

## VLIV VYBRANÝCH ASPEKTŮ PROJEKTOVÉHO ŘÍZENÍ NA ÚSPĚŠNOST NÁRODNÍCH PROJEKTŮ E-HEALTH

Miroslav Seiner

### Souhrn

Sdělení se zabývá konkrétními vybranými aspekty projektového řízení, ovlivňujícími národní projekty e-Health v České republice. Autor vychází ze standardních pojmů a pravidel projektového řízení, jak jsou popsána v široce uznávané metodice PRINCE2 a zaměřuje se přitom na procesy předprojektové přípravy a jejich důležitost pro úspěšnost celého projektu. Teoretické předpoklady jsou porovnávány se zkušenostmi z průběhu dvou aktuálních národních projektů, které nebyly realizovány podle původních předpokladů a nelze je proto označit za úspěšně naplněné. Jsou rozebrány konkrétně aspekty nejednoznačné definice projektových záměrů, nedostatečného respektování výchozí situace a kontextu projektu, neadekvátní model rozložení nákladů projektu a potřeba stanovení jednoznačného garanta národních projektů, především ve smyslu určení plně odpovědné a současně kompetencemi vybavené instituce. Naplnění těchto standardních požadavků projektového řízení vidí autor jako nezbytné předpoklady pro správnou volbu optimální koncepce řešení jednotlivých projektů.

### Úvod

V tomto sdělení se chci pokusit o rozbor dopadů zásad projektového řízení na stávající i zamýšlené národní projekty elektronizace zdravotnictví v České republice, obvykle nazývané projekty e-Health. Ačkoli principy zde uváděné lze aplikovat na kterýkoliv národní projekt v oblasti zdravotnické informatiky, soustřeďuji se v této práci na problematiku **elektronické zdravotnické dokumentace a jejího sdílení** a projekty s tímto tématem přímo související. Bez ohledu na to, jak jsou termíny e-Health a elektronické zdravotnictví v různém kontextu a v různých situacích definovány a vnímány, problematika sdílení zdravotnických informací je zahrnována do okruhu témat e-Health prakticky vždy. Termín e-Health je dokonce někdy v laické nebo mediální interpretaci zužován právě jen na problematiku sdílení zdravotnické dokumentace. Tyto terminologické nejasnosti hrají ovšem při řešení dané problematiky nejen teoretickou, ale i praktickou roli, jak bude ukázáno dále.

Při rozboru ovlivňujících aspektů se držím principů, které jsou určeny standardními metodikami projektového řízení. V této práci jsem konkrétně použil pojmy a procesy jedné ze světově nejužívanějších metodik projektového řízení, původně britské metodiky PRINCE2.

Rozebírat hodlám přitom pouze jednu fázi projektového řízení a to fázi předprojektové přípravy (v terminologii PRINCE2 proces Starting Up). Obecně se soudí, že právě kvalitní a důsledné uplatnění principů projektového řízení v těchto přípravných fázích je pro úspěšnost celého projektu klíčové. A pokusím se na praktických příkladech ukázat, že právě nedůslednosti v předpro-

jektové přípravě jsou rizikem pro stávající i zamýšlené národní projekty e-Health. Zjistil jsem současně, že odborných nezávislých publikací na toto téma v kontextu českého prostředí zdravotnické informatiky je nedostatek a diskuse o této problematice tak bohužel často zůstává jen doménou médií a sklouzává tak do povrchních nebo zaujatých soudů.

Pro ilustraci svých závěrů se opírám především o praktické zkušenosti z řešení dopadů a souvislostí dvou aktuálních národních projektů e-Health – projektu elektronické preskripce a projektu elektronické neschopenky. V obou projektech jsem měl díky svému působení konzultanta zdravotnické informatiky ve zdravotnických zařízeních možnost se hlouběji seznámit s různými aspekty těchto projektů a měl jsem a mám přístup k velkému množství informací o jejich průběhu.

### Definice projektového rámce a terminologie

Jak už bylo řečeno v úvodu, zaměřuje se toto sdělení z celé šíře možných e-Health projektů především na problematiku **sdílení a předávání zdravotních informací o pacientovi**. To, že zde využívám opisné definice problematiky, je záměrné vzhledem k tomu, že pro tuto klíčovou oblast elektronického zdravotnictví neexistuje žádný stručný, jednoznačný, pevně ustálený termín. V úvodní kapitole se proto chci věnovat právě terminologii při definici projektových záměrů. Již v této fázi může totiž dojít použitím nesprávných termínů k nejednoznačnosti nebo nepřijatelnému zjednodušení účelu a obsahu projektu.

V mediálním prostoru se často setkáváme s tím, že pro oblast sdílení pacientských dat je použit termín **e-Health** bez další specifikace. Je přitom zajímavé, že s touto konotací se setkáme spíše u originálního anglického termínu. Český překlad „**elektronické zdravotnictví**“ přeci jen nespovídá tolik k podobnému zjednodušení a lépe evokuje celou širší problematiku. V každém případě tento mediálně nadužívaný pojem je svou významovou neurčitostí pro exaktní popis konkrétních projektových záměrů zcela nevhodný a neměl by být užíván jinak, než k označení celého okruhu problematiky elektronizace zdravotnictví.

Velmi často je v souvislosti se sdílením zdravotnické dokumentace používán termín **elektronický zdravotní/pacientský záznam (electronic patient/health record)**. Tento termín se užívá ve dvou různých základních významech – jednak jako obecné označení pro uchování elektronické formy zdravotních dat o pacientovi v jakémkoli systému a jednak v užším významu, který znamená vytvoření a využívání jedinečné kolekce zdravotnických informací o konkrétním pacientovi. Tomuto druhému významu je blízko neformální laický pojem **elektronická zdravotní knížka**, užívaný tradičně v souvislosti s některými konkrétními projekty. K řešení problematiky všechny tyto termíny samozřejmě patří, je ale třeba si při jejich užití uvědomit, že popisují pouze určité stránky, respektive konkrétní komponenty řešení.

S problematikou sdílení významně souvisí termín **interoperabilita**, tedy schopnost informačních systémů vyměňovat si navzájem data a správně je interpretovat. Tímto termínem popisujeme ovšem také jen jeden, byť podstatný

princip, který budeme při sdílení zdravotnické dokumentace využívat. Problémem může být i jeho nesrozumitelnost pro podstatnou část laické veřejnosti.

Přestože diskuse o přesném významu nebo genezi jednotlivých pojmů může působit poněkud akademicky, existují přesto významné praktické dopady terminologie pro úspěšnost projektů. Používání nesprávných nebo nepřesných termínů při formulaci projektových záměrů může totiž vést k nedorozumění při jejich plánování i realizaci i při komunikaci s odbornou a laickou veřejností.

Domnívám se proto, že v současnosti jedinou správnou cestou při specifikaci projektových záměrů v oblasti e-Health je důsledně dbát na to, aby **popis projektového rámce byl definován zcela jasně, pomocí termínů s jednoznačným a nezaměnitelným významem v českém prostředí**. Jinými slovy – významově jednoznačná definice projektového záměru pomocí rozsáhlejšího českého opisu je lepším řešením, než snaha využít k definici jako „významovou zkratku“ některý z výše uvedených termínů.

Při dodržení těchto zásad může **definice** v zadání projektu záměru vypadat například takto: *Obsahem projektu je vytvořit podmínky pro to, aby vedení zdravotnické dokumentace u poskytovatelů probíhalo převážně v elektronické (digitální) formě a zajistit možnost výměny nebo sdílení takové elektronické zdravotnické dokumentace mezi poskytovateli zdravotních služeb a zajistit předpoklady pro zpřístupnění informací z vlastní zdravotnické dokumentace pacientovi.*

Zdánlivě teoretická diskuse o terminologii se zde posouvá k nezbytnosti splnit jeden z požadavků projektového řízení v předprojektové startovní fázi. Jde o požadavek vytvořit na začátku projektu stručnou **definici projektu**, tedy popsat stručně a rámcově, ale současně srozumitelně a jednoznačně projektový záměr – tedy popsat to, co má být obsahem projektu a jeho výsledkem.

V rámci procesů projektového řízení musí být takový stručný popis již obsahem toho, co se nazývá **mandát (zadání) projektu (Project Mandate)** – tedy dokument, který ještě před zahájením příprav projektu popisuje z úrovně iniciátora projektu, co a proč má být projektem dosaženo. V každém případě pak musí být jednoznačná slovní definice jedním ze závazných výstupů z fáze předprojektové přípravy (v metodice PRINCE2 jde o součást tzv. **charty projektu – Project Brief**). Vytvoření definice projektu je tedy úkolem strategickým a koncepčním a na úrovni národních projektů musí vycházet z úrovně odpovědného státního orgánu – ministerstva nebo vlády a v ideálním případě by na něm u takto důležitých a dlouhodobých projektů s dopadem na velkou část populace měla být i shoda napříč politickým spektrem respektive obecně ve veřejnosti. To vše je dalším důvodem k tomu, aby termíny použité v definici národních projektů e-Health byly zcela jednoznačné a srozumitelné i těm, kterých se budou především dotýkat – zdravotnických pracovníků a pacientů.

Zdůrazňovat tyto zdánlivě banální požadavky je důležité právě nyní, kdy stát připravuje v oblasti elektronického zdravotnictví strategické dokumenty, ze kterých by budoucí projekty měly vycházet. Přitom dosavadní zkušenosti z projektů elektronické preskripce a elektronické neschopenky svědčí o tom, že stát nebyl u těchto projektů schopen (nebo ochoten) dostatečně

srozumitelně a jednoznačně formulovat a především srozumitelně komunikovat definici těchto projektů, což lze považovat za jednu z důležitých příčin jejich neúspěšnosti.

### **Znalost a respektování vstupních podmínek**

Obsahově musí kvalitní zadání každého IT projektu vycházet z dobré znalosti a respektování výchozího stavu. U národních projektů sdílení zdravotnické dokumentace je to ovšem aspekt zcela zásadní především vzhledem k velkému množství aktérů, kterých se takový projekt dotýká a pestrosti prostředí, ve kterém má být projekt realizován. Jde samozřejmě především o poskytovatele zdravotní péče, jejichž vstupní situace z hlediska zapojení do projektu je ovlivněna jak typem zdravotnického zařízení (nemocnice, praktičtí lékaři, specialisté, laboratoře...), tak lokalitou (konektivita) a dalšími individuálními aspekty, například typem používaného informačního systému, úrovní počítačové gramotnosti, podílem návštěvních služeb na celkovém objemu péče, ochotou změnit případně pracovní návyky apod.

Rozbory aktuálního stavu pro oblast sdílení zdravotnické dokumentace byly v poslední době provedeny například v analytických studiích pro ministerstvo zdravotnictví v rámci soutěže „Hospodárné a funkční elektronické zdravotnictví“. Na druhou stranu sám stát neprovedl a neprovádí dostatečné a systematické zmapování vstupních podmínek pro elektronizaci zdravotnictví, ačkoliv má pro takové zmapování nepochybně vytvořeny dostatečné nástroje a infrastrukturu v Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

Některá vstupní fakta jsou přitom zřejmá i bez speciálních šetření. Je například zjevné, že účast výpočetní techniky na vytváření a uchování zdravotnické dokumentace ve zdravotnických zařízeních hraje významnou roli na podstatné části zdravotnických pracovišť, přičemž jistě platí i následující fakta:

- Pouze u malé části z těchto případů splňuje taková elektronická zdravotnická dokumentace legislativní požadavky pro plně elektronickou dokumentaci.
- Zdravotnická dokumentace je vedena v různých informačních systémech v různé struktuře a rozsahu. Až na výjimky některých speciálních agend (například v oblasti péče o matku a dítě) neexistuje široce sdílená dohoda na struktuře a obsahu dokumentace. Významná část informací je vedena jen v textové, nestrukturované nebo málo strukturované podobě.
- U části poskytovatelů, především z řady privátních lékařů – specialistů i praktických lékařů, není ochota přechodu k využívání výpočetní techniky a to i za cenu ukončení aktivní praxe.
- Předávání a sdílení informací ze zdravotnické dokumentace, včetně dokumentace obrazové mezi poskytovateli se postupně rozšiřuje díky produktům a projektům regionálního, oborového nebo komerčního charakteru, a zřizovatelé zdravotních zařízení do této výměny investovali a dále investují určité prostředky.

Problémem je, že přestože výše uvedená fakta významně ovlivňují míru akceptace nových projektů ve zdravotnické veřejnosti, implementační postup, rizika

i celkové transakční náklady konkrétních projektů, nejsou k těmto obecným faktům známa přesná čísla, takže dopady jednotlivých projektů e-Health lze dosud bohužel jen odhadovat, ale nikoli konkrétně počítat.

Ve dvou národních projektech, jejichž implementace nebyla v plánovaném rozsahu úspěšná (e-Recept, e-Neschopenka) přitom právě tato výchozí fakta buď nebyla správně a detailně popsána, nebo nebyla adekvátně vyhodnocena. V situaci, kdy implementace nepokračovala podle původního plánu a narazila na odpor významné části poskytovatelů, byla pak použita vůči zdravotnickým pracovníkům diskreditační komunikační strategie, která situaci dále zkomplikovala a bude mít pravděpodobně negativní dopady i pro další podobné projekty. Včasné a úplné popsání vstupních podmínek a jejich nezaujatá analýza přitom s vysokou pravděpodobností mohlo pomoci tento negativní vývoj předvídat a zřejmě i eliminovat.

Jednou z nezastupitelných rolí státu v projektech elektronizace zdravotnictví by proto mělo být získání a pravidelná aktualizace dostatečného množství validních a objektivně ověřitelných informací o výchozích podmínkách pro rozsáhlejší projekty e-Health. Klíčová je ovšem především správná interpretace těchto informací. Obávám se, že i pokud by popis výchozího stavu byl ve fázi přípravy zmiňovaných dvou projektů proveden detailně a nezávisle, neodstranilo by to v České republice riziko neadekvátně zvolené implementační komunikační strategie, čehož jsme byli svědky.

### Adekvátní rozložení nákladů projektu

V rámci procesů projektového řízení je klíčovým prvkem úvodních fází projektu ekonomická rozvaha přínosů a nákladů projektu. Tento krok je označován v projektové terminologii pojmem **Definice obchodního případu (Business Case)**. Cílem tohoto kroku při plánování projektu je především zvážit poměr přínosů a nákladů projektu a na tomto základě popsat zdůvodnění projektu.

U národních projektů z oblasti e-Health a projektů sdílení zdravotnických informací speciálně, je v tomto kontextu klíčová otázka zahrnutí **všech** relevantních nákladů na realizaci projektu a jejich adekvátního rozložení investičních i provozních nákladů projektu. V dříve proběhlých projektech stát jako nositel a současně významný beneficiant projektu neřešil vůbec, nebo řešil neadekvátně při nákladové rozvaze náklady na straně poskytovatelů, a to jak náklady peněžní, tak nepeněžní. U obou projektů zřejmě bylo předpokládáno, že tento problém se vyřeší stanovením legislativní povinnosti poskytovatelů se do projektu aktivně zapojit.

Jak se ukázalo, neměl stát dostatečnou sílu takový přístup prosadit. Domnívám se, že především proto, že stát jako nositel a garant těchto projektů nebyl schopen doložit měřitelné přínosy projektu pro veřejný zájem tak, aby to ospravedlňovalo vynucené náklady u poskytovatelů a aby to znamenalo dostatečný zájem a tlak veřejnosti.

Problém komplexní nákladové rozvahy, včetně nákladů na straně poskytovatelů a také plátců péče, musí být v každém z dalších projektů řešen zcela otevřeně a dříve, než je zahájena technická realizace. Adekvátní rozložení nákladů

mezi stát, plátce zdravotní péče, poskytovatele a pacienta musí být současně v souladu s očekávanými přínosy pro jednotlivé aktéry a samozřejmě v souladu s očekávaným veřejným zájmem, který zde zastupuje stát. Neměla by přitom být apriorně zavrhnuta ani možnost adekvátní spoluúčasti pacienta na nových informačních řešeních a pokud odmítnuta bude, mělo by být pro zamítnutí spoluúčasti pacienta existovat srozumitelné zdůvodnění.

Je samozřejmě zcela legitimní použít v oprávněných případech z důvodu veřejného zájmu i legislativní vynucení aktivní účasti poskytovatelů či pacientů v určitém konkrétním projektu či systému. Ostatně právě i v oblasti zdravotnické informatiky je tento přístup běžný například v oblasti zdravotnického výkaznictví do NZIS. Je ovšem třeba si uvědomit, že v případě projektů sdílení zdravotnických informací jsou náklady a související rizika významně vyšší, neboť se nejedná o jednosměrný proces vykazování, ale jde o modifikaci standardních a velmi citlivých procesů poskytování péče.

Legislativní povinnost může být kodifikována až poté, co stát prokáže adekvátně a měřitelnými parametry, že veřejný zájem na realizaci projektu odůvodňuje vynaložené náklady a současně spravedlivě rozloží tyto náklady mezi jednotlivé aktéry.

### Stanovení garanta národních projektů

Klíčovým prvkem standardního projektového řízení je určení osoby, odpovědné za projekt jako celek. V rámci pravidel projektového řízení jde samozřejmě o stanovení konkrétní fyzické osoby, určené nositelem projektu (institucí) jako někdo, kdo přijímá klíčová rozhodnutí a odpovídá za výsledek projektu (nikoli za jeho operativní řízení). V originální terminologii se užívá pojem **executive**. V české překladu se užívá poněkud nešťastně termínu **sponzor**, i když by byl zřejmě srozumitelnější jiný český termín, například **garant**.

Stanovení osoby a přenesení tím i instituce, která nese za projekty e-Health jednoznačnou odpovědnost v celé šíři projektu, je podle mého názoru tím nejdůležitějším ze všech aspektů, které úspěšnost národních projektů e-Health podmiňují. Jsem přesvědčen, že právě nedostatečné stanovení této vrcholové odpovědnosti v kombinaci s nepřesnou specifikací projektu a jeho cílů v přípravě a iniciační fázi projektu bylo primární příčinou problémů, které doprovázely jak projekt elektronické preskripce, tak projekt elektronické neschopenky. Zdánlivě přitom bylo z hlediska pravidel projektového řízení vše v pořádku.

Nejlépe je možno tuto věc ukázat na příkladu elektronické preskripce. Nositelem tohoto projektu je Státní ústav pro kontrolu léčiv, který je zákonem určený jako správce tzv. datového úložiště – klíčové komponenty elektronické preskripce. Projektové vedení i měření úspěšnosti projektu se tak koncentruje na ty aspekty projektu, které přímo souvisejí právě s tímto centrálním prvkem. Nicméně projekt elektronické preskripce nemůže být úspěšný, nebude-li **definován v celé šíři svého procesu**, který obsahuje i prvky, které nespádají do zákonné kompetence SÚKL. Příkladem může být otázka zajištění stabilní a dostatečně kapacitní konektivity. Jiným příkladem je otázka autentizace uživatelů, která probíhá v každém z nastartovaných projektů e-Health (portál NZIS, elek-

tronická preskripce, elektronická neschopenka) jiným způsobem a zatěžuje tak poskytovatele služeb dalšími náklady. Správnost procesu preskripce je kriticky závislá na správné funkčnosti provozních systémů na straně poskytovatelů a lékáren, nicméně neexistuje žádný nezávislý orgán - arbitr, který by garantoval, že tyto primární systémy pracují správně a který by v případě reálného problému v procesu preskripce nezávisle posuzoval míru zavinění.

V nových zamýšlených projektech sdílení zdravotnické dokumentace bude velmi důležité garantovat projekt jako celek se všemi jeho procesy, komponentami a aktéry, vzhledem k pestrosti prostředí, do kterého bude takový projekt implementován. Z pohledu projektového řízení je iniciátor projektu (v případě národních projektů stát) povinen stanovit plně odpovídajícího a kompetentního garanta již při iniciaci projektu, tedy v prvním kroku projektové přípravy.

### Volba projektového přístupu

Teprve splnění výše popsaných kroků předprojektové přípravy je nezbytným předpokladem k tomu, aby mohla být zvolena koncepce projektového řešení, v terminologii projektového řízení **projektový přístup, project approach**. Pro oblast výměny zdravotnických informací existují v současnosti minimálně 4 základní koncepty, které připadají v úvahu, přičemž je možné uvažovat i o jejich kombinaci:

- a) Přímá komunikace mezi poskytovateli bez jakéhokoliv centrálního systému (již dnes probíhá na úrovni řady lokálních nebo komerčních projektů a může se dále rozšiřovat).
- b) Centralizované zprostředkování distribuovaných informací – centrální komponenta zajistí informaci o tom, kde jsou informace uloženy a distribuci požadavku na jejich dodání.
- c) Centrální patientský záznam s uložením určitého definovaného objemu kopií zdravotnické dokumentace.
- d) Využití čipových karet jako nosiče informací ze zdravotnické dokumentace.

Ani jeden z těchto konceptů nelze apriorně označit za bezvýznamný nebo nevhodný, neboť každý z nich přináší pro daný problém určité výhody a každý z nich má současně i určité nevýhody a nese určitá rizika. Volba správné varianty pak musí vycházet z objektivního posouzení přinejmenším níže uvedených kritérií:

- Technická realizovatelnost
- Investiční náročnost
- Provozní náročnost
- Legislativní rámec
- Etická a bezpečnostní rizika
- Jiná: např. omezení vyplývající z rizika patentových sporů, míra zavedení a využívání některého konceptu v současnosti, zahraniční zkušenosti apod.

Posuzování jednotlivých koncepčních variant není obsahem tohoto sdělení.

Mým záměrem bylo pouze upozornit na nezbytné podmínky toho, aby volba koncepčních variant mohla být provedena optimálně.

### Závěr

Ve svém sdělení jsem se pokusil ukázat důležitost předprojektové, přípravné fáze národních projektů e-Health pro jejich úspěšnost.

Popsal jsem standardní a metodikami vyžadované kroky předprojektové přípravy a pokusil se zamyslet nad tím, do jaké míry byly tyto prvky uplatněny v proběhlých národních projektech e-Health a do jaké míry by měly být uplatněny v projektech zamýšlených.

Jako **nezbytné předpoklady úspěšnosti** projektů jsem tak popsal:

1. Nezbytnost **terminologické a pojmové jednoznačnosti při definici projektového záměru** a rizika užívání pojmů s nejasnou konotací, jako je samotný pojem e-Health.
2. Nezbytnost validního popisu **vstupních podmínek** a především respektování těchto podmínek v projektovém záměru.
3. Nezbytnost vytvoření kvalitního **rozboru přínosů a nákladů**, přičemž náklady musí být posuzovány v celé šíři, tedy včetně zahrnutí nákladů dotčených aktérů, především poskytovatelů zdravotní péče. Rozložení nákladů musí být adekvátní rozložení přínosů mezi jednotlivé aktéry.
4. Nezbytnost **jednoznačné odpovědnosti za projekt jako celek** a nikoli jen za jeho dílčí komponenty, což by mělo být vyjádřeno vytvořením a obsazením **role garanta národních projektů**, který by navíc zajišťoval i koordinaci společných prvků všech projektů (například otázku autentizace). Důležité je především definování institucionální odpovědnosti, tedy vytvoření odpovědné a garanční instituce.

Splnění výše uvedených kroků považuji za nezbytnou podmínku pro objektivní a nepředpojatou **volbu projektového přístupu, tedy pro volbu koncepce řešení**, přičemž až dosud bohužel dochází často k tomu, že proces je obrácen v tom smyslu, že konkrétní technická koncepce řešení jsou zvažovány a diskutovány, aniž by byl přesně specifikován projektový záměr a kritéria jeho naplnění.

Považoval jsem za vhodné přispět svým sdělením do diskuse o tom, jak postupovat v oblasti projektů e-Health právě v době, kdy je připravována tzv. národní strategie e-Health a budoucí projekty tak lze pozitivně ovlivnit právě v nejcitlivější fázi předprojektové přípravy.



**Kontakt:**

**MUDr. Miroslav Seiner**  
samostatný konzultant  
pro oblast zdravotnické informatiky  
Dašická 425  
530 03 Pardubice  
e-mail: [seiner@infomed.cz](mailto:seiner@infomed.cz)  
[www.infomed.cz](http://www.infomed.cz)  
tel.: +420 725 816 095