których wykonanie jest konieczne dla zakończenia projektu i rozliczenia uzyskanego dofinansowania. Kontynuacja projektu w obecnym kształcie stwarza istotne ryzyko niegospodarnego wydatkowania środków publicznych i potencjalną konieczność zwrotu dofinansowania.
2. NIK zwraca uwagę, że krótki czas pozostały na realizację MSIM, stwarza ryzyko niedotrzymania terminów i zagrożenie jego rozliczenia, niezależnie od ostatecznego zakresu projektu.

Z informacji przekazanych przez Wicemarszałka Województwa Małopolskiego wynika, że pierwsza uwaga nie została wykorzystana, natomiast odnosząc się do drugiej uwagi wskazano m.in., że zmieniono planowany harmonogram realizacji zamówienia na wykonanie platformy MSIM.

Wysoki odsetek wniosków w trakcie realizacji wynika z czasu niezbędnego na ich realizację (podjęcie działań mających na celu dostosowanie projektu MSIM oraz wprowadzenie rozwiązań zapewniających poprawę bezpieczeństwa informacji). Stan ich realizacji zostanie zweryfikowany rok po przeprowadzeniu kontroli.

Finansowe rezultaty kontroli

W wyniku dokonanych ustaleń uzyskano finansowe rezultaty kontroli. Finansowe skutki nieprawidłowości wyniosły 209 429,2 tys. zł, w tym kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa 610,4 tys. zł, a kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami 228,5 tys. zł. Jednocześnie w przypadku kontynuowania projektu MSIM

ZAŁĄCZNIKI

w obecnym kształcie i nieosiągnięcia zakładanych wskaźników projektu może nastąpić zakwestionowanie całego lub części jego rozliczenia w ramach perspektywy 2014–2020. W związku z tym, potencjalne finansowe skutki nieprawidłowości obejmują pozostałą całkowitą planowaną wartość budżetową projektu pomniejszoną o wyżej opisane stwierdzone nieprawidłowości, tj. 208 590,3 tys. zł. Finansowe skutki nieprawidłowości na szkodę budżetu Unii Europejskiej wyniosły 166 138,7 tys. zł, z czego 448,3 tys. zł stanowiły skutki na szkodę budżetu Wspólnot Europejskich, a potencjalne szkody w ogólnym budżecie Wspólnot Europejskich wynoszą 165 690,3 tys. zł. Skutki te zmaterializują się o ile Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego nie podejmie skutecznych działań eliminujących skutki stwierdzonych nieprawidłowości.

Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego złożył Marszałek Województwa Małopolskiego. Komisja Rozstrzygająca uwzględniła w części sześć z 10 rozpatrzonych zastrzeżeń Marszałka. Pozostałe cztery zastrzeżenia zostały oddalone w całości.

Zastrzeżenia
do wystąpień
pokontrolnych

Wykaz jednostek
kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Krakowie	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	Witold Kozłowski
2.		Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	Artur Asztabski
3.		Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	Wojciech Zaręba
4.		Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	Lidia Zelek
5.		Małopolskie Parki Przemysłowe sp. z o.o.	Monika Michalska-Mazgaj

Wykaz ocen kontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*)	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			Prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	w formie opisowej	- wykonywanie i wdrażanie MSIM zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie i wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków - przeprowadzenie analiz oraz Pilotażu MSIM w trakcie przygotowania koncepcji wykonania, funkcjonowania i finansowania MSIM	- wybranie do dofinansowania projektu, który powiełał rozwiązania platformy P1 w obszarze wymiany EDM i dostępu do niej pacjentów za pośrednictwem portalu pacjenta - dokonanie zwiększenia cen dwóch ofert niezgodnie z postanowieniami art. 87 pzp - zawarcie umowy z wykonawcą na wykonanie platformy MSIM uwzględniającej funkcjonalności powielające rozwiązania centralne platformy P1 oraz związanego z nią IKP - dofinansowanie kosztów wynagrodzenia osoby zatrudnionej w MPP, za okres, w którym ta sama osoba, w tych samych godzinach świadczyła pracę na rzecz UMWM - nieosiągnięcie zaplanowanych wartości wskaźników produktu w terminie określonym we wniosku o dofinansowanie
2.	Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie sp. z o.o.	w formie opisowej	- realizowanie zadań dotyczących projektu MSIM prawidłowo i zgodnie z umowami zawartymi z WM - uzyskanie zdolności do wytwarzania, udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM) oraz możliwości pobierania danych za jej pośrednictwem z innych podmiotów leczniczych	- nieprzestrzeganie procedur bezpieczeństwa informacji wynikających z rozporządzenia KRI oraz przyjętej PBI - niewykorzystywanie lub wykorzystywanie niezgodnie z przeznaczeniem części zakupionego w ramach projektu sprzętu
3.	Szpital Specjalistyczny im. J. Dietla w Krakowie	negatywna		- szpital nie prowadził EDM (za wyjątkiem e-skierowania i e-rejestracji) i nie był w związku z tym gotowy do wymiany EDM z innymi uczestnikami MSIM oraz udostępniania jej pacjentom w ramach platformy regionalnej MSIM. W efekcie Szpital nie uzyskał gotowości do wymiany EDM z innymi szpitalami uczestniczącymi w MSIM, po tym jak platforma regionalna MSIM miała zostać uruchomiona w ramach tego projektu - nieprzestrzeganie procedur bezpieczeństwa informacji wynikających z rozporządzenia KRI oraz przyjętej PBI

4.	Szpital Specjalistyczny im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu	w formie opisowej	- realizowanie zadań dotyczących projektu MSIM prawidłowo i zgodnie z umowami zawartymi z WM - uzyskanie zdolności do wytwarzania oraz udostępniania EDM	- niezapewnienie przez Szpital personelowi medycznemu dostępu do wytwarzanej i udostępnianej przez innych świadczeniodawców EDM za pośrednictwem platformy P1, pomimo posiadania takiej możliwości technicznej - nieprzestrzeganie procedur bezpieczeństwa informacji wynikających z rozporządzenia KRI oraz przyjętej PBI - niewykorzystywanie lub wykorzystywanie niezgodnie z przeznaczeniem części zakupionego w ramach projektu sprzętu
5.	Małopolskie Parki Przemysłowe sp. z o.o.	w formie opisowej (przyczyną dokonania oceny w formie opisowej było wystąpienie zjawisk, których złożoność problematyki nie pozwalała na stworzenie oceny jednoznacznie pozytywnej lub negatywnej)	- Spółka prawidłowo wywiązywała się z obowiązków jakie nakładała na nią zawarta z WM umowa o partnerstwie dotycząca realizacji projektu MSIM - pracownicy MPP stanowili wsparcie dla UMWM oraz szpitali partnerskich	Nie stwierdzono stanów nieprawidłowych, natomiast zwrócono uwagę, iż: - udzielane przez Spółkę wsparcie dla Urzędu Marszałkowskiego miało charakter uzupełniający wobec wsparcia udzielanego UMWM przez zatrudnioną firmę doradczą - Spółka nie stanowiła wsparcia dla UMWM w procesie przygotowania koncepcji funkcjonowania, wykonania i finansowania MSIM

*) pozytywna/negatywna/w formie opisowej

6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych

Ustawa o systemie
informacji w ochronie
zdrowia

Podstawowym aktem prawnym dotyczącym procesu informatyzacji w opiece zdrowotnej jest ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴⁵.

Ustawa ta określa organizację i zasady działania Systemu Informacji Medycznej. W SIM przetwarzane są dane niezbędne do prowadzenia polityki zdrowotnej państwa, podnoszenia jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia (art. 1).

Zgodnie z definicją, zawartą w art. 2 pkt 6 tej ustawy, elektroniczna dokumentacja medyczna to dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Obowiązek prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej wprowadzony został w art. 11 ustawy o systemie informacji. Jednocześnie art. 56 tej ustawy stanowił, że do 31 lipca 2014 r. dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej lub elektronicznej. Termin ten przesunięto najpierw do 31 lipca 2017 r., później do 31 grudnia 2017 r., a następnie do 31 grudnia 2018 r. W obecnym stanie prawnym od 1 stycznia 2019 r. elektroniczna dokumentacja medyczna określona w rozporządzeniu EDM powinna być prowadzona wyłącznie w formie elektronicznej. Od 1 lipca 2021 r. EDM powinna być przekazywana przez usługodawców do SIM, którzy ponadto powinni zapewnić możliwość dokonywania wymiany danych w niej zawartych, zgodnie art. 56 ust. 2a i 4 tej ustawy.

Rozporządzenie
w sprawie rodzajów
EDM

Do elektronicznej dokumentacji medycznej zaliczają się m.in. recepty, skierowania czy karty szczepień oraz dokumenty określone w rozporządzeniu EDM wydanym na podstawie art. 13a tej ustawy. Niniejsze rozporządzenie aktualnie⁴⁶ określa sześć rodzajów EDM, tj.:

1. informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach - w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
2. informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego

⁴⁵ Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, ze zm.

⁴⁶ W pierwotnym brzmieniu rozporządzenie EDM określało trzy rodzaje elektronicznej dokumentacji medycznej. Wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem i opis badań diagnostycznych zostały wprowadzone do rozporządzenia zmianą rozporządzenia z 15 października 2019 r. (Dz. U. poz. 2029), a karta profilaktycznego badania ucznia zmianą z 31 sierpnia 2022 r. (Dz. U. poz. 1845). Zmiany weszły w życie 25 kwietnia 2020 r., 25 kwietnia 2021 r. oraz 2 września 2022 r.

przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

3. karta informacyjna z leczenia szpitalnego, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy o prawach pacjenta;
4. wyniki badań laboratoryjnych wraz z opisem;
5. opis badań diagnostycznych, innych niż wskazane w pkt 4;
6. karta profilaktycznego badania ucznia, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Kwestie dotyczące dokumentacji medycznej zostały także uregulowane w ustawie o prawach pacjenta, która m.in. w art. 25 ust. 1 określa zawartość dokumentacji medycznej. Wydane na podstawie art. 30 ust. 1 tej ustawy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania⁴⁷ ustanawia w § 1 ust. 1 obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Dane pacjenta zawarte w dokumentacji medycznej objęte są tajemnicami ustawowymi. Zgodnie z art. 13 ustawy o prawach pacjenta, pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Jego rozwinięciem jest art. 14 tej ustawy, w którym wskazano, że w celu realizacji omawianego prawa osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem jego zdrowia, z wyłączeniem sytuacji opisanych w ust. 2 wymienionego przepisu. Natomiast art. 40 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁴⁸ zobowiązuje lekarza do zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. W ust. 2 wymienionego przepisu podane są wyjątkowe sytuacje, w których obowiązek zachowania tajemnicy podlega wyłączeniu. Art. 41 ust. 1 i 2 tej ustawy nakładają na lekarza obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta w sposób określony w ustawie o prawach pacjenta.

Bezpieczeństwo i tajemnica danych medycznych

Zagadnienia dotyczące bezpieczeństwa informacji reguluje także ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne⁴⁹ oraz wydane na jej podstawie rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych⁵⁰. Rozporządzenie to określa m.in. mini-

⁴⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.

⁴⁸ Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm.

⁴⁹ Dz. U. z 2021 r. poz. 2070, ze zm.

⁵⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 2247.

malne wymagania dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalne wymagania dla systemów teleinformatycznych (w tym sposoby zapewnienia bezpieczeństwa przy wymianie informacji oraz sposoby zapewnienia dostępu do zasobów informacji podmiotów publicznych dla osób niepełnosprawnych). W § 20 tego rozporządzenia określono wymagania dla systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, który powinien zapewniać poufność, dostępność i integralność informacji z uwzględnieniem takich atrybutów, jak autentyczność, rozliczalność, niezaprzeczalność i niezawodność.

Przetwarzanie danych osobowych uregulowane zostało w tzw. ogólnym rozporządzeniu o ochronie danych (RODO) z 2016 r.⁵¹ Przepisy tego aktu prawnego dotyczą przetwarzania danych i mają za cel ochronę podstawowych praw i wolności osób. Określone w nim zostały m.in. obowiązki administratora danych. Szczególnie istotna jest ochrona danych genetycznych, biometrycznych oraz dotyczących zdrowia (wszystkie te kategorie zdefiniowane są w RODO). Uzupełnieniem regulacji RODO w Polsce w obszarze ochrony danych osobowych jest ustawa z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych⁵². Reguluje ona m.in. kontrolę przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych (art. 78–91) oraz statuuje administracyjne kary pieniężne (art. 101–106).

⁵¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE L z 2016 r. Nr 119, str. 1 ze zm.).

⁵² Dz. U. z 2019 r. poz. 1781.

6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2022 r. poz. 623).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2022 r. poz. 1876, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2022 r. poz. 1555, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1634, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz.U. z .2020 r. poz. 818, ze zm.)
9. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 2070 ze zm.).
10. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2247).
11. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.), uchylona z dniem 1 stycznia 2021 r. Obecnie obowiązuje ustawa z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1710, ze zm.).
12. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz. U. UE L z 2016 r. Nr 119, str. 1, ze zm.)
13. Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), uchylone z dniem 15 kwietnia 2020 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, ze zm.).

ZAŁĄCZNIKI

15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1153, ze zm.).
16. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2017 r. w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających realizację usług związanych z prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1404).

6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Minister Zdrowia
8. Minister Funduszy i Polityki Regionalnej
9. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
10. Sejmowa Komisja Zdrowia
11. Senacka Komisja Zdrowia
12. Sejmowa Komisja Samorządu Terytorialnego i Polityki Regionalnej
13. Senacka Komisja Samorządu Terytorialnego i Administracji Państwowej
14. Przewodniczący Sejmiku Województwa Małopolskiego
15. Kierownicy kontrolowanych jednostek – wersja elektroniczna