

Dlaczego firmy informatyczne uzależniają od siebie szpitale

Strategia mrówek i mszyc



Fot. © iStockphoto.com 3x

Jak smakujesz swojej firmie informatycznej? Czujesz, jak wypija z ciebie soki? Co się dzieje, gdy chcesz odejść? Po prostu nie możesz? Skąd się bierze to zjawisko i jak mu przeciwdziałać – to pytanie, które spędza sen z powiek nie tylko szpitalom, lecz także najważniejszym dla zdrowia instytucjom. Prezentujemy analizę Wiktora Góreckiego.

Nie zmienia się firmy utrzymującej system informatyczny dla jakiegoś widzimisię. Nikogo nie stać na igraszki z dostawcą oprogramowania po to tylko, żeby mu dokuczyć. Na czym wobec tego polega problem uzależnienia użytkownika – przychodni, szpitala czy ogólnokrajowej instytucji rządowej – od firmy informatycznej lub nawet od konkretnych osób zatrudnionych wewnątrz w celu uruchomienia lub utrzymania systemu informatycznego? Otóż zdarza się całkiem często, że zainstalowany system odbiega od oczekiwań już w pierwszej fazie funkcjonowania, a trzeba przyjąć, że z biegiem czasu musi wręcz od nich odbiegać, choćby dlatego, że będą się one zmieniać wraz z sytuacją wewnętrzną i zewnętrzną użytkownika.

Informatyzacja – lek na własny czy cudzy problem?

Informatyzacja zakładu zaczyna się od ustalenia elementów zamówienia na podstawie ustrukturalizowanej mapy problemów i potrzeb. W praktyce jednak zakład odczuwa to w pełni dopiero z chwilą rozpoczęcia wdrożenia. Często wydaje się, że problemy i potrzeby są z góry znane na podstawie obserwacji innych, cudzych wdrożeń oraz na podstawie przedstawionej oferty, która jest wyrazem doświadczeń wytwórcy lub dostawcy oprogramowania. Gdyby analiza potrzeb została potraktowana bardzo poważnie, proces informatyzacji rozpoczynałby się rzeczywiście od niej. Faza tej analizy, jakkolwiek w deklaracjach określana jako ważna,

„Informatyzacja zakładu jest ważną zmianą, która budzi nadzieje i lęki. Te ostatnie szczególnie wśród personelu”



w praktyce jednak traktowana jest niejasno. Metody lub raczej sposoby tej analizy budzą wątpliwości i rzucają światło szerzej – na całość praktyk zarządczych w ochronie zdrowia. Podlaskie e-zdrowie, na przykład, skonstruowane zostało w bliźniaczy sposób do ogólnokrajowego rozwiązania – Platformy P1. Wbrew płynącym z różnych stron sygnałom uznano to rozwiązanie za najbardziej korzystne i pewne. Było to zapewne owocem analizy strategicznej uwzględniającej perspektywę urzędników z Białegostoku i Warszawy oraz twórców studium wykonalności, wcześniej przygotowujących taki sam dokument dla Platformy P1 w Warszawie. Musiało jednak zabraknąć innych, jak się okazało, ważniejszych interesariuszy, skoro ostatni audyt przeprowadzony przez NIK sygnalizuje bardzo niski stopień wykorzystania przygotowanych rozwiązań.

Metoda – grzech pierworodny

Doświadczenie mówi, że grzechu pierworodnego należy szukać w metodach wpływających na rozumie-

nie i formułowanie własnych problemów oraz celów i w konsekwencji na kształt zamówienia. Wypróbowane i znane metody planowania strategii wykorzystują rozbudowane instrumentarium eliminujące takie sytuacje, w szczególności narzędzia do modelowania i zarządzania procesami biznesowymi, produkcyjnymi, administracyjnymi i logistycznymi oraz partycypacyjną metodologię budowania strategii z udziałem wszystkich interesariuszy.

Informatyzacja zakładu jest niewątpliwie ważną zmianą, która budzi nadzieje i lęki. Te ostatnie szczególnie wśród personelu. Ostatnie 20 lat w ochronie zdrowia było też, zwłaszcza dla szpitali, swego rodzaju torem przeszkód. To powinno nie tylko czynić je uodpornionymi na stresy towarzyszące zmianie, lecz także przyczyniać się do szerokiego stosowania wypróbowanych metod i narzędzi z dziedziny zarządzania zmianą. Do narzędzi tych zaliczam wymienione wyżej pakiety oprogramowania do symulacji i modelowania procesowego oraz procedury partycypacyjne budowania strategii. Tego jednak nie obserwujemy w Polsce chyba zupełnie, a przyczyny nie są jasne.

Uzależnienie – szpital w potrzasku

Okoliczności te sprawiają, że system i jego uczestnicy mimo przeżywanych wstrząsów wciąż nie są przygotowani do zmian. W przypadku informatyzacji przyczynia się to do błędów przy określaniu własnych problemów i potrzeb, błędów w negocjacjach z dostawcą oprogramowania i kłopotów nie tylko w czasie wdrożenia, ale również później. Pojawia się problem uzależnienia użytkownika od dostawcy oprogramowania. Gdy ten pierwszy spostrzeży, że otrzymał nie to, co jest mu potrzebne, okazuje się, że nie może zwrócić się z tym do nikogo innego niż ten drugi.

Uzależnienie od firmy lub projektu informatycznego, czyli dostawcy IT, to rzecz znana. Jest to bolączka licznych instytucji, organizacji i przedsiębiorstw, również szpitali. Sprawa ta od dawna stanowi przedmiot dyskusji, seminariów i regulacji prawnych – krajowych i unijnych, a także rekomendacji proceduralnych. Tłem jest z jednej strony pewien fatalizm panujący wśród zamawiających oprogramowanie, a z drugiej – swego rodzaju zepsucie rynku informatycznego przez małe wymagania i duże pieniądze instytucji sektora publicznego, które w tym rynku mają niebagatelny udział.

Zamawiającym nazbyt często wydaje się, że są skazani na uzależnienie od informatyków, a informatycy nie tylko godzą się z tym, ale też traktują to jako dopuszczalną formę utrzymania klienta.

Jeden z wiceministrów zdrowia przyznał niedawno, że koszty usług informatycznych wzrosły na rynku ze względu na zapisy w umowach szpitali z firmami serwisowymi o dostosowaniu systemów do ewentualnych zmian ustawowych w okresie serwisowym czy gwarancyjnym jako obowiązku serwisowym. Są to jed-

„Zamawiającym często wydaje się, że są skazani na uzależnienie od informatyków, a informatycy nie tylko godzą się z tym, ale traktują to jako dopuszczalną metodę utrzymania klienta”

nak zwykle, zdaniem ministra, zapisy ogólne, mogące powodować różnice zdań. To potwierdza niepokojące sygnały o nieprzygotowaniu zarówno szpitali, jak i dostawców oprogramowania do partnerstwa.

Oprogramowanie sztywne, stwarzające problemy przy dostosowywaniu się do zmian legislacyjnych i szerzej – niezależnych od szpitala zmian w procesach informacyjnych, stawia szpital w sytuacji uzależnienia od dostawcy oprogramowania lub serwisu. Zwykle bowiem musi to dodatkowo kosztować. Naturalne w tej sytuacji dążenie do zmiany firmy informatycznej kończy się niepowodzeniem. Bardzo szybko okazuje się, że modyfikacja cudzego oprogramowania jest dla nowej firmy tak kłopotliwa, że całe przedsięwzięcie staje się jeszcze bardziej kosztowne. Zmiana firmy informatycznej wymaga dodatkowo współpracy między firmami: nową i uprzednio zaangażowaną – łatwo zrozumieć, jakie to może być trudne.

Oswajanie zmiany

Można temu zaradzić. Zleceniodawca, myślimy głównie o szpitalu czy przychodni, nie powinien traktować informatyzacji jako sposobu na „zakodowanie szpitala na stałe” – na utrwalenie dotychczasowych procesów komunikacyjnych w umowie zaszytej w studium wykonalności. Odwrotnie – powinien potraktować informatyzację jako okazję do otwarcia mechanizmów i struktur zarządczych oraz powiązań komunikacyjnych szpitala, wewnętrznych i zewnętrznych, na ciągłe zmiany. Informatyzacja zamiast usztywnić organizację powinna ją uelastyczniać. Ważnym elementem tego procesu – elastycznym i uelastyczniającym – powinno być na przykład studium wykonalności. To stwierdzenie może dziwić. Wiemy, jak łatwo właśnie w tym momencie zrobić coś przeciwnego. Pamiętamy bowiem, jaką rolę w usztywnianiu informatyzacji całej polskiej ochrony zdrowia odgrywa studium wykonalności Platformy P1.

W mechanizmach zarządczych i komunikacyjnych zakładu należy zatem odnajdować te elementy, które podlegają lub mogą podlegać zmianie spowodowanej czynnikami zewnętrznymi i wewnętrznymi. Co wię-



cej, należy szukać tych elementów, które chcielibyśmy uczynić zmiennymi. Nieodzowne jest tu wspomniane już oprogramowanie do modelowania i zarządzania procesami biznesowymi, produkcyjnymi, administracyjnymi i logistycznymi. Poprzestanę na przykładach banalnych: skład zespołów obsługujących procedury medyczne, normy, które mogą ulegać zmianie, zestawy danych przekazywanych do regionalnych czy ogólnokrajowych repozytoriów i rejestrów. Dotyczy to również regulacji, o których mówił minister.

Za przykład może posłużyć wydarzenie dotyczące statystyki medycznej. Niektórzy zapewne pamiętają, jaki problem powstał, gdy okazało się, że dostawca oprogramowania przekazał rozwiązanie „zaszywane na sztywno” określenie zestawu zbieranych danych statystycznych ochrony zdrowia. Tymczasem wiadomo było, że zestaw tych danych podlega corocznej dyskusji na poziomie centralnym, co dopuszcza wprowadzanie modyfikacji. Niemożność rekonfiguracji oprogramowania przez użytkowników – statystyków sprawiała, że ku zaskoczeniu managementu (raczej wyższego niż niższego szczebla) oprogramowanie to stało się już na starcie nieaktualne i w kolejnym roku skazało zainteresowanych na papier.

System jak z plasteliny

Wszystkie zmienne elementy, o których była mowa, powinny być zatem przedmiotem modelowania czy inaczej konfigurowania i rekonfigurowania bez udziału



łu informatyków. Zamiast nich powinny angażować możliwie szeroko kierownictwo szpitala i środowisko medyczne. Jak najszersze umożliwienie tego modelowania powinno być przedmiotem oczekiwania w stosunku do dostawcy oprogramowania, który w ofercie może wykazać, w jakim zakresie i w jaki sposób gotów jest spełnić to oczekiwanie.

Zapewne najbardziej bulwersującym postulatem, ale koniecznym i możliwym do spełnienia, jest jednak coś więcej. Należy oczekiwać od dostawcy, że określi, w jaki sposób i jakim kosztem jego oprogramowanie może być przekazane do obsługi serwisowej, w tym do modyfikacji, innemu operatorowi.

Zmienność może rodzić niepewność, przede wszystkim jednak powinna być odpowiedzią na niepewność. Źródłem niepewności uczestników ochrony zdrowia w Polsce, choć nie jedynym, jest centrum zarządcze i regulacyjne w Warszawie. Przykładem są dotychczasowe niepowodzenia w dziedzinie ogólnopolskiego e-zdrowia. Trwa niepewność co do losów Platformy P1. Jest bardzo tajemnicza sprawa nowej strategii e-zdrowia i nierozstrzygnięte kwestie związane z aktualnością technologiczną rozwiązań forsowanych obecnie, tych samych, których aktualność była kwestionowana lat temu już przeszło dziesięć. To czyni aktualnym wymóg, jaki szpital musi stawiać dostawcy oprogramowania: żeby zdał sobie sprawę z zakresu niepewności co do możliwych rozwiązań, które mogą być przyjęte przez regulatora na poziomie centralnym.

„Należy oczekiwać od dostawcy, że wykaze, w jaki sposób i jakim kosztem jego oprogramowanie może być przekazane do obsługi serwisowej, w tym do modyfikacji, innemu operatorowi”

Szpital przygotowany na wszystko

Istnieje dodatkowo obawa, że regulacje polskie nie będą nadążały za trendami kształtującymi się w pozostałych krajach UE lub będą się z nimi rozchodziły. Dostawca oprogramowania musi zatem przygotować szpital do obsługi pacjentów leczonych równocześnie za granicą, biorąc pod uwagę inną niż polska przestrzeń komunikacyjną, w której równolegle funkcjonują jako pacjenci. Regulator na poziomie centralnym zajmuje się zagadnieniami obsługi transgranicznej. Doświadczenie przemawia jednak niestety za powstrzymaniem się przed przedwczesnym optymizmem w tej kwestii. Trudno przewidzieć, czy zarysowujące się różnice między Polską a pozostałymi krajami UE, zwłaszcza w dziedzinie myślenia o modelowaniu danych, nie będą się pogłębiać, utrudniając transgraniczne procesy komunikacyjne. Choć mamy tu do czynienia raczej z zaniechaniami niż z premedytacją.

Można wymagać i spełniać wymagania

Szczególnie przykre konsekwencje uzależnienia od jednego dostawcy ponosi szpital, gdy zamierza rozbudować system i spostrzeża, że zmuszony jest zwrócić się tylko do dotychczasowego partnera informatycznego. Czasem wynika to z niekorzystnego kontraktu. Może być jeszcze gorzej, gdy wynika to z wadliwego technicznie oprogramowania, które – czy to ze złej woli wytwórcy, czy z powodu jego niekompetencji – jest tak wykonane, że niejako systemowo jest niezdolne do wiązania się z nowymi elementami pochodzącymi od innych wytwórców. Użytkownik – szpital czy przychodnia – powinien wymagać, aby firma informatyczna udowodniła, że jej oprogramowanie nie tylko dopuszcza tak rozumianą rozbudowę, ale wręcz jest jej przyjazne.

Uzależnienie może mieć kolejny wymiar – dotyczący danych. Jak są modelowane? Jakie są ich struktury? Jeżeli dostawca oprogramowania zastosował unikalne rozwiązanie, ignorujące standardy, to może się okazać, że jest on jedynym specjalistą od modyfikowania wdrożonego przez siebie systemu. Jego interwencja będzie

„ Nawet przy najlepszych relacjach z dostawcą oprogramowania szpital musi brać pod uwagę możliwość całkowitej wymiany systemu w przyszłości ”



konieczna za każdym razem, gdy szpital będzie chciał wymieniać informacje z nowymi partnerami zewnętrznymi, gdy zmienią się regulacje dotyczące wymiany informacji z repozytoriami danych na poziomie centralnym lub regionalnym, gdy rozszerzy się lub zmieni komunikacja z rejestrami medycznymi. Wszystko to będzie czyniło oprogramowanie coraz mniej przejrzystym. W skrajnej sytuacji jedynym sposobem na pozbycie się uzależnienia stanie się wymiana systemu – informatyzacja, czasem prawie od nowa.

Zlekceważone standardy

Zagrożenie to wiąże się z niejasną postawą w tej sprawie regulatorów na poziomie centralnym oraz obawą, czy standardy unijne dotyczące tego zagadnienia będą w Polsce rzeczywiście wdrażane. Wciąż bowiem nie jest określone stanowisko regulatorów centralnych – Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Cyfryzacji – w kwestii normy PN-EN 13 606 w zakresie modelowania danych. Dostawca oprogramowania powinien zaproponować najlepszy jego zdaniem sposób, w jaki

szpital będzie mógł minimalizować tego rodzaju ryzyka dzięki zastosowanym rozwiązaniom.

Wreszcie, nawet przy najlepszych relacjach z dostawcą oprogramowania i serwisu, szpital musi brać pod uwagę możliwość całkowitej wymiany systemu w przyszłości. Niezależnie od powodów, celów czy okoliczności dostawca oprogramowania nie może blokować tego rodzaju decyzji. Może się tak stać, gdy z różnych przyczyn, choćby technicznych, migracja danych do nowego systemu jest bardzo utrudniona lub w praktyce uniemożliwiona. Kolejnym wymaganiem wobec dostawcy jest zatem wykazanie, że oferowane oprogramowanie nie tylko nie blokuje migracji danych przy zmianie systemu, ale wręcz ją ułatwia.

Czy te postulaty są do przyjęcia dla partnerów informatycznych? Zdecydowanie tak. Formułowanie takich oczekiwań przez użytkownika i spełnianie ich przez dostawcę jest świadectwem dojrzałego partnerstwa i dojrzałych relacji biznesowych.

Wiktor Górecki

Autor jest ekspertem w dziedzinie informatyzacji ochrony zdrowia.