



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.025.08.2016
P/16/059

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

(wystąpienie pokontrolne z dnia 24 lutego 2017 r., zmienione zgodnie z treścią uchwały Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 8 maja 2017 r. KPK-KPO.443.056.2017, podjętej w sprawie zastrzeżeń oraz w związku ze sprostowaniem oczywistych omyłek pisarskich)

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

I. Dane identyfikacyjne kontroli

| | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|
| Numer i tytuł kontroli | P/16/059 – Podlaski System e-Zdrowie | |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku | |
| Kontroler | Marcin Bielawski – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie nr LBI/103/2016 z 15 listopada 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) | |
| Jednostka kontrolowana | Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku, ul. Ogrodowa 12, 15-027 Białystok ¹ | |
| Kierownik jednostki kontrolowanej | dr n med. Marzena Juczevska – Dyrektor ² | (dowód: akta kontroli str. 3) |

II. Ocena kontrolowanej działalności³

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Realizacja w Centrum projektu Podlaski System Informatyczny e-Zdrowie⁴ nie przyniosła wszystkich korzyści określonych w studium wykonalności PSieZ oraz we wniosku o dofinansowanie Projektu, mimo upływu ponad 22 miesięcy od uruchomienia komponentów PSieZ (20 kwiecień 2015 r.) i wydatkowania na ten cel 1.774,4 tys. zł⁵ ze środków własnych i Unii Europejskiej. Wynikało to przede wszystkim z nieskutecznego wdrożenia funkcjonalności otrzymanych systemów informatycznych.

Centrum w ramach Projektu zintegrowało system typu HIS z platformą lokalną i regionalną⁶, rozbudowało i zintegrowało z platformą lokalną system typu ERP⁷ oraz otrzymało systemy informatyczne typu EOD, BI i EDM⁸. Otrzymane aplikacje nie były jednak w pełni wykorzystywane oraz stwierdzono inne nieprawidłowości związane z realizacją Projektu, w szczególności:

- do systemu typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej wskazanej w studium wykonalności i Programie Funkcjonalno-Użytkowym Projektu, w tym przechowywanej w HIS, co uniemożliwiało pacjentom i lekarzom z innych podmiotów leczniczych elektroniczny dostęp do części dokumentacji medycznej,
- część informacji o dostępnych terminach wizyt opublikowana na portalu pacjenta⁹ była niezetelna,
- aplikacja typu BI nie była wykorzystywana do bieżącej pracy, a dziewięć wygenerowanych za jej pomocą raportów (z 10 analizowanych) było niezgodnych z danymi źródłowymi systemów ERP i HIS,

¹ Dalej „Centrum” lub „BCO”.

² Pani Marzena Juczevska funkcję Dyrektora Białostockiego Centrum Onkologii pełni od 1 października 2004 r.

³ 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.

⁴ Projekt (zwany dalej: „PSieZ” lub „Projektem”) był realizowany na podstawie decyzji Nr UDA-RPPD.04.01.00-20-001/11-00, będącej załącznikiem Nr 2 do uchwały Nr 63/778/2011 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 8 listopada 2011 r.

⁵ Wydatki kwalifikowalne i niekwalifikowalne.

⁶ System HIS przeznaczony był do prowadzenia w wersji elektronicznej dokumentacji medycznej zbiorczej i indywidualnej oraz zarządzania ruchem chorych na oddziałach i w poradniach. Jego integracja z platformą lokalną oraz regionalną umożliwiała przekazywanie wytworzonej w Centrum dokumentacji medycznej do systemów EDM oraz na portal pacjenta.

⁷ System ERP służył do zarządzania jednostką i prowadzenia spraw administracyjno-finansowych Centrum. W ramach projektu został rozbudowany o moduł ewidencja czasu pracy. System ten zintegrowano z platformą lokalną, co umożliwiło przekazywanie danych do systemu BI.

⁸ EOD przeznaczony jest do wprowadzenia elektronicznego obiegu dokumentów w Szpitalu; BI służy do generowania raportów i analiz na podstawie danych czerpanych z ERP oraz HIS i wspomaga proces zarządzania Szpitalem; EDM to skorelowana z systemem HIS aplikacja do przeglądania indywidualnej dokumentacji medycznej wytworzonej w HIS.

⁹ Portal pacjenta to portal internetowy, powstały podczas realizacji PSieZ, w celu udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej pacjentom i osobom uprawnionym oraz umożliwienia rejestracji do poradni w podmiotach leczniczych.

- nie używano systemu typu EOD przeznaczonego do elektronicznego obiegu dokumentów, za który zapłacono 52,8 tys. zł,
- nie wykorzystywano siedmiu z 16 czytników kodów, czterech z siedmiu drukarek specjalistycznych oraz skanera, zakupionych w ramach Projektu za 16,1 tys. zł,
- nie opracowano dwóch procedur wymaganych zapisami porozumienia partnerskiego w sprawie ochrony danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSleZ¹⁰,
- nie zapewniono należytego bezpieczeństwa danych znajdujących się w systemach informatycznych przed nieuprawnionym dostępem lub utratą.

Tymczasem w studium wykonalności PSleZ oraz wniosku o jego dofinansowanie, sporządzonych przez Lidera Projektu¹¹ przewidziano m.in., że system typu EDM pozwoli pacjentom i lekarzom na dostęp do kompletnej dokumentacji medycznej pacjenta w postaci elektronicznej, co wpłynie na optymalizację kosztów badań z uwagi na zmniejszenie ilości badań powtarzanych oraz na obniżenie kosztów przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej. Portal pacjenta umożliwić miał zaś zdalną rejestrację na wizytę w Centrum. Z kolei system kontrolno-zarządczy pozwolić miał na ułatwienie zarządzania BCO poprzez wdrożenie narzędzi analityczno-raportowych oraz elektronicznego obiegu dokumentów.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca także uwagę, że prowadzone działania promocyjne Projektu nie były skuteczne. Tylko 14 osób wyraziło zgodę na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym PSleZ oraz podjęto jedynie 19 prób rezerwacji wizyt w poradniach za pośrednictwem portalu pacjenta.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Realizacja zobowiązań w zakresie tworzenia i realizacji Projektu

1.1. Rzetelność uczestnictwa w projektowaniu rozwiązań dotyczących PSleZ

Opis stanu
faktycznego

Centrum 18 czerwca 2008 r. zawarło z Województwem Podlaskim porozumienie w sprawie współdziałania przy realizacji Projektu. Na skutek jego realizacji, Dyrektor 25 listopada 2010 r. zgłosiła chęć uczestnictwa w Projekcie oraz zaakceptowała zakres rzeczowo-finansowy i program funkcjonalno-użytkowy. Na potrzeby studium wykonalności Projektu, 5 lutego 2010 r. BCO przedstawiło Liderowi Projektu stan infrastruktury techniczno-informatycznej. Na wyposażeniu Centrum znajdowało się wówczas 185 stacjonarnych komputerów osobistych, w tym 150 używanych do obsługi pacjenta, 15 do obsługi systemów dziedzinowych oraz 20 do obsługi administracyjnej. Dostęp do sieci internetowej umożliwiała łącze światłowodowe o prędkości do 4 Mpb/s, przepustowość sieci wewnętrznej w lecznictwie wynosiła do 1 Gbp/s, w administracji do 100 Mpb/s. W Centrum funkcjonował również zintegrowany, wielomodułowy system typu HIS i ERP – „InfoMedcia” w wersji ABG, dostarczany kolejno przez firmy Computerland, Sygnity S.A., ABG S.A. W zakresie obsługi pacjenta system ten składał się z modułów: pracownia diagnostyczna, obsługa przychodni, obsługa laboratorium, obsługa rejestracji oraz gabinetów i poradni specjalistycznych, obsługa oddziałów szpitalnych, zarządzanie ruchem chorych w lecznictwie otwartym i zamkniętym, gospodarka lekiem (apteka), gospodarka lekiem na oddziałach (apteczka na oddziałach), zlecenia medyczne, statystyka medyczna oraz rozliczenie kontraktów NFZ. System wspomagał również zarządzanie Centrum przy pomocy modułów: finansowo-księgowego, gospodarki materiałowej, kadrowo-płacowego, gospodarki majątkiem trwałym, ewidencji środków trwałych i wyposażenia, rachunków kosztów leczenia szpitalnego oraz środków trwałych. Ponadto użytkowano inne systemy do obsługi radioterapii, radiologii oraz radiologii cyfrowej.

Stosownie do założeń przyjętych w programie funkcjonalno-użytkowym Projektu, posiadany system typu ERP wymagał rozbudowy o moduł zarządzania harmonogramem pracy, który

¹⁰ Porozumienie zwane dalej „porozumieniem w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSleZ”. Porozumienie zawarto 21 lipca 2016 r. wraz z jego podpisaniem straciło moc wcześniejsze porozumienie z 6 maja 2015 r.

¹¹ Województwo Podlaskie, którego zadania wykonywał Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego.

miał umożliwić budowanie grafików wszystkich pracowników i nadanie/odbieranie dostępu do poszczególnych funkcji systemu oraz moduł analityczno-raportowy. System ten wymagał również integracji z platformą regionalną. Oprogramowanie typu HIS wymagało rozbudowy o funkcjonalności niezbędne do wymiany danych z platformą regionalną oraz integracji z platformą regionalną. Od podstaw zakładano budowę systemów typu EOD i EDM. Aplikacja typu EDM miała zapewnić przechowywanie całej dokumentacji medycznej pacjenta, niezależnie od miejsca i formy wytworzenia.

(dowód: akta kontroli str. 4-12, 66-108, 544-547)

Porozumienie partnerskie w sprawie współdziałania przy realizacji Projektu (dalej: „porozumienie partnerskie”¹²) zawarto 31 marca 2011 r. z Liderem PSleZ. Obejmowało ono okres przygotowania, realizacji oraz zapewnienia trwałości Projektu. W porozumieniu tym ustalono m.in. przedmiot i wartość Projektu, obowiązki stron, zasady współpracy, procedury rozliczania finansowego oraz proces monitorowania przebiegu realizacji PSleZ. Centrum zobowiązało się m.in. do współpracy z Liderem Projektu, zasilania danymi wdrożonych systemów i aplikacji, promocji PSleZ, osiągnięcia wskaźników Projektu oraz zapewnienia trwałości PSleZ przez pięć lat od dnia rozliczenia wniosku o płatność końcową (tj. do 29 kwietnia 2021 r.). W zakresie rzeczowo-finansowym¹³ planowaną wysokość wydatków ustalono na 1.880,3 tys. zł brutto, z wyszczególnieniem kosztów: wdrożenia poszczególnych systemów obsługujących Projekt¹⁴ – 1.214,4 tys. zł, infrastruktury serwerowo-systemowej – 503,5 tys. zł, zakupu sprzętu informatycznego – 8,1 tys. zł, szkolenia pracowników – 65,1 tys. zł, promocji – 12,1 tys. zł i udziału w kosztach wspólnych Projektu, dotyczących: inżyniera kontraktu – 43 tys. zł, utworzenia Regionalnej Platformy e-Usług Medycznych – 28,2 tys. zł i audytu powdrożeniowego – 5,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 13-65, 351-532)

W celu ustalenia zapotrzebowania na sprzęt oraz oprogramowanie niezbędne do uruchomienia i wykorzystania funkcjonalności systemów informatycznych wdrażanych w ramach Projektu, 13 czerwca 2012 r. przeprowadzono w BCO audyt wstępny. W jego trakcie zweryfikowano i zaktualizowano inwentaryzację zasobów informatycznych, wykonanych na potrzeby studium wykonalności w 2010 roku. W 2012 roku liczba komputerów osobistych wzrosła do 240, w tym 190 używanych do obsługi pacjenta, 20 do obsługi systemów dziedzinowych oraz 30 do obsługi administracyjnej. Dostęp do sieci internetowej zapewniało łącze światłowodowe o prędkości powyżej 10 Mb/s. Do obsługi radiologii wdrożono system Alteris (system RIS), który zintegrowano z systemem typu HIS. Centrum zgłosiło propozycję dotyczącą zunifikowania serwerów nabywanych w ramach Projektu z dotychczas użytkowanymi w jednostce, wprowadzenia kompleksowych rozwiązań do backup'u oraz zakup systemu EOD zgodnego z posiadanymi licencjami dostępowymi. Lider Projektu nie uwzględnił sugestii BCO.

(dowód: akta kontroli str. 66-108, 522-523)

Do wykonywania czynności związanych z realizacją Projektu, Dyrektor upoważniła specjalistę informatyka Marka B. Na etapie prac koncepcyjnych nad PSleZ¹⁵ opiniował on 31 dokumentów, z czego 18 pozytywnie, 13 z uwagami. W kilku przypadkach nie zajęł żadnego stanowiska („zgoda milcząca”)¹⁶, ponieważ – jak wyjaśnił – przedstawione dokumenty dotyczyły zakupu systemów typu HIS lub ERP, które w Centrum nie były wdrażane. Opiniowane dokumenty obejmowały swym zakresem zakup komputerów, serwerowni, dostarczenia i rozbudowy oprogramowania, sieci LAN i WAN, a ich obszerność wynosiła od kilku do kilkuset stron. BCO nie wносиło w trakcie prac koncepcyjnych uwag, dotyczących ilości zakupionego sprzętu, mimo że z ustaleń kontroli opisanych w pkt 2.1 niniejszego wystąpienia pokontrolnego wynika, że część urządzeń nie była wykorzystywana. Zgłaszano uwagi w zakresie rozbudowy posiadanego przez Centrum

¹² Porozumienie Partnerskie było trzykrotnie aktualizowane: 2 maja 2012 r., 28 lutego 2013 r. i 13 listopada 2014 r. W dalszej części wystąpienia pokontrolnego, jako porozumienie partnerskie rozumie się obowiązujące na dzień rozpoczęcia kontroli NIK porozumienie, zawarte 31 marca 2011 r., w brzmieniu ustalonym 13 listopada 2014 r.

¹³ Stanowiącym załącznik nr 1 do porozumienia partnerskiego.

¹⁴ W tym koszty systemów: ERP – 309,2 tys. zł, EOD – 49,4 tys. zł, HIS – 355,3 tys. zł, EDM – 500,5 tys. zł.

¹⁵ Prace koncepcyjne nad projektem realizowane były od 11 marca 2011 r. do 27 marca 2013 r., tj. od podpisania pierwszego porozumienia partnerskiego do wyłonienia przez Lidera wykonawcy systemów informatycznych.

¹⁶ Pracownik, który opiniował dokumentację nie posiadał informacji o ilości zgód milczących.

środowiska wirtualnego, rozbudowy infrastruktury serwerowej opartej na rozwiązaniach kasetowych. Wszystkie odpowiedzi zostały udzielone w terminie wyznaczonym przez Lidera Projektu. W trakcie prac wdrożeniowych¹⁷ zaopiniowano 40 dokumentów, w tym 27 pozytywnie, a 13 z uwagami. Opiniowane dokumenty dotyczyły planów startu, planów projektu, asysty powdrożeniowej, harmonogramów szkoleń i zakresów szkoleń, serwerowni zapasowej, przetwarzania danych osobowych. Ich objętość wynosiła od kilku do kilku tysięcy stron. Część dokumentów została zaopiniowanych po terminie wskazanym przez Lidera Projektu, ponieważ – jak wyjaśnił Marek B. – liczyły nawet kilka tysięcy stron, a czas przeznaczony na przedstawienie opinii wynosił kilka dni i był zbyt krótki.

Dokumenty konsultowano tylko z informatykami, ponieważ – jak wyjaśniła Dyrektor – wdrażane w BCO rozwiązania dotyczyły głównie zagadnień informatycznych, tj. sieci LAN i WAN, a nie systemów typu HIS i ERP. Marek B. brał również udział w spotkaniach i telekonferencjach organizowanych przez Lidera Projektu, które – jak wyjaśnił – dotyczyły bieżących spraw związanych z realizacją PSleZ oraz rozbudowy i modernizacji infrastruktury serwerowej. (dowód: akta kontroli str. 109-150, 500-516)

W związku z utworzeniem w ramach Projektu systemu przetwarzającego dane o stanie zdrowia pacjentów, porozumieniem w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSleZ upoważniono Lidera Projektu do przetwarzania danych osobowych na poziomie regionalnym w zakresie danych ewidencyjnych pacjentów, pielęgniarek i lekarzy oraz informacji o stanie zdrowia pacjentów. Porozumienie zawarto na okres trwałości projektu, tj. do 29 kwietnia 2021 r. BCO na jego podstawie zostało zobowiązane m.in. do opracowania procedury zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym oraz procedury określającej zasady korzystania i kontroli wykorzystania trybu krytycznego¹⁸ przez personel medyczny, co opisano w pkt. 1.2 wystąpienia pokontrolnego.

W celu realizacji porozumienia, z Liderem Projektu zawarto umowę w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia pacjentów, na poziomie regionalnym i odebrano od przedstawicieli Lidera Projektu upoważnienia do przetwarzania danych osobowych na poziomie regionalnym. (dowód: akta kontroli str. 173-198)

Od stycznia 2016 r. BCO korzystało z asysty powdrożeniowej, rozumianej jako naprawa i aktualizowanie systemu, konsultacje oraz wizyty serwisowe. Przedstawiciele firmy Asseco do sierpnia 2016 roku zrealizowali osiem takich wizyt, o łącznej długości 48 godzin, dotyczących oprogramowania wdrażanego w ramach Projektu, na których prowadzone były m.in. konsultacje, konfiguracje serwerów, instalacje systemów oraz uzupełnianie danych. Zgodnie z § 5 ust. 2 umowy z 28 maja 2014 r., firma Asseco zobowiązana była do świadczenia asysty powdrożeniowej w postaci m.in. sześciu wizyt serwisowych o łącznej długości 48 godzin, przez okres 12 miesięcy od dnia podpisania protokołu odbioru systemów bez uwag i zastrzeżeń, tj. do 18 kwietnia 2016 r. Trzy wizyty serwisowe o długości 18 godzin zostały zrealizowane w okresie przewidzianym umową, natomiast pozostałe pięć o długości 30 godzin miało miejsce po okresie trwania asysty powdrożeniowej. Dyrektor wyjaśniła, że firma Asseco realizowała w BCO również umowy na nadzór i serwis systemów typu HIS i ERP zakupionych poza Projektem, a asysta powdrożeniowa w ramach Projektu wykonywana była ze względu na wieloletnią współpracę¹⁹. Centrum nie wносило Liderowi Projektu uwag dotyczących okresu trwania asysty powdrożeniowej, mimo że określony umową czas jej trwania okazał się zbyt krótki. Pracownicy firmy Comarch byli na jednej ośmiogodzinnej wizycie 6 czerwca 2016 r., która dotyczyła wdrożenia do użytkowania systemu EOD. Na podstawie umowy do 15 maja 2018 r., BCO przysługuje jeszcze pięć wizyt o łącznej długości 42 godzin. Ponadto wykonawcom zgłoszono dwie awarie i 34 usterki, co zostało opisane w pkt 1.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. (dowód: akta kontroli str. 151-172, 262-343, 500-518)

¹⁷ Prace wdrożeniowe nad Projektem realizowane były od 27 listopada 2013 r. do 26 czerwca 2016 r., tj. od dnia wyłonienia przez Lidera wykonawcy systemów informatycznych do odbioru wszystkich systemów informatycznych w szpitalach.

¹⁸ Tryb działania, w którym lekarz ma czasowy dostęp do dokumentacji medycznej pacjenta na utworzonym w ramach Projektu portalu pacjenta, nie posiadając do tego wymaganych uprawnień.

¹⁹ Dwie wizyty serwisowe dotyczące oprogramowania zakupionego w ramach Projektu odbyły się w 16 i 17 maja 2016 r., chociaż od 1 marca do 30 maja 2016 r. BCO nie miało podpisanej umowy serwisowej z firmą Asseco.

Ustalone
nieprawidłowości

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

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

Opis stanu
faktycznego

W Centrum wdrożono Politykę bezpieczeństwa danych osobowych (dalej: „Polityka bezpieczeństwa”) oraz Instrukcję zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych (dalej: Instrukcja)²⁰. Polityka bezpieczeństwa, stosownie do § 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych²¹, zawierała m.in. wykaz budynków tworzących obszar, w którym przetwarzane są dane osobowe, wykaz zbiorów danych osobowych wraz ze wskazaniem programów zastosowanych do przetwarzania tych danych i miejsca przetwarzania, opis struktury zbiorów danych wskazujących zawartość poszczególnych pól informacyjnych i powiązania między nimi oraz sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami. Zapisy Polityki bezpieczeństwa nie uwzględniały jednak rozwiązań wprowadzonych w ramach Projektu, w tym systemu typu EDM który służył do archiwizowania danych osobowych pacjentów oraz sposobu przepływu danych pomiędzy aplikacjami typu HIS i EDM, co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Instrukcja zawierała – wymagane § 5 rozporządzenia w sprawie dokumentacji urządzeń i systemów informatycznych – postanowienia dotyczące m.in.: nadawania i rejestrowania (wyrejestrowania) uprawnień, metod i środków uwierzytelniania, tworzenia kopii bezpieczeństwa oraz sposobu zabezpieczenia systemu informatycznego przed działalnością oprogramowania, którego celem jest uzyskanie nieuprawnionego dostępu do systemu informatycznego. (dowód: akta kontroli str. 200-253)

Do dnia kontroli 14 pacjentów wyraziło pisemną zgodę na przetwarzanie ich danych na poziomie regionalnym. Oświadczenia tych pacjentów przechowywane były w zamkniętym pomieszczeniu informatyków. W Centrum nie ustalono procedury przechowywania zgód pacjentów na przetwarzanie danych osobowych oraz stosowania trybu krytycznego, wymaganych odpowiednio § 5 pkt 5 i § 10 pkt 7 porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSleZ, co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 173-188, 199)

Dostęp do dokumentacji medycznej znajdującej się w systemach typu HIS i EDM mieli jedynie upoważnieni do tego pracownicy Centrum. Uprawnienia do oprogramowania typu HIS nadawane były z uwzględnieniem zakresu wykonywanych zadań. Personel administracyjny nie miał dostępu do danych chronionych tajemnicą lekarską. Dostęp do nich posiadał administrator systemu, ponieważ kompleksowe wsparcie użytkowników bez tych uprawnień byłoby utrudnione lub niemożliwe. Zmiany dokonane w elektronicznej dokumentacji medycznej były odzwierciedlone w aplikacjach typu HIS i EDM. Istniała możliwość wglądu do wersji dokumentów sprzed zmiany. Wytworzonych dokumentów personel medyczny nie mógł trwale usunąć z systemów typu HIS i EDM (uprawnienie posiadał administrator systemu, lecz dokonanie operacji było odnotowywane w logach operacji systemu). (dowód: akta kontroli str. 255-259, 473-479, 529)

Powołany w trakcie kontroli NIK biegły w dziedzinie bezpieczeństwa systemów informatycznych w opinii stwierdził, że wdrożona w Centrum Instrukcja określała warunki konieczne do rejestracji i czasowego lub trwałego wyrejestrowania użytkownika z systemu oraz sposób rejestrowania lub wyrejestrowania. Nie zwarto w niej jednak regulacji dotyczących zmiany uprawnień w systemach informatycznych, mimo obowiązku wynikającego z § 20 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 12 kwietnia 2012 r. w sprawie Krajowych Ram Interoperacyjności, minimalnych wymagań dla rejestrów

²⁰ Instrukcja została zatwierdzona przez Dyrektora 1 lipca 2011 r.

²¹ Dz.U. Nr 100, poz. 1024. Rozporządzenia zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie dokumentacji urządzeń i systemów informatycznych”.

publicznych i wymiany informacji w postaci elektronicznej oraz minimalnych wymagań dla systemów teleinformatycznych²², wskutek czego nie weryfikowano okresowo adekwatności tych uprawnień. Dokonana przez biegłego ocena czynności w zakresie nadawania uprawnień dostępu do systemu typu HIS wykazała, że wykonywano je w sposób gwarantujący zapewnienie właściwego poziomu dostępu. Nie wykonywano natomiast – wynikającego z pkt 2.2 Instrukcji – obowiązku odbierania dostępu do systemu HIS.

W zakresie zapewnienia ochrony przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, uszkodzeniami lub zakłóceniami biegły stwierdził, że Instrukcja zawierała regulacje wymagane § 20 ust. 2 pkt 7 lit. a i c rozporządzenia w sprawie KRI, dotyczące monitorowania dostępu do informacji i zapewnienia środków uniemożliwiających nieautoryzowany dostęp na poziomie systemów operacyjnych, usług sieciowych i aplikacji. Nie określono w niej natomiast obowiązków prowadzenia czynności zmierzających do wykrycia nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji wymaganych § 20 ust. 2 pkt 7 lit. b ww. rozporządzenia. Ponadto loginy bezpieczeństwa systemów operacyjnych i aplikacji typu HIS były monitorowane niesystematycznie, co stanowiło naruszenie pkt 9 ppkt 2 Instrukcji. Mimo braku regulacji w zakresie prowadzenia czynności zmierzających do wykrycia nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji, w Centrum zaimplementowano mechanizmy, które minimalizowały te ryzyka, polegające na zapewnieniu kontroli nieuprawnionego dostępu za pomocą identyfikatorów i haseł.

Instrukcja zawierała postanowienia wymagane § 20 ust. 2 pkt 12 lit. e powołanego rozporządzenia w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa plików systemowych, jednak zdaniem biegłego nie zawarto w niej kompletnych zapisów dotyczących zapewnienia dbałości o aktualizację oprogramowania i minimalizacji ryzyka utraty informacji w wyniku awarii, o których mowa w § 20 ust. 2 pkt 12 lit. a i b ww. rozporządzenia. W celu zapewnienia bezpieczeństwa plików systemowych, wdrożono centralny system ochrony przed złośliwym oprogramowaniem stacji roboczych a aktualizacja oprogramowania antywirusowego na stacjach odbywała się obligacyjnie. Ponadto część serwerowa systemu e-Zdrowie objęta była ochroną przed złośliwym oprogramowaniem zarządzanym i monitorowanym przez Urząd Marszałkowski. Mimo braku kompletnych regulacji w zakresie dbałości o aktualizację oprogramowania, w celu zapewnienia jego aktualności, aktualizacje wydane przez producenta systemów operacyjnych systemu e-Zdrowie, instalowane były raz w miesiącu, a systemy operacyjne stacji roboczych skonfigurowano w sposób, który wymuszał aktualizację po jej pojawieniu się. W celu zminimalizowania ryzyka utraty informacji, kopie bezpieczeństwa całych systemów serwerowych i systemu typu HIS wykonywane były codziennie (przechowywano je na zasobach dyskowych ulokowanych w serwerowni, a raz w tygodniu bazy danych oprogramowania typu HIS kopiowano na inny zasób pamięci masowej, ulokowany poza serwerownią), proces ich tworzenia monitorowany był przez wykonawcę produktów dostarczonych w ramach Projektu. Przechowywanie kopii zapasowych w pomieszczeniach serwerowni stanowiło naruszenie pkt 5.3 ppkt 2 Instrukcji. Centrum nie miało możliwości przekazywania kopii zapasowych systemów na serwery regionalne, ponieważ – jak wynika z informacji uzyskanej od firmy Comarch – nie pozwalała na to przepustowość łącza VNP. Serwer obsługujący system typu HIS posiadał pojedynczy punkt awarii w postaci płyty głównej, a poprawność działania infrastruktury serwerowej weryfikowana była doraźnie. Kwestie niezgodności Instrukcji z rozporządzeniem w sprawie KRI oraz przypadki jej nieprzestrzegania, zostały opisane w dalszej części niniejszego wystąpienia, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 240-261, 548)

Pracownicy Centrum mieli dostęp do narzędzi zgłaszania awarii i usterek systemów informatycznych uruchomionych w ramach Projektu. Od 4 stycznia do 24 listopada 2016 r. 36 razy zgłaszali nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemów – w dwóch przypadkach zgłoszenia dotyczyły awarii krytycznych, w 34 usterek (błędów zwykłych). Najwięcej zgłoszeń (15) związanych było z integracją posiadanego systemu typu HIS (jedna awaria i 14 usterek). W związku z testowaniem systemu EOD zgłoszono dziewięć usterek, EDM – jedną awarię i cztery usterek, a BI – siedem usterek. Dwie awarie zostały załatwione zgodnie

²² Dz.U. z 2016 r. poz. 113, ze zm. Rozporządzenie zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie KRI”

z umowami²³, w terminie 1,5 i 3 godzin od zgłoszenia. Z 34 usterek przed upływem 30-dniowego terminu wynikającego z umów²⁴, załatwiono 17, w tym siedem przez firmę Asseco i dziesięć przez firmę Comarch. Z przekroczeniem 30-dniowego terminu załatwionych zostało dziesięć zgłoszeń, w tym osiem przez firmę Asseco i dwa przez firmę Comarch. Do 24 listopada 2016 r. cztery²⁵ zgłoszenia skierowane do firmy Asseco nie zostały załatwione, w tym trzy mimo upływu 30 dni od daty zgłoszenia. Trzy zgłoszenia²⁶ do tego dnia były zamrożone, w tym jedno dotyczące braku opisów w nagłówkach dokumentów przekazywanych z systemu typu EDM do portalu regionalnego, z powodu sporu między firmami o właściwość do jego usunięcia, w związku z czym o interwencję w sprawie zwrócono się do Lidera Projektu. Informatyk wyjaśnił, że wiele zgłoszeń realizowanych było w ciągu 30 dni, natomiast w systemach zgłoszeniowych zamykano je później. Większość zgłoszeń, tj. 20 z 25 przekazano firmie Asseco po upływie terminu pełnienia asysty powdrożeniowej (18 kwietnia 2016 r.). Informatyk wyjaśnił, że w związku ze świadczeniem asysty przez firmę Asseco, mimo upływu okresu jej obowiązywania, działania BCO związane z nieterminową realizacją zgłoszeń ograniczają się do pisemnych upomnień, natomiast o nieterminowej realizacji zgłoszeń przez firmę Comarch, Lider Projektu informowany był na spotkaniach dotyczących PSleZ.

(dowód: akta kontroli str. 151-152, 262-343, 500-518, 526-528)

Stosownie do § 41 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁷, Centrum było przygotowane na długotrwały brak zasilania. Rezerwowe źródła zaopatrzenia w energię elektryczną składały się z dwóch agregatów wyposażonych w funkcję autostartu o łącznej mocy 660 kW, co stanowiło 46% potrzeb mocy szczytowej, wynoszącej 1426 kW. Sprawność agregatów była kontrolowana przez firmę zewnętrzną – ostatnie kontrole miały miejsce 25 lutego i 9 grudnia 2016 r. Ponadto na wyposażeniu BCO znajdowało się dziewięć urządzeń UPS zapewniających minimalnie od 10 do 15 minut podtrzymania przy pełnym obciążeniu. Rejestr awarii prowadzony był w Centrum od 2 lipca 2015 r. do 5 stycznia 2017 r. Zarejestrowano w nim 10 zaników napięcia. Urządzenia serwerowe chronione były przez system: dostępowy, alarmowy oraz ostrzegania o pożarze, zapewniający jakość zasilania i chroniący przed jego zanikiem (UPS). Alarmy generowane przez ww. systemy monitorowane były w trybie 24-godzinnym przez dział monitoringu, którego zadaniem było podjęcie natychmiastowych działań w celu usunięcia zagrożenia lub awarii.

(dowód: akta kontroli str. 255-259, 344-350)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W Polityce bezpieczeństwa nie określono sposobu przepływu danych pomiędzy użytym systemem typu HIS a wdrożonym w ramach Projektu systemem typu EDM, przetwarzającym dane osobowe, nie wykazano zbiorów danych osobowych przetwarzanych w systemie EDM, a wskutek tego nie zawarto opisów struktury tych zbiorów, co było niezgodne z § 4 pkt. 2, 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji urządzeń i systemów informatycznych.

Dyrektor wyjaśniła, że zbiór danych EDM oparty jest na tej samej bazie co funkcjonujący w Centrum system typu HIS. Ponadto wskazała, że w związku z pojawieniem się nowych systemów Polityka bezpieczeństwa zostanie zaktualizowana.

(dowód: akta kontroli str. 200-239, 508-516)

2. W Centrum nie opracowano dwóch procedur, wymaganych porozumieniem w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSleZ, dotyczących sposobu zbierania, przechowywania i aktualizacji zgód pacjentów

²³ Zgodnie z załącznikami nr 9 „Wymagania dotyczące asysty powdrożeniowej” do umów z 28 maja 2014 r. i 27 listopada 2013 r., zawartych odpowiednio z Asseco i Comarch, awarie powinny być usuwane w terminie 24 godzin od zgłoszenia.

²⁴ Zgodnie z załącznikami nr 9 „Wymagania dotyczące asysty powdrożeniowej” do umów zawartych z firmami Asseco i Comarch usterki powinny być usuwane w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia.

²⁵ Usterki zgłoszono 21 września i 19 października (dwukrotnie) oraz 22 listopada 2016 r.

²⁶ Zgłoszenia z 9 i 25 sierpnia oraz 9 listopada 2016 r.

²⁷ Dz.U. z 2012 r. poz. 739.

na przetwarzanie danych osobowych (§ 5 ust. 5 ww. porozumienia) oraz zasad korzystania i wykorzystania trybu krytycznego w przypadku konieczności skorzystania z elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta (§ 10 ust. 7).

Dyrektor wyjaśniła, że wzór zgody został opublikowany w dokumentacji ISO i wewnętrznym intranecie BCO. Ustalono, że personel będzie przekazywał zgody do Administratora Bezpieczeństwa Informatyki. Działania te uznaliśmy za wystarczające.

W ocenie NIK działania podjęte przez BCO nie są wystarczające, ponieważ w ISO nie określono zasad zbierania i przechowywania zgód na udostępnianie danych.

(dowód: akta kontroli str. 173-188, 199, 508-516, 524-525)

3. Wdrożona 1 lipca 2011 r. Instrukcja zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, nie zapewniała warunków umożliwiających realizowanie lub egzekwowanie działań określonych w § 20 ust. 2 pkt 5 i 7 lit. b rozporządzenia w sprawie KRI, dotyczących zmiany uprawnień w systemach informatycznych, wskutek czego nie weryfikowano adekwatności nadanych uprawnień. Nie zapewniała również warunków umożliwiających realizowanie lub egzekwowanie obowiązku prowadzenia czynności zmierzających do wykrycia nieautoryzowanych działań związanych z przetwarzaniem informacji. Ponadto zapisy Instrukcji były niekompletne w zakresie zapewnienia dbałości o aktualizację oprogramowania i minimalizację ryzyka utraty informacji w wyniku awarii, tj. w zakresie wymaganym § 20 ust. 2 pkt 12 lit. a i b ww. rozporządzenia. Centrum zobowiązało się (w § 13 ust. 1 porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSleZ) dostosować niezwłocznie przepisy wewnętrzne do wymagań zawartych w porozumieniu, zapewniając nie niższy poziom ochrony danych osobowych, niż ustalony w porozumieniu i powszechnie obowiązujących przepisach prawa.

Dyrektor wyjaśniła, że załącznik nr 2 do Polityki bezpieczeństwa przewiduje modyfikacje uprawnień. Z ustaleń NIK wynika, że nie określa jednak procedury tej modyfikacji. Dyrektor wskazała, że Instrukcja zostanie uaktualniona zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie KRI.

(dowód: akta kontroli str. 173-188, 218, 240-259, 508-516)

4. W BCO nie odbierano uprawnień do przetwarzania danych osobowych użytkownikom aplikacji typu HIS. Na liście aktywnych użytkowników tego systemu w dniu 23 listopada 2016 r. znajdowało się 24 byłych pracowników Centrum, z którymi stosunek pracy został rozwiązany pomiędzy 28 stycznia a 31 października 2016 r. Ponadto doraźnie monitorowano logi bezpieczeństwa systemów operacyjnych i systemu HIS oraz przechowywano kopie zapasowe systemów w pomieszczeniach serwerowni (tylko raz w tygodniu kopia zapasowa systemu HIS zapisywana była na zasób pamięci masowej przechowywany poza serwerownią). Wskazane działania były niezgodne z Instrukcją zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych, która w pkt 2.2. zobowiązywała do odbierania uprawnień użytkownikom, z którymi rozwiązano lub wygasł stosunek pracy lub inny stosunek prawny, w ramach którego był zatrudniony, zaś w pkt 9 ppkt 2 zobowiązywała do przeglądu loginów bezpieczeństwa nie rzadziej niż raz w tygodniu, a z kolei w pkt 5.3. ppkt 2 zakazywała ze względów bezpieczeństwa na przechowywanie kopii zapasowych w pomieszczeniu serwerowni.

Administrator wyjaśnił, że kierownicy jednostek oraz Dział Kadr nie informowali o zmianach dotyczących personelu, co uniemożliwiało odbieranie uprawnień. W praktyce doraźne monitorowanie loginów było wystarczające. Natomiast konieczność przechowywania kopii zapasowych w serwerowni wynikała z rozwiązań przyjętych w Projekcie, ponieważ serwery na których są tworzone kopie muszą znajdować się w serwerowni w szafach dostarczonych w ramach PSleZ. Ponadto wyjaśnił, że Instrukcja nie została dostosowana do faktycznych potrzeb w zakresie monitorowania loginów oraz przyjętych w PSleZ rozwiązań na skutek przeoczenia.

Dyrektor wyjaśniła, że braki w realizacji Instrukcji w zakresie odbierania uprawnień były następstwem wielu zmian w zatrudnieniu oraz niewdrożenia w wystarczającym stopniu procedury przekazywania informacji z Działu Kadr do osób odpowiedzialnych za odbieranie uprawnień.

(dowód: akta kontroli str. 237-261, 500-516, 522-523)

Centrum uczestniczyło w pracach koncepcyjnych i wdrożeniowych PSleZ, głównie poprzez opiniowanie dokumentacji związanej z realizacją Projektu. Wnoszone na tym etapie uwagi nie dotyczyły jednak ilości zakupionego w ramach Projektu sprzętu oraz długości trwania asysty powdrożeniowej, mimo że część z zakupionych drukarek i czytników kodów nie była wykorzystywana, a okres trwania asysty powdrożeniowej okazał się zbyt krótki. Obowiązująca w Centrum Polityka bezpieczeństwa, nie uwzględniała systemu typu EDM uruchomionego w ramach Projektu służącego do przetwarzania danych osobowych, zaś Instrukcja nie spełniała wymogów rozporządzenia w sprawie KRI, mimo że porozumieniem w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSleZ, Centrum zobowiązało się dostosować niezwłocznie przepisy wewnętrzne do wymagań zawartych w porozumieniu, zapewniając nie niższy poziom ochrony danych osobowych, niż ustalony w porozumieniu i przepisach prawa. Nie zabezpieczono również przed nieuprawnionym dostępem lub utratą danych znajdujących się w systemach informatycznych oraz nie opracowano dwóch procedur wymaganych Projektem w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym.

2. Stopień wykorzystywania przez Centrum sprzętu oraz rozwiązań informatycznych zakupionych w ramach PSleZ

2.1. Wydatki związane z realizacją Projektu i wykorzystywanie zakupionego sprzętu

Opis stanu faktycznego

Centrum na realizację Projektu przeznaczyło 1.774,4 tys. zł, co stanowiło 94,4% wydatków pierwotnie planowanych w zakresie rzeczowo-finansowym. Wkład własny Centrum wynosił 268,6 tys. zł, tj. 15,1% poniesionych wydatków (w tym 265,9 tys. zł stanowiła dotacja celowa uzyskana z budżetu Województwa Podlaskiego), a dofinansowanie ze środków europejskich 1.505,8 tys. zł, tj. 84,9% wydatków. Wydatki poniesione na realizację Projektu stanowiły 0,45% kosztów działalności Centrum w latach 2012 – 2015.

Koszty zakupu i uruchomienia systemów informatycznych wynosiły 782,7 tys. zł²⁸ i stanowiły 64,5% środków zaplanowanych pierwotnie na te cel, koszty stworzenia infrastruktury serwerowo-systemowej Projektu – 815,9 tys. zł (162%), koszty zakupu sprzętu informatycznego – 54,1 tys. zł (665%), koszty szkolenia użytkowników – 18,8 tys. zł (29%), koszty promocji Projektu – 0,6 tys. zł (4,8%). BCO partycypowało ponadto w kosztach wspólnych Projektu, w tym w kosztach: inżyniera kontraktu – 53,6 tys. zł (125%), utworzenia Regionalnej Platformy e-Uslug Medycznych – 47,9 tys. zł (170%), audytu powdrożeniowego – 0,7 tys. zł (12,6%).

Koszty PSleZ były niższe od planowanych o 106 tys. zł, co wynikało z rezygnacji z zakupu repozytorium elektronicznej dokumentacji medycznej za 224,4 tys. zł oraz z oszczędności w wysokości 163,1 tys. zł uzyskanych w wyniku przeprowadzonych zamówień publicznych. Za część niewydatkowanej kwoty (281,6 tys. zł) zakupiono dodatkowo m.in. stacje robocze, drukarki specjalistyczne, czytniki kodów kreskowych, serwery bazodanowe oraz zbudowano sieć WAN. Dyrektor Centrum wyjaśniła, że zmiany te były dokonywane przez Lidera Projektu a BCO nie wnioskowało o ich dokonanie.

(dowód: akta kontroli str. 351-352, 508-516, 530-532)

Wydatki niekwalifikowane poniesione w ramach projektu stanowił podatek VAT w wysokości 0,2 tys. zł. Naliczono również kary umowne w wysokości 1,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 353)

W ramach Projektu zakupiono 16 czytników kodów kreskowych, siedem drukarek specjalistycznych oraz skaner, które odebrano 5 lipca 2013 r., wyremontowano pomieszczenia serwerowni (odebrane 4 marca 2014 r.), wdrożono urządzenia sieci LAN, zakupiono serwery i urządzenia pamięci masowej wraz z systemami operacyjnymi i wirtualnymi (odebrane 29 kwietnia 2014 r.), zbudowano i uruchomiono sieć WAN (odebrana 14 kwietnia 2014 r. i uruchomiona 21 maja 2014 r.), zakupiono osiem stacji roboczych wraz z oprogramowaniem i monitorami (odebrane 10 marca 2015 r.) oraz zakupiono wyposażenie serwerowni zapasowej wraz z infrastrukturą sieciową, którą

²⁸ W tym koszty systemów: ERP – 275,3 tys. zł, EOD – 52,8 tys. zł, HIS – 367,4 tys. zł, EDM – 87,2 tys. zł.

odebrano 16 września 2015 r. Siedem czytników kodów kreskowych i cztery drukarki specjalistyczne zakupione w ramach Projektu nie były jednak wykorzystywane, natomiast skaner był wykorzystywany niezgodnie z PSleZ, co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 354-361)

W celu realizacji obowiązku promocji Projektu, wynikającego z § 5 ust. 2 pkt 17 porozumienia partnerskiego, BCO zakupiło tablicę informacyjną oraz dokonało oznaczenia sprzętu zakupionego w ramach Projektu (wyposażenia serwerowni, czytników kodów kreskowych, drukarek specjalistycznych, skanera, stacji roboczych i monitorów, pomieszczenia serwerowni, sieci WAN). Wydatki na promocję wynosiły 0,6 tys. zł. Ponadto – jak wyjaśniła Dyrektor – promocja Projektu prowadzona była w Specjalistycznej Przychodni Onkologicznej i na oddziałach szpitalnych, a także na stronie BCO. Pracownicy przekazywali pacjentom i ich rodzinom (zwłaszcza młodszym członkom rodzin) ulotki, a także informowali, w jaki sposób można korzystać z systemu e-Zdrowie. Skuteczność promocji opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”.

(dowód: akta kontroli str. 199, 354-356, 489, 508-516, 519-520)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono nieprawidłowość, polegającą na nieużytkowaniu siedmiu z 16 czytników kodów kreskowych oraz czterech z siedmiu drukarek kodów kreskowych przeznaczonych do identyfikacji pacjentów (urządzenia te zostały rozdysponowane w komórkach organizacyjnych, jednak nie były rozpakowane i podłączone), zakupionych w ramach Projektu za 11,2 tys. zł. Z kolei zakupiony za 4,9 tys. zł skaner nie był używany zgodnie z Projektem do wspomagania pracy systemu EOD (zostało to opisane w pkt 2.2 wystąpienia pokontrolnego).

Dyrektor wyjaśniła, że ilość zakupionego sprzętu nie była konsultowana w BCO. Wskazała również, że ze względu na planowane w roku bieżącym rozpoczęcie drugiego etapu rozbudowy i modernizacji Centrum, możliwe jest w przyszłości wykorzystanie całości posiadanych urządzeń.

Z ustaleń kontroli wynika, że zakup drukarek oraz skanerów wprowadzony został do zakresu rzeczowo-finansowego Projektu 11 lutego 2013 r., do czego BCO nie wносило uwag na etapie opiniowania dokumentu.

(dowód: akta kontroli str. 30-31, 34, 35-38, 111-150, 354-359, 375, 508-516, 522-523)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że podejmowane przez Centrum działania promocyjne Projektu były nieskuteczne, co było powodem znikomego zainteresowania portalem pacjenta ze strony pacjentów. Do dnia kontroli zgodę na przetwarzanie danych na poziomie regionalnym wyraziło jedynie 14 pacjentów (co odpowiadało 0,01% świadczeń udzielonych w 2016 roku), a za pomocą portalu pacjenta dokonano rejestracji tylko 19 wizyt w poradniach szpitalnych, co stanowiło 0,02% udzielonych w 2016 roku (co omówiono w pkt. 1.2 i 2.3 wystąpienia pokontrolnego). Dyrektor wyjaśniła, że przyczyną znikomego korzystania z usług oferowanych za pomocą portalu pacjenta jest brak zainteresowania ze strony starszych pacjentów takimi unowocześnieniami, ponieważ wolą oni „drogę tradycyjną”, tj. kontakt osobisty lub telefoniczny.

(dowód: akta kontroli str. 13-31, 199, 489, 508-516, 519-520)

2.2. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego administracyjno-finansową obsługę Centrum

Opis stanu
faktycznego

Przed przystąpieniem do Projektu Centrum posiadało system typu ERP dostarczony przez firmy Computerland, ABG S.A. oraz Asseco, na który składały się moduły służące do prowadzenia: finansów i księgowości, naliczania płac (po trzy licencje), rachunku kosztów, rejestru sprzedaży, prowadzenia gospodarki materiałowej, obsługi kadrowej, ewidencji czasu pracy na oddziałach (po dwie licencje), ewidencji i gospodarowania środkami trwałymi, ewidencji i gospodarowania wyposażeniem oraz prowadzenia kasy (po jednej licencji). Oprogramowanie zostało zakupione w latach 2001 – 2012 za 65,5 tys. zł, w tym 23,9 tys. zł stanowiły środki własne zaś 41,6 tys. zł darowizny firmy Computerland Ministerstwa Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 362-364)

Posiadane przez Centrum oprogramowanie zostało uznane przez Lidera Projektu i inżyniera kontraktu za wystarczające do udziału w PSleZ. Centrum objęto tzw. „małym softem”, na który składały się systemy BI (pięć licencji) i EOD (jedna licencja nieograniczona)²⁹ oraz moduł ewidencja czasu pracy do zarządzania zasobami podmiotu leczniczego (jedna licencja nieograniczona)³⁰. W ramach projektu firma Asseco dostarczyła również moduł integracyjny system ERP z platformą lokalną.

(dowód: akta kontroli str. 5-12, 354-356, 367-373, 500-516)

Zakupione w ramach Projektu oprogramowanie zostało odebrane i uruchomione 31 grudnia 2014 r. – moduł ewidencja czasu pracy, 17 kwietnia 2015 r. – moduł integracyjny systemu typu ERP z platformą lokalną, 20 kwietnia 2015 r. – systemy typu BI i EOD. W BCO nie wprowadzono procedur uwzględniających funkcjonalności programów nabytych w ramach Projektu, służących wykorzystaniu ich do bieżącej pracy, ponieważ – jak wyjaśniła Dyrektor – nie było takiej potrzeby.

(dowód: akta kontroli str. 354-356, 508-516)

Funkcjonujący od 31 grudnia 2014 r. w ramach systemu ERP moduł ewidencja czasu pracy wykorzystywany był do bieżącej pracy Centrum i służył do planowania czasu pracy. Do obliczania kosztów jednostkowych procedur medycznych, wykorzystywany był moduł koszty systemu ERP, który Centrum nabyło przed przystąpieniem do Projektu. W latach 2011 – 2016 miał miejsce jeden przypadek sprzedaży usługi osobie nieubezpieczonej. Wartość tej usługi została wliczona za pomocą ww. modułu i była wyższa od wartości procedury ustalonej wówczas przez NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 373-374)

W Centrum nie wykorzystywano systemu informatycznego służącego do elektronicznego obiegu dokumentacji, który został uruchomiony 20 kwietnia 2015 r. W systemie nie został zarejestrowany żaden dokument, używany w bieżącej pracy jednostki (usunięte zostały dokumenty służące do jego testowania, które zakończono w sierpniu 2016 roku). Kwestia ta została opisana w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 354-356, 375)

Uruchomiony 20 kwietnia 2015 r. system informatycznego wspomaganie procesu zarządzania BI umożliwiał generowanie 71 raportów i analiz obrazujących sytuację ekonomiczną i finansową Centrum. Pierwsze logowanie pracownika Centrum w programie miało miejsce 1 grudnia 2015 r. Do 16 listopada 2016 r. pracownicy BCO logowali się w programie 72 razy (księgowo 33 razy i informatycy 39 razy). Program ten nie był wykorzystywany w bieżącej działalności Centrum, co zostało opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Na prośbę Lidera Projektu od kwietnia 2016 roku dokonywano weryfikacji 10 raportów³¹ generowanych w programie typu BI z danymi z systemu ERP. Weryfikacja wykazała, że Centrum nie było w stanie wygenerować żadnego z żądanych raportów (kwiecień 2016 roku) bądź generowane po usunięciu tego problemu raporty były niezgodne z danymi z systemu typu ERP³². Centrum informowało o problemach z funkcjonalnością programu wykonawców oraz Lidera Projektu, jednak do dnia kontroli nie zostały one rozwiązane w całości. Z prowadzonej z wykonawcami i Liderem Projektu korespondencji wynika, że wygenerowanie raportów dotyczących poziomu wykonania kontraktu, liczby i wartości świadczeń zrealizowanych ponad limit określony umową lub niewykonanych od limitu określonego umową wymagało uzgodnień pomiędzy wykonawcami, zgodność raportu dotyczącego planu finansowego i jego procentowego wykonania wymagała uzyskania wytycznych od Lidera Projektu (Centrum otrzymało je w grudniu 2016 roku), natomiast raport dotyczący wyniku finansowego oddziałów nie był możliwy do wygenerowania, ponieważ program typu ERP nie posiadał danych z podziałem na poszczególne oddziały. Przeprowadzone na potrzeby

²⁹ Programy typu BI oraz EOD zostały zakupione na podstawie umowy z firmą Comarch.

³⁰ Moduł ewidencja czasu pracy został zakupiony na podstawie umowy z firmą Asseco.

³¹ Raporty: koszty ogółem, koszty według rodzajów, liczba i wartość świadczeń niewykonanych do limitu określonego umową, liczba i wartość świadczeń zrealizowanych ponad limit określony umową, plan finansowy i procent jego wykorzystywania, poziom wykonania kontraktu (procentowy), przychody ogółem, przychody wg rodzajów, wynik finansowy oddziałów, wynik finansowy ogółem.

³² W lipcu 2016 roku wszystkie raporty były niezgodne z systemem typu ERP, natomiast raporty z sierpnia, września i października 2016 roku były niezgodne w siedmiu z 10 przypadków (raporty zgodne z danymi z systemu typu ERP dotyczyły przychodów ogółem, przychodów wg rodzajów oraz wyniku finansowego).

kontroli porównanie 10 wybranych raportów³³ z danymi z systemów typu ERP i HIS wykazało niezgodność raportów z danymi z tych systemów w pięciu przypadkach³⁴. W trzech kolejnych nie było możliwe wygenerowanie wydruków w programie BI³⁵, a w jednym dane z programu BI były nieczytelne³⁶. Dane zgodne z system ERP uzyskano tylko w przypadku raportu dotyczącego przychodów ogółem.

(dowód: akta kontroli str. 376-447, 539-543)

Szkolenia i instruktaże z obsługi systemów informatycznych wspomagających obsługę administracyjno-finansową Centrum, zakupionych w ramach Projektu, przeprowadzone zostały przed wdrożeniem systemów³⁷. Przeszkolono wszystkich pracowników wyznaczonych do wykorzystywania aplikacji typu BI i EOD oraz modułu ewidencja czasu pracy, tj. odpowiednio cztery, 45 i 37 osób. W przypadku nowo zatrudnianego personelu, szkolenia z obsługi systemów prowadzone były przez informatyków oraz innych pracowników, którzy dotychczas korzystali z oprogramowania.

(dowód: akta kontroli str. 449-466)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W Centrum nie był wykorzystywany uruchomiony 20 kwietnia 2015 r. system typu EOD, mimo że został on do sierpnia 2016 roku przetestowany i przygotowany do użytkowania przez informatyków, a pracownicy przeszkoleni w zakresie jego obsługi. Koszt zakupu systemu wyniósł 52,8 tys. zł. Dyrektor Centrum wyjaśniła, że w związku z wymogiem zmiany organizacji pracy, uruchomienie programu zostało przesunięte na początek 2017 roku.

(dowód: akta kontroli str. 354-356, 375, 448, 508-516)

2. W Centrum nie wykorzystano do bieżącej działalności z uruchomionego 20 kwietnia 2015 r. systemu typu BI. Sprawdzanie raportów generowanych w tym systemie z danymi zawartymi w innych systemach rozpoczęto dopiero na prośbę Urzędu Marszałkowskiego od kwietnia 2016 roku, tj. po upływie roku do uruchomienia tej aplikacji. Do dnia zakończenia kontroli, w związku z rozbieżnościami pomiędzy danymi prezentowanymi przez systemy HIS i ERP a system BI, narzędzie to nie spełniało swojej roli w zakresie szybkiego dostępu do analiz mających być podstawą do efektywniejszego zarządzania podmiotem leczniczym. Jakość prezentowanych danych nie mogła być też pomocna do sprawowania nadzoru nad Centrum przez Urząd Marszałkowski, który – zgodnie z założeniami Projektu – miał posiadać dostęp do raportów generowanych w oprogramowaniu typu BI. Koszty zakupu systemu wynosiły 8,2 tys. zł. Dyrektor BCO wyjaśniła, że system nie był użytkowany, ponieważ operował błędnymi danymi. Z ustaleń kontroli wynika, że pierwsze zgłoszenia dotyczące błędów w raportach systemu BI miały miejsce 20 kwietnia 2016 r., tj. dopiero po interwencji Urzędu Marszałkowskiego i rok po uruchomieniu aplikacji.

(dowód: akta kontroli str. 354-356, 376-448, 508-516, 539-543)

2.3. Wykorzystywanie oprogramowania wspomagającego obsługę pacjenta

Opis stanu
faktycznego

Przed rozpoczęciem Projektu Centrum dysponowało oprogramowaniem wspomagającym obsługę pacjenta (HIS) dostarczonym przez firmy Computerland, Sygnity S.A., ABG S.A. oraz Asseco, składającym się z modułów: ruch chorych³⁸ (25 licencji), apteczka oddziałowa, apteka szpitalna, pracownia diagnostyczna (po siedem licencji), zlecenia (pięć licencji), przychodnia (licencja nieograniczona). Oprogramowanie zostało zakupione w latach 2001 –

³³ Na potrzeby kontroli wydrukowano z programu typu BI i porównano z systemami typu ERP i HIS raporty w zakresie: kosztów ogółem, kosztów według rodzajów, przychodów ogółem, wyniku finansowego, liczby zgonów, liczby osobodni, średniego wynagrodzenia zasadniczego kwartalnie, liczby łóżek na oddziałach, poziomu wykonania kontraktu, hospitalizacji z podziałem na pleć.

³⁴ Program typu BI generował niezgodne z systemami typu ERP i HIS raporty w zakresie kosztów ogółem, kosztów według rodzaju, wyniku finansowego ogółem, liczby zgonów, liczby osobodni.

³⁵ Aplikacja typu BI nie generowała raportów w zakresie średniego wynagrodzenia zasadniczego kwartalnie, liczby łóżek na oddziałach, hospitalizacji z podziałem na pleć.

³⁶ Program typu BI generował nieczytelne dane w raporcie dotyczącym poziomu wykonania kontraktu.

³⁷ Szkolenia z modułu ewidencja czasu pracy wbudowanego do systemu typu ERP miały miejsce na początku grudnia 2014 roku, zaś odbiór modułu – 31 grudnia 2014 r., szkolenia z systemów typu BI i EOD zakończyły się do 11 marca 2015 r., zaś uruchomienie systemów miało miejsce 20 kwietnia 2015 r.

³⁸ Moduł ruch chory składał się z podmodułów izba przyjęć, oddział, statystyka medyczna, rozliczenie kontraktów NFZ.

2012 za 95,8 tys. zł, z czego 23,7 tys. zł stanowiła darowizna Ministerstwa Zdrowia, 28,3 tys. zł dotacje Ministerstwa Zdrowia, a 43,8 tys. zł środki własne. Po rozpoczęciu Projektu, Centrum nabyło w 2013 roku system informatyczny do archiwizacji danych patomorfologicznych³⁹ oraz moduły punkt pobrań i rehabilitacja⁴⁰, zaś w 2014 roku zakupiono moduł blok operacyjny⁴¹ oraz zmodernizowano system HIS⁴².

(dowód: akta kontroli str. 362-364)

Posiadane przez Centrum oprogramowanie zostało uznane przez Lidera Projektu i inżyniera kontraktu za wystarczające do udziału w PSLeZ. Centrum objęło tzw. „małym softem”, na który składał się program typu EDM (207 licencji) oraz moduł integracyjny HIS z platformą lokalną i regionalną. Zakupiony w ramach Projektu moduł integracyjny HIS (17 kwietnia 2015 r.) oraz system typu EDM (20 kwietnia 2015 r.) zostały uruchomione równoległe. W Centrum nie wprowadzono wewnętrznych procedur uwzględniających funkcjonalności programów nabytych w ramach Projektu, służących wykorzystaniu ich do bieżącej pracy, ponieważ – jak wyjaśniła Dyrektor – nie było takiej potrzeby.

(dowód: akta kontroli str. 5-12, 354-356, 367-372, 508-516)

System typu EDM wdrożony w ramach Projektu generował dokumenty z systemu HIS (karta informacyjna z leczenia szpitalnego, skierowanie do laboratorium, skierowanie na badanie), zawierające dane określone w Regulach biznesowych i walidacjach określających strukturę dokumentów medycznych, opublikowanych na podstawie § 3 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2013 r. w sprawie wymagań Systemu Informacji Medycznej⁴³.

(dowód: akta kontroli str. 467-470)

Na dzień kontroli we wszystkich pięciu oddziałach oraz we wszystkich poradniach prowadzona była dokumentacja medyczna za pomocą szpitalnego programu HIS. W wersji elektronicznej prowadzono dwa z ośmiu rodzajów indywidualnej wewnętrznej dokumentacji medycznej w postaci historii zdrowia i choroby oraz wyników badań diagnostycznych⁴⁴, a także dokumentację indywidualną zewnętrzną w postaci karty informacyjnej z leczenia szpitalnego oraz skierowań i zleceń na świadczenia realizowane poza Centrum. Z dokumentacji zbiorczej wewnętrznej prowadzono sześć z dziewięciu rodzajów dokumentacji w postaci księgi głównej przyjęć i wypisów, księgi odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć, listy oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego finansowanego ze środków publicznych, księgi chorych oddziału, księgi pobrań laboratoryjnych oraz księgi pracowni diagnostycznej⁴⁵.

(dowód: akta kontroli str. 471-472)

Badanie dokumentacji 41 pacjentów wykazało, że we wszystkich przypadkach wyniki badań diagnostycznych oraz karty informacyjne z leczenia szpitalnego wytwarzane były za pomocą aplikacji typu HIS, natomiast w dwóch przypadkach historia zdrowia i choroby nie została wytworzona w tym systemie, co uniemożliwiło zasilenie danymi systemu typu EDM i było niezgodne z § 5 ust. 2 pkt 7 porozumienia partnerskiego.

System typu HIS funkcjonujący w BCO umożliwiał przesyłanie wyników badań pomiędzy oddziałami/poradniami i laboratorium oraz zapotrzebowania na leki pomiędzy oddziałami/poradniami i apteką w zakresie. Elektroniczna dokumentacja podpisywana była za pomocą loginu i hasła umożliwiającego identyfikację użytkownika tworzącego dokument. System HIS umożliwiał automatyczne umieszczenie wytworzonego dokumentu (zaakceptowanego) w systemie typu EDM i sprawdzenie czy dokument został tam zamieszczony. W BCO przenoszone były z systemu typu HIS do EDM zlecenia, skierowania, recepty, karta informacyjna z leczenia szpitalnego oraz dokumentacja z wizyty ambulatoryjnej. Do aplikacji typu EDM nie była przekazywana historia zdrowia i choroby,

³⁹ System informatyczny do archiwizacji danych patomorfologicznych zakupiono za 107 tys. zł, uzyskane z Projektu Współpracy Polska-Białoruś-Ukraina.

⁴⁰ Moduł punkt pobrań i rehabilitacja został zakupiony ze środków własnych, za 9,2 tys. zł.

⁴¹ Moduł blok operacyjny zakupiony został ze środków własnych, za 22,1 tys. zł.

⁴² System typu HIS zmodernizowano za kwotę 276,8 tys. zł, uzyskaną w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego (TIK); modernizacja dotyczyła przejścia z programu „InfoMedica” na AMMS.

⁴³ Dz. U. poz. 463.

⁴⁴ Prowadzenie pozostałej indywidualnej dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej planowane jest do końca 2017 roku.

⁴⁵ Księgę pracowni diagnostycznej prowadzono dwutorowo również w wersji papierowej. Prowadzenie pozostałej zbiorczej wewnętrznej dokumentacji medycznej w wersji elektronicznej planowane jest do końca 2017 roku.

mimo że stosownie do studium wykonalności Projektu miała się w nim znajdować kompletna dokumentacja medyczna. Każdy wytworzony w systemie typu HIS dokument medyczny mógł być udostępniony w systemie typu EDM (uprawnienia do definiowania, które dokumenty podlegają udostępnieniu posiadał administrator systemu). W pięciu z 35 objętych badaniem przypadków karta informacyjna z leczenia szpitalnego nie została zamieszczona w systemie typu EDM (administrator zamieścił te dokumenty dopiero w trakcie kontroli), co uniemożliwiło zasilenie danymi systemu i było niezgodne z § 5 ust. 2 pkt 7 porozumienia partnerskiego. Kwestie dotyczące niezasilania oprogramowania typu EDM danymi z systemu typu HIS oraz nieprzekazywania całości wytworzonej w formie elektronicznej z aplikacji typu HIS do EDM, zostały opisane w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. (dowód: akta kontroli str. 473-481)

Z wyjaśnień otrzymanych od siedmiu osób pełniących funkcje kierownicze w BCO wynika, że w ocenie czterech z nich, prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej nie spowodowało większego obciążenia personelu pracami administracyjnymi. W ocenie kierownika Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej zmniejszyło to obciążenie personelu pracami administracyjnymi. W opinii dwóch osób do czasu wprowadzenia w pełnym zakresie dokumentacji elektronicznej nie jest możliwa ocena czy dokumentacja ta usprawnia pracę personelu, gdyż jej część w dalszym ciągu prowadzona jest w wersji papierowej, co wymaga większego zaangażowania. Ponadto jedna osoba wskazała, że uzyskiwanie dokumentacji medycznej drogą internetową może wydłużyć czas konsultacji medycznych, w przypadku braku umiejętności sprawnego poruszania się w systemie informatycznym lub niesprawności samego systemu.

W opinii Dyrektora największe niedogodności wynikające z użytkowania systemów uzyskanych w ramach Projektu związane są z niewłaściwą integracją pomiędzy systemami typu ERP i HIS a aplikacją BI. (dowód: akta kontroli str. 482-488, 549)

Od 29 lutego 2016 r. do 19 stycznia 2017 r. przez portal pacjenta, utworzony w ramach Projektu, 73 razy dokonywano prób rezerwacji wizyt w poradniach funkcjonujących w Centrum. Większość z nich, tj. 54 (74%) stanowiły próby testowe, dziewięć (12%) wizyty anulowane przez pacjentów lub z powodu absencji lekarza, odbyło się tylko 10 (14%) wizyt. Liczba wizyt dla pacjentów rejestrujących się przy pomocy portalu pacjenta była ograniczona do dwóch, pięciu, dziesięciu lub piętnastu w zależności od lekarza⁴⁶. Dyrektor wyjaśniła, że ograniczenia dotyczą wszystkich form rejestracji, w tym osobistej i telefonicznej. Wynikają one z konieczności przyjmowania niektórych pacjentów w dniu zgłoszenia, ponieważ ich stan zdrowia wymaga natychmiastowego wdrożenia diagnostyki i/lub leczenia. Ponadto znaczna część wizyt zarezerwowana jest dla pacjentów leczących się ambulatoryjnie (aktualnie to około 60% pacjentów Centrum), którzy muszą być przyjmowani w konkretnych dniach wynikających z harmonogramu leczenia (np. chemioterapii lub radioterapii). Wskazała również, że pacjenci przyjmowani są wg kolejności zgłoszeń, jednak nie jest możliwe udostępnienie im wszystkich wolnych terminów wizyt w poradniach, ponieważ w przypadku wcześniejszego ich zarezerwowania, poradnia nie miałaby możliwości przyjmowania w tym samym dniu pacjentów najbardziej potrzebujących oraz terminowego realizowania leczenia ambulatoryjnego.

Porównanie wolnych terminów wizyt opublikowanych na portalu pacjenta w dniu 19 stycznia 2017 r. z danymi zawartymi w module rejestracji systemu typu HIS wykazało, że w przypadku sześciu z 30 lekarzy przyjmujących w Przychodni wykazane dane były niezgodne z danymi zawartymi w systemie HIS, co zostało opisane w dalszej części wystąpienia, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli str. 489-493, 521, 537-538)

W ramach realizacji Projektu w Centrum przeszkolono pracowników z zakresu obsługi systemów typu HIS i EDM. Szkoleniem z aplikacji typu HIS objęto 69 z 500 pracowników korzystających z programu, mimo że system ten nie był wdrażany w ramach Projektu (szkolenia dotyczyły modułu ruch chorych). Centrum 22 marca 2013 r. zgłaszało uwagę do zasadności prowadzenia szkoleń z systemu HIS, jednak nie została ona uwzględniona.

⁴⁶ W dniu 19 stycznia 2017 r. liczba wizyt była ograniczona do dwóch w przypadku jednego lekarza, do pięciu w przypadku 17 lekarzy, do 10 w przypadku siedmiu lekarzy oraz do 15 w przypadku pięciu lekarzy.

Szkoleniem z obsługi oprogramowania typu EDM objętych zostało 45 pracowników. Faktycznie z systemu tego korzysta jednak tylko administrator, ponieważ – jak wyjaśnił informatyk – Centrum posiadało system HIS, w którym gromadzone były niezbędne dane medyczne w formie elektronicznej i z poziomu tego systemu personel medyczny (w zakresie przyznaných uprawnień) posiadał dostęp do tych danych oraz do utworzonej dokumentacji, bez konieczności korzystania z aplikacji EDM. Dyrektor wyjaśniła, że nie wnoszono uwag do zasadności szkoleń z systemu EDM, ponieważ mogłyby one być pomocne w lepszym użytkowaniu posiadanych rozwiązań informatycznych.

(dowód: akta kontroli str. 129, 449-466, 500-516)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Do aplikacji typu EDM nie przekazywano całości dokumentacji medycznej wskazanej w studium wykonalności i Programie Funkcjonalno-Użytkowym Projektu, gdyż kompletna dokumentacja medyczna nie była prowadzona w systemie typu HIS. Oprócz tego dopiero w trakcie kontroli NIK zaczęto do systemu typu EDM przekazywać historię zdrowia i choroby, która była wytwarzana w aplikacji typu HIS. Z kolei badanie 41 dokumentacji medycznych wykazało, że system typu EDM nie został zasilony danymi z aplikacji typu HIS dotyczącymi siedmiu dokumentacji medycznych. Stanowiło to naruszenie § 5 ust. 2 pkt 7 porozumienia partnerskiego, zobowiązującego do zasilania danymi aplikacji zakupionych w ramach PSleZ. Nie pozwalało też na osiągnięcie korzyści przewidzianych w studium wykonalności Projektu oraz we wniosku o jego dofinansowanie, zgodnie z którymi system typu EDM miał pozwalać na przechowywanie kompletnej dokumentacji medycznej pacjenta, do której pacjentowi zapewniony miał być dostęp za pośrednictwem portalu pacjenta. Dostęp do tej dokumentacji mieli mieć też lekarze z innych podmiotów leczniczych. Miało to zmniejszyć koszty powtarzanych badań medycznych pacjentów, także w innych podmiotach leczniczych.

Nieprzekazywanie danych do systemu EDM w pięciu przypadkach spowodowane było – według wyjaśnień informatyka – awariami, które wymagały wyłączenia funkcji przekazywania dokumentacji z systemu typu HIS do EDM. Natomiast w dwóch – jak wyjaśniła Dyrektor – powodem było niewypełnienie przez lekarzy dokumentacji w oprogramowaniu typu HIS, którzy to lekarze prawdopodobnie powołali się na termin wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w Polsce. Dyrektor wyjaśniła, że nie zamieszczano całości dokumentacji w systemie typu EDM, gdyż przedstawiciel firmy Comarch 8 kwietnia 2016 r. w zestawieniu dokumentacji⁴⁷, która miała być przekazywana do regionalnego repozytorium dokumentacji medycznej nie wskazał historii zdrowia i choroby. (dowód: akta kontroli str. 13-31, 471-480, 500-516, 537-538)

2. Centrum publikowało na portalu pacjenta nierzetelne dane dotyczące terminów wolnych wizyt. W przypadku sześciu z 30 lekarzy przyjmujących w przychodni w dniu 19 stycznia 2017 r. wykazywane na portalu pacjenta dane o wolnych terminach były niezgodne z danymi wynikającymi z systemu typu HIS. Część terminów widniejących na portalu pacjenta jako wolne była bowiem zarezerwowana w aplikacji typu HIS, w której prowadzono rejestrację pacjentów. Taka sytuacja może zniechęcić pacjentów do korzystania z tej funkcjonalności portalu pacjenta, co w konsekwencji może zagrażać osiągnięciu wskaźnika Projektu w postaci liczby wizyt zarezerwowanych online.

Informatyk wyjaśnił, że spowodowane to było nieprawidłowym działaniem systemów, co mogło być wynikiem przeprowadzonych aktualizacji systemu typu HIS i wiązało się z odłączeniem bazy danych systemu (np. wieczorem 16 stycznia 2017 r.). System powinien wznowić działanie automatycznie i dokończyć synchronizację, co jednak nie nastąpiło. Dodał również, że błędy w tym zakresie były wielokrotnie zgłaszane dostawcom oprogramowania. (dowód: akta kontroli str. 521-523, 537-538)

⁴⁷ W informacji przedstawionej przez firmę Comarch wskazano, że Regionalne Repozytorium Dokumentacji Medycznej przechowuje następujące dane: dane krytyczne dotyczące pacjentów, skierowania, zalecenia, recepty, zastosowane leki, zwolnienia, opisy konsultacji medycznych, karty wypisowe, opisy wyników badań obrazowych, linki do lokalnie przetrzymywanych danych obrazowych przechowywanych w lokalnych systemach LIS, RIS, PACS, o ile systemy te oferują taką funkcjonalność.

3. W BCO nie zapewniono pacjentom rejestrującym się za pośrednictwem portalu pacjenta możliwości zapisania się na wizytę z uwzględnieniem zasady kolejności zgłoszeń, wynikającej z przepisu art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁸. Pacjenci bowiem mieli możliwość umówienia wizyty najwcześniej na kolejny dzień, podczas gdy rejestrując się osobiście lub telefonicznie do poradni (do których nie było kolejek) wizytę można było umówić na dzień bieżący. Nieprawidłowość ta wynikała jednak z konfiguracji portalu pacjenta, za co odpowiedzialności nie ponosi Centrum.

Dyrektor wyjaśniła, że BCO nie miało możliwości konfigurowania dostępności usług na portalu pacjenta. Terminarze mogły być konfigurowane tylko we własnym systemie typu HIS, jednak nie wprowadzono w nich ograniczeń dotyczących rejestracji w dniu bieżącym. (dowód: akta kontroli str. 491-493, 521, 549-550)

W Centrum przeszkolono personel z obsługi systemów informatycznych zakupionych w ramach Projektu. Pomimo jednak upływu ponad 22 miesięcy od ich dostarczenia, nie wykorzystywano systemów typu EOD i BI. Dodatkowo aplikacja typu BI, mająca być narzędziem do sprawniejszego zarządzania BCO, generowała raporty niezgodnie z danymi źródłowymi, co okazało się dopiero po roku od jej odebrania od wykonawcy, w rezultacie wykonania zalecenia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego. Do systemu typu EDM nie przekazywano zaś całości dokumentacji medycznej wskazanej w studium wykonalności i Programie Funkcjonalno-Użytkowym Projektu, w tym także wytworzonej z wykorzystaniem aplikacji typu HIS. Świadczy to o nieskutecznym wdrożeniu funkcjonalności otrzymanego oprogramowania, którego używanie miało ograniczyć koszty wykonywania powtórnych badań medycznych oraz przechowywania papierowej dokumentacji medycznej.

Nierzetelna była też część informacji o dostępnych terminach wizyt opublikowanych na portalu pacjenta, zaś rejestracja na wizytę do poradni, w których nie było kolejek, odbywała się z naruszeniem przepisu art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Nie wykorzystywano też siedmiu czytników kodów, czterech drukarek i skanera zakupionych w ramach PSleZ.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁴⁹, wnosi o:

1. Wyegzekwowanie od pracowników Centrum wykorzystywania oprogramowania i sprzętu zakupionego w ramach PSleZ, w tym umożliwiającego zdalny dostęp wszystkich pacjentów i lekarzy z innych podmiotów leczniczych do kompletnej dokumentacji medycznej oraz rejestrację wizyt poprzez portal pacjenta wg kolejności zgłoszenia.
2. Zapewnienie prawidłowego funkcjonowania systemu typu BI, umożliwiającego wykorzystanie jego możliwości do zarządzania Centrum.
3. Uzupelnienie Polityki bezpieczeństwa danych osobowych o sposób przepływu danych pomiędzy poszczególnymi systemami przetwarzającymi dane osobowe oraz o wykaz wszystkich zbiorów danych osobowych przetwarzanych w Centrum wraz z opisem ich struktury, stosownie do § 4 pkt. 2, 3 i 4 rozporządzenia w sprawie dokumentacji urządzeń i systemów informatycznych.
4. Uzupelnienie Instrukcji zarządzania systemem informatycznym służącym do przetwarzania danych osobowych o brakujące zapisy, wymagane § 20 ust. 2 pkt 5, pkt 7 lit. b oraz pkt 12 lit. a i b rozporządzenia w sprawie KRI.
5. Bezwzględne przestrzeganie postanowień ww. Instrukcji, w tym dotyczących odbierania uprawnień do przetwarzania danych osobowych, monitorowania loginów

⁴⁸ Dz.U. z 2016 r. poz. 1793, ze zm.

⁴⁹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.

bezpieczeństwa systemów operacyjnych i systemu typu HIS, przechowywania kopii zapasowych systemów poza serwerownią.

6. Opracowanie procedur wewnętrznych wymaganych § 5 ust. 5 i § 10 ust. 7 porozumienia w sprawie ochrony danych osobowych przetwarzanych na poziomie regionalnym w PSleZ.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Białystok, dnia 17 maja 2017 r.

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



.....
podpis

