

Fatalny duopol i inne uzależnienia polskiej informatyzacji



Fot. iStockphoto.com 3x

Złapał informatyk Tatarzyna, a Tatarzyn...

Ostatnie zamieszanie personalne w zarządzie NFZ stało się okazją do zwrócenia uwagi na problem duopolu w informatyzacji polskiej ochrony zdrowia, czy też jak kto woli – służby zdrowia. Chciałoby się powiedzieć: duopolu powstałego na... życzenie zarządzających procesem informatyzacji tego sektora.

Od dawna wiadomo było, że NFZ cierpi na to uzależnienie – nie ma praw autorskich do oprogramowania dostarczonego przez Asseco i Kamssoft. Tylko te firmy mogą naprawiać w nim błędy i dodawać funkcje, a więc dyktować ceny. Uzależnienie zaczęło się

w latach dziewięćdziesiątych. Uzależnienie w biznesie na styku sfery publicznej i prywatnej jest zjawiskiem toksycznym i to, o czym zapominamy, toksycznym obustronnie – niszczy uzależnionego, ale także uzależniającego.

Podwójny nelson

Firmy Asseco i Kamsoft same są bowiem uzależnione od NFZ i dalszego losu projektu informatyzacji polskiej ochrony zdrowia, w który dość mocno się zaangażowały. Złapał Kozak Tatarzyna, a Tatarzyn za łeb trzyma. E-uzależnienie niszczy otoczenie – rynek IT w Polsce oraz system ochrony zdrowia. Taktykę uzależniania przyjmują nie tylko wymienione dwie firmy. Obserwujemy ponadto uzależnianie idące w odwrotnym kierunku. Historia wielkiego projektu P1 w Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) jest tego dobitnym świadectwem. Obok przykładów uzależniania CSIOZ od dostawców oprogramowania czy wykonawców Studium Wykonalności (E&Y) wykorzystujących (jeśli nie nadużywających) do tego celu prawa autorskie, mamy gigantyczne uzależnienie całego e-zdrowia od pierwotnego, niepodważalnego zdaniem CSIOZ projektu tej instytucji – pakietu P1, P2..., zatwierdzonego na początku roku 2007 jako legitymacji do przejścia kontroli nad ok. 700-milionowym finansowaniem dla projektu centralnego i pośrednio nad prawie 2 mld na poziomie regionalnym. Jeśli uwzględnimy, że miały się na to składać wielkie transfery środków unijnych, niosąc oczekiwania i nadzieje szersze, i że jesteśmy dużym krajem w środku Europy, okaże się, że nasze patologie i niepowodzenia nie są tylko wewnętrzne – są europejskie. Nasze rozstrzygnięcia ważą na stanie, perspektywach i historii europejskiego e-zdrowia oraz historii integracji europejskiej.

Wąć i żaba

Wróćmy do NFZ. Majątkowe prawa autorskie do oprogramowania wykorzystywanego przez tę instytucję są w posiadaniu wymienionych na wstępie firm Asseco i Kamsoft. Próba ich wykupu oznacza wydatek rzędu ok. 200 mln zł, co odpowiada czterokrotności rocznych opłat na serwisowanie systemu. Decyzja o pozostawieniu praw autorskich w posiadaniu wykonawców datuje się z końca lat 90. Słyszymy, że taki był wówczas zwyczaj i rzeczywiście: tak wtedy było. Jako przykład podaje się również ZUS, ale wiemy, że dotyczy to szpitali i samego CSIOZ. Za tym zwyczajem kryło się dość powszechne przekonanie, że nie ma innego wyjścia, że to wynika z natury zadania, jakim jest wykonanie oprogramowania. Przekonanie oczywiście błędne, a zwyczaj fatalny. Przekonywała o tym w dawno opublikowanym raporcie pełnomocnik rządu do spraw opracowania programu zapobiegania nieprawidłowościom w instytucjach publicznych. Wypadek z Asseco i Kamsoftem nie jest więc wyjątkowy. Ale główni aktorzy po stronie rynku IT i główni aktorzy po stronie publicznej z NFZ i w znacznie większym stopniu CSIOZ nadają ton.

IT – musimy uzależnić. Czy rzeczywiście?

Podobne przekonanie w kwestii wykorzystywania praw autorskich (i nie tylko) w celu uzależnienia klien-

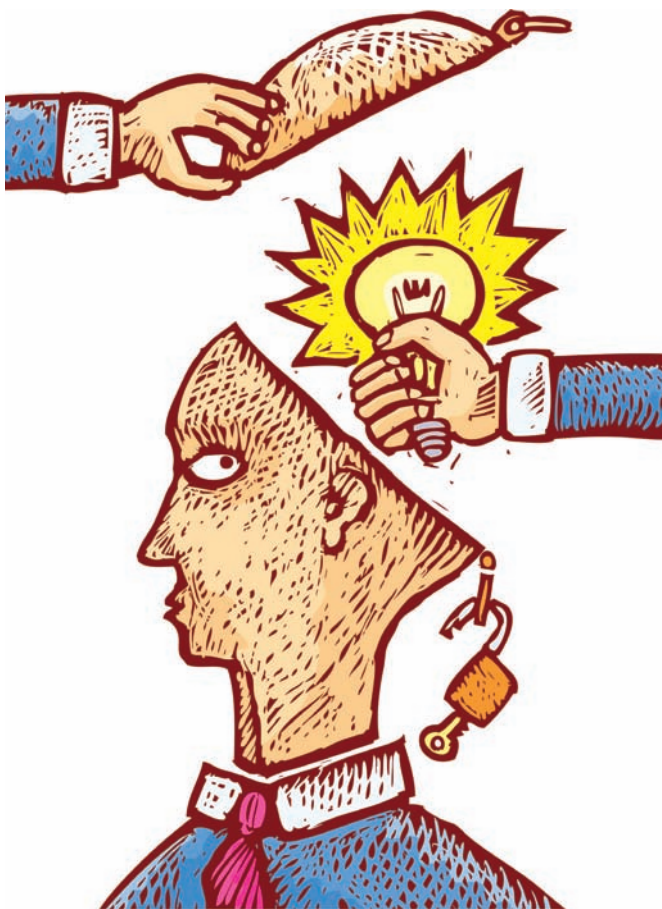
„ Nasze patologie i niepowodzenia nie są tylko nasze – są ogólnoeuropejskie ”

ta wyznawały i wyznają również firmy informatyczne. W tym środowisku przeważa opinia, że nie da się prowadzić biznesu informatycznego bez uzależnienia klienta, a głównym sposobem jest zachowanie praw autorskich i ukrywanie kodu źródłowego. Ale już rzecznicy idei otwartego oprogramowania byłiby innego zdania. Innym objawem starań o uzależnienie klienta jest wmawianie mu, że rozwiązania informatyczne muszą być sztywne, żeby każda zmiana wymagała interwencji dostawcy oprogramowania. Nawet gdyby dostawca nie zabezpieczył sobie praw autorskich, to zadbałby, by nikt nie rozszyfrował kodu źródłowego, który dostarczył. I klient w to fatalistycznie wierzy. Obok wiary rodzą się jednak najgorsze podejrzania i brak zaufania. A wiadomo, że powinno być inaczej. Systemy powinny być łatwo modyfikowalne i z zasady konfigurowane bez udziału dostawcy, przez użytkownika, nawet bez pomocy informatyka, a jeśli – to informatyka własnego lub realizowane jako usługa innej firmy informatycznej. Czy to jest oczekiwanie nadmierne? Zdecydowanie nie. Każda dobra firma informatyczna jest w stanie je spełnić. Słyszymy, że musi to więcej kosztować. Zapewne.

Wiadomo jednak, że dostarczanie oprogramowania elastycznego i otwartego charakteryzuje firmy lepsze, konkurujące szybszym przyswajaniem i tworzeniem nowych technologii, szybszym reagowaniem na wymogi rynku.

Są sposoby

Przemawia za tym również, a może przede wszystkim fakt, że każda firma informatyczna ma z tym problem wewnątrz i jeśli chce funkcjonować, musi sobie z nim radzić. W tym samym bowiem trybie firma informatyczna łatwo mogłaby się uzależnić od własnych pracowników, którzy mogliby szantażować pracodawcę, że odejdą, a zapewnili sobie, że nikt nie będzie mógł dokończyć ich pracy ani poprawić błędów. Każda firma informatyczna musi sobie z tym radzić przez odpowiednią organizację zespołów i standardy procedur budowy oprogramowania. Można też określić to inaczej: im lepszy pracownik, tym łatwiej będzie mu spełnić wymogi dobrej organizacji i procedur współpracy, tym mniej kusić go będzie tego rodzaju uzależnianie od siebie pracodawcy. W konsekwencji im lepsza i lepiej zorganizowana jest firma informatyczna, tym mniej będzie ją kusić takie uzależnianie od siebie



„Decyzja o pozostawieniu praw autorskich w posiadaniu wykonawców datuje się na koniec lat 90. Słyszemy, że taki był wówczas zwyczaj, i rzeczywiście: tak wtedy było”

klientów i tym łatwiej jej będzie konkurować z innymi dostawcami oprogramowania szybkością reakcji na oczekiwania rynku.

Tym chętniej i taniej doda do jakości swego produktu łatwą konfigurowalność i modyfikowalność, przenosząc rozwiązania wewnętrzne na relacje z klientami zewnętrznymi. Im lepszy dostawca oprogramowania, tym mniej pułapek. Im gorszy dostawca, tym więcej i tym gorszy produkt. Im gorzej przygotowany zamawiający, im mniej przejrzysta procedura określania problemów i celów, tym łatwiej o uzależnienie. Gorszy dostawca spotyka gorszego odbiorcę. Jeśli nie znajdzie się na to sposobu, na placu pozostaną najgorsi uwikłani w najgorsze relacje. Efektem bywają katastrofy.

Wina obustronna ze wskazaniem na sektor publiczny

Przygody NFZ, ZUS, szpitali czy CSIOZ z informatyzacją łatwo mogą rodzić przekonanie, że sektor publiczny jest ofiarą perfidnych informatyków. Widzimy jednak, że jest inaczej. Wina leży po obu stronach, jeśli nie po stronie tych pierwszych, czyli sektora publicznego. To instytucje sektora publicznego ze swymi ogromnymi zamówieniami zasilanymi przez publiczne fundusze europejskie i swoistym wykluczeniem cyfrowym polegającym na niezrozumieniu całej e-sytuacji niszczą ład biznesowy w dziedzinie IT, obniżając poziom konkurencji i jakość usług. Po stronie sektora publicznego mamy do czynienia z barierą modernizacyjną blokującą innowacyjność sektora IT. Środki publiczne, w tym unijne, psują w ten sposób rynek IT, promując atuty zgoła inne niż jakość.

E-uzależnienia i e-mity

Rzecz nie ogranicza się zatem do NFZ i jego uzależnień. Inne instytucje publiczne w sektorze zdrowia i zapewne nie tylko w znacznie większym stopniu niż to obserwujemy w NFZ ignorują sprawdzone metody definiowania celów oraz diagnozowania sytuacji, polegając, jak dotąd, na improwizacji, intuicji, przeświadczeniach i pozorach konsultacji. W przypadku całego praktycznie systemu ochrony zdrowia informatyzację rozumie się jako przepisanie systemu papierowego na komputery i rozwiązywanie raczej problemów administracyjnych niż klinicznych. Wyrazem tego jest ograniczenie e-wyobraźni do e-dokumentacji i wiary w gromadzenie i koncentrację „danych dla danych”, gdy kultura „pytań do danych” pozostawia, mówiąc bardzo delikatnie, wiele do życzenia. W tej sytuacji opieka medyczna nad pacjentem – z procedurami, leczeniem koordynowanym czy personalizowanym – pozostaje marzeniem. Ratunkiem jest mnożenie rejestrów medycznych, co w tej sytuacji staje się jedynym wyjściem. Gestem w kierunku pacjenta pozostaje Internetowe Konto Pacjenta (IKP) – w istocie produkt uboczny systemu podobny do rozwiązania oferowanego od dawna przez NFZ, który chwalił się nim, jednak nigdy nie przesadzał w kwestii jego znaczenia z perspektywy czy to lekarza, czy pacjenta. Lekarzy i szpitale podniecają technologie telemedyczne oraz digitalizacja diagnostyki, ale żeby włączyć te cuda technologii do leczenia jako procesu, sama dokumentacja tylko z powodu „e” nie wystarczy.

Wrażliwość moralna przełożona na IT

W Europie i na świecie w środowisku ochrony zdrowia wrażliwość, której wyrazem mogą być hasła *szługa* zamiast *ochrona zdrowia*, dla ekonomii *ekonomia społeczna* czy dla biznesu *formuła non profit*, skłania do zupełnie innego podejścia w kwestii e-zdrowia, zaczynając nie od e-dokumentacji, ale od e-wsparcia leczenia

nia. Skłania do poszukiwań pod hasłem EHR systemu opartego na otwartym oprogramowaniu. Rozwiązanie to ma charakter nie tylko biznesowy, lecz także społeczny i jest efektem kilkunastoletnich prac i doświadczeń pod egidą unijną. Dysponowało ono już 10 lat temu międzynarodową bazą tak zwanych archetypów – swego rodzaju klocków do składania przez klinicystów, nie informatyków, procedur medycznych działających podobnie do popularnej nawigacji samochodowej.

To jest wysiłek, który u nas traktuje się jako nierealny, jako naiwną mrzonkę zapaleńców. Pełna semantyka, czyli informatyzacja treści, automatyczna dokumentacja rzeczywiście służebna wobec leczenia, wszystkie funkcje rejestrów medycznych konfigurowane w miarę potrzeby przez klinicystów i badaczy dla dowolnej kategorii pacjentów i problemów zdrowotnych, z zachowaniem wszelkich wymogów co do ochrony danych. Czy rzeczywiście nierealny? Dla wówczas i wciąż nieefektywnego, w dużym stopniu skonfliktowanego układu instytucjonalnego w ochronie zdrowia, z CSIOZ jako liderem i Asseco z Kamsystemem oraz E&Y jako partnerami e-projektu, był rzeczywiście nierealny.

Podstawowy dylemat, w debacie nieobecny

Ogólnie mamy do czynienia z nieobecny w debacie publicznej dylematem, który w warstwie standardów technicznych dotyczy wyboru między standardem HL7 dotyczącym przesyłu danych a standardem określonym normą EN-PN 13606 (EHRsystem) skoncentrowaną na kwestii modelowania danych. Obie normy mają zaradzić problemowi braku komunikacji między serwisami informatycznymi i teleinformatycznymi, który jest plagą w ochronie zdrowia. Interoperacyjność to hasło rozwiązania. Ta zaś może być osiągnięta na różnych poziomach, z których najwyższy, zwany semantycznym, oznacza, że systemy komunikują się na poziomie treści, „rozumieją się”, co jest warunkiem wsparcia dla leczenia – z procedurami medycznymi oraz jego koordynacją i personalizacją. Dodatkowo poziom ten umożliwi łączenie serwisów lub wymianę elementów bez konieczności wprowadzania modyfikacji w serwisach współpracujących. A to ostatnie ogranicza problem uzależnienia od dostawców oprogramowania.

Standard HL7 może stanowić uzupełnienie dla rozwiązania zbudowanego na fundamencie EN-PN 13606, ale nie odwrotnie. HL7 stawia sobie cele mniej ambitne, gdy chodzi o przetwarzanie warstwy semantycznej komunikatów. Jest rozwiązaniem ratunkowym w sytuacji, gdy mamy do czynienia ze środowiskiem w znacznym stopniu zinformatywowanym, z mnogością systemów szpitalnych, które nie współpracują ze sobą, nie wymieniają danych i z brakiem kompetentnego centrum strategicznego, które podjęłoby się zadania przerobienia całości.

„Systemy powinny być łatwo modyfikowalne bez udziału dostawcy, przez użytkownika. Czy to oczekiwanie nadmierne? Zdecydowanie nie. Każda firma informatyczna jest w stanie je spełnić. Słyszymy, że musi to więcej kosztować. Zapewne”

Wdrożenie normy EN-PN 13606 rozwiązuje problem interoperacyjności semantycznej. Zdecydowanie nie jest to tylko działanie ratunkowe. Sytuacją szczególnie korzystną dla jego wdrożenia jest stan, zanim większość szpitali będzie zinformatywowana. Tak było u nas jeszcze do niedawna. Ta okazja odsuwa się błyskawicznie, w miarę jak żywiołowo uruchamiane są rozwiązania informatyczne w szpitalach, zasilone ostatnią dawką środków unijnych.

Rozstrzygnięcie wciąż problematyczne

Na początku 2007 r. CSIOZ uznało kwestię za rozstrzygniętą i niewymagającą dyskusji, co zaakceptowali główni partnerzy zagadnienia e-zdrowie w Polsce, w tym Asseco i Kamsystem oraz ważny doradca E&Y. Od tego rozstrzygnięcia podtrzymywanego przez kolejne lata uzależniony został dalszy przebieg informatyzacji ochrony zdrowia. W tym sensie CSIOZ samo padło ofiarą stworzonego przez siebie problemu.

O wątpliwym charakterze przyjętych rozwiązań i wyraźnej potrzebie otwartej dyskusji świadczą niekonsekwencje, które można znaleźć w dokumentach wytworzonych w CSIOZ. W załączniku 4 do OPZ (ogólny opis platformy P1) czytamy o zastosowaniu w platformie P1 standardów HL7 oraz CEN 13606. Tu jeszcze norma 13606 jest wymieniona, choć w odniesieniu tylko do komunikacji z innymi platformami e-zdrowia w Europie. Obecnie na stronie CSIOZ w zakładce „Standardy gromadzenia i wymiany danych w medycynie” norma ta jest pominięta, a wymieniona tylko HL7. Ale już w Biuletynie nr 15 CSIOZ znajdujemy informację o polskim pilotażu projektu TRANSFoRm (*Translational Research and Patient Safety in Europe*), który dotyczy wdrażania systemów wspomagania decyzji klinicznych. Okazuje się, że CSIOZ ma projektować mechanizmy interoperacyjności pomiędzy HL7 i CEN [EN] 13606 jako podstawowego standardu dokumentacji medycznej dla TRANSFoRm.

Jest zatem powód do uruchomienia poważnych konsultacji z udziałem głównych aktorów w ochronie zdro-

„Straty sektora IT są ogromne. Obroty gigantyczną liczbą danych oraz oczekiwane z tego tytułu zyski rynku IT pozostają wciąż marzeniem. Nie zastąpią ich przychody z nieaktywnego oprogramowania”

wia, z sektora IT, z Komisji Europejskiej i liderów projektów HL7 i EHRsystem (EN 13606). Podobnie jest powód do uruchomienia poważnych konsultacji z udziałem głównych aktorów w ochronie zdrowia i z sektora IT w kwestii ładu biznesowego w sektorze IT ochrony zdrowia, barier modernizacyjnych i blokad innowacyjności.

Słabe strony

Główni aktorzy nie stali się lepsi tylko z powodu upływu czasu i smutnych doświadczeń. Utrwalili natomiast praktykę brnięcia w nadziei wybrnięcia. Grono ekspertów zastanawiających się nad stanem i perspektywą e-zdrowia i P1 jest wprawdzie liczne, ale zbyt wąskie. Brakuje specjalistów z dziedziny zarządzania zmianą, reprezentujących ochronę zdrowia, środowisko akademickie, organizacje europejskie. Raport Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji, w którym apelowano kilka lat temu o zmianę metod konsultacyjnych, jest nieznan.

I mocne strony

W licznych dziedzinach, w tym w dziedzinie ogólnej refleksji strategicznej nad ochroną zdrowia, powołano kompetentne grona, wśród których nie brakuje osób niezależnych, z autorytetem, a przede wszystkim o zróżnicowanych poglądach i rodowodach politycznych. Szczęśliwie nie da się zaobserwować ani „ADHD”, ani konwulsyjnych inicjatyw w centrali. Raport Ministerstwa Administracji i Cyfryzacji z apelem o zmianę metod konsultacyjnych jednak istnieje.

Wszyscy tracą

W 2007 r. dla wówczas i wciąż nieefektywnego, w dużym stopniu skonfliktowanego układu instytucjonalnego w ochronie zdrowia, z CSIOZ jako e-liderem – projekt oparty na uzgodnionych standardach, współpracy w trybie „z dołu do góry”, otwartym oprogramowaniu, partycypacji interesariuszy uznano za nierealny.

Skąd jednak przekonanie, że wersja odwrotna – pod hasłem koncentracji funkcji i danych w gigantycznym centrum, myśląca e-zdrowie z e-biurokracją pod przy-



wództwem instytucji bez doświadczenia, w oparciu o legitymację wyłącznie administracyjną – miałyby być bardziej realna? Musiało minąć prawie 10 lat, żeby nie było już co do tego wątpliwości.

O małych szansach realizacji projektu P1 przez CSIOZ najwięksi gracze wiedzieli. O problematyczności rozwiązania też wiedzieli. Cały projekt, a z nim cały system ochrony zdrowia, uzależniono od pierwotnego rozwiązania z 2007 r. i bardzo długo od wykonawcy

„Przygody NFZ, ZUS, szpitali czy CSIOZ z informatyzacją mogą rodzić przekonanie, że sektor publiczny padł ofiarą perfidnych informatyków. Jest jednak inaczej”



Studium Wykonalności E&Y, ponieważ za to Studium zapłacono pierwotnie prawie 5 mln zł i niemało dodano potem. I tym razem pojawił się problem praw autorskich, które długo pozostawały w rękach wykonawcy.

Czy ofiarą całej sytuacji był tylko system ochrony zdrowia, a przede wszystkim pacjenci, a przebiegłym beneficjentem firmy informatyczne oraz doradcze, które zainkasowały setki milionów złotych? Otóż nie. Straty sektora IT są ogromne. Obroty gigantyczną licz-

bą danych i informacji medycznych oraz oczekiwane z tego tytułu zyski rynku IT pozostają wciąż marzeniem. Nie zastąpią tego przychody z nieaktywnego oprogramowania, dokumentacje odłożone na półkach i puste serwerownie.

NFZ – okoliczności łagodzące

Wprawdzie problemy z informatyzacją ostatnio wyszły na jaw w związku z zamieszczeniem w NFZ, jednak na tle układu instytucjonalnego ochrony zdrowia nie ta instytucja jest czarnym charakterem. Wręcz odwrotnie – NFZ wyróżnia się in plus. Problem uzależnienia instytucja ta odziedziczyła po kasach chorych. Sama daje przykład skutecznego radzenia sobie z wyzwaniem informatycznymi, rozliczając na co dzień szpitale i przychodnie. Przez dłuższy czas jedyną e-przestrzenią w ochronie zdrowia były rozliczenia z NFZ. Fundusz był jedyną chyba instytucją, wobec której realnie skonkretyzowała się część ryzykownych konsekwencji projektu P1, czyli zamiar przejęcia przez CSIOZ niektórych zadań NFZ, czego CSIOZ nie potrafiłoby unieść, pozostawiając przy tym całość odpowiedzialności po stronie NFZ. Narodowy Fundusz Zdrowia okazał się chyba jedyną instytucją, która odważnie stawiała czoła zagrożeniom płynącym ze strony feralnego projektu CSIOZ.

Fundusz nie był powołany do roli lidera w dziedzinie innowacyjności informatycznych. Wręcz odwrotnie, obciążony codzienną odpowiedzialnością za finanse utrzymujące przy życiu szpitale i przychodnie, stojąc permanentnie wobec perspektywy likwidacji, drastycznie niedofinansowany, koncentrował się z konieczności na utrzymaniu rozwiązań informatycznych, które u niego działały. Permanentny impas wokół NFZ ograniczał i musi ograniczać ambicje e-innowacyjności tej instytucji.

Centralnie, czyli źle

Czy to natura firm informatycznych zdecydowała o epidemii uzależnień i fatalnej katastrofie na poziomie centralnym, czy może toksyczne relacje z nieprzygotowanym i nieporadnym sektorem publicznym? Rzecz działa się, jak podkreślają winowajcy – pierwsi liderzy projektu, przy otwartej kurtynie. Wiedzieli wszyscy: wszystkie koalicje i opozycje, wiedziała Komisja Europejska, nikt tego nie ukrywał przed środowiskiem akademickim. Ostrzeżenia ze strony CBA, NIK, KE okazywały się zbyt nieśmiałe. Opozycja milczała, chyba nie ze złośliwości. Okoliczności nie uległy dotąd zmianie. Nieświadomość czy niekompetencja dotyczyła realności projektu w ramach przyjętych fatalnych założeń organizacyjnych, ale też samej jego treści – zdaniem komentatorów projekt od początku był anachroniczny, oderwany od rzeczywistych potrzeb ochrony zdrowia, ignorował aktualną ofertę technologiczną IT.

Wiktor Görecki

Autor jest ekspertem systemów informacyjnych ochrony zdrowia.