



KZD-4101-05/2012
Nr ewid.: 20/2013/P/12125/KZD

Informacja o wynikach kontroli

INFORMATYZACJA SZPITALI

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Lech Rejnuś

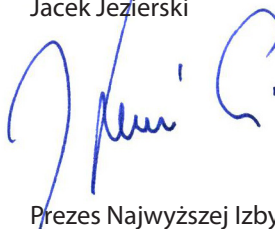


Akceptuję:
Wojciech Misiąg



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Jacek Jezierski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

dnia 10.04.2013

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

www.nik.gov.pl

1. WPROWADZENIE	5
1.1. Informatyzacja systemu ochrony zdrowia.....	5
1.2. Cel i zakres kontroli.....	6
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	7
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności.....	7
2.2. Synteza wyników kontroli.....	7
2.3. Uwagi końcowe i wnioski.....	9
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	10
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych.....	10
3.2. Istotne ustalenia kontroli.....	11
3.2.1. Koordynacja procesu informatyzacji ochrony zdrowia przez Ministra Zdrowia.....	11
3.2.2. Realizacja przez CSIOZ wybranych projektów informatycznych.....	17
3.2.3. Informatyzacja świadczeniodawców.....	23
3.2.3.1. Zasoby informatyczne świadczeniodawców.....	23
3.2.3.2. Współpraca świadczeniodawców z CSIOZ.....	31
3.2.3.3. Projekty regionalne realizowane przez samorządy wojewódzkie.....	32
3.2.4. Realizacja wniosków pokontrolnych sformułowanych po kontroli „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji”.....	33
3.2.5. Inne ustalenia kontroli.....	36
3.2.6. Ustalenia kontroli „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji”.....	38
4. INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI	41
4.1. Przygotowanie kontroli.....	41
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	41
4.3. Finansowe rezultaty kontroli.....	42
5. ZAŁĄCZNIKI	43

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
CWU	Centralny Wykaz Ubezpieczonych
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
OW NFZ	oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
PIOZ	Program Informatyzacji Ochrony Zdrowia
PIP	Plan Informatyzacji Państwa (określony przez rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 marca 2007 r. w sprawie „Planu Informatyzacji Państwa na lata 2007–2010”), elementami tego planu są projekty P1 i P2
P1	Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych
P2	Platforma Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych
SIM	System Informacji Medycznej (będzie obsługiwany przez Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych oraz Platformę Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych)
SIOZ	system informacji w ochronie zdrowia (obejmuje bazy danych funkcjonujących w ramach SIM, dziedzinowych systemów teleinformatycznych oraz rejestrów medycznych – por. art. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia ¹)
Ustawa o systemie informacji	ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia
WWPE	Władza Wdrażająca Programy Europejskie
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

¹ Dz. U. Nr 113, poz. 657 ze zm.

1.1 Informatyzacja systemu ochrony zdrowia

Budowa systemu informatycznego ochrony zdrowia, realizowana od 2008 r. w ramach „Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia”, jest finansowana z budżetu UE². Program składał się początkowo z sześciu odrębnych projektów, tj.:

1. P1 – „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych”,
2. P2 – „Platforma udostępniania on-line przedsiębiorcom usług i zasobów cyfrowych rejestrów medycznych”,
3. P3 – „Systemy związane z przebudową, dostosowaniem, utrzymaniem i monitorowaniem rejestrów i innych zasobów ochrony zdrowia przez organy publiczne, w tym administrację państwową i samorządową”,
4. P4 – „Projekty związane z organizacją i administrowaniem systemami informacji publicznej (...) oraz udostępnienia informacji wielojęzycznej dotyczącej norm europejskich w informatyce. Projekty związane z usprawnieniem i integracją systemów informacyjnych w ochronie zdrowia dotyczące działalności przedsiębiorstw”,
5. P5 – „Elektroniczna platforma konsultacyjnych usług telemedycznych Ministerstwa Zdrowia, NFZ oraz sieci szpitali wysokospecjalistycznych”,
6. P6 – „Wzmocnienie strategii informacji publicznej Polskiej Instytucji Łącznikowej”.

W chwili obecnej realizowane są jedynie dwa (P1 i P2; szczegóły str. 38).

Pozyskanie środków na ten cel umożliwiło opracowanie Studium Wykonalności dla PIOZ (30 czerwca 2008 r.) i podpisanie umów z Władzą Wdrażającą Programy Europejskie (zwaną dalej WWPE) o dofinansowanie projektów (22 czerwca 2009 r.).

Kluczową rolę w realizacji PIOZ przewidziano dla Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (jednostki podległej Ministrowi Zdrowia, zwanej dalej CSIOZ)³, które zgodnie z zapisami statutowymi jest odpowiedzialne za projektowanie i monitorowanie projektów informacyjnych w ochronie zdrowia.

Podstawę prawną procesu informatyzacji ochrony zdrowia stanowi ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, która weszła w życie 1 stycznia 2012 r.⁴.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 tej ustawy, system informacji w ochronie zdrowia obejmuje bazy danych funkcjonujące w ramach Systemu Informacji Medycznej, dziedzinowych systemów teleinformatycznych⁵ oraz rejestrów medycznych⁶.

SIM ma być systemem teleinformatycznym służącym m.in. przetwarzaniu danych dotyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej udostępnianych przez

² W ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007–2013.

³ Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia powstało 1 sierpnia 2000 r. zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2000 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. MZ Nr 1, poz. 25).

⁴ Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657).

⁵ a) Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, (tzw. Systemem RUM – NFZ), b) Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia, c) Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, d) Systemu Wspomagania Ratownictwa Medycznego, e) Systemu Monitorowania Zagrożeń, f) Systemu Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej, g) Systemu Monitorowania Kosztów Leczenia i Sytuacji Finansowo-Ekonomicznej Podmiotów Lecznicznych, h) Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Lecznicznymi, i) Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych.

⁶ Zgodnie z art. 19 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji, minister właściwy do spraw zdrowia może tworzyć i prowadzić lub tworzyć i zlecać prowadzenie rejestrów medycznych, stanowiących uporządkowany zbiór danych i informacji o zachorowaniach, chorobach, stanie zdrowia, metodach leczenia, diagnozowania, monitorowania postępów w leczeniu oraz zagrożeniach związanych z występowaniem niektórych chorób.

systemy teleinformatyczne świadczeniodawców. Dane te mają być przetwarzane i udostępniane w postaci elektronicznej, a pozyskiwane do SIM, w szczególności z systemów teleinformatycznych świadczeniodawców (art. 10 powyższej ustawy).

Świadczeniodawcy zostali zobligowani do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w sposób umożliwiający pobranie danych zawartych w tej dokumentacji przez innego świadczeniodawcę lub pobranie dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne.

SIM będzie obsługiwany przez 1) Platformę Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych oraz 2) Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, budowane w ramach Projektów P1 i P2.

1.2 Cel i zakres kontroli

Kontrola „Informatyzacji szpitali” została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy NIK na 2012 r. (P/12/125)⁷.

Celem kontroli była ocena stopnia przygotowania świadczeniodawców do wdrożenia Systemu Informacji Medycznej (SIM) oraz działań administracji rządowej związanych z budową systemu informacji ochrony zdrowia w ramach „Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia”.

Kontrolę przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz w 19 szpitalach. Dodatkowo, wysłano ankiety do wszystkich świadczeniodawców wykonujących, według stanu na dzień 30 czerwca 2012 r., hospitalizacje w ramach kontraktu zawartego z NFZ (szczegóły str. 23). Ponadto zasięgnięto informacji, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, u 16 marszałków województw.

Kontrolą objęto także realizację wniosków pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli, sformułowanych po kontroli pn. „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji”⁸.

Badania kontrolne zostały przeprowadzone z uwzględnieniem standardów kontroli stosowanych przez NIK w:

- Ministerstwie Zdrowia, CSIOZ oraz w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1, im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 1 w Lublinie, 105 Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w Żarach na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK⁹ pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności,
- 15 szpitalach, których organem założycielskim była jednostka samorządu terytorialnego na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy o NIK pod względem legalności, gospodarności i rzetelności.

Wystąpienia pokontrolne skierowane do kierowników skontrolowanych jednostek zamieszczono pod adresem strony internetowej BIP Najwyższej Izby Kontroli¹⁰.

W niniejszej informacji zaprezentowano także ustalenia kontroli pn. „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji” przeprowadzonej w 2011 r. w Ministerstwie Zdrowia oraz Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (str. 38 i nast.)¹¹.

⁷ Kontrolą objęto lata 2011–2012 (do zakończenia czynności kontrolnych).

⁸ Kontrola Nr P/11/045.

⁹ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm.).

¹⁰ [www. http://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/](http://www.nik.gov.pl/kontrole/wyniki-kontroli-nik/)

¹¹ Czynności kontrolne w Ministerstwie Zdrowia przeprowadzono od dnia 27 maja do dnia 31 sierpnia 2011 r.; z kolei czynności kontrolne w CSIOZ przeprowadzono od dnia 6 czerwca do 19 września 2011 r.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia realizację przez Ministra Zdrowia i CSIOZ zadań związanych z budową systemu informacyjnego ochrony zdrowia¹². NIK ustaliła bowiem, iż:

- Minister, w okresie 11 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o systemie informacji, nie wydał żadnego z aktów wykonawczych do niej, w tym dotyczących tak kluczowych zagadnień, jak np. warunków organizacyjno-technicznych realizacji dostępu i pobierania danych przetwarzanych w SIM (str. 11)¹³,
- Ministerstwo Zdrowia oraz CSIOZ nie dysponowały kompleksowymi informacjami dotyczącymi stanu zasobów informacyjnych świadczeniodawców (str. 15),
- Ministerstwo Zdrowia oraz CSIOZ w ograniczonym stopniu koordynowały realizację PIOZ oraz projektów regionalnych i indywidualnych (str. 11, 20),
- CSIOZ dopuściło do opóźnień w realizacji Projektu P1. Ich przyczyną były m.in. błędy popełnione przez Centrum w procesie udzielania zamówień publicznych na realizację tego Projektu (str. 17);
- Centrum w ograniczonym zakresie współpracowało z NFZ przy budowie systemów informatycznych przeznaczonych dla ochrony zdrowia, co stwarzało ryzyko dublowania się prowadzonych prac (str. 39).

Konsekwencją wyżej wskazanych nieprawidłowości było m.in. utrudnienie dostosowania systemów informatycznych świadczeniodawców do wymogów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, a także fakt, że różnorodne projekty informatyczne (w tym finansowane ze środków budżetu UE), mogą okazać się niekomplementarne i niekompatybilne z projektami CSIOZ (str. 16–17 oraz 22 i 32).

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Warunkiem niezbędnym do spełnienia przez świadczeniodawców wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, a w szczególności zapewnienia możliwości wymiany danych, w tym danych obrazowych oraz dokumentacji medycznej w formie elektronicznej jest posiadanie przez nich m.in.:

- urządzeń diagnostycznych z cyfrowym zapisem wyników badań¹⁴,
- łącz internetowych o odpowiedniej przepustowości,
- możliwości zapewnienia podmiotom trzecim dostępu do zgromadzonych danych medycznych oraz zdolność do ich pobierania z zasobów innych jednostek, w tym z zasobów CSIOZ.

¹² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

¹³ Ustawa o systemie informacji zawierała 16 upoważnień dla Ministra Zdrowia do wydania aktów wykonawczych do niej. Według stanu na dzień 26 marca 2013 r. zostały opublikowane dwa rozporządzenia wydane przez Ministra Zdrowia na podstawie tej ustawy, tj. rozporządzenie z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów prowadzących bazy danych w zakresie ochrony zdrowia (Dz. U. poz. 1458) oraz rozporządzenie z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (Dz. U. poz. 1497).

¹⁴ Zakłada się, że nie będą one gromadzone centralnie; stąd wynika potrzeba posiadania baz danych i rozwiązań opartych o narzędzia „hurtowni danych”.

Tymczasem, jak wynika z ustaleń kontroli:

- systemy teleinformatyczne części świadczeniodawców (30,9%) miały charakter rozproszony i składały się z wielu niewspółpracujących podsystemów (str. 26), co nie zapewniało interoperacyjności¹⁵ z innymi podmiotami zewnętrznymi funkcjonującymi w sferze ochrony zdrowia, a ponadto, tylko w niewielkim stopniu ułatwiało komunikację pacjentów ze świadczeniodawcą,
- wyposażenie świadczeniodawców w oprogramowanie informatyczne, łącza internetowe o dużej przepustowości oraz sprzęt medyczny, umożliwiający cyfrowy zapis wyników badań oraz prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, było niewystarczające do realizacji zadań wynikających z ustawy o systemie informacji (str. 27 i nast.),

2.2.2. Czynnikiem utrudniającym proces dostosowania systemów teleinformatycznych świadczeniodawców do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia było niewydanie przez Ministra Zdrowia, w okresie 11 miesięcy od dnia jej wejście w życie (1 stycznia 2012 r.), aktów wykonawczych do niej (str. 11).

Projekty aktów wykonawczych, których przygotowanie Minister Zdrowia powierzył CSIOZ zawierały szereg błędów formalnych i merytorycznych, a samo Centrum, mimo wcześniejszych prac nad tą ustawą, nie sformułowało spójnej koncepcji funkcjonowania budowanych systemów informatycznych.

2.2.3. Minister Zdrowia nie posiadał pełnej wiedzy na temat stanu informatyzacji jednostek ochrony zdrowia w województwach, w szczególności w zakresie interoperacyjności realizowanych projektów, z projektami centralnymi CSIOZ (str. 15 i nast.).

Dopiero w 2012 r. podjęto działania zmierzające do oceny stanu zinformatyizowania świadczeniodawców, a także oszacowania skutków finansowych wejścia w życie ustawy dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych.

Część jednostek samorządu terytorialnego realizowała projekty informatyczne mające na celu budowę m.in. regionalnych platform wymiany danych medycznych, tj. projekty o podobnych, a nawet analogicznych, funkcjonalnościach, co projekty realizowane przez CSIOZ (str. 32).

2.2.4. Nieprawidłowości stwierdzone w CSIOZ przy realizacji projektów pogłębiają ryzyko nieterminowego wdrożenia SIOZ. Do najistotniejszych z nich należy zaliczyć:

- przyznanie przez CSIOZ poszczególnym oferentom biorącym udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na realizację części Projektu P1 błędnej ilości punktów za wykazane usługi, co skutkowało unieważnieniem wyboru wykonawcy (str. 17),
- niewdrożenie istotnych elementów tworzonego SIOZ, w tym: Centralnego Wykazu Świadczeniodawców, Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych, Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, Systemu Wspomagania Ratownictwa Medycznego oraz Systemu Monitorowania Dostępności do Świadczeń, które powinny już funkcjonować (str. 19).

¹⁵ Interoperacyjność rozumiana jako zdolność różnych podmiotów oraz używanych przez nie systemów teleinformatycznych i rejestrów publicznych do współdziałania na rzecz osiągnięcia wzajemnie korzystnych i uzgodnionych celów. Interoperacyjność osiąga się przez: 1. ujednoczenie, rozumiane jako zastosowanie tych samych norm, standardów i procedur przez różne podmioty realizujące zadania publiczne, lub 2. wymiennność, rozumianą jako możliwość zastąpienia produktu, procesu lub usługi bez jednoczesnego zakłócenia wymiany informacji pomiędzy podmiotami realizującymi zadania publiczne lub pomiędzy tymi podmiotami a ich klientami, przy jednoczesnym spełnieniu wszystkich wymagań funkcjonalnych i pozafunkcjonalnych współpracujących systemów, lub 3. zgodność, rozumianą jako przydatność produktów, procesów lub usług przeznaczonych do wspólnego użytkowania, pod specyficznymi warunkami zapewniającymi spełnienie istotnych wymagań i przy braku niepożądanych oddziaływań (źródło: <http://www.csioz.gov.pl/wiedza.php>).

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Realizacja PIOZ odbywała się bez uwzględnienia stanu informatyzacji świadczeniodawców oraz oszacowania kosztów ich dostosowania do wymogów ustawy o systemie informacji. Ministerstwo Zdrowia oraz jego jednostka podległa, tj. CSIOZ, nie posiadały pełnej wiedzy na ten temat, pozwalającej na skuteczną koordynację procesu informatyzacji ochrony zdrowia. Było to konsekwencją braku systemu pozwalającego na pozyskiwanie aktualnych i kompleksowych danych o realizowanych projektach informatycznych.

Tworzenie spójnego systemu informacji w ochronie zdrowia komplikowały również trudności w realizacji projektów przez CSIOZ (w szczególności Projektu P1), a także w określeniu tak kluczowych zagadnień jak na przykład zasad interoperacyjności systemów budowanych przez CSIOZ z systemami świadczeniodawców.

Powyższe ustalenia świadczą, w ocenie Najwyższej Izby Kontroli, nie tylko o nierzetelnym przygotowaniu administracji państwowej do realizacji PIOZ, ale także o istnieniu ryzyka, że środki pochodzące z budżetu UE będą nieefektywnie wykorzystywane, tj. na budowę systemów, których funkcjonalności będą się dublowały z systemami budowanymi przez CSIOZ, bądź też na przygotowanie rozwiązań niekomplementarnych i niekompatybilnych.

Do najistotniejszych zagrożeń dla realizacji PIOZ, NIK zalicza również:

- ograniczone środki finansowe świadczeniodawców na modernizację systemów informatycznych,
- brak jasnych i precyzyjnych norm określających podstawowe parametry budowanych systemów,
- różne tempo wprowadzanych zmian w poszczególnych województwach, w niewielkim stopniu skorelowane z działaniami CSIOZ.

Każdy z wyżej wymienionych elementów niesie ze sobą również istotne ryzyko niepowodzenia całego procesu budowy SIOZ.

W ocenie NIK, dalsza realizacja Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia, bez podjęcia kompleksowych działań w celu wyeliminowania zagrożeń wskazanych przez NIK, utrudni terminowe wdrożenie SIOZ oraz uniemożliwi jego efektywne funkcjonowanie.

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Z dniem 1 stycznia 2012 r. weszła w życie ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Ustawa określa organizację i zasady działania systemu informacji w ochronie zdrowia.

Ustawa ta ma charakter ramowy, a kluczowe zagadnienia związane z funkcjonowaniem SIOZ miały zostać ustalone w aktach wykonawczych wydanych na podstawie 16 upoważnień. Rozporządzenia powinny m.in. uregulować tak istotne kwestie jak:

- minimalną funkcjonalność oraz warunki organizacyjno-techniczne funkcjonowania systemów („Platformy Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych” oraz „Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych”), w tym wykaz usług udostępnianych przez te systemy oraz sposoby ich udostępniania (art. 9);
- format elektronicznej dokumentacji medycznej udostępnianej przez świadczeniodawców w SIM, warunki organizacyjno-techniczne jej przetwarzania, udostępniania, autoryzacji oraz zabezpieczenia przed utratą (art. 13 pkt 1);
- warunki organizacyjno-techniczne zamieszczania w SIM dokumentów elektronicznych niezbędnych do prowadzenia diagnostyki, ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne, a także ich pobierania z SIM (art. 13 pkt 2).

Ustawa, w założeniu, tworzy jednolity system, w którym znajdować się będą wszelkie informacje o historii leczenia pacjenta, dostępne lekarzom na każdym etapie procesu terapeutycznego. Przyjęte w ustawie rozwiązania w zakresie komunikacji i wymiany informacji pomiędzy ośrodkami opieki zdrowotnej kreują rozwiązania zapewniające pełną informatyzację dokumentacji dotychczas prowadzonej w formie papierowej.

Ustawa zakłada stworzenie Platformy Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych, umożliwiającej wymianę danych pomiędzy systemami teleinformatycznymi obsługującymi system ochrony zdrowia (art. art. 5 ust. 2 pkt 1). Na mocy przyjętych rozwiązań ustawowych powstanie także Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analiz i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, umożliwiając wymianę oraz dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej (art. 5 ust. 2 pkt 2).

Przepisy dotyczące Platformy Udostępniania On-Line Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych stosuje się od dnia 1 listopada 2012 r. (art. 57 ust. 1).

Dane w SIM powinny być przetwarzane od dnia 1 marca 2014 r. (art. 57 ust. 6). Natomiast wymiana pomiędzy świadczeniodawcami danych zawartych w elektronicznej dokumentacji medycznej, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia ciągłości leczenia, a także wymiana dokumentów elektronicznych pomiędzy świadczeniodawcami w celu prowadzenia diagnostyki, zapewnienia ciągłości leczenia oraz zaopatrzenia usługobiorców w produkty lecznicze i wyroby medyczne powinna być możliwa od 1 sierpnia 2014 r. (art. 11 w zw. z art. 56).

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Koordynacja procesu informatyzacji ochrony zdrowia przez Ministra Zdrowia

1. Tworzenie ram prawno-organizacyjnych SIM

W okresie 11 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy o systemie informacji, Minister Zdrowia nie wydał żadnego aktu wykonawczego do tej ustawy, pomimo tego, że już w październiku 2010 r. Ministerstwo Zdrowia otrzymało od CSIOZ projekty 12 aktów wykonawczych do niej.

Projekty te – jak wynika z notatki służbowej¹⁶ skierowanej przez dyrektora Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia – do pana Jakuba Szulca, ówczesnego Sekretarza Stanu, nie spełniały podstawowych standardów w zakresie wykonania poszczególnych upoważnień ustawowych: *„Dokonana analiza wykazała, że CSIOZ, mimo wcześniejszych prac nad ww. ustawą, nie miał jednoznacznej wizji w zakresie tworzonych systemów, ich funkcjonowania oraz wzajemnych relacji. Przekazano CSIOZ szereg uwag, zobowiązując do ich uwzględnienia i przekazania nowej wersji projektów”*. Stanowisko to podzielił również Departament Organizacji Ochrony Zdrowia (zwany dalej DOOZ)¹⁷.

Przekazane ponownie w II połowie 2011 r. projekty, pomimo zapewnień CSIOZ, nie uwzględniały znacznej części uwag. W dalszym ciągu *„(...) brak było przede wszystkim spójnych i jednolitych rozwiązań, które cechować powinny zbiór regulacji prawnych dotyczących spraw technicznych mających na celu stworzenie jednorodnego mechanizmu, na który składać miałyby się poszczególne systemy i których funkcjonalności, co do zasady winny ze sobą współdziałać”*¹⁸. W konsekwencji przedkładane przez CSIOZ projekty aktów wykonawczych wymagały kolejnych zmian.

Niewydanie aktów wykonawczych do dnia wejścia w życie ustawy o systemie informacji naruszyło § 127 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie zasad techniki prawodawczej¹⁹, który stanowi, że rozporządzenie powinno wchodzić w życie w dniu wejścia w życie ustawy, na podstawie której jest ono wydawane.

Z uwagi na fakt, że ustawa o systemie informacji ma charakter ramowy, a szereg kluczowych zagadnień technicznych zostało przekazanych do uregulowania w drodze rozporządzeń, ich niewydanie negatywnie wpływa na proces dostosowania się świadczeniodawców do wymogów tej ustawy.

Przykładem przewlekłości prac nad aktami wykonawczymi do ustawy o systemie informacji może być sposób procedowania nad projektem rozporządzenia dotyczącego formatów wymiany danych elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), na podstawie upoważnienia zawartego w art. 13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Minister Zdrowia był zobowiązany opublikować je (z uwzględnieniem postanowień Polskich Norm) i udostępnić od 1 stycznia 2012 r. w celu umożliwienia świadczeniodawcom, prowadzącym dokumentację medyczną w postaci elektronicznej, prowadzenie jej według jednolitych zasad.

Ministerstwo zwróciło się w dniu 20 kwietnia 2011 r. do dyrektora CSIOZ z pytaniem o stan zaawansowania prac nad określeniem formatu elektronicznej dokumentacji medycznej. Dyrektor CSIOZ nie udzielił odpowiedzi. Na kolejne zapytanie w tej sprawie, z 30 maja 2011 r., dyrektor CSIOZ stwierdził, że *„trwają obecnie badania analityczne i uzgodnienia dotyczące przyjęcia formatów i zakresu*

¹⁶ Notatka służbowa z dnia 2 listopada 2011 r.

¹⁷ Wyjaśnienia złożone NIK w piśmie z dnia 11 października 2012 r. (znak: MZ-OZ-073-29744-1/NZ/12).

¹⁸ Cytat z ww. notatki służbowej Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 2 listopada 2011 r. dla pana Jakuba Szulca, ówczesnego Sekretarza Stanu.

¹⁹ Dz. U. Nr 100, poz. 908.

dokumentacji elektronicznej, które powinny być przekazywane pomiędzy systemami. (...) Zakłada się, że wszystkie prace zostaną zakończone w terminie pozwalającym na osiągnięcie ostatecznych rezultatów przed dniem 1 stycznia 2012 r.”

Pismem z dnia 21 grudnia 2011 r. Ministerstwo Zdrowia ponownie zwróciło się do dyrektora CSIOZ z pytaniem, kiedy możliwe będzie opublikowanie jednolitych formatów dla EDM wskazując, iż powinno to nastąpić do dnia 1 stycznia 2012 r. W odpowiedzi z dnia 28 grudnia 2011 r. ówczesny dyrektor CSIOZ pan Leszek Sikorski²⁰ jedynie opisał sposób funkcjonowania elektronicznych systemów przetwarzających dokumentację medyczną u świadczeniodawców wskazując, iż są to systemy autorstwa różnych, działających na polskim rynku firm. Określił je jako „(...) firmowe rozwiązania, dość dobrze dopracowane, w które podmioty lecznicze swego czasu zainwestowały znaczące środki finansowe. Jest oczywiste, że likwidacja lub też próba zmiany takiego oprogramowania na inne (jeszcze nie wytworzone), pozbawiona jest sensu, przede wszystkim ekonomicznego”

Pismem z dnia 20 stycznia 2012 r. pan Jakub Szulc, Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, ponowił prośbę o podanie terminu opublikowania jednolitych formatów dla EDM wskazując, że bez przewidzianych do stosowania przez wszystkich wytwórców dokumentacji medycznej jednolitych formatów EDM, prawna możliwość jej wymiany pomiędzy świadczeniodawcami będzie „iluzoryczna”. Nadmienił, że „o konieczności opracowywania i publikacji jednolitych formatów poinformowano Państwa już w 2009 r.”

W odpowiedzi z dnia 26 stycznia 2012 r. dyrektor CSIOZ poinformował, że „zgodnie z art. 13 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w CSIOZ przygotowany został projekt rozporządzenia, który dotyczy m.in. formatów dokumentacji medycznej. Projekt był przedmiotem obrad Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia. (...) Przewiduje się, że prace mogą potrwać od 3 miesięcy do pół roku”.

W październiku 2012 r. CSIOZ wciąż prowadziło prace koncepcyjne nad określeniem jednolitych formatów EDM. Jak wyjaśnił pan Marcin Kędzierski, ówczesny z-ca dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia „Ministerstwo Zdrowia jest świadome, iż brak zdefiniowanych struktur i formatów danych stanowi poważne zagrożenie dla płynnego przejścia od dokumentacji papierowej do elektronicznej, dlatego też kwestie te są regularnie podnoszone podczas wszelkich spotkań z przedstawicielami CSIOZ oraz podczas posiedzeń Komitetów Sterujących dla Projektu P1”.

Konsekwencją przyjętego trybu procedowania nad projektami było nie tylko wielomiesięczne opóźnienie w ich wydaniu, ale także wprowadzenie niepewności wśród świadczeniodawców, co do zakresu i kierunku niezbędnych zmian mających na celu dostosowanie ich własnych systemów do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

Na proces legislacyjny wpływ miało także, w ocenie NIK, równoczesne prowadzenie prac nad rozwiązaniami technicznymi oraz podstawami prawnymi SIOZ. Utrudniało to przyjmowanie uwag zgłaszanych do projektów aktów wykonawczych. Jak wynika z wyjaśnień złożonych NIK przez DOOZ „początek prac nad projektem ustawy (...) zbiegł się w czasie z uruchamianiem realizacji projektów P1 i P2. Taki tryb pozwala na znaczne skrócenie czasu (...) na wdrożenie Projektów P1 i P2, ale wymaga (...) prawidłowej koordynacji w celu uniknięcia ryzyka przyjęcia niespójnych ze sobą rozwiązań prawnych i technicznych”²¹.

²⁰ Pan Leszek Sikorski został odwołany ze stanowiska w dniu 22 listopada 2012 r.

²¹ Pismo z dnia 11 października 2012 r. (znak: MZ-OZ-073-29744-1/NZ/12).

Potwierdzeniem oceny NIK jest stanowisko CSIOZ do uwag zgłoszonych przez Ministerstwo Administracji i Cyfryzacji do projektu rozporządzenia z art. 9 ustawy o systemie informacji, w którym wskazano, że „w sytuacji, gdy zostały już zawarte umowy z wykonawcami uwzględniające projektowaną treść przedmiotowego projektu, obniżenie wymagań zawartych w przepisach merytorycznych będzie stawiało zamawiającego w bardzo trudnej sytuacji. Zapewnienie spełniania koniecznych warunków pozafunkcyjnych wiąże się z kosztami dla wykonawców, jak również brakiem gwarancji, że niezbędne warunki zostaną zrealizowane”²².

Przyczyną niewydania aktów wykonawczych było również rozbieżne podejście Ministerstwa i CSIOZ, dotyczące prac niezbędnych do przygotowania projektów aktów wykonawczych. Centrum – jak wynika z wyjaśnień złożonych przez dyrektora CSIOZ²³ – opracowało jedynie wkład merytoryczny do projektów aktów wykonawczych, podczas gdy Ministerstwo oczekiwało przedstawienia kompleksowo opracowanych projektów wskazując, że jednostką odpowiedzialną za ich merytoryczne przygotowanie – zgodnie z § 1 ust. 2 w zw. z § 5 ust. 1 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 listopada 2004 r. w sprawie zasad i trybu prowadzenia prac legislacyjnych w Ministerstwie Zdrowia – było CSIOZ²⁴.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli zlecenie jednostce podległej opracowania aktów wykonawczych do ustawy nie zwalnia Ministra Zdrowia z odpowiedzialności za ich wydanie. Fakt, że Minister Zdrowia nie był w stanie wyegzekwować realizacji tego zadania, wskazuje na nieskuteczny nadzór.

2. Proces wydawania rozporządzeń stanowiących podstawę działania rejestrów medycznych

Zgodnie z art. 19 ust. 1 i 3 ustawy o systemie informacji Minister Zdrowia został upoważniony do tworzenia w drodze rozporządzenia rejestrów medycznych, po uprzedniej analizie zasadności ich funkcjonowania. Wykaz rejestrów minister właściwy do spraw zdrowia prowadzi w Biuletynie Informacji Publicznej (art. 20 ust. 3).

Informacje o dotychczas prowadzonych rejestrach i informacjach w nich zawartych, podmioty prowadzące rejestr, zobowiązane były, zgodnie z art. 53 ust. 1 i 2 wspomnianej ustawy, przekazać ministrowi za pośrednictwem CSIOZ, w terminie sześciu miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy (tj. do 30 czerwca 2012 r.). W przypadku stwierdzenia zasadności utworzenia rejestru medycznego, minister w terminie sześciu miesięcy miał utworzyć ten rejestr (do 31 grudnia 2012 r.).

Minister Zdrowia podejmował szereg działań w celu wyegzekwowania od podmiotów prowadzących rejestry obowiązku przekazania danych w nich zawartych, w szczególności poprzez:

²² Pismo dyrektora CSIOZ do dyrektora DOOZ z dnia 8 października 2012 r. (znak: WOP.0231.55.2012).

²³ Jak wyjaśnił pan Leszek Sikorski ówczesny dyrektor CSIOZ, „(...) Centrum zgodnie z ww. zarządzeniem przekazuje wkład merytoryczny do Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, czyli do komórki organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia właściwej ze względu na zakres jej działania. Powyższe zgodne jest także z §1 Regulaminu Organizacyjnego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia stanowiącym załącznik nr 2 do Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 9, poz. 56). Zgodnie z §1 pkt 7 Regulaminu Organizacyjnego Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia do zadań Centrum należy jedynie przygotowywanie wstępnych projektów dokumentów programowych i wstępnych projektów aktów prawnych”.

²⁴ Zgodnie z: zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 9, poz. 56) oraz obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2011 r. w sprawie wykazu jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez Ministra Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrowia Nr 2, poz. 23), CSIOZ było jednostką podległą Ministrowi Zdrowia.

- umieszczanie komunikatów na stronie internetowej Ministerstwa począwszy od grudnia 2011 r.²⁵;
- doprowadzenie do powołania w CSIOZ zespołu do realizacji zadań wynikających z art. 53 wspomnianej ustawy;
- opracowanie wytycznych w celu wsparcia podmiotów prowadzących rejestry w zakresie kompleksowego przesłania niezbędnej dokumentacji dla przeprowadzenia analizy, o której mowa w art. 19 ust. 3 tej ustawy.

Działania powyższe okazały się nieskuteczne, bowiem do dnia 1 października 2012 r. zgłoszonych zostało jedynie 13 spośród 78 rejestrów, w stosunku do których powinna zostać przeprowadzona analiza zasadności ich utworzenia.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że nie zgłoszono rejestrów, za których prowadzenie odpowiedzialne były podmioty nadzorowane lub podległe Ministrowi Zdrowia²⁶. W ocenie NIK, Minister Zdrowia, korzystając z uprawnień nadzorczych, powinien wyegzekwować ich zgłoszenie. Opóźnienia w przekazywaniu przez gestorów informacji o dotychczas prowadzonych rejestrach, spowodują, że będą one funkcjonowały bez wymaganej podstawy prawnej.

Do 5 listopada 2012 r. Centrum przekazało Ministerstwu Zdrowia cztery analizy wraz z rekomendacjami utworzenia rejestru²⁷. Z kolei według stanu na dzień 14 listopada 2012 r. Centrum było na końcowym etapie analiz siedmiu kolejnych rejestrów.

Ponadto kontrola wykazała, że Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, nie funkcjonował sprawnie, tj. zawierał nieaktualne dane²⁸. W ocenie NIK powyższa sytuacja może negatywnie wpłynąć na realizację Projektu P1, gdyż dane z powyższego rejestru mają zasilić Centralny Wykaz Usługodawców.

²⁵ W komunikacie z dnia 4 lipca 2012 r. zamieszczonym na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia podano m.in., że „(...) Zgodnie z art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (...) podmiot prowadzący do dnia 1 stycznia 2012 r. rejestry, ewidencje, listy, spisy albo inne uporządkowane zbiory danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych, w zakresie określonym w art. 19 ust. 1, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, tj. do dnia 30 czerwca 2012 r., był zobowiązany przekazać ministrowi właściwemu do spraw zdrowia informacje o ich prowadzeniu oraz zakresie danych w nich zawartych. Ponadto, w myśl przepisu art. 19 ust. 3 ustawy, utworzenie rejestru medycznego powinno być poprzedzone analizą potrzeb jego utworzenia. (...) W przypadku niedopełnienia przez podmiot prowadzący obowiązku wynikającego z art. 53 ust. 1 ustawy, niemożliwe stanie się utworzenie rejestru medycznego w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, uwzględniając art. 53 ust. 3 ustawy. Dodatkowo zgodnie z art. 53 ust. 5 ustawy podmiot prowadzący, w przypadku nieutworzenia rejestru medycznego w sposób określony w art. 20 ust. 1 zobowiązany będzie do zaprzestania jego prowadzenia oraz zniszczenia baz danych i nośników informacji w sposób uniemożliwiający ich wykorzystanie, chyba że rejestry, ewidencje, listy, spisy albo inne uporządkowane zbiory danych osobowych lub jednostkowych danych medycznych stanowią materiały archiwalne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2011 r. Nr 123, poz. 698, ze zm.).
http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/komunikat_csi_20120402.pdf

²⁶ W szczególności dotyczyło to: 1) Rejestru zatorowości płucnej „ZATPOL-2” prowadzonego przez Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, 2) Krajowego rejestru hipercholesterolemii rodzinnej prowadzonego przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, 3) Ogólnopolskiego rejestru niedokrwiennej niedomykalności mitralnej „PIMAR” prowadzonego przez Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, 4) Rejestru chorych na cukrzycę prowadzonego przez Szpital Uniwersytecki w Krakowie, 5) Polskiego rejestru wrodzonych wad rozwojowych prowadzonego przez Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, 6) Rejestru produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu na terytorium RP, Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do użytkowania, Rejestru incydentów medycznych, Centralnej ewidencji zgłaszanych niepożądanych działań produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu, prowadzonych przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

²⁷ Tj. analizę potrzeby utworzenia Krajowego Rejestru Operacji Kardiochirurgicznych (KROK), analizę potrzeby utworzenia Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wierńcowych oraz Ogólnopolskiego Rejestru Kardiochirurgiczno-Kardiologicznego Przewodników Implantacji Zastawek Aortalnych POL-TAVI.

²⁸ W rejestrze tym zaewidencjonowano wszystkie dotychczas istniejące podmioty lecznicze (w tym zlikwidowane), ponad 26 tysięcy podmiotów leczniczych i ich przedsiębiorstw, ponadto 106 tysięcy praktyk lekarskich i ponad 12 tysięcy praktyk pielęgniarek i położnych.

Jak wyjaśnił ówczesny dyrektor CSIOZ Leszek Sikorski, podjęto działania zmierzające do zmniejszenia liczby danych i uciążliwości ich wprowadzania poprzez przygotowanie mechanizmów podpowiadania i korekty danych w oparciu o informacje źródłowe. Z uwagi na skalę problemu i jego złożoność, prace te mają potrwać kilka miesięcy²⁹.

3. Oszacowanie skutków finansowych wejścia w życie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz koordynacja procesu informatyzacji ochrony zdrowia

Ministerstwo Zdrowia nie stworzyło rozwiązań systemowych pozwalających na uzyskanie aktualnych informacji na temat projektów informatycznych realizowanych przez świadczeniodawców. W konsekwencji nie dysponowało pełnymi i kompleksowymi danymi, co do zakresu podmiotowego i przedmiotowego tych projektów, jak również nie знаło wysokości środków zaangażowanych w ich realizację.

Ministerstwo dysponowało jedynie nieaktualnymi (pochodzącymi z końca 2010 r.) danymi dotyczącymi stanu informatyzacji jednostek ochrony zdrowia w poszczególnych województwach oraz o realizowanych projektach, pozyskanymi z informacji przekazanych przez marszałków województw. W wyjaśnieniach przekazanych NIK wskazano, że „Bazując na prowadzonej ówczesnie z urzędami marszałkowskimi korespondencji opracowano zestawienie (...). Nie wszystkie województwa przekazały pełen zakres danych, w związku z czym zestawienie to zawiera pewne braki, (...)”³⁰.

W latach 2010–2012 Ministerstwo Zdrowia podejmowało jedynie doraźne próby oceny stanu zinformatyizowania jednostek ochrony zdrowia oraz wsparcia procesu informatyzacji świadczeniodawców.

Dopiero w dniu 30 grudnia 2011 r. Ministerstwo Zdrowia, mając na uwadze, iż Projekty P1 i P2 nie przewidywały pokrycia kosztów związanych z informatyzacją świadczeniodawców i dostosowaniem ich systemów informatycznych do współpracy z systemem tworzonym przez CSIOZ, zamieściło na swojej stronie internetowej informacje na temat potencjalnych źródeł dofinansowania realizacji powyższego celu³¹.

W 2012 r. podjęto również spóźnione działania zmierzające do oceny stanu zinformatyizowania świadczeniodawców, a w szczególności:

- wszczęto przygotowania do przeprowadzenia badania ankietowego dotyczącego m.in. stanu infrastruktury technicznej oraz wiedzy o sposobach pozyskiwania środków na rozwój infrastruktury informatycznej świadczeniodawców,

²⁹ Jak wyjaśnił Pan Marcin Kędzierski, Dyrektor CSIOZ, Centrum „(...) bezskutecznie usiłuje doprowadzić do poprawności danych, jednak nie może tych danych samo zmieniać i wprowadzać, gdyż są to dane zawarte w księgach rejestrowych, a organami właściwymi do prowadzenia tych ksiąg (czyli także kontrolowania jakości danych są, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej: 1) wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego – w odniesieniu do podmiotów leczniczych, 2) okręgowa rada lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza – w odniesieniu do tych praktyk, 3) okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej przez pielęgniarkę - w odniesieniu do tych praktyk”.

³⁰ Wyjaśnienia dla NIK z dnia 3 października 2012 r. (znak: MZ-OZZ-0910-29606-7/MB/12).

³¹ Komunikat Ministerstwa Zdrowia w sprawie możliwości pozyskania dofinansowania na projekty w ramach Działania 8.2. Wspieranie wdrażania elektronicznego biznesu typu B2B w konkursie organizowanym przez Polską Agencję Rozwoju Przedsiębiorczości w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka 2007-2013. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m111111&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=019085>

- podjęło z własnej inicjatywy (bez udziału CSIOZ) próbę zbadania rzeczywistych potrzeb i nakładów, jakie będą musiały zostać poniesione przez podmioty publiczne w celu dostosowania się do obowiązków wynikających z przepisów ustawy o systemie informacji³².

Powyższe fakty świadczą o niedostatecznym współdziałaniu Ministerstwa Zdrowia z jednostkami samorządu terytorialnego i świadczeniodawcami w zakresie koordynacji procesu informatyzacji jednostek ochrony zdrowia, do czego zobowiązuje art. 7 ust. 4, pkt 3 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Radzie Ministrów³³.

Konsekwencją niepełnej oceny stanu z informatyzowania świadczeniodawców było również niezamieszczenie w tzw. „Ocenie Skutków Regulacji” (zwanej dalej „OSR”), załączonej do projektu ustawy o systemie informacji, skutków finansowych wejścia w życie tej ustawy dla jednostek ochrony zdrowia. Zamieszczono jedynie ogólne sformułowanie, iż koszty systemów teleinformatycznych zostaną pokryte przez świadczeniodawców³⁴.

Szacunek kosztów związanych z dostosowaniem systemów informatycznych do wymogów PIOZ zawierało Studium Wykonalności (800 000 tys. zł w warunkach roku 2008). Z szacunku przedstawionego przez CSIOZ, podczas kontroli NIK, wynika natomiast, że koszty dostosowania świadczeniodawców do wymogów ustawy o systemie informacji wyniosą ok. 1 158 000 tys. zł, choć jeszcze w grudniu 2011 r., Centrum informowało Ministra Zdrowia, że wielkość tych nakładów nie jest możliwa do oszacowania³⁵.

Tymczasem, kontrolowane i ankietowane przez NIK szpitale określiły te koszty na ok. 730 884 tys. zł. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że szacunek ten obejmuje jedynie niewielką część świadczeniodawców funkcjonujących w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. Oznacza to, że koszty dostosowania świadczeniodawców mogą być znacznie wyższe niż podaje CSIOZ.

W ocenie NIK, podstawą decyzji dotyczących informatyzacji całego systemu ochrony zdrowia powinna być m.in. wnikliwa ocena stanu z informatyzowania jednostek ochrony zdrowia. Tymczasem Ministerstwo nie dysponowało kompleksowymi i rzetelnymi danymi dotyczącymi tego zagadnienia. Ocena skutków wejścia w życie ustawy o systemie informacji była nierzetelnie opracowana, fragmentaryczna i dotyczyła głównie systemów budowanych przez CSIOZ. Powstanie ich nie gwarantuje jednak realizacji Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia, gdyż to właśnie systemy świadczeniodawców stanowią źródło zasilania danymi wszystkich pozostałych systemów informacyjnych funkcjonujących w ochronie zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę, że jeśli projekty regionalne realizowane w poszczególnych województwach na rzecz świadczeniodawców m.in. przez ich organy założycielskie będą posiadały analogiczne funkcjonalności, jak w przypadku projektów realizowanych przez CSIOZ,

³² W tym celu pracownicy merytoryczni Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia przeprowadzili audyt systemów informatycznych w Specjalistycznym Centrum Medycznym w Polanicy Zdroju (jednostce podległej Ministrowi). Audyt zrealizowano w sierpniu 2012 r. Zidentyfikowano potrzeby wynikające z dostosowania wymagań nałożonych przez tę ustawę, jednak bez szacowania kosztów. Specjalistyczne Centrum Medyczne w Polanicy Zdroju jest szpitalem zatrudniającym ok. 500 osób personelu.

³³ Dz. U. z 2012 r., poz. 392 ze zm.

³⁴ Wskazano jedynie, że koszt eksploatacji i utrzymania systemu realizowanego w ramach Projektu P2 wyniesie ok. 13 800 tys. zł rocznie, począwszy od roku 2013 (tj. od zakończenia okresu realizacji Projektu) oraz ok. 68 500 tys. zł rocznie dla projektu P1 począwszy od roku 2015 (tj. od zakończenia okresu realizacji Projektu). Koszty te będą pokrywane z budżetu państwa. Dodatkowo zostaną poniesione koszty zaprojektowania, wytworzenia i wdrożenia oprogramowania związanego z budową ośmiu dziedzinowych systemów teleinformatycznych. W OSR przewidziano, że koszty z tego tytułu wyniosą ok. 42 400 tys. zł.

³⁵ Pismo z dnia 8 grudnia 2011 r.

może to skutkować nieefektywnym wykorzystaniem środków z budżetu UE. Niepełna wiedza o stanie zasobów informatycznych świadczeniodawców oraz realizowanych projektach świadczy również o nieefektywnej koordynacji Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że samo Centrum podaje na swoich stronach internetowych (Biuletyn Informacyjny), że „(...)„Ponieważ ok. 50% ankietowanych projektów przewiduje opracowanie portalu internetowego do publikacji informacji medycznej, możliwa jest kolizja z projektem P1 (finansowanie ze środków UE dwóch odrębnych projektów o nakładającej się funkcjonalności). Należałoby zweryfikować, czy zakres publikowanej informacji jest inny (lub dużo szerszy) niż w P1”³⁶.

3.2.2. Realizacja przez CSIOZ wybranych projektów informatycznych

1. Projekt P1

W związku z opóźnieniami realizacji Projektu P1 powstałymi w latach 2008–2011, dokonano zmian w harmonogramie rzeczowo-finansowym³⁷. Polegały one m.in. na przenoszeniu środków pomiędzy poszczególnymi kategoriami wydatków oraz na przesuwaniu poszczególnych zadań na końcowe okresy realizacji Projektów.

Zgodnie ze zmienionym harmonogramem rzeczowo-finansowym³⁸ do 30 września 2012 r. planowano wydatkować na realizację Projektu P1 kwotę 90 251,2 tys. zł.

Plan ten również nie został w pełni zrealizowany. Wydatkowano³⁹ 83 098,5 tys. zł, tj. 92,1% planowanej kwoty na koniec III kwartału 2012 r. i 11,7% planowanych wydatków na cały Projekt P1 (712 640,0 tys. zł).

Na pokrycie kosztów stworzenia i zakupu oprogramowania wraz z rozszerzeniem i aktualizacją licencji przeznaczono jedynie 8 476,3 tys. zł, tj. 10,2% poniesionych wydatków oraz jedynie 2% łącznej kwoty planowanej na ten cel.

Postęp w realizacji harmonogramu rzeczowo-finansowego odnotowano w IV kwartale 2012 r. Na dzień 28 listopada 2012 r., CSIOZ poniosło łączne wydatki na realizację Projektu P1 w wysokości 137 275,5 tys. zł (w tym wydatki kwalifikowalne: 126 419,8 tys. zł).

Przyczyną opóźnień w realizacji Projektu P1 były przeciągające się z winy zamawiającego (CSIOZ) procedury związane z udzieleniem zamówień publicznych. W wyniku przeprowadzonego postępowania przetargowego w trybie przetargu ograniczonego częściowego (cztery części), w dniu 15 czerwca 2012 r., Centrum zawarło trzy umowy (części II-IV) na realizację zasadniczych systemów informatycznych w ramach Projektu P1 na kwotę 356 214,2 tys. zł⁴⁰. Nie zawarto natomiast umowy na realizację I części, gdyż po kontroli tego postępowania, Prezes Urzędu Zamówień Publicznych

³⁶ <http://www.csioz.gov.pl/biuletyn.php>

³⁷ Harmonogram rzeczowo-finansowy stanowił załącznik do umowy o dofinansowanie Projektu P1 zawartej w dniu 22 czerwca 2009 r. W latach 2011–2012 (do 7 grudnia) dokonano łącznie 3 zmian w harmonogramie rzeczowo-finansowym Projektu P1.

³⁸ Harmonogram rzeczowo-finansowy z 13 sierpnia 2012 r., stanowiący załącznik do umowy o dofinansowanie Projektu P1 zawartej 22 czerwca 2009 r.

³⁹ Wydatki na realizację Projektu ponoszone są od 2007 r., natomiast ostateczne jego zakończenie powinno nastąpić z końcem 2014 r.

⁴⁰ Umowa nr CSIOZ/31/2012 zawarta z Hewlett-Packard Polska Sp. z o.o., na wykonanie „Zaprojektowanie, realizację i nadzór gwarancyjny systemu Portal w ramach Projektu P1” za kwotę 116 837,7 tys. zł – II część postępowania, umowa nr CSIOZ/31/2012 zawarta z Kamsoft SA na wykonanie „Zaprojektowanie, realizację i nadzór gwarancyjny systemów System Gromadzenia Danych Medycznych, Pomocnicza Baza Rozszerzonych Danych Medycznych, System Obsługi Rejestrów, System Weryfikacji, System Wspomagania Rozliczeń w ramach Projektu P1” za kwotę 159 850,8 tys. zł – III część postępowania, umowa nr CSIOZ/33/2012 zawarta z Sygnity SA, na wykonanie „Zaprojektowanie, realizację i nadzór gwarancyjny systemów „Hurtowania Danych” oraz „System Wykrywania Nadużyć” w ramach Projektu P1” za kwotę 79 525,7 tys. zł – IV część postępowania. Pierwsza część postępowania została unieważniona.

(zwany dalej: Prezesem „UZP”) stwierdził nieprawidłowości polegające na przyznaniu poszczególnym oferentom niewłaściwej ilości punktów za wykazane usługi oraz zaproszeniu jednego z wykonawców do składania ofert niezgodnie z procedurą określoną w ogłoszeniu o zamówieniu.

Krajowa Izba Odwoławcza (zwana dalej: „KIO”), w uchwale z dnia 4 maja 2012 r., potwierdziła naruszenie art. 51 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁴¹ (zwanej dalej: „ustawą PZP”), co miało bezpośrednie znaczenie dla wyniku postępowania i skutkowało nie dającą się usunąć wadą wyboru oferty, a w konsekwencji koniecznością powtórzenia postępowania w części I Projektu P1.

Nieprawidłowości ustalone przez Prezesa UZP i utrzymane przez KIO stały się podstawą czasowego wstrzymania przez Ministerstwo Finansów płatności z budżetu środków UE na łączną kwotę 13 914,9 tys. zł.⁴²

Z uwagi na przeciągające się procedury przetargowe termin zakończenia realizacji projektu P1 określony na 30 września 2014 r. stał się nieaktualny i został przesunięty przez CSIOZ na 15 grudnia 2014 r.

Opóźnienia w realizacji Projektu P1 były jedną z przyczyn rozwiązania umowy o pracę z kierownikiem Projektu przez dyrektora Centrum (Plan Projektu P1 „zawierał daty punktu ostatecznego wykraczające poza terminy zaakceptowane w Planie Projektu oraz w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia”).

W związku ze zmianami harmonogramu rzeczowo-finansowego oraz faktem, że Projekt P1 jest projektem dużym w rozumieniu rozporządzenia Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r.⁴³. Projekt ten był objęty procedurą ponownego potwierdzania wkładu finansowego UE przez Komisję Europejską.

Jak wyjaśnił dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski, Komisja Europejska wstrzymała ocenę wniosku dla Projektu P1. W uzasadnieniu KE wskazała, że Beneficjent był audytowany przez NIK, która w raporcie pokontrolnym wskazała szereg nieprawidłowości, dotyczących m.in. zamówień publicznych. Strona polska złożyła do Komisji Europejskiej stosowny wniosek, który, według stanu na dzień 16 stycznia 2013 r., był w trakcie oceny przez służby Komisji Europejskiej. CSIOZ zostało zobowiązane do przedstawienia dodatkowych informacji dotyczących m.in. współpracy z regionami, kwestii bezpieczeństwa, czy procedur wewnętrznych.

2. Projekt P2

Opóźnienia dotyczyły również Projektu P2, lecz zostały nadrobione przez CSIOZ. Po przeprowadzeniu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego częściowego, w dniu 20 października 2011 r., Centrum zawarło dwie umowy na realizację zasadniczych systemów informatycznych w ramach Projektu P2 na kwotę 14 461,1 tys. zł⁴⁴.

⁴¹ Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

⁴² Powodem wstrzymania płatności zleceń złożonych: w dniu 20.01.2012 r. - była informacja na temat niekwalifikowalności wydatków (1 123,3 tys. zł), w dniu 26.01.2012 r. - było istnienie wysokiego prawdopodobieństwa, że nie zostaną poświadczone dla Komisji Europejskiej wydatki w ramach projektów, a tym samym nie nastąpi ich refundacja (536,9 tys. zł), w dniach od 2.04 do 10.05.2012 r. - były zarzuty UZP (3 783,2 tys. zł).

⁴³ Rozporządzenie Rady (WE) Nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006 r. ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności i uchylające rozporządzenie (WE) Nr .1260/1999 (Dz. Urzędowy UE L210/25).

⁴⁴ Umowa nr CSIOZ/62/2011 zawarta z konsorcjum: Rodan System SA i Polską Wytwórnią Papierów Wartościowych, na wykonanie Platformy Wymiany Dokumentów i Systemu Wymiany Dokumentów za kwotę 8.464,9 tys. zł i umowa nr CSIOZ/63/2011 zawarta z Pentacomp Systemy Informatyczne SA na wykonanie Systemu Administracji za kwotę 5.996,3 tys. zł.

Kontrole przedmiotowego postępowania przeprowadzone przez UZP i WWPE nie stwierdziły naruszeń procedury przetargowej.

Realizacja przedmiotu umów miała nastąpić do 15 października 2012 r. System Administracji (zwany dalej: „SA”) został odebrany od wykonawcy w terminach przewidzianych w umowie, podobnie jak I i III etap systemu Platformy Wymiany Dokumentów (zwany dalej: „PWD”). II etap systemu PWD nie przeszedł testów akceptacyjnych, co uniemożliwiło jego odbiór w terminie określonym w umowie. Po usunięciu usterek przez wykonawcę i przeprowadzeniu ponownych testów z wynikiem pozytywnym, II etap systemu PWD został odebrany w dniu 7 września 2012 r. Za opóźnienia w dostawie sprawnego systemu PWD (15 dni), Centrum naliczyło wykonawcy karę umowną w kwocie 1.345,9 tys. zł i dokonało jej potrącenia z faktury za II etap systemu.

3. Korekty finansowe

W okresie realizacji Projektów P1 i P2 (do 30 września 2012 r.) WWPE nałożyła na Centrum korekty finansowe w kwotach odpowiednio 4 544,6 tys. zł i 160,6 tys. zł (razem: 4 705,2 tys. zł), co stanowiło 5,1% (92 361,9 tys. zł) wydatków wskazanych przez Centrum we wnioskach o płatność. Według ówczesnego dyrektora CSIOZ Leszka Sikorskiego główną ich przyczyną były naruszenia ustawy PZP stwierdzone podczas kontroli WWPE.

Ponadto kontrola ustaliła, że wydatek w wysokości 18,0 tys. zł na zakup oprogramowania na potrzeby monitorowania wykorzystania zasobów IT w sieci lokalnej CSIOZ nie został sfinansowany ze środków POIG przeznaczonych na realizację Projektów P1 i P2, pomimo że takie założenia zostały wskazane we wniosku o przeprowadzenie postępowania o zamówienie publiczne na dostawę. Takie działanie było nierzetelnie i niegospodarne oraz skutkowało sfinansowaniem wydatku z budżetu środków krajowych. W wyniku działań NIK, Centrum złożyło wnioski o częściową refundację tych kosztów (5,2 tys. zł) ze środków budżetu UE.

Od początku realizacji Projektów P1 i P2 do 30 września 2012 r. wysokość kwalifikowalnych wydatków zakwestionowanych przez WWPE wyniosła odpowiednio: 1 243,9 tys. zł i 89,6 tys. zł (razem: 1 333,5 tys. zł). W Projekcie P2, w kategorii: wydatki na zakup wyposażenia i materiałów związanych z realizacją Projektu, wysokość zakwestionowanych wydatków kwalifikowanych przekroczyła 3% planowanych łącznych wydatków w tej kategorii (448 tys. zł) o kwotę 9,3 tys. zł.

4. Terminowość uruchamiania poszczególnych produktów Projektu P1 w związku z przepisami ustawy o systemie informacji

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, SIOZ ma obejmować bazy danych funkcjonujące w ramach: 1) Systemu Informacji Medycznej, 2) dziedzinowych systemów teleinformatycznych⁴⁵, oraz 3) rejestrów medycznych.

Jak ustaliła kontrola, do dnia jej zakończenia nie działały następujące systemy dziedzinowe:

⁴⁵ a) Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Systemem RUM – NFZ”,
 b) Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia,
 c) Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia,
 d) Systemu Wspomagania Ratownictwa Medycznego,
 e) Systemu Monitorowania Zagrożeń,
 f) Systemu Monitorowania Dostępności do Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
 g) Systemu Monitorowania Kosztów Leczenia i Sytuacji Finansowo-Ekonomicznej Podmiotów Leczniczych,
 h) Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi,
 i) Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych.

- Wspomagania Ratownictwa Medycznego oraz
- Monitorowania Dostępności do Świadczeń,

pomimo ustawowego obowiązku ich funkcjonowania od 1 stycznia 2012 r. (art. 58 ustawy o systemie informacji).

Jako przyczynę zaniechań w tym zakresie CSIOZ wskazywało brak środków na ten cel. Szacowany koszt wytworzenia obu tych systemów dziedzicznych wynosi 10 400 tys. zł. Jak wyjaśnił dyrektor CSIOZ Marcin Kędziński, prace nad systemami zostaną uruchomione w momencie uzyskania środków finansowych na realizację zadania.

Na dzień zakończenia kontroli nie działały również centralne wykazy utworzone na podstawie przepisów ustawy o systemie informacji, tj.: Centralny Wykaz Świadczeniodawców⁴⁶, Centralny Wykaz Pracowników Medycznych⁴⁷, a także System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia⁴⁸, choć zgodnie z art. 57 ust. 2 tej ustawy, dane zawarte w powyższych wykazach oraz systemie ewidencji powinny być przetwarzane od 1 listopada 2012 r.

Jak wyjaśnił ówczesny dyrektor CSIOZ Leszek Sikorski, Centralny Wykaz Świadczeniodawców oraz Centralny Wykaz Pracowników Medycznych stanowią część składową systemu P1 i są opracowywane łącznie z nim, a ich wdrożenie przewidywane jest na październik 2013 r. Powyższe elementy systemu mogą działać tylko wtedy, gdy będą miały zapewnione zasilanie informacyjne.

Powyższy stan faktyczny wskazuje na niespójność pomiędzy realizacją Projektu P1, a terminami określonymi w ustawie o systemie informacji, w szczególności w sytuacji, gdy – jak wynika ze złożonych wyjaśnień – wskazane powyżej „produkty” Projektu P1 powinny być zasilane danymi uzyskiwanymi m.in. od świadczeniodawców. Potwierdza to, w ocenie NIK, niedostateczną koordynację realizacji Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia.

5. Koordynacja działań zmierzających do zapewnienia interoperacyjności systemów budowanych przez CSIOZ z systemami świadczeniodawców

Zapewnienie interoperacyjności między systemami budowanymi przez CSIOZ, a systemami świadczeniodawców było jednym z założonych rezultatów Projektu P1. W Studium Wykonalności Projektu P1 określono te kwestie w sposób ogólny, wskazując przede wszystkim na potrzebę wykorzystania m.in. standardów PN: EN 13606, HL7 oraz DICOM, oraz klasyfikacji takich jak ICD, ATC. Ustawa o systemie informacji zobowiązywała Ministra Zdrowia do wydania aktów wykonawczych określających m.in. warunki organizacyjno-techniczne realizacji dostępu i pobierania danych przetwarzanych w SIM (m.in. art. 13 tej ustawy).

W latach 2011–2012 trwał proces tworzenia wytycznych dla osiągnięcia interoperacyjności w Projekcie P1 z systemami świadczeniodawców. Główne założenia i wytyczne do osiągnięcia interoperacyjności znalazły dotychczas odzwierciedlenie jedynie w następujących dokumentach: opisie przedmiotu zamówienia na system P1, propozycjach rekomendacji interoperacyjności systemu P1 stanowiącej jednocześnie przedmiot do konsultacji dla prototypu komunikatów z obszaru statystyki publicznej w ochronie zdrowia⁴⁹, projekcie rekomendacji Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (zwanej dalej: „EDM”) przekazanych wykonawcom systemu P1 w celu uwzględnienia ich w projektowanych

⁴⁶ Patrz art. 16 ustawy o systemie.

⁴⁷ Patrz art. 17 ustawy o systemie.

⁴⁸ Patrz art. 24 ustawy o systemie.

⁴⁹ <http://p1.csioz.gov.pl/37>

rozwiązaniach oraz upublicznionych projektach regionalnych, jako wytyczne interoperacyjności⁵⁰, tzw. *widokach interoperacyjności prezentujących styk systemu P1 oraz systemów świadczeniodawców i innych podmiotów związanych z ochroną zdrowia na poziomie architektury biznesowej*⁵¹.

Interoperacyjność systemu P2 miała dotyczyć w szczególności określenia wzoru architektury referencyjnej rejestru medycznego, a także jednolitych słowników wykorzystywanych w systemie ochrony zdrowia. Zagadnienia związane z architekturą referencyjną rejestru medycznego zostały zamieszczone w dokumentach opublikowanych na stronie internetowej CSIOZ w II i III kwartale 2011 r.

Do czasu zakończenia kontroli nie określono jednolitych słowników. Prowadzone prace projektowe miały dopiero na celu określenie zakresu i sposobu ich wykorzystania w ochronie zdrowia, w tym do prowadzenia rejestrów medycznych. Przewidywany termin ich zakończenia to połowa 2013 r.

W celu zachowania interoperacyjności transgranicznej, w tym m.in. planowanej integracji z projektem epSOS (European Patients Smart Open Services)⁵², istotną kwestią pozostaje wykonanie zestawienia umożliwiającego tłumaczenie informacji pomiędzy słownikami ICD-9-PL (wersja NFZ Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych) a ICD-9-CM (Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych). Jak wyjaśnił ówczesny dyrektor CSIOZ Leszek Sikorski prace w tym zakresie nie zostały jeszcze rozpoczęte z uwagi na fakt, że nie jest to obecnie działanie „krytyczne”.

Ponadto, do czasu zakończenia kontroli nie dostosowano polskiego prawa do słowników „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10”. Dopiero 28 listopada 2012 r. CSIOZ wystosowało pismo do Ministra Zdrowia, w którym zwrócono uwagę na niespójność pomiędzy aktami prawnymi a wersją klasyfikacji oficjalnie uznaną przez Światową Organizację Zdrowia za obowiązującą, a także na konieczność podjęcia działań legislacyjnych.

Dyrektor CSIOZ Marcin Kędzierski⁵³ wyjaśnił, że w chwili obecnej absolutnie najważniejszym zadaniem dla wszystkich podmiotów gromadzących i przetwarzających dane w obszarze ochrony zdrowia, a także dla gestorów rejestrów jest uporządkowanie własnych zasobów informacyjnych i ustalenie identyfikatorów zgodnych z rozporządzeniem Rady Ministrów z 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 teleinformatycznych⁵⁴.

6. Działalność informacyjna CSIOZ

1) W latach 2011–2012 CSIOZ podejmowało działania informacyjne dotyczące Projektów P1 i P2 polegające m.in. na:

- uruchomieniu w maju 2012 r. dedykowanego Portalu Projektu P1⁵⁵, na którym prezentowano materiały związane z jego realizacją oraz wytycznymi dla interoperacyjności,

⁵⁰ <http://p1.csioz.gov.pl/38>

⁵¹ <http://pl.csioz.gov.pl/31>

⁵² Projekt dotyczy procesu rozwoju nowych technologii komunikacyjnych, a także nowych zintegrowanych usług elektronicznych udostępnianych w obszarze zdrowia, tzw. „e-Zdrowie”, w krajach Unii Europejskiej. Technologie te i rozwiązania zapewnią bezpieczny dostęp do informacji o zdrowiu pacjenta, w szczególności historii choroby pacjenta i elektronicznych recept dostępnych pomiędzy systemami opieki zdrowotnej poszczególnych krajów członkowskich. W projekcie tym Polskę reprezentuje Ministerstwo Zdrowia – posiadając status obserwatora projektu oraz Narodowy Fundusz Zdrowia i Instytut Logistyki i Magazynowania jako członkowie/eksperti projektu. Strona projektu <http://www.epsos.eu/>

⁵³ Minister Zdrowia powołał pana Marcina Kędzierskiego na stanowisko dyrektora CSIOZ w dniu 22 listopada 2012 r.

⁵⁴ Dz. U. poz. 526.

⁵⁵ <http://p1.csioz.gov.pl/>

- organizowaniu kwartalnych konferencji dotyczących elektronicznej dokumentacji medycznej,
- udziale przedstawicieli CSIOZ w konferencjach i prezentacjach materiałów o Centrum oraz o realizowanych projektach,
- rozszerzeniu zakresu informacyjnego cyklicznego Biuletynu Informacyjnego CSIOZ o informacje na temat Centrum i ogólnych zagadnień dotyczących rynku ochrony zdrowia,
- kompleksowym badaniu opinii publicznej, którego rezultatem był raport pn. „Badanie opinii na rzecz Projektu *Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych*”.

W I kwartale 2012 r. CSIOZ przeprowadziło drogą elektroniczną badanie ankietowe wśród podmiotów realizujących informatyczne projekty regionalne. Badanie dotyczyło oceny interoperacyjności w kontekście integracji i wymiany informacji elektronicznej w systemie ochrony zdrowia i składało się z dwóch części:

- pierwsza dotyczyła ogólnych informacji na temat projektów,
- druga współpracy i integracji badanych systemów z P1 oraz innymi systemami informatycznymi.

Wysłano 452 ankiety do przedstawicieli urzędów oraz placówek medycznych, uzyskując informację o 329 projektach realizowanych w obszarze e-zdrowie na łączną szacowaną kwotę 1 117 908,7 tys. zł.

W podsumowaniu wyników ankiety, w odniesieniu do możliwości integracji systemów regionalnych z P1, podano m.in., że 42% ankietowanych nie przewiduje integracji z systemem centralnym lub taka możliwość nie jest w tych systemach przewidywana; 75% projektów nie bierze pod uwagę dokumentacji systemu P1 i nie traktuje jej jako wytycznych do opracowania własnych rozwiązań informatycznych.

Wyniki ankiety wykazały również niewielką wiedzę świadczeniodawców dotyczącą nie tylko zadań, jakie realizuje CSIOZ (w tym konieczności skomunikowania w przyszłości własnych systemów z innymi systemami świadczeniodawców oraz Centrum), ale nawet samego istnienia tej jednostki.

2) Zgodnie z harmonogramem realizacji Projektu P2 jego promocja miała być prowadzona przez 195 dni, w okresie od 2 kwietnia do 31 grudnia 2012 r.

W dniu 19 października 2012 r. CSIOZ zawarło umowę z Online-skills Sp. z o.o. na przygotowanie i realizację działań informacyjno-promocyjnych oraz działań związanych z zarządzaniem kryzysowym w procesie komunikacji Projektów P1 i P2. Termin realizacji umowy w zakresie Projektu P2 został określony do 30 listopada 2012 r., a termin opracowania planu akcji promocyjnej na 20 dni od dnia zawarcia umowy i 30 dni na opracowanie harmonogramu pozostałych działań informacyjno-promocyjnych. Z ustaleń kontroli wynika zatem, że akcja promocyjna dla P2 mogła być realizowana przez maksymalnie 22 dni.

Ówczesny dyrektor CSIOZ Leszek Sikorski wyjaśnił, że zadania w zakresie informacji i promocji realizowane były na bieżąco przez cały okres realizacji Projektu, zgodnie z planem. Do najistotniejszych form promocji należały m.in.: warsztaty z gestorami rejestrów, wydawanie Biuletynu Informacyjnego, omawianie spraw związanych z Projektem P2 przez Grupę Doradztwa Użytkowników i udział przedstawicieli CSIOZ w spotkaniach/konferencjach/warsztatach⁵⁶. Działania Agencji PR stanowiły ostatni etap promocji Projektu P2.

⁵⁶ W okresie od 2 kwietnia do 30 października 2012 r. odbyło się łącznie 25 spotkań/konferencji/warsztatów, na których były poruszane zagadnienia związane z informatyzacją szpitali.

Nie kwestionując faktu, iż CSIOZ prowadziło działania promocyjne przez cały okres realizacji Projektów P1 i P2, NIK zwraca uwagę, że działania Centrum były niezgodne z uprzednio przyjętym harmonogramem, a krótki okres oddziaływania akcji prowadzonej przez Agencję PR mógł wpływać na ograniczenie jej skuteczności.

3.2.3. Informatyzacja świadczeniodawców

NIK przeprowadziła badanie ankietowe wśród wszystkich 944 świadczeniodawców wykonujących według stanu na dzień 30 czerwca 2012 r. hospitalizacje w ramach kontraktu zawartego z NFZ.

Odpowiedzi udzieliło 421 jednostek, z tego: 24 szpitale akademickie, 31 szpitali założonych przez centralne organy administracji rządowej (zwane dalej „szpitalami centralnymi”), 112 szpitali założonych przez jednostki samorządu województwa (zwane dalej „szpitalami wojewódzkimi”), 159 szpitali „powiatowych, gminnych i miejskich”, oraz 95 jednostek zaliczonych do grupy tzw. „pozostałych szpitali”.

Następnie, kontrolą objętych zostało 19 losowo wybranych szpitali, spośród tych które wypełniły ankietę. Ustalenia tych kontroli potwierdziły prawdziwość podanych danych podanych w odpowiedziach na pytania zawarte w ankietach.

Wielkość kontraktu przypadająca na szpitale, w poszczególnych województwach, przedstawiono w **Załączniku Nr 4**.

Świadczeniodawcy objęci kontrolą i badaniem ankietowym dysponowali⁵⁷ 121 741 łózkami⁵⁸ (48 006 w szpitalach wojewódzkich, a 44 287 w powiatowych, gminnych i miejskich) i zatrudniali (w przeliczeniu na etaty) m.in. 47 992 lekarzy, 89 172 pielęgniarki oraz 1 037 informatyków.

3.2.3.1. Zasoby informatyczne świadczeniodawców

Kontrola w wybranych jednostkach oraz badanie ankietowe wykazało, iż część świadczeniodawców nie dysponowała wystarczającymi zasobami informatycznymi do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (szczegóły w dalszej części Informacji). W szczególności:

I. w odniesieniu do specjalistycznego oprogramowania:

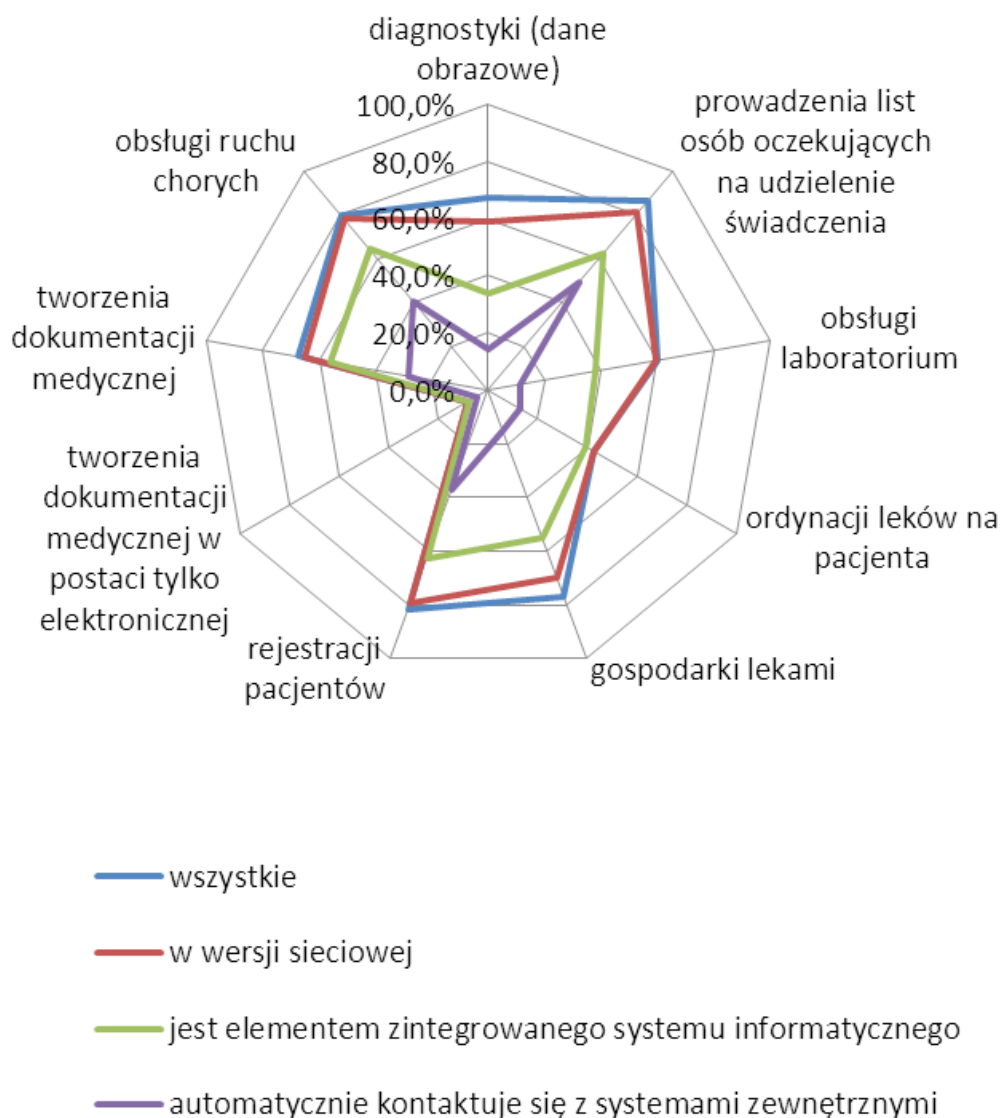
- 57,5% szpitali nie posiadało oprogramowania wspierającego proces ordynacji leków;
- 40,0% nie dysponowało programem do obsługi laboratorium;
- 32,3% nie korzystało z oprogramowania do tworzenia dokumentacji medycznej;
- 30,9% świadczeniodawców nie dysponowało zintegrowanym systemem informatycznym;
- 20,2% nie dysponowało oprogramowaniem do obsługi ruchu chorych.

⁵⁷ Według stanu na dzień 30 czerwca 2012 r.

⁵⁸ Ponad 500 łózkami dysponowało 76 szpitali. Jednostek posiadających od 250 do 500 łózek – 124, od 100 do 249 łózek - 130, natomiast od 10 do 99 - 56, poniżej 10 łózek – 34.

Rysunek nr 1

Stan wyposażenia świadczeniodawców w specjalistyczne oprogramowanie

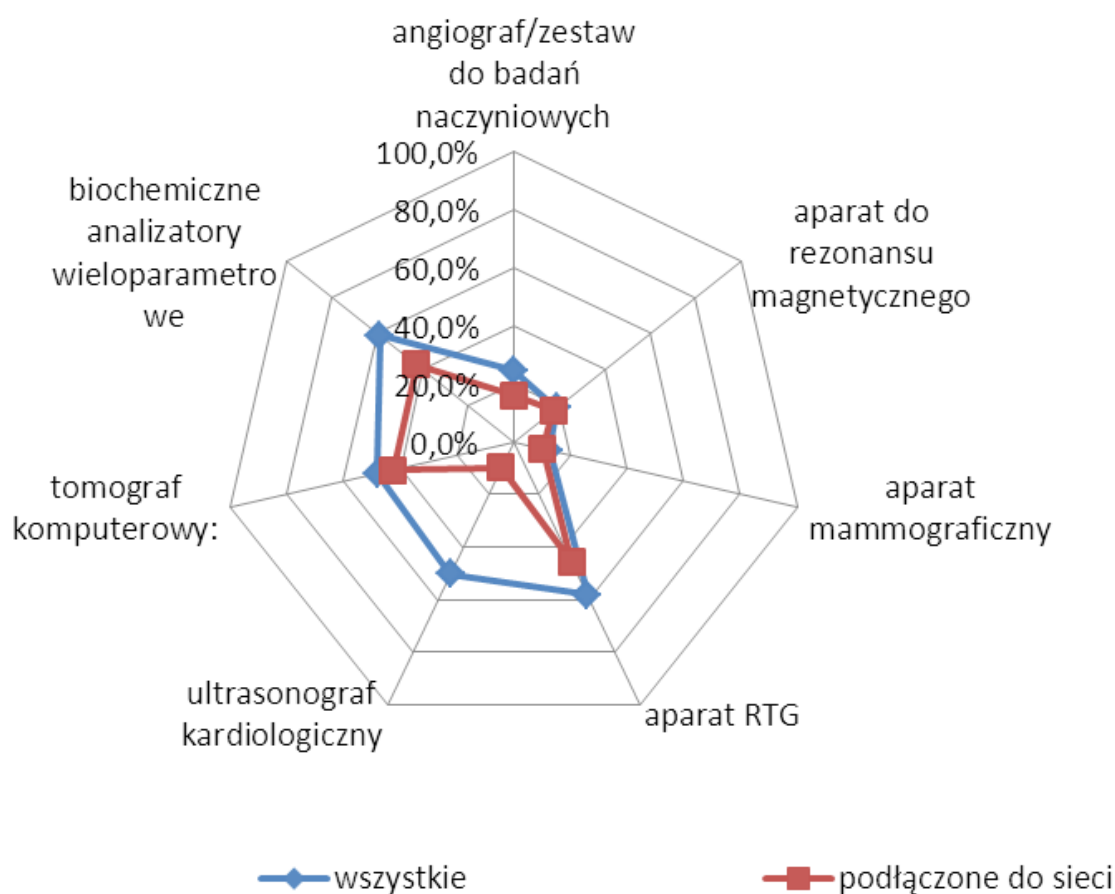


II. w odniesieniu do wyposażenia w sprzęt medyczny umożliwiający cyfrowy zapis wyniku badania:

- 87,4% szpitali nie dysponowało aparatem mammograficznym;
- 81,0% jednostek nie posiadało aparatów do rezonansu magnetycznego;
- 51,8% nie dysponowało tomografami komputerowymi;
- 41,2% szpitali nie posiadało aparatu RTG;
- 41,1% świadczeniodawców nie dysponowało cyfrowymi, biochemicznymi analizatorami wieloparametrowymi.

Rysunek nr 2

Stan wyposażenia świadczeniodawców w sprzęt medyczny umożliwiający cyfrowy zapis wyniku badania

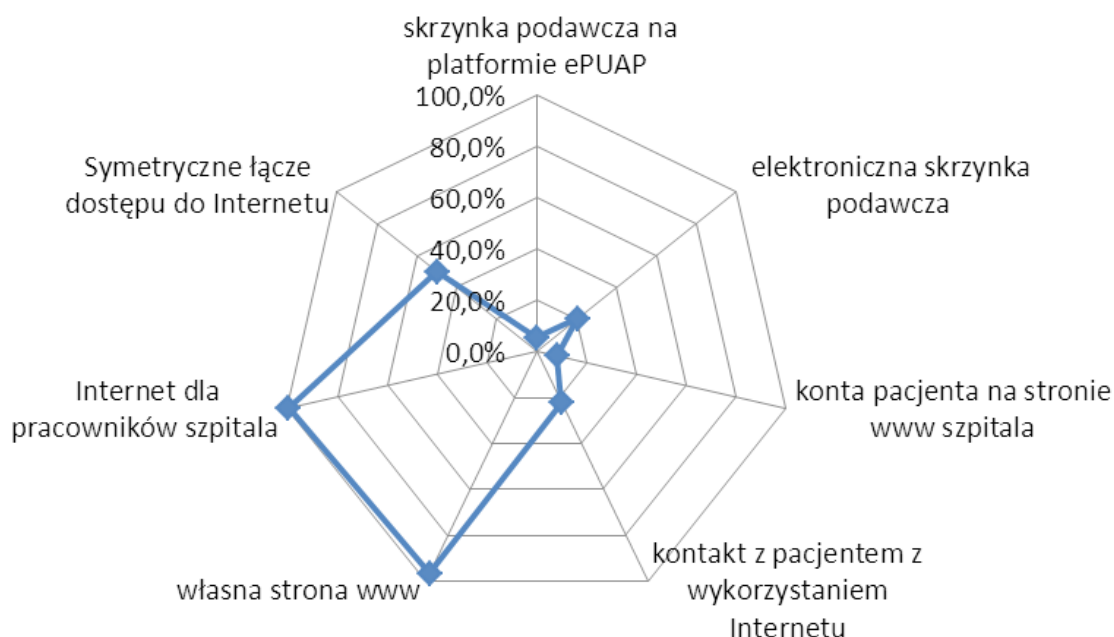


III. w odniesieniu do komunikacji drogą elektroniczną:

- 91,7% szpitali nie zapewniało możliwości sprawdzenia wyników badań przez internet poprzez ich umieszczenie na indywidualnym koncie pacjenta;
- 77,7% nie wykorzystywało internetu w kontaktach z pacjentem np. przy rejestracji, ustalaniu terminu przyjęcia do szpitala;
- 50,0% nie posiadało symetrycznego łącza internetowego;
- 36,4% nie posiadało możliwości przesyłania danych obrazowych innym świadczeniodawcom w formacie DICOM.

Rysunek nr 3

Stan wyposażenia świadczeniodawców w narzędzia związane z komunikacją zewnętrzną



Stan wyposażenia w specjalistyczne oprogramowanie oraz sprzed medyczny umożliwiający zapis wyników badań w formie cyfrowej był skorelowany z wielkością jednostki oraz rodzajem organu założycielskiego lub właścicielskiego.

Świadczeniodawcy dysponowali ograniczonymi środkami finansowymi na modernizację systemów informatycznych i zakup aparatury diagnostycznej zapewniającej możliwość cyfrowego wyniku badania (szczegóły str. 39).

1. Zintegrowany system informatyczny

Spośród 421 kontrolowanych i ankietowanych szpitali, 291 (69,1%) dysponowało zintegrowanym systemem informatycznym lub zapewniało przynajmniej częściową integrację wykorzystywanego oprogramowania obsługującego wybrane komórki organizacyjne świadczeniodawcy. Odsetek ten wahał się od 64% w grupie „pozostałe szpitale” do 78% w przypadku szpitali wojewódzkich. Uwzględniając kryterium wielkości szpitala, mierzonego liczbą posiadanych łóżek, zaobserwowano, że jednostki dysponujące ponad 500 łóżkami najczęściej (78% przypadków) dysponowały takimi systemami. Odsetek ten zmniejszał się do 57% w grupie szpitali posiadających od 10 do 100 łóżek oraz 53% w przypadku jednostek posiadających mniej niż 10 łóżek.

- Przykładowo – Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku⁵⁹ nie posiadał zintegrowanego systemu informatycznego pozwalającego na wymianę danych z systemami innych podmiotów.
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie⁶⁰ dysponował systemami informatycznymi, które nie posiadały interfejsów wymiany danych pomiędzy sobą.
- Z kolei Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach wykorzystywał cztery podsystemy informatyczne różnych producentów, z których trzy były częściowo zintegrowane ze sobą. Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, niepełna integracja podsystemów wynikała z braku środków finansowych⁶¹.

⁵⁹ Szpital dysponował 820 łóżkami, zatrudniał 626 lekarzy, 752 pielęgniarki oraz ośmiu informatyków.

⁶⁰ Szpital dysponował 163 łóżkami, zatrudniał 52 lekarzy, 145 pielęgniarek oraz dwóch informatyków.

⁶¹ Szpital dysponował 540 łóżkami, zatrudniał 139 lekarzy, 324 pielęgniarki oraz czterech pracowników na stanowiskach informatyków.

- *Również Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu⁶² nie posiadał zintegrowanego systemu informatycznego zapewniającego kompleksową obsługę działalności Szpitala. Wykorzystywane oprogramowanie wspierało proces zarządzania wybranymi obszarami jednostki.*

2. Specjalistyczne oprogramowanie

Analiza posiadanego oprogramowania specjalistycznego wykazała, że systemami do obsługi ruchu chorych dysponowało 336 szpitali (79,8%), jednak jedynie w przypadku 272 spośród nich (65%) stanowił on element zintegrowanego systemu informatycznego. Niemal wszystkie szpitale akademickie (96%), a także duża część szpitali wojewódzkich oraz założonych przez centralne organy administracji rządowej dysponowała tego typu programami (87% w obu grupach). W odniesieniu do szpitali powiatowych, gminnych i miejskich oraz „pozostałych szpitali” odsetek ten wahał się od 65% do 79%.

Duże szpitale dysponujące ponad 500 łóżkami posiadały w większości przypadków (ponad 77%) oprogramowanie do obsługi ruchu chorych stanowiące element zintegrowanego systemu informatycznego. Najgorsza sytuacja, pod tym względem, była w szpitalach małych (poniżej 100 łóżek), gdzie jedynie połowa z nich posiadała takie oprogramowanie.

Ponad 67% szpitali (283) dysponowało specjalistycznym oprogramowaniem do diagnostyki obrazowej. Średnią zaniżały jednostki z grupy „pozostałe szpitale”, w których takie oprogramowanie występowało u 36% świadczeniodawców. W przypadku pozostałych grup szpitali odsetek ten wahał się od 66,7% (szpitale założone przez centralne organy administracji rządowej) do 95,8% (szpitale akademickie).

Jednak tylko w 142 szpitalach (33,7%) program taki stanowił część zintegrowanego systemu szpitalnego. Odsetek ten zwiększał się w przypadku szpitali posiadających 250 i więcej łóżek, do ponad 40%, ale w przypadku świadczeniodawców posiadających od 10 do 100 łóżek wynosił jedynie 23%.

Znaczna część szpitali dysponowała systemami do rejestracji pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych (81,4%), przy czym w przypadku szpitali posiadających ponad 250 łóżek odsetek ten wynosił 90%. Stanowiły one element systemu zintegrowanego jednak tylko u 62,5% jednostek. O ile w przypadku świadczeniodawców posiadających ponad 250 łóżek było tak w odniesieniu do 70% jednostek, o tyle w przypadku szpitali dysponujących od 10 do 100 łóżek odsetek ten zmniejszał się do 50%.

W 254 szpitalach (60,3%) funkcjonowały specjalistyczne programy do obsługi laboratorium, przy czym odsetek ten dla szpitali z grup: 1) powiatowych, gminnych i miejskich, 2) wojewódzkich, 3) akademickich i 4) centralnych wahał się od 64% do 80%, natomiast w grupie „pozostałe szpitale” wynosił zaledwie 28%. Szpitale posiadające ponad 250 łóżek dysponowały takim oprogramowaniem w ponad 76% przypadków, podczas gdy w grupie szpitali od 10 do 100 łóżek odsetek ten zmniejszał się do 29%, a wśród szpitali poniżej 10 łóżek jedynie w przypadku 38% szpitali, oprogramowanie do obsługi laboratorium stanowiło element zintegrowanego systemu informatycznego jednostki. Najlepiej wyposażone w takie oprogramowanie były szpitale wojewódzkie (49%).

Świadczeniodawcy wykorzystywali również programy do gospodarki lekami. Działały one w 77% szpitali, przy czym odsetek ten zwiększał się w przypadku szpitali akademickich do 96%, a w przypadku szpitali dysponujących ponad 250 łóżkami przekraczał 86%. W przypadku 231 świadczeniodawców

⁶² Szpital dysponował 254 łóżkami, zatrudniał 132 lekarzy, 249 pielęgniarek oraz trzech informatyków.

(54,9%) program do gospodarki lekiem był zintegrowany z innymi systemami informatycznymi szpitala.

Jednak już tylko 179 świadczeniodawców (42,5%) korzystało ze specjalistycznego oprogramowania wspierającego proces ordynacji leków. Największy odsetek takich podmiotów dotyczył szpitali akademickich (54%), podczas gdy najmniejszy - jednostek z grupy „pozostałe szpitale” (29%).

Ponad 66,7% szpitali (285 jednostek) korzystało ze specjalistycznego oprogramowania do tworzenia dokumentacji medycznej. Największy odsetek jednostek dysponujących takim oprogramowaniem dotyczył szpitali akademickich (83%), centralnych (74%) i wojewódzkich (72%). W przypadku szpitali powiatowych, gminnych i miejskich zmniejszyła się do 62%. Integrację takiego oprogramowania z systemem szpitalnym zapewniało jednak już tylko 56% badanych jednostek, przy czym największy odsetek dotyczył szpitali dysponujących ponad 250 łózkami (ponad 62,6%), a w przypadku szpitali do 100 łóżek nie przekraczał 43%.

Programy te jedynie w przypadku niewielkiego odsetka świadczeniodawców (28%) były w stanie automatycznie przesyłać dokumentację medyczną. W tym przypadku, wielkość szpitala nie miała istotnego znaczenia (odsetek wahał się od 25% do 32%).

Jeszcze niższy odsetek jednostek (8%) korzystał z oprogramowania pozwalającego na tworzenie dokumentacji medycznej tylko w formie elektronicznej, a następnie jej wydruk. Największy odsetek dotyczył szpitali centralnych (16%) oraz powiatowych, gminnych i miejskich (11%), podczas gdy w odniesieniu do szpitali akademickich było to zaledwie 4%.

- *Przykładowo – Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego, Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie⁶³ nie prowadził dokumentacji medycznej w formie elektronicznej. W tym celu Szpital – jak wynika ze złożonych wyjaśnień – dopiero zamierza zaktualizować posiadany system informatyczny.*

3. Aparatura diagnostyczna

1) Spośród 421 badanych i ankietowanych szpitali, 248 (58,9%) dysponowało cyfrowymi, biochemicznymi analizatorami wieloparametrowymi, z tego jedynie w 180 jednostkach (42,6%) urządzenia te podłączone były do sieci (szpitale te dysponowały aż 510 (74,5%) urządzeniami tego typu spośród 685 posiadanych przez wszystkie badane i ankietowane jednostki).

2) Podobna liczba szpitali (245 jednostki) posiadała cyfrowe aparaty RTG (łącznie 487 tego typu urządzeń). W przypadku 192 szpitali, urządzenia te były podłączone do sieci. Cyfrowe aparaty RTG skoncentrowane były głównie w szpitalach posiadających ponad 250 łóżek (69,7% tego typu aparatów podłączonych do sieci oraz 68,5% ogółu aparatów).

3) Niewielki odsetek szpitali posiadał aparaty do rezonansu magnetycznego (80 jednostek, tj. 19%, z tego w 74 szpitalach urządzenia takie były podłączone do sieci). Najwięcej tego typu urządzeń znajdowało się w szpitalach wojewódzkich (46,6%) oraz w szpitalach liczących powyżej 250 łóżek (85,3% aparatów).

4) Szpitale były lepiej wyposażone w tomografy komputerowe - 203 (48%) szpitale dysponowały tego typu urządzeniami. Spośród 242 takich urządzeń, 212 (87,6%) pracowało w sieci. Najwięcej sieciowych tomografów komputerowych pracowało w szpitalach wojewódzkich oraz powiatowych, gminnych i miejskich (łącznie 148 urządzeń), a także dysponujących ponad 250 łózkami (152 urządzeń).

5) Niewielki odsetek szpitali (13%) posiadał aparaty mammograficzne. Spośród 61 urządzeń tego typu, 50 podłączonych było do sieci. Porównanie liczby urządzeń w danej grupie szpitali do jej liczebności

⁶³ Szpital dysponował 817 łózkami, zatrudniał 344 lekarzy, 773 pielęgniarki oraz trzech informatyków.

wskazuje, że najlepiej wyposażone były szpitale centralne – 30% spośród nich dysponowało tego aparaturami, podczas gdy „pozostałe szpitale” oraz powiatowe, gminne i miejskie były najgorzej wyposażone (8-9% spośród nich dysponowało aparaturami tego typu).

6) 212 szpitali posiadało cyfrowe ultrasonografy kardiologiczne, ale jedynie w przypadku 41 spośród nich, urządzenia te były podłączone do sieci. Urządzenia te skoncentrowane były głównie w dużych jednostkach. Ponad 75% spośród wszystkich tego typu urządzeń oraz 79,3% podłączonych do sieci, wykorzystywanych było w szpitalach liczących powyżej 250 łóżek.

- *Kontrola wyposażenia szpitali w wyżej wyszczególniony sprzęt medyczny wykazała m.in., że Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy zatrudniający 114 lekarzy, 192 pielęgniarek i dysponujący 230 łózkami na dziewięciu oddziałach wyposażony był w tomograf komputerowy i biochemiczny analizator wieloparametrowy, które nie posiadały możliwości cyfrowego zapisu wyników badań. Szpital nie korzystał również z oprogramowania do rejestracji pacjentów, gospodarki lekami, ordynacji leków, obsługi cyfrowej badań laboratoryjnych, a także tworzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.*

4. Komunikacja zewnętrzna

Niemal wszystkie szpitale (414 jednostek) dysponowały dostępem do internetu. Dotyczyło to zarówno pracowników administracji, jak również personelu medycznego.

Jednak symetryczne łącze internetowe posiadało już tylko 50% podmiotów (najwięcej bo 75% szpitali akademickich, a tylko 40% szpitali powiatowych, miejskich i gminnych).

Duże braki odnotowano również w zakresie możliwości przesyłania danych obrazowych do podmiotów trzecich. Spośród 421 badanych szpitali jedynie 271 (64,4%) posiadało możliwość przekazywania wyników obrazowych badań diagnostycznych w formacie DICOM wymaganym rozporządzeniem Ministra Zdrowia⁶⁴. Najwyższy poziom ucyfrowienia w tym zakresie wykazywały szpitale akademickie i centralne (po 77%), a najniższy – jednostki z grupy „pozostałe szpitale” – 31,6%. W przypadku szpitali posiadających od 250 do 500 łóżek, aż 80% z nich posługiwało się tym formatem. Z kolei w grupie szpitali posiadających od 100 do 250 łóżek było to 65%, a od 10 do 100 łóżek jedynie 44%.

- *Dyrektor Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego im. Marii Skłodowskiej – Curie w Szczecinie wyjaśnił, że „Problemem dotyczącym możliwości współpracy systemów informatycznych w Szpitalu jest brak określenia w skali kraju jednoznacznych standardów wymiany danych. Problem ten dotyczy wszystkich jednostek funkcjonujących w szeroko rozumianej sferze ochrony zdrowia (...). Obecnie stosowane formaty, najczęściej xml i hl7 wykorzystywane są przez jednostki niejako intuicyjnie, częściowo również dlatego, że w przypadku formatu xml – jest to format wymagany przez NFZ. Mimo zaawansowanych prac nad Platformą P1 nadal nie zostały określone szczegółowe zasady tzw. interoperacyjności na poziomie ogólnokrajowym. Dlatego do chwili obecnej każda wymiana danych z innym podmiotem wymagałaby zapewne odrębnych, indywidualnych ustaleń. Jest to prawdziwy problem, ponieważ nikt nie zna skali koniecznych „dostosowań”, jakie nastąpią w chwili ostatecznej standaryzacji”.*

Znacznie gorsza sytuacja dotyczyła możliwości elektronicznego komunikowania się szpitali z pacjentami. Systemy informatyczne budowane przez świadczeniodawców miały na celu przede wszystkim usprawnienie ich wewnętrznej organizacji. W niewielkim tylko stopniu służyły one poprawie komunikacji z pacjentem.

Żaden z systemów wykorzystywanych przez kontrolowanych świadczeniodawców nie posiadał testów akceptacyjnych dla oprogramowania, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Nauki

⁶⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 51, poz. 265 ze zm.).

i Informatyzacji z dnia 19 października 2005 r. w sprawie testów akceptacyjnych oraz badania oprogramowania interfejsowego i weryfikacji tego badania⁶⁵.

Jednostki nie publikowały również na swoich stronach internetowych ww. testów oraz zestawienia stosowanych w oprogramowaniu interfejsowym systemu teleinformatycznego używanego do realizacji zadań publicznych struktur dokumentów elektronicznych, formatów danych oraz protokołów komunikacyjnych i szyfrujących, przez co nie dopełniony obowiązek wynikający z art. 13 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.⁶⁶ Potwierdza to, że żadna z kontrolowanych jednostek nie była zdolna do wymiany dokumentacji w drodze elektronicznej.

Jedynie 22 szpitale (5,2%) dysponowały skrzynką podawczą na e-PUAP. Jednocześnie 77,7% nie wykorzystywało internetu w kontaktach z pacjentem np. przy rejestracji, ustalaniu terminu przyjęcia do szpitala. W 34 przypadkach (8,1% szpitali), pacjenci posiadali własne konta na stronie świadczeniodawcy, które pozwalały m.in. sprawdzić wyniki wykonanych badań diagnostycznych.

- *Pacjenci Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie nie mieli możliwości wykorzystania internetu w celu umówienia się na wizytę lekarską czy sprawdzenia wyników badań. Jednostka nie prowadziła także skrzynki podawczej lub innego równoważnego systemu korespondencji.*
- *Również w Zespole Opieki Zdrowotnej w Łęczycy nie było możliwości kontraktowania się pacjentów ze świadczeniodawcą drogą elektroniczną (tj. poprzez stronę internetową, skrzynkę podawczą lub Platformę e-PUAP).*

5. Koszty poniesione na informatyzację jednostek a planowane nakłady na dostosowanie do wymogów ustawy o systemie informacji

Kontrola wykazała ograniczone środki finansowe świadczeniodawców, które mogą być przeznaczone na modernizację zasobów informatycznych i sprzętowych.

Kontrolowane i ankietowane szpitale poniosły w latach 2007–2011 nakłady na informatyzację swojej działalności sięgające 554 736,14 tys. zł, co stanowiło 2,8% ich łącznych kosztów w tym okresie. Należy zauważyć, że znaczna ich część (149 669 tys. zł) spowodowana była zmianami wprowadzonymi przez NFZ i wynikającą stąd potrzebą dostosowania wykorzystywanych systemów informatycznych. Istotną pozycję kosztów stanowiło także zapewnienie wsparcia informatycznego przez podmioty trzecie. W 307 jednostkach wsparcie takie zapewniały firmy zewnętrzne. Koszt ich usług wyniósł w latach 2011–2012 (I połowa) 48 189,23 tys. zł. Najwięcej na usługi informatyczne wydatkowały szpitale wojewódzkie (33,8%), a także dysponujące powyżej 250 łóżkami (72,1% łącznej kwoty wydatków).

Należy podkreślić, że spośród 421 ankietowanych i kontrolowanych szpitali, 29% (122) korzystało ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych w celu sfinansowania projektów informatycznych. Jednak jedynie w przypadku 81 świadczeniodawców, projekty te dotyczyły cyfryzacji badań diagnostycznych i laboratoryjnych lub przesyłania ich wyników za pomocą internetu.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że na informatyzację świadczeniodawców nie przewidziano w PIOZ żadnych środków finansowych.

Tymczasem, jak wynika z szacunków przeprowadzonych przez 421 świadczeniodawców objętych kontrolą i badaniem ankietowym, nakłady niezbędne do dostosowania tych jednostek do wymogów ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji wyniosą do 2014 r. ok. 730 884 tys. zł, z tego 229 740 tys. zł na sprzęt medyczny zapewniający cyfryzację wyników badań diagnostycznych.

⁶⁵ Dz. U. Nr 217, poz. 1836.

⁶⁶ Dz. U. Nr 64, poz. 565 ze zm.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że łączny wynik finansowy szpitali za 2010 r. i 2011 r. zamknął się stratą wynoszącą odpowiednio 798 300 tys. zł oraz 1 313 600 tys. zł. W tej sytuacji, wygospodarowanie nadwyżek finansowych, mogących stanowić źródło finansowania procesu dostosowania do wymogów ustawy o systemie informacji, może być utrudnione⁶⁷.

- *Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie nie korzystał z dofinansowania z regionalnych programów operacyjnych na realizację projektów informatycznych, gdyż nie posiadał środków finansowych na zabezpieczenie wkładu własnego. Starosta powiatu poinformował, że przeznaczenie w budżecie powiatu środków na dofinansowanie tego świadczeniodawcy w zakresie informatyzacji nie będzie możliwe „(...) w okresie najbliższych dwóch lat, gdyż groziłoby to przekroczeniem dopuszczalnych wskaźników określonych ustawą o finansach publicznych”.*
- *W Zespole Opieki Zdrowotnej w Łęczycy stwierdzono niedostateczne wyposażenie jednostki w aparaturę umożliwiającą cyfryzację wyników badań diagnostycznych, niską przydatność techniczno-użytkową części sprzętu informatycznego, uniemożliwiająca rozbudowywanie systemu poprzez zainstalowanie nowoczesnego oprogramowania, brak serwerowni gwarantującej bezpieczeństwo zasobów.*

3.2.3.2. Współpraca świadczeniodawców z CSIOZ

Współpraca świadczeniodawców z CSIOZ – jednostką, do której statutowych zadań należy m.in. realizacja zadań wspierających rozwój systemów informacyjnych oraz projektowanie i monitorowanie funkcjonowania systemów informacyjnych w ochronie zdrowia⁶⁸ – była, w ocenie NIK, niewystarczająca.

Jedynie 47 świadczeniodawców (11,2%) zaliczyło się do aktywnych współpracowników CSIOZ. 90 podmiotów (21,4%) brało udział w konferencjach i spotkaniach organizowanych przez tę jednostkę, 70 uczestniczyło w szkoleniach (16,6%), a 13 podmiotów (3,1%) zgłaszało uwagi do rozwiązań proponowanych przez CSIOZ.

W sytuacji niewydania przez Ministra Zdrowia aktów wykonawczych do ustawy o systemie informacji, normujących tak kluczowe parametry, jak format wymiany danych oraz słowniki, istotnego znaczenia nabiera współpraca świadczeniodawców z Centrum.

- *Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony im. Marii Skłodowskiej-Curie w Szczecinie nie współpracował z CSIOZ w zakresie dotyczącym budowy systemów teleinformatycznych. Dyrektor Szpitala wyjaśnił, że: „obecny stan zaawansowania prac nad platformą P1 oraz brak szczegółowych informacji na temat formy przekazywania danych do tworzonego systemu każe zachować racjonalną ostrożność, zwłaszcza, że koszt zakupu i wdrożenia oprogramowania opartego o funkcjonalności hurtowni danych są bardzo wysokie”. Ponadto dyrektor Szpitala dodał, że „Toczące się obecnie na forum CSIOZ dyskusje o platformie P1 i P2, czy też publikowane informacje na temat obu prac pozostają w zupełnym oderwaniu od problemów i zadań, jakie mocą ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia postawiono szpitalom oraz innym podmiotom zaangażowanym w udzielanie świadczeń medycznych. Dokonanie w bardzo krótkim czasie (nierealnie krótkim czasie), bez zabezpieczenia środków finansowych pełnej informatyzacji jednostek, i to w sposób umożliwiający komunikację z „nie wiadomo jakim systemem” (P1 nadal jest w fazie projektu), za pomocą „nie wiadomo jakich narzędzi” (standardów, formatów, itp.) jest zadaniem trudnym do zrealizowania i to nie z winy jednostek”.*

⁶⁷ Stan zobowiązań, w tym wymagalnych, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podano na stronie Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b3&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&ma=3917>

⁶⁸ Patrz § 2 pkt 2 Załącznika nr 1 do Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. MZ. Nr 9, poz. 56).

3.2.3.3. Projekty regionalne realizowane przez samorządy wojewódzkie

W latach 2011–2012 jednostki ochrony zdrowia oraz samorządy wojewódzkie realizowały ze środków RPO projekty informatyczne o łącznej wartości (155 umów): 391 224,4 tys. zł (w tym wydatki kwalifikowalne wyniosły 376 585,6 tys. zł, a dofinansowanie z UE 310 896,2 tys. zł).

Proces informatyzacji jednostek ochrony zdrowia w poszczególnych województwach był zróżnicowany.

Blisko połowa jednostek samorządu wojewódzkiego (siedem) nie opracowała kompleksowych strategii informatyzacji jednostek ochrony zdrowia działających na jego terenie.⁶⁹ W województwach tych były realizowane przez poszczególnych świadczeniodawców indywidualne projekty informatyczne, których cele określały same zainteresowane jednostki. Tylko część z tych projektów związana była z dostosowaniem systemów świadczeniodawców do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

- *Marszałek województwa opolskiego poinformował, że przed dniem wejścia w życie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (1 stycznia 2012 r.) „kwiecień szeroko rozumianego e-Zdrowia nie były wskazywane, jako priorytetowe kierunki działań jednostek samorządu terytorialnego. (...) Po wejściu w życie ustawy (...) Departament Zdrowia i Polityki Społecznej, przygotował materiał informacyjny dotyczący systemu informacji w ochronie zdrowia. Decyzją Zarządu Województwa (...) z dnia 5 czerwca 2012 r. zasady działania systemu informacji w ochronie zdrowia będą elementem nowo opracowanej Strategii Rozwoju Województwa Opolskiego do 2020 r.”.*
- *Samorząd województwa mazowieckiego przeprowadził w okresie lipiec-sierpień 2011 r. audyt sprzętu i programów informatycznych w jednostkach ochrony zdrowia zlokalizowanych na terenie województwa, dla których samorząd był podmiotem tworzącym. Wyniki audytu wykazały, że obecny sprzęt komputerowy w większości badanych jednostek wymaga wymiany z uwagi na zużycie. Spośród 30 podmiotów, jedynie 4 posiadały łącza o przepustowości powyżej 10 Mb/s pozwalające na przesyłanie zdjęć radiologicznych. Na podstawie wyników tego audytu opracowano projekt pn. „E-zdrowie dla Mazowsza”, który w sierpniu 2012 r. znajdował się w fazie opiniowania przez Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym na lata 2007–2013.*

W pozostałych jednostkach samorządu wojewódzkiego realizowano strategie lub projekty informatyczne o sprecyzowanych celach, dedykowane bądź tylko dla jednostek ochrony zdrowia, bądź też – szerzej – dla całej grupy podmiotów realizujących zadania publiczne. Stan zaawansowania tych projektów był zróżnicowany.

W przypadku trzech województw opracowano projekty budowy kompleksowych rozwiązań informatycznych, w tym regionalnych platform wymiany danych medycznych między jednostkami ochrony zdrowia.

- *W województwie kujawsko-pomorskim w ramach projektu pn. „E-Usługi – e-Organizacja – pakiet rozwiązań informatycznych dla jednostek organizacyjnych województwa kujawsko-pomorskiego” planowano dokonać m.in.: 1) modernizacji infrastruktury teleinformatycznej, 2) wdrożyć systemy i oprogramowanie służące do zarządzania częścią medyczną szpitali, 3) wdrożyć regionalny portal informatyczny. Projekt – według stanu na III kw. 2012 r. znajdował się na etapie ogłoszenia przetargu na realizację zadania wskazanego w pkt 1). W województwie łódzkim w ramach „Strategii e-Zdrowie Województwa Łódzkiego na lata 2007–2013” planowano zrealizować pięć projektów, w tym: 1) „Regionalny System Informacji Medycznej (RSIM), 2) Regionalną Platformę Informacji i Porad Medycznych”, 3) Regionalny System Wymiany Danych i Zarządzania Informacją o pacjencie”. Projekty te realizowane były od 2009 r. W ich ramach zmodernizowano infrastrukturę teleinformatyczną 17 świadczeniodawców, a także stworzono system identyfikacji wizualnej „RSIM”. Z kolei w województwie podlaskim od 2010 r. realizowany jest wśród 28 świadczeniodawców projekt pn. „Podlaski system informacyjny e-Zdrowie”, który zakłada m.in. zapewnienie dostępu i wymianę dokumentacji medycznej pomiędzy poszczególnymi jednostkami ochrony zdrowia.*

⁶⁹ Dotyczyło to województw: lubelskiego, mazowieckiego, opolskiego, pomorskiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego oraz wielkopolskiego. W województwie lubelskim spośród 11 indywidualnych projektów, w 6 nie podejmowano działań zmierzających do zapewnienia interoperacyjności z systemami budowanymi przez CSIOZ.

Projekty informatyczne, realizowane w poszczególnych województwach, nie obejmowały wszystkich świadczeniodawców, lecz tych, którzy dobrowolnie wyrazili chęć uczestnictwa w nich. Tym samym proces informatyzacji nie miał charakteru powszechnego.

Działania te były również w bardzo ograniczonym stopniu powiązane z projektami realizowanymi przez CSIOZ. Jak wynika z informacji przedstawionej przez marszałków województw, nie posiadali oni szczegółowej wiedzy dotyczącej projektowanych rozwiązań technicznych i poczytań Centrum, w szczególności dotyczących zapewnienia interoperacyjności z systemami budowanymi przez CSIOZ, a także przez inne samorządy wojewódzkie.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że zgodnie z § 2, pkt 2 Statutu CSIOZ, przedmiotem jego działalności była m.in. realizacja zadań wspierających rozwój systemów informacyjnych, w szczególności systemów ewidencyjno-informatycznych, a ponadto projektowanie i monitorowanie funkcjonowania systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, w tym dotyczących usług medycznych⁷⁰.

Jednostki samorządu województwa, jako największe zagrożenia procesu informatyzacji świadczeniodawców wskazywały na:

- brak aktów wykonawczych, zwłaszcza w zakresie określenia minimalnych warunków organizacyjno-technicznych, jakie powinny spełniać systemy informatyczne w celu osiągnięcia interoperacyjności. Dodatkowo brak określonych standardów przekazywania danych może – w ocenie tych jednostek - podważać sens dotychczasowych zakupów systemów, których mogą okazać się niekompatybilne z systemami innych świadczeniodawców; brak wsparcia finansowego pozwalającego na pokrycie kosztów dostosowania systemów świadczeniodawców do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- zróżnicowany stan zainformatyzowania świadczeniodawców;
- niewystarczający poziom koordynacji inicjatyw z zakresu e-Zdrowia wdrażanych na poziomie centralnym przez CSIOZ oraz inicjatyw realizowanych przez samorządy, szczególnie w zakresie standaryzacji technicznej.

3.2.4. Realizacja wniosków pokontrolnych sformułowanych po kontroli „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji”

Spośród pięciu wniosków pokontrolnych zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 8 lutego 2012 r. skierowanym do Ministra Zdrowia po kontroli pn. „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-Administracji”⁷¹, Minister Zdrowia w pełni zrealizował trzy (wskazane w poniższych punktach nr 1, 2 i 5). Najwyższa Izba Kontroli wniosowała o:

- 1) Dokonanie analizy procedur stosowanych przy realizacji PIOZ i na jej podstawie podjęcie działań zmierzających do:
 - a. ograniczenia możliwości powstawania opóźnień w realizacji PIOZ,
 - b. poprawy współpracy pomiędzy CSIOZ i NFZ,
 - c. wyeliminowania nieprawidłowości w udzielaniu zamówień publicznych.

⁷⁰ Załącznik nr 1 do Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (Dz. Urz. MZ. Nr 9, poz. 56).

⁷¹ Nr P/11/045; KPZ-41-01-08-01/2011.

- 2) Przeprowadzenie analizy ryzyk występujących w projektach realizowanych w ramach PIOZ z uwzględnieniem m.in. kwestii przygotowania jednostek ochrony zdrowia do współpracy z systemem centralnym i zapewnienia infrastruktury przesyłowej.
- 3) Wyegzekwowanie od kierownictwa CSIOZ programu działań zmierzających do ustabilizowania sytuacji kadrowej Centrum.
- 4) Zamieszczanie na stronie BIP MZ wszystkich informacji wymaganych ustawą z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej⁷².
- 5) Oznaczanie w BIP MZ dokumentów metadanymi w sposób określony w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 30 października 2006 r. w sprawie niezbędnych elementów struktury dokumentów elektronicznych oraz udoskonalenie działania wyszukiwarki na stronie BIP⁷³.

Ministerstwo podjęło następujące działania w celu realizacji wniosków NIK.

1. Pan Jakub Szulc, ówczesny Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia, zwrócił się do dyrektora CSIOZ o pilne przekazanie Planu Działań Rezerwowych dla Projektu P1 i informacje o terminie planowanego nadzwyczajnego posiedzenia Komitetu Sterującego P1. Podczas jego posiedzenia w dniu 18 maja 2012 r. dokonano aktualizacji Planu Projektu P1. Ustalono, że wynagrodzenie dla wykonawców będzie wypłacane dopiero po wykonaniu konkretnych usług, a nie za dostarczenie sprzętu czy systemu informatycznego. Komitet Sterujący potwierdził zasadność dalszej realizacji Projektu P1 w terminie wynikającym z porozumienia o dofinansowanie, tj. 30 września 2014 r. Ponadto, w dniu 25 lipca 2012 r. powołano Zespół zadaniowy ds. monitorowania realizacji projektów informatycznych ochrony zdrowia.

W odniesieniu do zagadnień związanych z współpracą pomiędzy CSIOZ a NFZ, pan Jakub Szulc zwrócił się do Prezesa NFZ o przedstawienie szczegółowych informacji dotyczących realizowanych i planowanych do realizacji przez NFZ projektów informatycznych, a także o przedstawienie wykazu kluczowych, z punktu widzenia Funduszu, systemów informatycznych. Odpowiedź z NFZ została przesłana do CSIOZ celem jej wykorzystania i uwzględnienia w ramach realizacji Projektu P1 i tworzenia SIOZ. W piśmie tym zwrócono się z prośbą o nawiązanie przez CSIOZ współpracy z NFZ w zakresie budowy Platformy Informacji Analitycznej (z funkcjami FD Fraud Detection⁷⁴), aby uniknąć powielania się reguł detekcji w systemach NFZ i tworzonych w ramach Projektu P1 oraz o poinformowanie o wypracowanych rozwiązaniach.

Realizując zalecenia Ministra, dyrektor CSIOZ poinformował Prezesa NFZ o zamiarze uczestnictwa przedstawicieli Centrum w posiedzeniu Rady Funduszu w dniu 17 maja 2012 r. i w związku z tym zaproponował zorganizowanie spotkania. Strony ustaliły, że systemy NFZ i CSIOZ będą realizowały działania w zakresie weryfikacji danych rozliczeniowych oraz mechanizmów fraud-detection dla rozdzielnych obszarów. W kompetencji CSIOZ mają pozostać rozliczenia realizowane bezpośrednio przez Ministerstwo Zdrowia (np. procedury wysokospecjalistyczna) oraz ewentualnie innych

⁷² W wystąpieniu pokontrolnym NIK z dnia 8 lutego 2012 r. wskazano m.in., że na stronie BIP nie zamieszczono dokumentacji dotyczącej przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpień, stanowisk i opinii podmiotów je przeprowadzających, co stanowiło naruszenie art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugi, w związku z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.). Ponadto strona podmiotowa BIP MZ w przypadku większości udostępnianych dokumentów nie wskazywała osób, które wytworzyły lub odpowiadały za treść informacji oraz nie zawierała daty jej utworzenia.

⁷³ W wystąpieniu pokontrolnym NIK z dnia 8 lutego 2012 r. wskazano m.in., że dokumentom zamieszczonym na stronie podmiotowej BIP MZ nie zostały przypisane słowa kluczowe.

⁷⁴ Mechanizmy i narzędzia służące wykrywaniu nadużyć lub oszustw.

płatników. Z kolei we właściwości NFZ ma pozostać weryfikacja danych rozliczeniowych środków kontraktowanych przez Fundusz.

Z kolei w odniesieniu do wniosku dotyczącego wyeliminowania nieprawidłowości przy udzielaniu zamówień publicznych:

- zmieniono zarządzenie w sprawie regulaminu udzielania zamówień publicznych w CSIOZ;
- audytor wewnętrzny dokonał czynności sprawdzających dotyczących „zasadności realizacji zakupów, w szczególności środków trwałych, wyposażenia i materiałów z wewnętrznymi procedurami”;
- wyłoniono kancelarię prawną, której zadaniem jest weryfikacja dokumentacji przetargowej na etapie jej przygotowywania oraz na etapie przeprowadzania postępowań przetargowych.

2. CSIOZ przeprowadziło kompleksową aktualizację rejestru ryzyk. Do ich rejestru wprowadzono trzy nowe ryzyka⁷⁵.

3. Pan Jakub Szulc zwrócił się do dyrektora CSIOZ o opracowanie i przekazanie planu działań naprawczych w celu zminimalizowania negatywnego wpływu rotacji kadr uczestniczących w Projektach P1 i P2.

W odpowiedzi dyrektor Centrum podał, że *„nie stwierdzono negatywnego wpływu na realizację projektów z powodu rotacji (...). Struktura organizacyjna działa sprawnie i nie budzi zastrzeżeń (...) Zwiększenie liczby etatów jest niezbędne.”* Pismo to nie zawierało propozycji działań, których celem miałyby być ustabilizowanie sytuacji kadrowej w CSIOZ, a jedynie wykaz pism skierowanych w okresie 2010–2012 do Ministerstwa Zdrowia w celu pilnego zapewnienia potrzeb etatowych Centrum.

4 i 5. Ministerstwo Zdrowia po zakończeniu czynności kontrolnych, a przed skierowaniem wystąpienia pokontrolnego NIK, podjęło działania zmierzające do usunięcia nieprawidłowości związanych z funkcjonowaniem strony podmiotowej BIP MZ.

W dniu 26 września 2011 r. podpisano umowę z firmą Activeweb Sp. z o.o., której przedmiotem była modernizacja strony BIP Ministerstwa poprzez dodanie możliwości m.in. wprowadzania danych identyfikujących autora artykułu, historii modyfikacji oraz wprowadzenie haseł kluczowych w publikowanych artykułach, itd.

Prace będące przedmiotem ww. umowy firma Activeweb Sp. z o.o. wykonała z ponad dwumiesięcznym opóźnieniem. Termin wykonania przedmiotu umowy określono na 30 dni, a protokół odbioru prac datowany jest 30 grudnia 2011 r. Z tytułu opóźnienia wykonania prac, Ministerstwo Zdrowia nałożyło na wykonawcę karę w wysokości 10% (wartość całej umowy wynosiła 8 856 zł brutto) potrąconą przy płatności faktury.

Ponadto naczelniczka koordynująca pracę Biura Prasy i Promocji MZ zwróciła się w dniu 22 lutego 2012 r. do jednostek organizacyjnych Ministerstwa, aby dokumenty przekazywane do zamieszczenia w serwisie internetowym Ministerstwa Zdrowia były opatrzone danymi (imię i nazwisko) osoby sporządzającej dany dokument oraz datą jego wytworzenia.

Powyższe działania nie doprowadziły do pełnej realizacji wniosku pokontrolnego NIK. Na stronie podmiotowej BIP MZ nie zamieszczono bowiem informacji o wynikach kontroli przeprowadzanych w Ministerstwie.

⁷⁵ Tj.: RR-9b – ryzyko braku możliwości wymuszenia funkcjonowania ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz monitorowania i sankcji związanych z jej nieprzestrzeganiem; RR-13a – ryzyko techniczne braku interoperacyjności i standardu wymiany danych z oprogramowaniem używanym obecnie na rynku, co spowodować może trudności z wymianą danych oraz generować dodatkowe koszty po stronie P1 a także spowodować niechęć świadczeniodawców do korzystania z systemu; RR-10a – ryzyko braku możliwości przygotowania się świadczeniodawców do udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej, co ograniczy zakładane korzyści systemu.

3.2.5. Inne ustalenia kontroli

1. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne w celu zapewnienia spójnego działania systemów teleinformatycznych używanych do realizacji zadań publicznych przeprowadza się, badanie poprawności wdrożenia rozwiązań, w oprogramowaniu interfejsowym przy wykorzystaniu testów akceptacyjnych udostępnionych przez podmiot publiczny. Badanie to przeprowadza, na własny koszt, twórca oprogramowania interfejsowego albo inny podmiot posiadający autorskie prawa majątkowe do oprogramowania interfejsowego, które ma być wykorzystywane do realizacji zadania publicznego, zwany dalej „podmiotem uprawnionym”. Podmiot uprawniony: 1) informuje podmiot publiczny o rodzaju, wersji, dacie wytworzenia i charakterystyce techniczno-funkcjonalnej oprogramowania interfejsowego poddawanego badaniu; 2) składa podmiotowi publicznemu oświadczenie o wyniku badania.

Na podstawie art. 21 ust. 6 omawianej ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. wydano rozporządzenie Ministra Nauki i Informatyzacji z dnia 19 października 2005 r. w sprawie testów akceptacyjnych oraz badania oprogramowania interfejsowego i weryfikacji tego badania.

Żaden z kontrolowanych szpitali nie posiadał oprogramowania interfejsowego w rozumieniu wyżej wskazanego rozporządzenia.

2. W Miejskim Szpitalu Zespolonym z siedzibą w Częstochowie dokonano wyboru oferty na dostawę dwóch aparatów EKG o łącznej wartości 10,8 tys. zł nie spełniających kryteriów określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, którą zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy PZP powinno się odrzucić.

3. Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku nie posiadał własnej strony – „Biuletynu Informacji Publicznej”, pomimo tego, że art. 4 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej⁷⁶ stanowił, iż podmioty reprezentujące państwowe osoby prawne lub inne państwowe jednostki organizacyjne obowiązane są udostępnić informacje publiczne na stronie BIP.

4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie przekazywał w okresie objętym kontrolą podmiotom zewnętrznym dane osobowe pacjentów oraz cyfrowe wyniki ich badań diagnostycznych m.in. w celu sporządzenia opisów, bez powierzenia przetwarzania tych danych w drodze umowy zawartej na piśmie, co było niezgodne z art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych⁷⁷. Ponadto, Szpital nie prowadził Biuletynu Informacji Publicznej i tym samym nie udostępniał informacji, o których mowa w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej. Jednostka nie figurowała również w bazie instytucji publicznych, prowadzonej na stronie głównej BIP (www.bip.gov.pl).

Szpital nie posiadał również elektronicznej skrzynki podawczej (ESP), choć obowiązek jej udostępniania przez podmioty publiczne zawarto w art. 16 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

5. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych – SP ZOZ w Ciborzu dopuścił w 2011 r. do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie z wolnej ręki (a następnie zawarł z nim umowę o wartości 75,77 tys. zł), wykonawcę który nie złożył oświadczenia

⁷⁶ Dz. U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.

⁷⁷ Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.

o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu (art. 68 ust. 2 ustawy PZP), co winno skutkować wykluczeniem go z tego postępowania (art. 24 ust. 2 pkt 4 tej ustawy). Pracownicy Wykonawcy bez upoważnienia wydanego na podstawie art. 37 ustawy o ochronie danych osobowych mieli dostęp do danych osobowych pacjentów zawartych w systemie informatycznym Szpitala.

Ponadto naruszono przepisy dotyczące obowiązku składania oświadczeń przez osoby wykonujące czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego (art. 17 ust. 2 ustawy PZP) oraz obowiązek ogłaszania o udzieleniu zamówienia publicznego (art. 95 ust. 2).

Szpital nie posiadał także elektronicznej skrzynki podawczej lub innego równoważnego systemu korespondencji, co stanowiło naruszenie przepisu art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

W Szpitalu brak było również wewnętrznych uregulowań opisujących sposób dostępu i przetwarzania danych osobowych oraz środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzanych danych, co stanowiło naruszenie art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

6. Na stronie BIP 105 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SPZOZ w Żarach nie funkcjonowała elektroniczna skrzynka podawcza lub inny równoważny system korespondencji. Zgodnie z art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, Szpital, jako podmiot publiczny, zobowiązany był zapewnić możliwość przekazywania danych w formie elektronicznej przez wymianę dokumentów elektronicznych związanych z załatwianiem spraw należących do zakresu działania Szpitala.

Ponadto Szpital udzielił w latach 2011–2012 trzech zamówień publicznych, na nadzór autorski wykorzystywanego oprogramowania, bez przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, mimo takiego obowiązku wynikającego z art. 7 ust. 3 ustawy z dnia 29 września 2004 r. Prawo zamówień publicznych. Łączna wartość brutto zawartych umów wyniosła 263,2 tys. zł.

W każdej z umów zapisano, że jest ona zawierana w trybie z wolnej ręki, jednak nie spełniono żadnego z wymogów przewidzianych dla tego trybu, wymienionych w art. 68 ust. 1 i 2, art. 66 ust. 2, art. 95 ust. 1 PZP, tj.: nie zwrócono się do wykonawcy z zaproszeniem do negocjacji, nie zamieszczono w BIP ogłoszenia o zamiarze zawarcia umowy, nie sporządzono protokołu postępowania o udzielenie zamówienia oraz nie zamieszczono w BIP ogłoszenia o udzieleniu zamówienia.

Zgodnie z art. 17 ust. 1b pkt 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych⁷⁸, naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest udzielenie zamówienia publicznego wykonawcy, który nie został wybrany w trybie określonym w przepisach o zamówieniach publicznych.

7. Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie użytkowało program informatyczny umożliwiający prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej (równolegle z dokumentacją papierową), lecz nie zapewniający eksportu danych w formacie PDF, co było niezgodne z § 83 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobów jej przetwarzania⁷⁹.

⁷⁸ Dz. U. z 2013 r. poz. 168.

⁷⁹ Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

3.2.6. Ustalenia kontroli „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji”

Podstawą do formalnego pozyskania środków z budżetu UE na realizację Projektów P1 i P2 było opracowanie Studium Wykonalności dla Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia, a następnie podpisanie umów z Władzą Wdrażającą Programy Europejskie o dofinansowanie konkretnych projektów.

W dniu 27 lutego 2007 r. Rada Ministrów przyjęła wykaz kluczowych projektów informatycznych w ochronie zdrowia. Na liście umieszczono sześć projektów (P1-P6). Jednak dopiero w dniu 4 lutego 2008 r., a więc blisko rok po przyjęciu tego wykazu, dyrektor CSIOZ podjął działania zmierzające do wyłonienia wykonawcy Studium Wykonalności PIOZ. W dniu 21 maja 2008 r. CSIOZ podpisało umowę z firmą ERNST & YOUNG na opracowanie Studium Wykonalności PIOZ. Zwrócić przy tym należy uwagę, że Studium miało dotyczyć wszystkich sześciu projektów w ramach PIOZ, choć kierownictwo Centrum już wiedziało, że PIOZ został ograniczony do dwóch (maksymalnie trzech) projektów⁸⁰.

Za wykonanie przedmiotu umowy, wykonawcy przysługiwało wynagrodzenie w wysokości 4 900 tys. zł. Centrum już 23 czerwca 2008 r. uregulowało fakturę za wykonanie tego opracowania, mimo, iż merytorycznego odbioru przedmiotu umowy dokonano dopiero w dniu 30 czerwca 2008 r.⁸¹. W ocenie NIK było to działania niegospodarne, w szczególności z uwagi na nieotrzymanie, do czasu dokonania płatności, dwóch spośród trzech zamówionych ekspertyz dotyczących projektu Studium Wykonalności, które były istotne dla rzetelnej oceny wykonanej pracy.

Według stanu na dzień 6 lipca 2011 r. przy Projekcie P1 zatrudnionych było 30 osób, których wymiar czasu pracy odpowiadał 18 etatom, z tego jedynie 7 pracowników⁸² (zatrudnionych na 3,7 etatu), posiadało wykształcenie kierunkowe związane z budową i zarządzaniem systemami informatycznymi. Analogiczna sytuacja miała miejsce w odniesieniu do Projektu P2. Spośród 25 osób zatrudnionych przy tym Projekcie (na 12,25 etatach), również jedynie 7 pracowników (na 3,8 etatach), posiadało wspomniane wykształcenie. W 2010 r. miały miejsce aż 52 postępowania związane z naborem pracowników na wolne stanowiska pracy w CSIOZ⁸³.

Skutkiem powyższego było m.in. zlecenie przez CSIOZ realizacji szeregu nawet nieskomplikowanych zadań podmiotom zewnętrznym, a także opóźnienia w realizacji obu Projektów.

W związku z realizacją PIOZ, Centrum zawarło, w latach 2008–2011, m.in. sześć umów na usługi doradcze z podmiotami zewnętrznymi na łączną kwotę 25 673 tys. zł⁸⁴.

Zgodnie z „pierwotnym” harmonogramem rzeczowo finansowym stanowiącym załącznik do umowy z dnia 22 czerwca 2009 r. o dofinansowanie Projektu P1, do 30 czerwca 2011 r. planowano wydatkować na realizację tego Projektu kwotę 242 101,1 tys. zł.

⁸⁰ W obwieszczeniu Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 19 marca 2008 r. na liście podstawowej znajdowały się bowiem dwa projekty; w obwieszczeniu Ministra Rozwoju Regionalnego z dnia 6 sierpnia 2008 r. lista podstawowa obejmowała dwa projekty (P1 i P2), a lista rezerwowa jeden projekt.

⁸¹ W pokwitowaniu odbioru przedmiotu umowy z 16 czerwca 2008 r. wskazano, że strony nie wniosły zastrzeżeń, co do sposobu odbioru przedmiotu umowy, z tym, że nie dotyczy to kwestii merytorycznych. Właściwy protokół odbioru został podpisany 30 czerwca 2008 r. Stwierdzono w nim, że CSIOZ nie wnosi uwag do przedmiotowego opracowania, z zastrzeżeniami wskazanymi w załącznikach nr 1 i nr 2 do Protokołu odbioru.

⁸² Z tego dwóch zatrudnionych było na umowę w warunkach telepracy, a dwóch kolejnych było w trakcie studiów magisterskich.

⁸³ Według stanu na dzień 7 czerwca 2011 r., w CSIOZ zatrudnione były 103 osoby.

⁸⁴ Ponadto w tym okresie CSIOZ zawarło 21 umów na wykonanie ekspertyz na łączną kwotę 1.476,9 tys. zł.

Plan ten nie został zrealizowany. Centrum wydatkowało jedynie 71 869,4 tys. zł (29,7% planowanej kwoty, z tego tylko 7 438,6 tys. zł (10,4%) przeznaczono na pokrycie kosztów stworzenia i zakupu oprogramowania (4,6% kwoty planowanej na ten cel). Największy udział w wydatkach stanowiły koszty zakupu siedziby (28 266 tys. zł – 39,3% łącznych wydatków) oraz koszty związane z pokryciem wydatków na usługi doradcze, ekspertyzy, analizy (15 719,1 tys. zł, tj. 21,9%). Analogiczna sytuacja miała miejsce w odniesieniu do Projektu P2. Łączne wydatki na ten Projekt sięgnęły (według stanu na dzień 30 czerwca 2011 r.) kwoty 5 800,6 tys. zł (18,9%) planu, z tego na usługi doradcze, ekspertyzy wydatkowano 35,8% tej kwoty (2 077,6 tys. zł).

Duże opóźnienia w realizacji Projektu potwierdzało również tempo opracowywania kluczowych dokumentów projektowych. Choć umowy o dofinansowanie Projektów podpisano w dniu 22 czerwca 2009 r., to dopiero 31 marca i 4 maja 2010 r. zostały zatwierdzone przez odpowiednie Komitety Sterujące tzw. „Dokumenty Inicjujące Projekty” (odpowiednio dla P1 i P2) zawierające kluczowe informacje o tych przedsięwzięciach.

W związku z opóźnieniami, CSIOZ przy udziale doradcy strategicznego Projektu P1, opracowało tzw. „Nową Formułę Realizacyjną”, która dostosowywała realizację tego Projektu do powstałych opóźnień oraz usprawniała proces jego realizacji m.in. poprzez zmniejszenie liczby planowanych postępowań o udzielenie zamówień publicznych.

Centrum w ograniczonym zakresie współpracowało również w latach 2008–2011 przy budowie SIOZ z podmiotami trzecimi, a w szczególności z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ramach PIOZ mają powstać tzw. systemy dziedziczne dedykowane poszczególnym uczestnikom systemu ochrony zdrowia. Jednym z nich ma być system dla płatnika, służący m.in. rozliczaniu świadczeń oraz wykrywaniu nieprawidłowości. W ocenie NIK, czynnikiem niezbędnym powodzenia budowy takiego systemu jest współpraca pomiędzy CSIOZ a NFZ, który dysponował wiedzą dotyczącą praktycznej przydatności konkretnych rozwiązań.

W związku z powyższym, na początku 2010 r., Minister Zdrowia podjął decyzję o „włączeniu” NFZ do prac nad PIOZ. W praktyce nie doszło jednak do nawiązania efektywnej współpracy pomiędzy NFZ a CSIOZ. Już w listopadzie 2010 r. Prezes NFZ wycofał swojego przedstawiciela z prac Komitetu Sterującego projektu P1, motywując to brakami kadrowymi, a w dniu 6 kwietnia 2011 r. poinformował dyrektora CSIOZ, że NFZ nie będzie brał udziału w pracach grupy doradczej użytkowników. Współpraca obu podmiotów ograniczyła się do działań o charakterze incydentalnym⁸⁵.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia po kontroli pn. „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji”⁸⁶, Izba zwróciła uwagę, iż skutki braku takiej współpracy mogą mieć negatywny wpływ na wdrażanie projektów w ramach PIOZ, a w szczególności mogą prowadzić do tego, iż zbudowane przez CSIOZ rozwiązania będą dla płatnika nieużyteczne, nieefektywne lub nawet niepotrzebne⁸⁷.

⁸⁵ Nie ustalono również, aby pracownicy NFZ uczestniczyli w odbiorze lub ocenie Studium pod względem merytorycznym.

⁸⁶ Wystąpienie pokontrolne z dnia 8 lutego 2012 r. (Nr KPZ-4101-08-01/2012, P/12/045).

⁸⁷ Fakt braku odpowiedniej współpracy pomiędzy CSIOZ a NFZ potwierdziło również samo Ministerstwo Zdrowia. W piśmie z dnia 4 kwietnia 2011 r. skierowanym przez Departament Organizacji Ochrony Zdrowia Ministerstwa Zdrowia do pana Jakuba Szulca, ówczesnego Sekretarza Stanu podniesiono m.in., że: „W zakresie cz. III System Gromadzenia Danych Medycznych System Wspomagania Rozliczeń – Wsparcie rozliczania usług - budowane są zaawansowane rozwiązania, które choć pierwotnie przeznaczone dla usługobiorców, w końcowym rozrachunku mają być udostępnione płatnikowi (...). Również te prace prowadzone przez CSIOZ odbywają się bez współpracy z płatnikiem. Mając na uwadze realizację przez CSIOZ modułów systemu dotyczących płatnika, bez jego zaangażowania, Departament uważa, iż istnieje bardzo wysokie ryzyko, iż zbudowane przez CSIOZ rozwiązania będą dla płatnika nieużyteczne, nieefektywne lub nawet niepotrzebne”.

Najwyższa Izba Kontroli wskazała również, że zarówno Fundusz, jak i Centrum realizowały, w latach 2010 – 2011, zbliżone funkcjonalnie projekty informatyczne, w szczególności w zakresie wykrywania nadużyć, rozliczania recept oraz obsługi pacjentów⁸⁸.

Ponadto Izba zwróciła uwagę, że efektywne funkcjonowanie systemu centralnego w ramach PIOZ wymaga dysponowania przez świadczeniodawców odpowiednimi systemami informatycznymi, a istotnym problemem jest odpowiednie skoordynowanie projektów realizowanych przez jednostki ochrony zdrowia z projektami realizowanymi przez CSIOZ. Choć Centrum podjęło próby zmniejszenia ryzyka braku interoperacyjności pomiędzy systemami⁸⁹ to w dalszym ciągu istniało zagrożenie dla spójności realizowanych przedsięwzięć, a tym samym sprawnego funkcjonowania całego systemu informacyjnego ochrony zdrowia. Brak było bowiem regulacji prawnych, które wymagałyby uzyskania interoperacyjności między systemami budowanymi w regionach oraz tworzonymi przez CSIOZ. Nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli „Efektów wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-administracji”, znaczenie procesu informatyzacji dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz duże ryzyko nieosiągnięcia celów PIOZ skłoniły Izbę do przeprowadzenia kolejnej kontroli dotyczącej zagadnień związanych z budową SIOZ, lecz ukierunkowanej na zbadanie stanu przygotowania świadczeniodawców do uczestnictwa w tym systemie.

⁸⁸ Już w 2006 r., na zlecenie NFZ, realizowano projekt pod nazwą „System Kompleksowej Obsługi Recept” (zwany dalej „Systemem KOR”), który poprzez wdrożenie pełnego monitoringu ordynacji lekarskiej, w trybie on-line, miał służyć wzmocnieniu kontroli wydatków na leki. System miał umożliwić m.in. identyfikację ubezpieczonego, potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń refundowanych, przesłanie zwrotnej informacji o rodzajach i ilościach leków wykupionych przez pacjenta.

⁸⁹ W celu zmniejszenia ryzyka braku interoperacyjności pomiędzy systemami centralnymi a regionalnymi został powołany Koordynator Projektów Informatycznych w Ochronie Zdrowia, którego jednym z istotnych zadań jest współpraca z inicjatywami regionalnymi w zakresie interoperacyjności tworzonych systemów. Zaplanowano szereg działań promocyjnych, w ramach strategii komunikacji, mających na celu uświadomienie wagi interoperacyjności tworzonych systemów, w ramach których m. in. odbywają się cykliczne spotkania z przedstawicielami regionów.

4.1 Przygotowanie kontroli

Przeprowadzona kontrola poprzedzona była kontrolą pn. „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-Administracji”, która objęła m.in. Centralę NFZ, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia.

Ogólne założenia koncepcyjne przeprowadzonej kontroli zostały przygotowane z wykorzystaniem elementów kontroli realizacji zadań.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 6 sierpnia 2012 r. do 14 stycznia 2013 r. W wystąpieniach pokontrolnych dokonano m.in. oceny: stanu informatyzacji świadczeniodawców, realizacji Projektów P1 i P2 przez CSIOZ, nadzoru Ministra Zdrowia nad tą jednostką. Ponadto dokonano oceny procesu koordynacji działań tych organów w celu zapewnienia interoperacyjności systemów budowanych przez różne jednostki systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wskazano ujawnione nieprawidłowości oraz sformułowano wnioski zmierzające do ich usunięcia.

Wnioski pokontrolne adresowane do Ministra Zdrowia dotyczyły m.in.:

- Pilnego wydania wszystkich aktów wykonawczych do ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.
- Wyegzekwowania od CSIOZ analiz dotyczących wszystkich dotychczas prowadzonych rejestrów.
- Dokonania oceny stanu z informatyzowania jednostek ochrony zdrowia, a także analizy systemów budowanych przez CSIOZ oraz w ramach projektów regionalnych pod kątem powielania się ich funkcjonalności.
- Doprowadzenia do pełnej realizacji wniosków pokontrolnych sformułowanych po kontroli pn. „Efekty wdrażania przedsięwzięć z zakresu e-Administracji”.

Do dyrektora CSIOZ, NIK wnioskowała m.in. o:

- Podjęcie aktywniejszych działań koordynujących mających na celu zapewnienie interoperacyjności systemów budowanych przez Centrum („systemu centralnego”) z systemami świadczeniodawców.
- Podjęcie działań organizacyjnych, które ograniczyłyby ryzyko nieterminowej realizacji Projektu P1.

Z kolei w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do kierowników świadczeniodawców NIK wnioskowała m.in. o:

- Podjęcie współpracy z CSIOZ mającej na celu m.in. zapewnienie interoperacyjności systemów budowanych przez tę jednostkę z systemami świadczeniodawców.
- Intensyfikację działań zmierzających do dostosowania systemów teleinformatycznych świadczeniodawców do wymogów ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.
- Wykorzystanie internetu do kontaktów z pacjentami korzystającymi z usług świadczeniodawcy.
- Prowadzenie Biuletynu Informacji Publicznej i elektronicznej skrzynki podawczej.
- Udzielanie zamówień publicznych zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych, w szczególności w zakresie egzekwowania wymaganych oświadczeń i ogłoszeń.
- Podjęcie działań w celu spełnienia wymagań dotyczących zabezpieczeń systemów informatycznych określonych w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania.

- Wydanie upoważnień do przetwarzania danych osobowych dla pracowników wykonujących zadania związane z opieką serwisową nad systemami informatycznymi.

Do wystąpień pokontrolnych skierowanych do świadczeniodawców objętych kontrolą nie zgłoszono zastrzeżeń. Zastrzeżenia zostały zgłoszone do wystąpień pokontrolnych skierowanych do Ministra Zdrowia oraz dyrektora CSIOZ. Zastrzeżenia zostały częściowo uwzględnione przez Kolegium NIK i Komisję Rozstrzygającą.

W trakcie kontroli zasięgnięto informacji w: Ministerstwie Finansów, Ministerstwie Rozwoju Regionalnego, 16 urzędach marszałkowskich, a także otrzymano ankiety od 421 spośród 944 świadczeniodawców udzielających w 2012 r. hospitalizacji na podstawie umowy zawartej z NFZ.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wyniosły łączne 91,8 tys. zł. Kwota ta obejmowała:

- 75,8 tys. zł wydatkowanych z naruszeniem prawa polegającym dopuszczeniu do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie z wolnej ręki i następnie podpisaniu umowy z Wykonawcą który nie złożył oświadczenia o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, co stanowiło naruszenie art. 68 ust. 2 ustawy Prawo zamówień publicznych i powinno skutkować wykluczeniem go z tego postępowania (art. 24 ust. 2 pkt 4 tej ustawy; str. 36);
- 10,8 tys. zł wydatkowanych z naruszeniem prawa polegającym na dokonaniu wyboru oferty na dostawę dwóch aparatów EKG nie spełniających kryteriów określonych w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia, którą zgodnie z art. 89 ust. 1 pkt 2 ustawy Prawo zamówień publicznych powinno się odrzucić (str. 36);
- 5,2 tys. zł korzyści finansowych polegających na częściowym sfinansowaniu wydatku na zakup oprogramowania na potrzeby monitorowania wykorzystania zasobów IT w sieci lokalnej CSIOZ ze środków budżetu UE zamiast budżetu państwa (str. 19).

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

1. Departament Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia

Minister: Bartosz Arłukowicz

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Dyrektor: Leszek Sikorski (do 22 listopada 2012 r.)

Marcin Kędzierski (od 22 listopada 2012 r.)

Szpital Specjalistyczny im. Józefa Dietla w Krakowie

Dyrektor: Dr n. med. Andrzej Kosiniak-Kamysz

Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

Dyrektor: Krystyna Zaleska

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie

Dyrektor: Adam Borowicz

2. Delegatura w Białymstoku

Samodzielny Publiczny ZOZ Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem

Dyrektor: Stanisław Walerian Bielski

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

Dyrektor: Bogusław Poniatowski

3. Delegatura NIK w Katowicach

Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej

Dyrektor: Ryszard Batycki

Miejski Szpital Zespolony z siedzibą przy ul. Mirowskiej nr 15 w Częstochowie

Dyrektor: Dariusz Kopczyński

4. Delegatura NIK w Łodzi

Zespół Opieki Zdrowotnej w Łęczycy

Dyrektor: Andrzej Pietruszka

Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim

Dyrektor: Marek Konieczko

5. Delegatura NIK w Olsztynie

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Piszcu

Dyrektor: Marek Skarzyński

Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie - Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

Dyrektor: Katarzyna Kopiczko

6. Delegatura NIK w Poznaniu

Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznicznym,
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poznaniu

Dyrektor: Bartłomiej Gruszka

Szpital Specjalistyczny im. Stanisława Staszica w Pile

Dyrektor: Teresa Kwiecińska-Koźmińska

7. Delegatura NIK w Szczecinie

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1, im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego
Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Dyrektor: Maria Ilnicka-Mądry

Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach

Dyrektor: Jacek Pietryka

Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony im. Marii Skłodowskiej-Curie w Szczecinie

Dyrektor: Mariusz Pietrzak

8. Delegatura NIK w Zielonej Górze

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie

Dyrektor: Agnieszka Łyczkowska

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Samodzielny Publiczny
Zakład Opieki Zdrowotnej w Ciborzu

Dyrektor: Beata Kotus

105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ w Żarach

Dyrektor: Sławomir Gaik

Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki

1. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2010 r., Nr 113, poz. 759 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr.164 poz. 1027 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657).
6. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 października 2005 r. w sprawie minimalnych wymagań dla rejestrów publicznych i wymiany informacji w formie elektronicznej (Dz. U. Nr 214, poz. 1781, uchylone z dniem: 2010.12.18).
7. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2005 r. w sprawie warunków organizacyjno-technicznych doręczania dokumentów elektronicznych podmiotom publicznym (Dz. U. Nr 200, poz. 1651; uchylony z dniem 18 grudnia 2010 r.).
8. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 września 2005 r. w sprawie sposobu, zakresu i trybu udostępniania danych zgromadzonych w rejestrze publicznym (Dz. U. Nr 205, poz. 1692).
9. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 14 marca 2006 r. w sprawie kryteriów i trybu przeznaczania oraz rozliczania środków finansowych na informatyzację (Dz. U. Nr 53, poz. 388 ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Nauki i Informatyzacji z dnia 19 października 2005 r. w sprawie testów akceptacyjnych oraz badania oprogramowania interfejsowego i weryfikacji tego badania (Dz. U. Nr 217, poz. 1836).
11. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 marca 2007 r. w sprawie Planu Informatyzacji Państwa na lata 2007–2010 (Dz. U. Nr 61, poz. 415).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. Nr 51, poz. 265).

Wielkość kontraktu przypadająca na szpitale w poszczególnych województwach
(według stanu na dzień 30 czerwca 2012 r.)

Województwo	Liczba szpitali, które przesłały ankietę	Liczba szpitali posiadających kontrakt z NFZ	Wartość kontraktu z NFZ	Kol. 4/3	Odsetek szpitali, które nadesłały ankietę
1	2	3	4	5	8
dolnośląskie	30	63	1 795 189 890	28 495 078	48%
kujawsko-pomorskie	21	51	1 156 734 709	22 681 073	41%
lubelskie	21	50	1 405 794 682	28 115 894	42%
lubuskie	4	24	526 838 700	21 951 612	17%
łódzkie	25	70	1 519 275 181	21 703 931	36%
małopolskie	33	65	2 000 610 710	30 778 626	51%
mazowieckie	54	110	3 794 674 589	34 497 042	49%
opolskie	18	29	564 162 290	19 453 872	62%
podkarpackie	17	48	1 116 393 031	23 258 188	35%
podlaskie	16	31	706 752 844	22 798 479	52%
pomorskie	24	42	1 364 074 850	32 477 973	57%
śląskie	70	184	2 715 437 214	14 757 811	38%
świętokrzyskie	11	25	716 034 790	28 641 392	44%
warmińsko-mazurskie	20	45	782 233 245	17 382 961	44%
wielkopolskie	37	77	2 082 480 152	27 045 197	48%
zachodniopomorskie	17	34	1 052 735 646	30 962 813	50%

Wykaz organów, 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. Komisja Finansów Publicznych
6. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Komisja Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Minister Zdrowia
10. Minister Sprawiedliwości
11. Rzecznik Praw Obywatelskich
12. Rzecznik Praw Pacjentów
13. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
14. Szef Biura Bezpieczeństwa Narodowego
15. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia