

**MINISTERSTWO ZDROWIA**

**STRATEGIA e-ZDROWIE POLSKA**  
**na lata 2004-2006**

Wrzesień 2004

<b>I. WPROWADZENIE.....</b>	<b>4</b>
<b>II. PRIORYTETY W OBSZARZE E-ZDROWIE.....</b>	<b>6</b>
1. ŁATWIEJSZY DOSTĘP OBYWATELI DO INFORMACJI Z ZAKRESU OCHRONY ZDROWIA .....	6
2. POPRAWA EFEKTYWNOŚCI SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA W ZAKRESIE ELEKTRONICZNEGO OBIEGU DOKUMENTACJI.....	6
3. SYSTEM INFORMACJI MEDYCZNEJ .....	7
<b>III. PROGRAM DZIAŁAŃ.....</b>	<b>8</b>
<b>IV. OPIS DZIAŁAŃ W RAMACH E-ZDROWIE.....</b>	<b>9</b>
<b>A. REALIZACJA PROGRAMÓW INFORMACYJNYCH PRZEZ PODMIOTY OCHRONY ZDROWIA PRZY WYKORZYSTANIU TECHNIK INFORMATYCZNYCH.....</b>	<b>12</b>
A1. PROGRAM „INTERNET W KAŻDEJ PLACÓWCE OCHRONY ZDROWIA” .....	12
A2. ZASTOSOWANIE JEDNOLITYCH STANDARDÓW ROZWIĄZAŃ INFORMATYCZNYCH W PODMIOTACH OCHRONY ZDROWIA .....	12
A3. WPROWADZENIE SYSTEMU KORESPONDENCJI ELEKTRONICZNEJ W PODMIOTACH OCHRONY ZDROWIA .....	13
A4. PRZYGOTOWANIE INFRASTRUKTURY TECHNICZNEJ DLA ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYNIKAJĄCYCH Z CZŁONKOSTWA POLSKI W UE.....	14
<b>B. CENTRALNE BAZY DANYCH I REJESTRY W OCHRONIE ZDROWIA.....</b>	<b>15</b>
B1. WPROWADZENIE SYSTEMU INFORMACJI MEDYCZNEJ .....	15
B2. ROZWÓJ SYSTEMU REJESTR ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ I RATOWNICTWA MEDYCZNEGO .....	17
B3. UTWORZENIE CENTRALNEGO REJESTRU APTEK I HURTOWNI FARMACEUTYCZNYCH.....	17
B4. UTWORZENIE CENTRALNYCH REJESTRÓW ZAWODÓW I SPECJALNOŚCI MEDYCZNYCH.....	18
B5. UTWORZENIE CENTRALNEJ BAZY WYSOKOSPECJALISTYCZNEGO SPRZĘTU I APARATURY MEDYCZNEJ.....	18
B6. UTWORZENIE BAZY ZAREJESTROWANYCH LEKÓW.....	18
B7. MAPY CYFROWE Z ROZMIESZCZENIEM JEDNOSTEK OCHRONY ZDROWIA.....	19
B8. UTWORZENIE SYSTEMÓW BEZPIECZEŃSTWA ŻYWNOŚCI I MONITORINGU JAKOŚCI WODY DO PICIA .....	19
B9. UTWORZENIE SYSTEMU REJESTRU PACJENTÓW Z WYBRANYMI SCHORZENIAMI.....	19
B10. KOORDYNACJA WDROŻEŃ ORAZ INTEGRACJA BAZ I REJESTRÓW.....	20
<b>C. DOSTĘP DO INFORMACJI W OCHRONIE ZDROWIA .....</b>	<b>21</b>
C1. UTWORZENIE CENTRALNEGO PORTALU INFORMACYJNEGO OCHRONY ZDROWIA .....	21
C2. ROZWÓJ SYSTEMU KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ W OCHRONIE ZDROWIA.....	21
C3. UTWORZENIE SYSTEMU MONITORUJĄCEGO CZAS OCZEKIWANIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA .....	22
C4. PROGRAM ROZWOJU ELEKTRONICZNEGO SYSTEMU REJESTRACJI PACJENTA W PLACÓWKACH OCHRONY ZDROWIA.....	22
C5. UTWORZENIE ELEKTRONICZNEGO PORADNIKA ZDROWIA.....	23
C6. PRZYGOTOWANIE I PREZENTACJA NA STRONACH WWW OPRACOWAŃ ORAZ TŁUMACZEŃ AKTÓW PRAWNYCH PAŃSTW UE, A TAKŻE INNYCH KRAJÓW DOTYCZĄCYCH OCHRONY ZDROWIA .....	23
<b>D. TELEMEDYCyna.....</b>	<b>24</b>
D1. PRZYGOTOWANIE AKTÓW PRAWNYCH UMOŻLIWIAJĄCYCH ROZWÓJ TELEMEDYCyny .....	24

D2. STWORZENIE WARUNKÓW DO ŚWIADCZENIA USŁUG MEDYCZNYCH NA ODLEGŁOŚĆ.....	24
<b>E. EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA .....</b>	<b>25</b>
E1. PRZYGOTOWANIE SYSTEMU SZKOLENIA PERSONELU MEDYCZNEGO Z ZAKRESU OBSŁUGI SYSTEMÓW INFORMATYCZNYCH .....	25
E2. INTERNETOWE SZKOLENIA MEDYCZNE DLA PERSONELU MEDYCZNEGO .....	25
E3. INTERNETOWE SZKOLENIA MEDYCZNE DLA DZIECI I MŁODZIEŻY .....	25
<b>F. BEZPIECZEŃSTWO I OCHRONA DANYCH.....</b>	<b>27</b>
F1. OPRACOWANIE AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH ELEKTRONICZNEJ DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ .....	27
F2. WPROWADZENIE EUROPEJSKIEJ KARTY UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO.....	28
F3. PRZEPROWADZENIE PRZEGLĄDU SYSTEMÓW INFORMACYJNYCH W INSTYTUCJACH OCHRONY ZDROWIA .....	28
 <b>V. PRZEGLĄD OBECNYCH INICJATYW ZWIĄZANYCH Z INFORMATYZACJĄ W OCHRONIE ZDROWIA.....</b>	<b>30</b>
 <b>VI. FINANSOWANIE PROJEKTÓW INFORMATYCZNYCH W OCHRONIE ZDROWIA .</b>	<b>31</b>

# I. WPROWADZENIE

„Strategia e-Zdrowie Polska na lata 2004-2006” jest opracowaniem, w którym określono główne kierunki rozwoju informatyzacji w ochronie zdrowia. Opracowanie wskazuje kierunki działania Ministra Zdrowia i Rządu w zakresie informatyzacji ochrony zdrowia. Strategia e-Zdrowie powstała w oparciu o dokument „Strategia informatyzacji Rzeczypospolitej Polskiej – e-Polska na lata 2004-2006”, opracowany przez Ministerstwo Nauki i Informatyzacji oraz przyjęty przez Radę Ministrów 13 stycznia 2004 roku i stanowi jego rozszerzenie w zakresie działań związanych z opieką zdrowotną. Ramy czasowe Strategii e-Zdrowie pokrywają się z czasem realizacji Strategii e-Polska. Przy opracowaniu dokumentu zostały wzięte pod uwagę zalecenia Komisji Europejskiej w zakresie e-Health, zawarte w dokumencie 9185/04, obejmującym plan działań- „*Action plan for a European e-Health Area*”.

W Strategii przyjęto trzy główne cele, które planuje się osiągnąć:

1. Ułatwienie dostępu obywateli do informacji z zakresu ochrony zdrowia.
2. Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie elektronicznego obiegu dokumentacji.
3. Wprowadzenie systemu informacji medycznej w celu analizy zapotrzebowania na realizowane świadczenia zdrowotne.

W dokumencie przedstawione zostały działania, których realizacja ma umożliwić osiągnięcie przyjętych celów. Nie należy jednak uważać, iż tylko te działania mogą być, czy też powinny być realizowane w ramach szeroko rozumianego programu e-Zdrowie. W trakcie realizacji Strategii e-Zdrowie należy proponowanym przedsięwzięciom nadać konkretne formy realizacji oraz umożliwić tworzenie innych, nowych form działań. Dlatego też do zadań Ministerstwa Zdrowia oprócz wspierania i monitorowania działań podjętych w ramach strategii e-Zdrowie, należeć będzie przede wszystkim, regulacja prawna umożliwiająca wdrażanie zadań przedstawionych w dokumencie oraz dokładne przypisanie zadań poszczególnym podmiotom, a jednocześnie zapewnienie ich koordynacji i kontroli.

Szerokie upowszechnienie wykorzystania Internetu w ochronie zdrowia pozwoli na korzystanie z usług przeniesionych na platformę elektroniczną, ułatwi pacjentowi dostęp do informacji i będzie miało wpływ na zwiększenie efektywności placówek ochrony zdrowia. Strategia jest dokumentem bazowym, który niewątpliwie ulegać będzie modyfikacjom

z powodu zachodzących zmian prawnych, organizacyjnych czy też technologicznych, z określonym horyzontem działania na lata 2004-2006. Materiał został opracowany przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Departament Organizacji Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia oraz był opiniowany przez ekspertów zewnętrznych. Po zaakceptowaniu przez Ministra Zdrowia zostanie przekazany do Ministerstwa Informatyzacji i Nauki oraz pod obrady Europejskiego Rady Ministrów.

## **II. PRIORYTETY W OBSZARZE e-ZDROWIE**

### **1. Łatwiejszy dostęp obywateli do informacji z zakresu ochrony zdrowia**

W miarę rozwoju cywilizacyjnego społeczeństwa, szybkie pozyskanie wiarygodnej informacji nabiera kluczowego znaczenia. Możliwości technologiczne oferowane przez rozwijające się technologie informacyjne - Internet, pocztę elektroniczną czy telefonię komórkową stwarzają takie warunki. Wraz ze wzrostem liczby użytkowników Internetu, pojawia się zwiększone zapotrzebowanie na informację dotyczącą problemów opieki zdrowotnej zarówno o charakterze informacyjnym jak i szkoleniowym.

### **2. Poprawa efektywności systemu ochrony zdrowia w zakresie elektronicznego obiegu dokumentacji**

Pozyskiwanie, przetwarzanie oraz przechowywanie danych w sposób tradycyjny wiąże się z długim czasem oczekiwania na informację, zaangażowaniem wielu pracowników w proces zbierania i agregowania danych oraz często stanowi problem w przypadku konieczności skorzystania z przechowywanej informacji. Ochrona zdrowia jest tą dziedziną życia, w której od czasu pozyskania informacji zależy często zdrowie lub życie człowieka. Dlatego też rozwój i doskonalenie technologii elektronicznego obiegu informacji ma bardzo istotne znaczenie. Sprawność działania instytucji zależy w głównej mierze od szybkości podejmowania decyzji, a ta jest uzależniona od dostępności informacji. Szczególne znaczenie ma wypracowanie narzędzi, które pozwolą w łatwy i prosty sposób gromadzić informacje, w tym dane statystyczne zgodnie z zaleceniami EUROSTAT-u. Duże znaczenie dla uwiarygodnienia przesyłanych danych przynosi wykorzystanie podpisu elektronicznego.

### **3. System informacji medycznej**

Wdrożenie ogólnopolskiego systemu informacji medycznej stworzy możliwość uzyskania pełnego zbioru obiektywnych i porównywalnych w skali całego kraju danych o świadczonych usługach medycznych. Pozwoli również na ocenę zakresu dostępności do świadczeń. Umożliwi dostęp do wiarygodnych, kompletnych informacji, a także pozwoli na racjonalne planowanie kierunkowych działań w ochronie zdrowia. System ten umożliwi nadzór nad wykorzystaniem środków przeznaczonych na ochronę zdrowia oraz wprowadzenie jednoznacznych, przejrzystych i wiarygodnych rozliczeń ze świadczeniodawcami oraz uproszczenie relacji świadczeniodawca-płatnik instytucjonalny. Tworzona w jednolity sposób ogólnopolska baza informacyjna gwarantująca wiarygodność i porównywalność danych będzie podstawowym narzędziem analitycznym dla Ministra Zdrowia i płatników instytucjonalnych, w celu właściwego alokowania środków finansowych. System ułatwi też wdrożenie i prowadzenie Narodowego Rachunku Zdrowia.

### **III. PROGRAM DZIAŁAŃ**

- A. Realizacja programów informacyjnych przez podmioty ochrony zdrowia przy wykorzystaniu technik informatycznych**
- B. Centralne bazy danych i rejestry w ochronie zdrowia**
- C. Dostęp do informacji w ochronie zdrowia**
- D. Telemedycyna**
- E. Edukacja zdrowotna i promocja**
- F. Bezpieczeństwo i ochrona danych**



## IV. OPIS DZIAŁAŃ W RAMACH e-ZDROWIE

### A. Realizacja programów informacyjnych przez podmioty ochrony zdrowia przy wykorzystaniu technik informatycznych

Lp.	Działanie	Podmiot koordynujący	Termin
A1	Program „Internet w każdej placówce ochrony zdrowia”	Ministerstwo Zdrowia, NFZ, Samorząd Terytorialny	II połowa 2006
A2	Zastosowanie jednolitych standardów rozwiązań informatycznych w podmiotach ochrony zdrowia	Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ	II połowa 2006
A3	Wprowadzenie systemu korespondencji elektronicznej pomiędzy podmiotami ochrony zdrowia	Ministerstwo Zdrowia, NFZ, CSIOZ	II połowa 2005
A4	Przygotowanie infrastruktury technicznej dla zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych wynikających z członkostwa Polski w UE	Ministerstwo Zdrowia, NFZ	II połowa 2005

### B. Centralne bazy danych i rejestry w ochronie zdrowia

Lp.	Działanie	Podmiot koordynujący	Termin
B1	Wprowadzenie systemu informacji medycznej	Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2006
B2	Rozwój systemu „Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej i Ratownictwa Medycznego”	Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ	II połowa 2005
B3	Utworzenie centralnego rejestru aptek i hurtowni farmaceutycznych	GIF, Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2005
B4	Utworzenie centralnych rejestrów zawodów i specjalności medycznych	Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ	II połowa 2006
B5	Utworzenie centralnej bazy wysokospecjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego	Ministerstwo Zdrowia	I połowa 2005
B6	Rejestr baza leków zarejestrowanych	Ministerstwo Zdrowia, GIF, URPLW MiPB	II połowa 2006
B7	Mapy cyfrowe z rozmieszczeniem jednostek ochrony zdrowia	CSIOZ	I połowa 2005
B8	Utworzenie systemu bezpieczeństwa żywności i monitoringu jakości wody do picia	GIS	II połowa 2005
B9	Utworzenie systemu rejestru pacjentów z wybranymi schorzeniami	Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	II połowa 2005
B10	Koordinacja wdrożeń oraz integracja baz i rejestrów	Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2006

### C. Dostęp do informacji w ochronie zdrowia

Lp.	Działanie	Podmiot koordynujący	Termin
C1	Utworzenie centralnego portalu informacyjnego ochrony zdrowia	Ministerstwo Zdrowia, NFZ, organizacje pozarządowe	II połowa 2005
C2	Rozwój systemu komunikacji elektronicznej w ochronie zdrowia	Ministerstwo Zdrowia, CSIOZ	II połowa 2005
C3	Utworzenie systemu monitorującego czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w placówkach ochrony zdrowia	NFZ, zakłady opieki zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2005
C4	Program rozwoju elektronicznego systemu rejestracji pacjenta w placówkach ochrony zdrowia	Zakłady opieki zdrowotnej, organizacje pozarządowe	I połowa 2005
C5	Utworzenie elektronicznego poradnika zdrowia	Organizacje społeczne, Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2005
C6	Przygotowanie i prezentacja na stronach www opracowań oraz tłumaczeń aktów prawnych państw UE, a także innych krajów dotyczących ochrony zdrowia	Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2005

### D. Telemedycyna

Lp.	Działanie	Podmiot koordynujący	Termin
D1	Przygotowanie aktów prawnych umożliwiających rozwój telemedycyny	Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2006
D2	Stworzenie warunków do świadczenia usług medycznych na odległość	Ośrodki naukowe, Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2005

### E. Edukacja zdrowotna i promocja

Lp.	Działanie	Podmiot koordynujący	Termin
E1	Przygotowanie systemu szkoleń personelu medycznego z zakresu obsługi systemów informacyjnych	Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2005
E2	Internetowe szkolenia medyczne dla personelu medycznego	Organizacje pozarządowe, Ministerstwo Zdrowia, towarzystwa naukowe	II połowa 2005
E3	Internetowe szkolenia medyczne dla dzieci i młodzieży	Ministerstwo Zdrowia	II połowa 2005

## F. Bezpieczeństwo i ochrona danych

<b>Lp.</b>	<b>Działanie</b>	<b>Podmiot koordynujący</b>	<b>Termin</b>
<b>F1</b>	Opracowanie aktów prawnych dotyczących elektronicznej dokumentacji medycznej	Ministerstwo Zdrowia	I połowa 2005
<b>F2</b>	Wprowadzenie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego	Ministerstwo Zdrowia, NFZ	II połowa 2005
<b>F3</b>	Przeprowadzenie przeglądu systemów informacyjnych w instytucjach ochrony zdrowia	Ministerstwo Zdrowia	I połowa 2005

## **A. REALIZACJA PROGRAMÓW INFORMACYJNYCH PRZEZ PODMIOTY OCHRONY ZDROWIA PRZY WYKORZYSTANIU TECHNIK INFORMATYCZNYCH**

### **A1. Program „Internet w każdej placówce ochrony zdrowia”**

Możliwość korzystania z programów informacyjnych, dotyczących ochrony zdrowia oraz ich wykorzystanie w poszczególnych placówkach ochrony zdrowia uzależniona jest od posiadania dostępu do Internetu.

Wiąże się z tym konieczność realizacji programu „Internet w każdej placówce ochrony zdrowia”, który zagwarantuje wszystkim placówkom ochrony zdrowia szerokopasmowy dostęp do Internetu. Do sfinansowania programu należy wykorzystać środki pomocowe UE. Podkreślenia wymaga fakt, że obecnie większość zakładów opieki zdrowotnej posiada dostęp do Internetu, niemniej jednak często opiera się on na podłączeniu modemu do linii telefonicznej. Zgodnie z zaleceniami Unii Europejskiej jak również ze „Strategią Informatyzacji Rzeczypospolitej” zalecany jest dostęp szerokopasmowy.

### **A2. Zastosowanie jednolitych standardów rozwiązań informatycznych w podmiotach ochrony zdrowia**

Zastosowanie jednolitych standardów rozwiązań informatycznych w sferze ochrony zdrowia jest zadaniem podstawowym warunkującym dalszy postęp w tej dziedzinie. Strategia e-Zdrowie wychodzi na przeciw odnotowanym wcześniej, ale nie w pełni zrealizowanym potrzebom, zapewnienia zgodności formatów danych wymienianych między jednostkami ochrony zdrowia.

W ramach Strategii e-Zdrowie zostanie dokonana analiza stosowanych obecnie rozwiązań pod kątem ich przydatności w procesie unifikacji rozwiązań informatycznych. Zostaną wykorzystane doświadczenia Narodowego Funduszu Zdrowia, który w skali kraju doprowadził do ujednolicenia zakresu gromadzonych i przekazywanych danych. Naturalną konsekwencją unifikacji zakresowej będzie stworzenie jednolitego systemu zbierania danych w oparciu o oprogramowanie do rejestracji i raportowania o zrealizowanych usługach medycznych oraz ogłoszenie formatów wymiany danych między świadczeniodawcą

i płatnikiem instytucjonalnym zgodnych z normami europejskimi. Realizacja Strategii e-Zdrowie spowoduje, że aplikacje świadczeniodawcy umożliwią zarówno rozliczenie kontraktów z płatnikami publicznymi, spełnienie obowiązków w zakresie sprawozdawczości do władz samorządowych, państwowych i statystyki publicznej. Rozpowszechnienie nieodpłatnych aplikacji zabezpieczy interesy tych świadczeniodawców, którzy nie mogą ponieść nakładów na informatyzację swoich zakładów, zaś ogłoszenie formatów wymiany danych zapewni wszystkim producentom oprogramowania możliwość tworzenia i oferowania programów dla świadczeniodawców na wolnym rynku, tym samym umożliwi realizację oddolnych inicjatyw i zapobiegnie monopolizacji rynku.

Strategia e-Zdrowie, pomoże w pełni wykorzystać produkty informatyczne już istniejące, ale dotychczas nie wykorzystywane powszechnie np. Centralny Wykaz Ubezpieczonych, stosowany obecnie lokalnie internetowy system rejestracji wykonywanych usług medycznych, systemy numerowania (kodowania) recept i zbierania informacji o refundacji leków – w skali oddziału NFZ (lokalnego płatnika publicznego) i centralnie oraz informatyczne narzędzia służące statystyce publicznej.

### **A3. Wprowadzenie systemu korespondencji elektronicznej w podmiotach ochrony zdrowia**

Z uwagi na obserwowaną tendencją wzrostową w liczbie zakładów opieki zdrowotnej posiadających dostęp do Internetu zakłada się, że elektroniczna wymiana danych wypierać będzie w najbliższych latach korespondencję tradycyjną, a także ze względu na koszty, komunikację telefoniczną. Ochrona zdrowia w Polsce nie powinna pozostawać w odosobnieniu od procesu rozwoju nowoczesnych technik informacyjnych, zwłaszcza że zapotrzebowanie na informację znacznie wzrasta po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej.

Zasadnym staje się rozwijanie istniejących systemów komunikacji elektronicznej, zwłaszcza systemu ZOZMAIL, w ramach którego zakładom opieki zdrowotnej zostały bezpłatnie udostępnione skrzynki poczty elektronicznej w domenie zoz.org.pl. Adres poczty składa się z numeru księgi rejestrowej ZOZ oraz rozszerzenia zoz.org.pl.

System ZOZMAIL ma na celu ułatwienie i usprawnienie korespondencji pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej oraz innymi instytucjami ochrony zdrowia.

System ten będzie wykorzystywany także w przesyłaniu sprawozdań dotyczących statystyki publicznej.

#### **A4. Przygotowanie infrastruktury technicznej dla zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych wynikających z członkostwa Polski w UE**

Rzeczpospolita Polska, stając się członkiem Unii Europejskiej, zobowiązała się do skoordynowania systemu zabezpieczenia społecznego, także w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych. W związku z tym niezbędne stało się wprowadzenie i stosowanie wspólnych dla wszystkich państw członkowskich zasad i reguł, które określają między innymi, na jakich warunkach i w jakim zakresie obywatele państw członkowskich mogą otrzymać opiekę zdrowotną poruszając się w granicach UE oraz zasady finansowania i rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych.

Podkreślić należy, że zobowiązania te mają charakter ciągły. 1 czerwca 2004 r. weszło w życie Rozporządzenie Nr 631/2004 UE z dnia 31 marca 2004 Dz.U.UE L.100 poz.1 zmieniające Rozporządzenie 1408/71 UE i 574/72 UE w zakresie ujednoczenia uprawnień i uproszczenia procedur oraz stosowania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), która ma zastąpić formularz E 111.

Polska korzysta z ułatwień okresu przejściowego i do końca roku 2005 może wydawać papierowe formularze serii E 100 zamiast karty EKUZ. Jednak już obecnie muszą być prowadzone przygotowania do wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz koordynacji systemów zabezpieczenia zdrowotnego dla obcokrajowców legitymujących się zarówno formularzami serii E jak i kartami EKUZ.

Doprowadzenie do pełnej wzajemności w zakresie wymienianych świadczeń zdrowotnych z tytułu koordynacji systemów wymaga prowadzenia prac w dziedzinach:

1. Opracowanie szczegółowych regulacji prawnych dla wydania i korzystania z krajowej karty ubezpieczenia zdrowotnego zgodnej funkcjonalnie z EKUZ.
2. Stałe monitorowanie prawa wspólnotowego w zakresie koordynacji systemów i wprowadzanie odpowiednich zmian w polskich regulacjach prawnych.
3. Usprawnianie procesu udzielania usług medycznych pacjentom z UE (akceptowanie przedkładanych dokumentów ubezpieczeniowych, szybkie kanały wymiany informacji).
4. Monitorowanie liczby, rodzaju i wartości wzajemnie wymienianych świadczeń.

## **B. CENTRALNE BAZY DANYCH I REJESTRY W OCHRONIE ZDROWIA**

### **B1. Wprowadzenie systemu informacji medycznej**

System informacji medycznej, ma pełnić rolę nowoczesnego, kompleksowego systemu rejestrowania wszystkich procesów zachodzących w systemie ochrony zdrowia, zapewniającym wielokierunkowe i wielopoziomowe zarządzanie danymi. Uniwersalna koncepcja pozwoli na rejestrowanie wszelkich zdarzeń medycznych w systemie ochrony zdrowia, a współpraca systemu z rejestrami zewnętrznymi państwowymi, branżowymi, samorządowymi i systemami płatników instytucjonalnych pozwoli na przetwarzanie danych zgodnie ze zidentyfikowanymi potrzebami instytucji uczestników systemu ochrony zdrowia, w tym na przeciwdziałanie nadużyciom.

Cechy projektowanego systemu:

1. System winien zapewnić jednoznaczną identyfikację pacjenta, przy pomocy elektronicznego dokumentu potwierdzającego uprawnienia do korzystania z usług medycznych finansowanych ze środków publicznych. Dokumentem tym powinna być elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego, personalizowana na podstawie informacyjnej zawartości Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Karta powinna jednocześnie pełnić rolę Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.
2. Zastosowanie elektronicznej karty ubezpieczenia oraz wyposażenie świadczeniodawców w urządzenia do odczytu kart i rejestrowania danych da możliwość potwierdzania każdej usługi medycznej przez pacjenta, czyli uwierzytelnienie transakcji.
3. Zastosowanie karty elektronicznej (wraz z towarzyszącą jej infrastrukturą) pozwoli na uniknięcie wielokrotnego, ręcznego wprowadzania tych samych danych np. danych osobowych pacjenta. Zawartość informacyjna karty, po odczytaniu jej czytnikiem świadczeniodawcy (w tym również apteki), zostanie przeniesiona do systemu.
4. System winien przydzielić unikalny kod każdej rejestrowanej transakcji medycznej. Oznaczać to będzie jednoznaczną identyfikację poszczególnych transakcji udzielania usługi lub wydania leku.

5. System winien umożliwić powiązanie ze sobą danych medycznych z danymi personalnymi i finansowymi w odniesieniu do konkretnej usługi medycznej lub recepty zawierającej lek refundowany.
6. Wdrożenie systemu powinno umożliwić pełną rejestrację powiązań pomiędzy świadczeniodawcą (a w ramach danej jednostki personelem medycznym) zlecającym i realizującym daną usługę medyczną, w tym apteką wydającą lek refundowany.
7. Dane identyfikacyjne świadczeniobiorców, świadczeniodawców i personelu medycznego wykorzystywane w systemie winny być systematycznie aktualizowane i weryfikowane w oparciu o ścisłą współpracę z rejestrami centralnymi – państwowymi i branżowymi, w szczególności ZUS, KRUS, PESEL, REGON, RZOZ, TERYT, rejestrami zawodów medycznych, aptek i hurtowni, laboratoriów i sprzętu medycznego.
8. System powinien funkcjonować niezależnie od liczby płatników publicznych (jeden płatnik lub więcej), co oznacza, że musi posiadać funkcjonalność pozwalającą na współbieżne przetwarzanie danych dla różnych płatników, przy wykorzystaniu tych samych rejestrów centralnych i umożliwić rozliczenia między płatnikami.
9. Organizacja i technika przetwarzania danych winna zapewnić odpowiednią ich jakość i bezpieczeństwo przy minimalizacji czasu koniecznego do realizacji tego procesu.
10. System powinien być wyposażony w funkcje wykrywania nadużyć, pozwalające na analizę transakcji w skali całego kraju. Podstawowe znaczenie będzie miało tu wykorzystywanie unikatowego identyfikatora transakcji, generowanego z udziałem elektronicznego identyfikatora pacjenta, przeciwdziałające nieuprawnionemu wykorzystywaniu danych pacjenta. Centralny sposób gromadzenia danych o zdarzeniach medycznych pozwoli na weryfikację odbieranych danych zgodnie z tworzonymi na bieżąco algorytmami kontrolnymi. Procedury kontrolne należy zaprojektować tak, aby pozwalały łatwo wykrywać nadużycia np. wielokrotne wykazywanie tych samych osób na listach Podstawowej Opieki Zdrowotnej, udzielanie świadczeń medycznych nieadekwatnych do wieku itp..



11. System powinien umożliwić łatwy i szybki dostęp do informacji podmiotom do tego uprawnionym. W szczególności będą to świadczeniodawcy, pacjenci, organa władzy samorządowej i państwowej, statystyka publiczna.
12. Liczba dodatkowych czynności związanych z obsługą systemu, takich jak rejestrowanie i sprawozdawanie zdarzeń medycznych wykonywanych przez fachowy personel medyczny powinna być ograniczona do minimum (samo wprowadzenie karty elektronicznej w sposób naturalny wyeliminuje wpisywanie danych personalnych pacjenta).

## **B2. Rozwój systemu Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej i Ratownictwa Medycznego**

Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej jest systemem powszechnie dostępnym, dostarczającym szczegółowej informacji na temat funkcjonowania placówek ochrony zdrowia. Dzięki RZOZ osoba zainteresowana może w szybki sposób uzyskać informacje na temat zakładu i dziedzin medycyny, w jakich świadczy usługi. Planowanym celem jest doprowadzenie do sytuacji, aby składanie wniosków rejestrowych oraz stała aktualizacja danych rejestrowych odbywało się za pośrednictwem technologii internetowych z wykorzystaniem podpisu elektronicznego. Kolejnym kierunkiem prac jest doskonalenie narzędzi klasyfikacyjnych stosowanych w RZOZ.

## **B3. Utworzenie centralnego rejestru aptek i hurtowni farmaceutycznych**

Utworzenie centralnego rejestru aptek umożliwi jednoznaczną identyfikację podmiotów biorących udział w procesie refundacji leków, co jest niezbędne dla funkcjonowania systemu monitorowania wydatków płatników instytucjonalnych na leki refundowane. Z chwilą wdrożenia systemu informacji medycznej, rejestr aptek zostanie zintegrowany z systemem jako rejestr zewnętrzny. Zasoby informacyjne systemu pozwolą na wykorzystywanie go do celów statystyki publicznej, a także dostarczą aktualnych danych władzom lokalnym i pacjentom.

#### **B4. Utworzenie centralnych rejestrów zawodów i specjalności medycznych**

Ważnym elementem kreowania polityki zdrowotnej jest informacja na temat kadr pracujących w ochronie zdrowia. Utworzenie centralnych rejestrów zawodów i specjalności medycznych oraz opracowanie bazy zatrudnionych specjalistów w publicznej i niepublicznej ochronie zdrowia, da bieżącą informację o stanie zatrudnienia, pozwoli również na monitorowanie zjawisk zachodzących w tej dziedzinie, co może przełożyć się na sposób kształcenia przyszłych pracowników. W tworzeniu rejestrów należy wykorzystać doświadczenia korporacji zawodowych takich jak Naczelna Izba Lekarska, która prowadzi Krajowy Rejestr Lekarzy. Dzięki rejestrowi zawodów i specjalności medycznych możliwe będzie monitorowanie informacji na temat emigracji personelu medycznego za granicę oraz obserwowanie jego migracji w kraju. Dzięki centralnym rejestrom zawodów i specjalności medycznych możliwe będzie stworzenie bazy personelu pomocniczego oraz przeprowadzenie analizy zatrudnienia.

#### **B5. Utworzenie centralnej bazy wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej**

Utworzenie centralnej bazy wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej pozwoli na analizę rozmieszczenia, monitorowanie wykorzystania, zaplanowanie zakupów i rozmieszczenie nowego sprzętu. Jednocześnie baza stanowić będzie źródło informacji dla płatnika instytucjonalnego, który podczas procesu kontraktowania usług będzie mógł zweryfikować możliwości sprzętowe świadczeniodawcy.

#### **B6. Utworzenie bazy zarejestrowanych leków**

Baza leków zarejestrowanych powinna być bazą powszechnie dostępną umożliwiającą dotarcie do szczegółowej informacji dotyczącej leków. Znajdą się tam informacje dotyczące

składu poszczególnych leków, wskazań w zastosowaniu, postaci w jakiej występują, sposobu dawkowania oraz ewentualnych skutkach ubocznych.

### **B7. Mapy cyfrowe z rozmieszczeniem jednostek ochrony zdrowia**

Uwidocznienie danych na mapach pozwoli na łatwe zlokalizowanie placówek w terenie oraz stworzy możliwości analizy ich rozmieszczenia na określonym terytorium. Naniesienie na mapach cyfrowych informacji dotyczących sieci komunikacyjnej, odległości, ukształtowania terenu oraz lokalizacji miejsc strategicznych dla bezpieczeństwa obywateli (posterunki policji, straży granicznej itp.) będzie miało ogromne znaczenie w przypadku sytuacji nadzwyczajnych i stanów zagrożenia.

### **B8. Utworzenie systemów bezpieczeństwa żywności i monitoringu jakości wody do picia**

Stworzenie systemów ma na celu zapewnienie bezpieczeństwa żywności produkowanej zarówno na rynku krajowym jak i żywności importowanej oraz wody przeznaczonej do spożycia. Zagwarantuje również właściwą jakość zdrowotną żywności zgodnie z wymogami Unii Europejskiej.

### **B9. Utworzenie systemu rejestru pacjentów z wybranymi schorzeniami**

Rejestry pacjentów z wybranymi schorzeniami stanowią zasadnicze narzędzie dla określenia rzeczywistej efektywności opieki zdrowotnej, oferowanej przez poszczególnych świadczeniodawców. Rejestry w pierwszej kolejności tworzone będą dla schorzeń lub technologii medycznych, których leczenie jest związane z wysokim ryzykiem bądź dużymi kosztami. Gromadzone dane obejmują informacje o stanie zdrowotnym przed i po zastosowanym leczeniu oraz o rodzaju postępowania, jakiemu pacjent został poddany.

Efektom prowadzenia rejestrów będą określone analizy porównawcze, po pierwsze częstotliwości i zakresu stosowania różnych metod diagnostycznych i terapeutycznych przez poszczególnych świadczeniodawców, po wtóre jakości i poziomu efektów oraz częstości powikłań i działań ubocznych.

#### **B10. Koordynacja wdrożeń oraz integracja baz i rejestrów**

Istotną kwestią jest integracja istniejących i tworzonych baz danych oraz możliwość wykorzystania ich przez wielu użytkowników. Często bazy budowane dla potrzeb określonej instytucji mają zbyt wąski zakres lub różne identyfikatory, co uniemożliwia wykorzystywanie ich przez inne instytucje. Budowanie rozwiązań równoległych znacznie zwiększa koszty realizacji takich projektów. Zasadnym staje się skoordynowanie prac nad budową najważniejszych rejestrów i baz tak, aby mogły być wykorzystywane przez innych użytkowników. Podkreślić należy zasadność stymulowania rozwoju już istniejących baz i rejestrów. Przy pracach nad koordynacją i integracją baz i rejestrów należy uwzględnić aspekt dostępności do danych w nich zawartych zainteresowanym stronom.

## **C. DOSTĘP DO INFORMACJI W OCHRONIE ZDROWIA**

### **C1. Utworzenie centralnego portalu informacyjnego ochrony zdrowia**

Wspieranie istniejących oraz promowanie tworzenia nowych pozarządowych portali informacyjnych dotyczących ochrony zdrowia dla pacjentów, pracowników ochrony zdrowia oraz administracji państwowej i samorządowej, ma na celu zebranie oraz udostępnienie całościowej informacji dotyczącej systemu i norm prawnych ochrony zdrowia, a tym samym ma ułatwić użytkownikom uzyskiwanie aktualnych informacji.

Portal informacyjny dotyczący ochrony zdrowia powinien zawierać informacje dotyczące:

1. Instytucji ochrony zdrowia.
2. Aktów prawnych ochrony zdrowia.
3. Dyrektyw i zaleceń UE dotyczących ochrony zdrowia.
4. Strategii w ochronie zdrowia.
5. Informacji na temat programów pomocowych UE związanych z ochroną zdrowia.
6. Informacji z zakresu telemedycyny.
7. Zestawień statystycznych.
8. Informacji dotyczących profilaktyki.

W celu zapewnienia wiarygodności i wysokiej jakości informacji zawartych na portalach informacyjnych dotyczących ochrony zdrowia planuje się wprowadzenie certyfikatów wiarygodności.

### **C2. Rozwój systemu komunikacji elektronicznej w ochronie zdrowia**

Komunikacja elektroniczna w ochronie zdrowia jest ważnym elementem w szybkim pozyskaniu właściwej informacji przez pacjenta. Upowszechnienie wykorzystywania poczty elektronicznej przez świadczeniodawców oraz publikowanie bieżącej informacji o ich działalności, pozwoli pacjentom na uzyskiwanie właściwej informacji na temat leczenia, profilaktyki lub dostępności do świadczeń.

Pełne przeniesienie wymiany danych pomiędzy świadczeniodawcą a otoczeniem zewnętrznym na platformę elektroniczną przyniesie szereg korzyści: przyspieszenie procesu komunikacji, możliwość częstej i szybkiej weryfikacji poprawności rejestrowanych danych, wzrost bezpieczeństwa informacji, ograniczenie pracochłonności, zmniejszenie kosztów, a także korzystanie z mocy obliczeniowych zewnętrznych systemów informatycznych świadczących usługi na rzecz placówek ochrony zdrowia.

### **C3. Utworzenie systemu monitorującego czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne w placówkach ochrony zdrowia**

Jednym z priorytetowych czynników kształtujących ocenę usług medycznych jest czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne. Czas oczekiwania ma kluczowe znaczenie nie tylko ze względu na zdrowie lub życie pacjenta, ale również na monitorowanie zapotrzebowania na określone świadczenia medyczne. Dostęp do informacji o czasie oczekiwania pozwoli na poszukiwania, przez pacjenta lub lekarza, świadczeniodawców oferujących krótszy okres oczekiwania. System ten pozwoli płatnikowi na dostosowanie środków finansowych w zależności od zapotrzebowania. Wprowadzenie systemu monitorowania czasu ma również przeciwdziałać korupcji (program „Strategia Antykorupcyjna”).

### **C4. Program rozwoju elektronicznego systemu rejestracji pacjenta w placówkach ochrony zdrowia**

W dobie coraz szerszego dostępu do Internetu, zasadnym staje się wprowadzenie rozwiązań, które ułatwią i usprawnią rejestrację pacjentów w przychodniach. Wspierane będą działania polegające na tworzeniu elektronicznego systemu zapisów. Analiza wdrożenia i funkcjonowania systemów pozwoli na wypracowanie efektywnych rozwiązań.

## **C5. Utworzenie elektronicznego poradnika zdrowia**

Tworzenie elektronicznych poradników zdrowia w ramach programów profilaktyki zdrowotnej pozwoli pacjentom w przystępny sposób zapoznać się z informacjami dotyczącymi profilaktyki, leczenia oraz dostępności świadczeń.

Elektroniczne poradniki zdrowia tworzone są dla pacjenta i z myślą o pacjencie, a informacje w nich zawarte powinny mieć na celu ułatwienie zainteresowanym pozyskiwanie informacji na temat zdrowia. Jakość danych przedstawianych w poradnikach zdrowia powinna być monitorowana poprzez nadawanie im certyfikatów wiarygodności.

## **C6. Przygotowanie i prezentacja na stronach www opracowań oraz tłumaczeń aktów prawnych państw UE, a także innych krajów dotyczących ochrony zdrowia**

W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej konieczne jest stworzenie ogólnodostępnej strony www, na której znajdować się będą opracowania oraz przetłumaczone akty prawne dotyczące ochrony zdrowia. Stworzenie strony www z aktami prawnymi dotyczącymi ochrony zdrowia w UE i innych państwach pozwoli w prosty i szybki sposób znaleźć informacje dotyczące kwestii prawnych oraz organizacyjnych związanych z ochroną zdrowia w Polsce i zagranicą.

## **D. TELEMEDYCYNA**

### **D1. Przygotowanie aktów prawnych umożliwiających rozwój telemedycyny**

Świadczenie usług medycznych na odległość związane jest zarówno z koniecznością właściwej ochrony przesyłanych danych medycznych, odpowiednim opisem realizowanych procedur jak też z kwestią odpowiedzialności wykonawcy za zdalnie świadczone usługi. W ramach strategii e-Zdrowie zostaną zidentyfikowane najpilniejsze potrzeby zmiany i stworzenia nowych regulacji prawnych umożliwiających rozwój telemedycyny. Strategia, poprzez akcję propagowania telemedycyny doprowadzi do zapoznania społeczeństwa oraz środowisk opiniotwórczych z europejskimi osiągnięciami w zakresie świadczenia usług medycznych na odległość. Pomoże to przełamać bariery psychologiczne i otworzy drogę do zmian prawnych oraz do kontraktowania produktów telemedycyny, tak jak innych usług medycznych, przez płatników instytucjonalnych.

### **D2. Stworzenie warunków do świadczenia usług medycznych na odległość**

Świadczenie usług medycznych na odległość, czy też bardziej ogólnie stosowanie komunikacji elektronicznej w medycynie związane jest z dostrzeżeniem wartości tej metody przez środowisko medyczne. Rola instytucji ochrony zdrowia powinna polegać na stwarzaniu warunków do rozwoju tych świadczeń. Przede wszystkim chodzi o przygotowanie wytycznych i standardów technologicznych związanych z świadczeniem tych usług. Ważnym aspektem jest również wskazywanie korzyści i promowanie najlepszych rozwiązań w tym zakresie. Warto podkreślić, że telemedycyna daje wiele możliwości w różnych dziedzinach medycyny np. możliwość przesyłania zdjęć radiologicznych do opisu, wyników badań do konsultacji czy komputerowego programu badania słuchu.



## **E. EDUKACJA ZDROWOTNA I PROMOCJA**

### **E1. Przygotowanie systemu szkolenia personelu medycznego z zakresu obsługi systemów informatycznych**

W dobie rozwoju informatyzacji i wprowadzania nowych systemów informatycznych, szczególnie po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej, niezbędne jest przeszkolenie całego personelu medycznego z zakresu obsługi systemów informatycznych.

Program ten ułatwi, a przede wszystkim usprawni posługiwanie się systemami informacyjnymi ochrony zdrowia. Źródłem finansowania tego projektu powinny być środki pomocowe UE.

### **E2. Internetowe szkolenia medyczne dla personelu medycznego**

W dobie powszechnego dostępu do Internetu zasadnym staje się promowanie i rozpowszechnianie szkoleń dla personelu medycznego z wykorzystaniem elektronicznego przepływu informacji prowadzonego przez stowarzyszenia naukowe czy uczelnie medyczne. Internetowe szkolenia dla personelu medycznego pozwolą większej liczbie zainteresowanych (lekarzom, pielęgniarkom, personelowi pomocniczemu) dotrzeć do nowych informacji, a co za tym idzie uaktualnić wiedzę, jaką posiadają. Proponuje się wprowadzić coroczny konkurs na najlepszy program edukacyjny.

### **E3. Internetowe szkolenia medyczne dla dzieci i młodzieży**

Stworzenie internetowych szkoleń medycznych dla dzieci i młodzieży pozwoli w interesujący sposób przekazywać oraz promować podstawowe zagadnienia dotyczące

ochrony zdrowia (profilaktyka zdrowotna, udzielanie pierwszej pomocy, sposób zachowania w sytuacjach zagrażających życiu).

Wprowadzenie do edukacji szkolnej internetowych szkoleń medycznych powinno przynieść wymierne korzyści w przyszłości w postaci obywateli przywiązujących większą uwagę do profilaktyki zdrowotnej.

W ramach programu internetowych szkoleń medycznych można rozpowszechnić akcję „Szkoły promującej zdrowie”, która miałaby na celu zmobilizowanie szkół w Polsce do przygotowania oraz wdrażania w swoich placówkach programów promujących zdrowy styl życia. Szkoły promujące zdrowie oprócz wiedzy intelektualnej powinny również rozwijać u dzieci od najmłodszych lat nawyki związane z dbaniem o kondycję fizyczną oraz zdrowie poprzez ułatwienie dostępu młodzieży do informacji na ten temat również w Internecie.

Wskazaniem jest, aby najlepsze rozwiązania promowane były w centralnym portalu informacyjnym ochrony zdrowia.

## **F. BEZPIECZEŃSTWO I OCHRONA DANYCH**

Jednym z celów strategii e-Zdrowie jest propagowanie upowszechniania dostępu do informacji gromadzonej w systemie ochrony zdrowia przy zachowaniu warunków bezpieczeństwa właściwych dla przetwarzania medycznych danych osobowych. Wypracowanie kompromisu między korzyściami płynącym z upowszechniania informacji, a ich ochroną jest zagadnieniem złożonym, wymagającym szerokiej współpracy i dyskusji środowisk medycznych, technicznych i autorytetów moralnych.

W ramach strategii zostanie w szczególności rozwinięta współpraca z Generalnym Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, posiadającym największe doświadczenie w stosowaniu prawnych mechanizmów ochronnych, Narodowym Funduszem Zdrowia będącym administratorem większości zbiorów danych zawierających medyczne dane osobowe i Polskim Komitetem Normalizacyjnym w zakresie implementowania norm dotyczących informatyki medycznej.

Członkostwo w Unii Europejskiej tworzy nowe perspektywy wymiany wiedzy medycznej, a koordynacja systemów zabezpieczenia społecznego krajów członkowskich powoduje konieczność przesyłania danych medycznych. Co więcej, rozwój polskich systemów informatycznych w sferze ochrony zdrowia tworzy perspektywę włączania ich do międzynarodowych systemów informatycznych przetwarzających dane medyczne.

W konsekwencji polskie systemy informatyczne muszą spełniać normy europejskie, między innymi: EN 14484 „Międzynarodowy przekaz medycznych danych osobowych objętych dyrektywą UE dotyczącą ochrony danych. Polityka wysokiego poziomu bezpieczeństwa”, EN 14485 „Wskazania do operowania medycznymi danymi osobowymi w międzynarodowych aplikacjach z uwzględnieniem dyrektywy UE dotyczącej ochrony danych”.

### **F1. Opracowanie aktów prawnych dotyczących elektronicznej dokumentacji medycznej**

Szczególnym zadaniem jest stworzenie nowych przepisów prawnych dotyczących zasad zbierania, przetwarzania, przesyłania i gromadzenia danych w postaci elektronicznej.

Przepisy te muszą być dostosowane do wymogów Unii Europejskiej. Temat ten jest jednym z kluczowych zadań w Strategii e-Zdrowie.

## **F2. Wprowadzenie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego**

Wprowadzenie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) wynika zarówno z obowiązków, jakie Polska przyjęła z tytułu wstąpienia do Unii Europejskiej jak i z potrzeby zrealizowania zadania identyfikowania pacjenta, oraz autoryzacji realizacji usługi medycznej wewnątrz kraju.

Wprowadzenie karty wiąże się z przedsięwzięciami:

1. Koordynacja działań związanych z rozwojem funkcjonalnym Centralnego Wykazu Ubezpieczonych prowadzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia z rejestrami: PESEL, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
2. Współpraca z instytucjami prowadzącymi ewidencję ubezpieczonych w krajach Unii Europejskiej, w celu zapewnienia wzajemnej wymiany informacji.
3. Wydanie kart EKUZ w oparciu o Centralny Wykaz Ubezpieczonych.

## **F3. Przeprowadzenie przeglądu systemów informacyjnych w instytucjach ochrony zdrowia**

Z uwagi na nie koordynowany dotychczas rozwój systemów informacyjnych w obszarze ochrony zdrowia brak jest rzetelnej wiedzy na temat jakości tych systemów zwłaszcza w zakresie bezpieczeństwa. Jednym z celów Strategii e-Zdrowie jest doprowadzenie do osiągnięcia zadawalającego stopnia bezpieczeństwa funkcjonujących systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. W pierwszym etapie, korzystając z możliwości publikacyjnych zostaną rozpowszechnione zalecenia UE na temat bezpieczeństwa systemów informacyjnych w ochronie zdrowia (przepisy regulujące ochronę

danych osobowych i medycznych oraz informacje o sposobach zabezpieczeń). W dalszej kolejności zostanie przeprowadzony przegląd największych systemów informacyjnych.

## **V. PRZEGLĄD OBECNYCH INICJATYW ZWIĄZANYCH Z INFORMATYZACJĄ W OCHRONIE ZDROWIA**

W związku z koniecznością oceny stanu informatyzacji w ochronie zdrowia, powinien powstać raport obrazujący obecny stan inicjatyw związanych z informatyzacją. Raport powinien stanowić integralną część i być dołączony do niniejszej strategii. Przede wszystkim chodzi tu o zebranie informacji o wszystkich, istotnych z punktu widzenia programu e-Zdrowie, działających, wdrażanych oraz projektowanych rozwiązaniach informatycznych, jak również danych dotyczących infrastruktury technicznej. Podkreślenia wymaga fakt, że aktualnie działa kilka ważnych systemów informatycznych wykorzystywanych w ochronie zdrowia np. Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej, Rejestr Jednostek Ratownictwa Medycznego, Transplantnet, System Elektronicznej Korespondencji ZOZMAIL, Krajowy Rejestr Lekarzy, nie możemy również pominąć tworzonego obecnie Rejestru Pielęgniarek i Położnych (Załącznik Nr 1). Oprócz systemów i rejestrów tworzonych przez Ministerstwo Zdrowia istnieje wiele innych systemów teleinformatycznych, których informacje i doświadczenie można wykorzystać w ochronie zdrowia (Załącznik Nr 2). Zgrupowanie tej informacji oraz udostępnienie jej dla wszystkich podmiotów ochrony zdrowia, pozwoli również na ewentualne wykorzystanie danych przez innych użytkowników. Realizacja tego zadania pozwoli także na przygotowanie mapy z naniesioną infrastrukturą służącą inicjatywie europejskiej „Action Plan for a European e-Health Area” w ramach e-Health, który nakłada na kraje członkowskie, w tym Polskę, przygotowanie do końca 2005 r. takiej mapy. Wyniki przeglądu inicjatyw winny stanowić integralną część strategii e-Zdrowie i być aktualizowane raz na kwartał.

## **VI. FINANSOWANIE PROJEKTÓW INFORMATYCZNYCH W OCHRONIE ZDROWIA**

Projekty informatyczne w ochronie zdrowia mogą być finansowane ze środków:

1. Środków Wspólnotowych.
2. Komitetu Badań Naukowych.
3. Ministerstwa Zdrowia.
4. Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Programów własnych uczelni i instytutów naukowo badawczych.
6. Organizacji pozarządowych.
7. Firm medycznych.
8. Środków publicznych.

Szczególną uwagę należy zwrócić na środki finansowe w ramach funduszy strukturalnych Unii Europejskiej, które przeznaczone są na pomoc w osiągnięciu spójności społeczno - gospodarczej poprzez wyrównanie dysproporcji w rozwoju między poszczególnymi regionami. Narodowy Plan Rozwoju 2004 - 2006 wyznacza sposób wykorzystania pomocy finansowej w ramach funduszy strukturalnych dla naszego kraju. Działania współfinansowane będą ze środków wspólnotowych.

Fundusze strukturalne stwarzają możliwość pozyskania środków na inwestycje w wielu dziedzinach, także w ochronie zdrowia. Należy pamiętać, że istnieją dwie zasadnicze ścieżki pozyskiwania funduszy - bezpośrednia i pośrednia. W przypadku ścieżki bezpośredniej to same podmioty będą mogły składać projekty do beneficjentów końcowych. Ścieżka pośrednia pozyskiwania środków to realizacja projektów zgłaszanych przez inne podmioty, ewentualnie dostawa towarów i usług w ramach projektów realizowanych przez projektodawców.

W ramach ochrony zdrowia fundusze strukturalne stwarzają możliwość pozyskiwania środków na realizację następujących programów:

1. Poprawa infrastruktury zakładów opieki zdrowotnej w regionach o małym potencjale.
2. Specjalistycznej stacjonarnej opieki zdrowotnej, w tym: adaptacja budynków pod nowe zadania, modernizacja istniejącej bazy lokalowej, zakupy sprzętu.
3. Wyposażenie zakładów opieki długoterminowej w nowoczesny sprzęt specjalistyczny.
4. Dostosowanie zakładów do potrzeb osób niepełnosprawnych.
5. Dostosowanie budynków do podwyższonych standardów i norm.

6. Udzielanie świadczeń zdrowotnych.
7. Wyposażenie zakładów opieki zdrowotnej oraz ambulatoriów w nowoczesny sprzęt diagnostyczno-leczniczy.

Ważną rolę w zmniejszaniu nakładów publicznych na budowę poszczególnych systemów priorytetowych mogą odegrać tzw. partnerstwa publiczno-prywatne, czyli umowy zawarte pomiędzy jednostką administracji publicznej a podmiotem prywatnym, który finansuje utworzenie infrastruktury potrzebnej do świadczenia usługi publicznej, a następnie świadczy tę usługę pobierając za nią opłatę.

*Załączniki:*

- 1. Wyciąg z „Raportu dotyczącego przeglądu publicznych systemów teleinformatycznych poszczególnych resortów administracji rządowej”*
- 2. Wykaz systemów teleinformatycznych o tematyce zdrowotnej tworzonych i wykorzystywanych przez inne instytucje.*



**Załącznik Nr 1****Wyciąg z „Raportu przeglądu publicznych systemów teleinformatycznych poszczególnych resortów administracji rządowej”**

L.p	Rodzaj projektu	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Plan realizacji projektu z wyszczególnieniem etapów w poszczególnych latach	Termin realizacji projektu	
						Data rozpoczęcia	Data zakończenia
1.	rejestr	Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej	CSIOZ	Utworzenie jednolitego, ogólnie dostępnego systemu rejestracji Zakładów Opieki Zdrowotnej	Przewidywany rozwój systemu w 2004 r., zwiększający funkcjonalność systemu po przyznaniu środków	wrzesień 2001 r.	luty 2003 r.
2.	rejestr	Rejestr Jednostek Ratownictwa Medycznego	CSIOZ	Utworzenie jednolitego, ogólnie dostępnego systemu rejestracji Jednostek Ratownictwa Medycznego	Koniec realizacji maj 2003r. Obecnie trwa podnoszenie funkcjonalności systemu	październik 2002 r.	luty 2003 r.
3.	rejestr	Transplantnet	Poltransplant	Baza danych dotycząca przeszczepiania narządów w Polsce	2001 r.	grudzień 1997 r.	styczeń 2001 r.
4.	rejestr	Karta Biorcy Narządów	Poltransplant	Baza danych chorych po przeszczepieniu narządów w Polsce	styczeń 2004 r. I etapowo	styczeń 2003 r.	luty 2003 r.
5.	rejestr	Centralna Lista Dawców Szpiku	Poltransplant	Baza danych potencjalnych dawców szpiku	2002 r. - I etapowo	styczeń 2001 r.	grudzień 2002 r.
6.	rejestr	Rejestr Niebezpiecznych Preparatów Chemicznych	Biuro ds. Substancji i Preparatów Chemicznych	Utworzenie Bazy Danych	Rozpoczęcie działań oraz budowa bazy danych: I kwartał 2003 r. Wstępne uruchomienie: III-IV kwartał 2004 r.	I kwartał 2003 r.	Projekt wieloletni
7.	rejestr	Rejestr Adresów Miejsc Wprowadzania do obrotu Prekursorów Narkotyków Grupy IIA-R	Biuro ds. Substancji i Preparatów Chemicznych	Utworzenie Bazy Danych	Budowa bazy danych; III kwartał 2003 r. Wstępne uruchomienie: III-IV kwartał	III kwartał 2003 r.	Projekt wieloletni
8.	system elektronicznej komunikacji w ochronie zdrowia	ZOZ MAIL	CSIOZ	Ułatwienie przepływu informacji pomiędzy ZOZami, a innymi jednostkami ochrony zdrowia. Minimalizacja kosztów korespondencji	XII 2003 r.- udostępnienie skrzynek poczty elektronicznej szpitalom. marzec 2004 r. - rozszerzenie na wszystkie ZOZy	grudzień 2003 r.	kwiecień 2004 r.

## Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Współpraca z innymi jednostkami
1	<b>System informatyczny MEDICUS</b>		(-) zapisywanie pacjentów drogą telefoniczną lub internetową na konkretny dzień i godzinę do konkretnego gabinetu lekarskiego lub diagnostycznego, (-) tworzenie aktualnych list zakwalifikowanych i oczekujących na hospitalizację lub zabieg operacyjny, (-) wydawanie kart magnetycznych pacjenta z zakodowanymi jego danymi osobowymi umożliwiającymi identyfikację we wszystkich placówkach Instytutu w Polsce, (-) kontrola zlecanych badań, liczby wykonywanych konsultacji itp.				W realizacji wszystkich zadań współpracujemy z Instytutem Systemów Sterowania w Chorzowie, Katedrą Systemów Multimedialnych Politechniki Gdańskiej oraz ośrodkami zagranicznymi, których szefowie są członkami Międzynarodowej Rady naukowej wspierającej realizację ważnych projektów badawczych, wdrożeniowych, klinicznych i dydaktycznych Instytutu.
2	<b>System przekazu audio-video</b>		1. Przesyłanie obrazów z Sali operacyjnej (kamery w lampie operacyjnej, mikroskopie oraz kamer ogólnego nadzoru przebiegu operacji) do Sali konferencyjnej z możliwością wyświetlania na ekranie wielkoformatowym bądź przesyłania dalej za pomocą urządzenia Polycom.  2. Wyświetlanie w Sali konferencyjnej obrazów z w/w kamer oraz z materiałów archiwalnych zapisanych na taśmach archiwalnych i płytach wizyjnych otrzymanych z zewnątrz oraz za pośrednictwem sieci komputerowej.				

			3. Przesyłanie obrazu z Sali konferencyjnej i Sali operacyjnej do Pracowni Badań Biomedycznych Ucha i Biblioteki.				
			4. Przesyłanie obrazu i dźwięku z Sali operacyjnej do pokoju Kierownika Kliniki				
			5. Przesyłanie z dowolnego pomieszczenia Międzynarodowego Centrum Słuchu i Mowy uzbrojonego w sieć komputerową (90%) strumienia audio/video na stronę www Instytutu.				
			6. System wideokonferencyjny Polycom VS 4000 + QBRI 3 D - sala konferencyjna. Połączenie odbywa się za pomocą czterech par ISDN lub za pośrednictwem łącza internetowego (IP).				
3	<b>Wideokonsultacje pomiędzy naszymi placówkami w Polsce</b>		System konsultacji On-Line odbywa się za pomocą łącza ISDN pomiędzy placówkami Instytutu. Konsultujący w czasie rzeczywistym ma podgląd wizyjny z gabinetem oraz z wideootoskopem w danej placówce. Konsultujący może znajdować się w dowolnym miejscu w MCSiM.				
4	<b>Konsultacje medyczne On-Line (www.ichs.pl)</b>		Codziennie konsultacje z różnych tematów medycznych udzielane drogą internetową przez naszych specjalistów (wykaz tematów na stronie)				
5	<b>Videokonsultacje (www.ichs.pl)</b>		Możliwość przesłania na naszą stronę internetową dokumentacji medycznej w postaci zdjęcia lub filmu i uzyskanie konsultacji.				

6	<p><b>Internetowy portal Telezdrowie (www.telezdrowie.pl) do badań przesiewowych słuchu (Słyszę, Mówię, Widzę)</b></p>		<p>Umożliwia każdemu dokonanie wstępnej samooceny słuchu wykorzystując specjalistyczne oprogramowanie. Wykorzystując ten program przebadano dotychczas ponad 250 tysięcy dzieci w Polsce w warunkach stacjonarnych oraz odnotowano ponad 10 mln wejść na strony przez osoby z 62 krajów świata.</p>				
7	<p><b>Multimedialny Program komputerowy (12 płyt CD) służący rehabilitacji mowy "Domowa Klinika Rehabilitacji".</b></p>		<p>Zestaw ćwiczeń opracowany przez naszych specjalistów foniatrów, logopedów, pedagogów służący do kontynuowania rehabilitacji po uzyskaniu konsultacji w naszych placówkach.</p>				
8	<p><b>Edukacja - informatyczna (www.ifps.org.pl/ dydaktyka) edukacja dla specjalistów foniatrów, audiologów, otolaryngologów, logopedów i innych specjalistów</b></p>	<p>(-) stałe szkolenia w ramach rocznego programu Akademii Otochirurgii dla lekarzy specjalizujących się i doskonalących w zakresie chirurgii rekonstrukcyjnej ucha.</p>					
<p>(-) umieszczanie tłumaczeń ważnych prac naukowych, streszczeń referatów. Relacji z konferencji światowych, filmów z operacji i badań diagnostycznych na naszych stronach internetowych (edukacja dla specjalisty).</p>							
<p>(-) transmitowanie wszystkich konferencji i kongresów naukowych odbywających się w Instytucie do Internetu (Telemedycyna, Szumy Uszne itd.).</p>							
<p>(-) publikowanie opracowanych przez nas materiałów szkoleniowych z wielu dziedzin którymi się zajmujemy.</p>							

9	<b>Wirtualna Akademia Słuchu i Mowy</b>		<p>Realizacja szeregu tematów naukowo - dydaktycznych które dotychczas prowadzone były w trybie stacjonarnym: Kursy specjalizacyjne doskonalące w zakresie otolaryngologii, audiologii i foniatryi, Akademia Otochirurgii, Warsztaty Szkoleniowe Otoemisji Akustycznych, Studium Surdologopedii, Studium Obiektywnych Badań Słuchu, Rehabilitacja Fonoaudiologiczna. Szkolenie odbywać się będzie na zasadzie e-learningu. Aktualnie wdrażamy rozwiązania informatyczne umożliwiające taką edukację w Międzynarodowym Centrum Słuchu i Mowy w Kajetanach.</p>			rok 2005	
---	---	--	---	--	--	----------	--

**Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie**

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Plan wdrożenia projektu
1	<b>System Informatyczny CliniNET</b>		<p>Części składowe systemu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Część pozwalająca na notowanie oraz analizę danych dotyczących ruchu chorych pacjentów szpitalnych.</li> <li>2. Część pozwalająca na notowanie danych związanych ze świadczeniami medycznymi realizowanymi dla poszczególnych płatników jak również mechanizmy służące do ich rozliczeń.</li> <li>3. Uruchomiony został moduł Apteka Szpitalna</li> <li>4. Uruchomiona została pełna obsługa zleceń medycznych. proces ten obejmuje zarówno personel oddziałów., izby przyjęć odpowiedzialny za wprowadzenie zleceń medycznych, jak również personel pracowni diagnostycznych i laboratoryjnych odpowiedzialny za realizację zleceń i wprowadzenie wyników.</li> <li>5. Wprowadzone zostało bezpośrednie podłączenie do analizatorów w laboratorium pozwalające na gromadzenie wyników z tych urządzeń, jak również podłączenie elementów systemu bezpośrednio z urządzeniami diagnostycznymi, co pozwoli na pobieranie wyników badań bezpośrednio z urządzenia.</li> </ol>				

2	<b>System NetRAAD</b>		Zadaniem jest obsługa danych multimedialnych				
3	<b>System WebRAAD</b>		Moduł pozwalający na dostęp do danych multimedialnych (w tym obrazów o jakości diagnostycznej) bezpośrednio z jednostek zlecających.				
4	<b>Moduł Apteczka Oddziałowa</b>		Moduł pozwalający na zlecenie i obsługę przepływu leków na oddziałach				
5	<b>Moduł ds. zakażeń wewnętrzzszpitalnych</b>		Uruchomienie moduły archiwum medyczne, które pozwoli na pełne śledzenie obiegu dokumentacji medycznej w szpitalu				
6	<b>Uruchomienie procesu wyceny procedur medycznych dla wszystkich jednostek medycznych objętych systemem informatycznym</b>		Uruchomienie funkcji rozszerzających funkcjonalność uruchomionych wcześniej modułów: (-) Rozkład pracy personelu (-) zamówienia na posiłki w rozbiciu na poszczególne rodzaje diet				
7	<b>Program SIMPLE-SYSTEM V</b>		Poszczególne moduły tego programu wspomagają funkcjonowanie wszystkich sfer działalności Instytutu: finanse i księgowość, obrót towarowy, majątek trwały, personel.				

**Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Warszawie**

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Współpraca z ośrodkami naukowo-badawczymi
1	<b>System telekonsultacji medycznych TEKOMED</b>		System ten umożliwi przesłanie wszystkich badań obrazowych generowanych przez wysokiej klasy urządzenia medyczne zapisywanych w formacie DICOM 3.0. Dotyczy to zarówno obrazów statycznych jak i filmów (koronarografie, badania echokardiograficzne). System komunikuje się z użytkownikiem poprzez serwis internetowy i posiada łatwy oraz intuicyjny interfejs. Obecnie do systemu zostały podłączone jednostki z Radomia, Olsztyna, Ostrołęki oraz część warszawskich szpitali.				Naukowa Akademicka Sieć Komputerowa, Politechnika Warszawska, Interdyscyplinarne Centrum Modelowania Matematycznego i Komputerowego Uniwersytetu Warszawskiego Katedra Informatyki Akademii Górniczo - Hutniczej w Krakowie, Centrum
2	<b>Cyfrowa transmisja zabiegów kardiologicznych</b>		Opiera się ona o kodery obrazu MPG-2 umożliwiające przekaz wysokiej jakości obrazu oraz dźwięku poprzez sieć komputerową na duże odległości. System wykorzystywany jest lokalnie w miarę potrzeb dydaktycznych.				



3	<b>System 24-godzinnego monitoringu EKG</b>		System działa przy wykorzystaniu telefonii komórkowej. Dzięki temu systemowi pewna grupa pacjentów objęta jest stałą opieką umożliwiającą bezpośredni kontakt z dowolnego miejsca z Instytutem Kardiologii. Obecnie trwają prace mające umożliwić rozszerzenie tego systemu na wszystkich pacjentów oczekujących na przyjęcie do Instytutu.				Komputerowe CYFRONET w Krakowie, Centrum Transferu Technologii Uniwersytetu Jagiellońskiego	
4	<b>System NETRAAD</b>		Cyfrowa archiwizacja i dystrybucja wszystkich obrazów medycznych generowanych poprzez urządzenia medyczne podłączone do sieci komputerowej.					
5	<b>Systemy: Ruch Chorych, Laboratorium, Kliniczne Bazy Danych, oprogramowanie administracyjne (Kadry-Płace, F-K, GM). Systemy pocztowe oraz Intranet</b>		Aplikacje usprawniające działanie całej jednostki.					

**Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu**

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Plan wdrożenia projektu
1	<b>Wdrożenie oprogramowania InfoMedica firmy Computerland</b>	Dyrektor Instytutu	Wdrożenie modułów ADT, Koszty Leczenia, Wycena procedur medycznych, Apteka, FKK, GM, ST pakietu oprogramowania InfoMedica	60000	środki własne	2002 grudzień	Projekt zrealizowany
2	<b>Aktualizacja oprogramowania i nadzór autorski pakietu InfoMedica</b>	Dyrektor Instytutu	Zakup aktualizacji oprogramowania i nadzór autorski pakietu InfoMedica	16000	środki własne	2004	Projekt zrealizowany

**Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie**

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Plan wdrożenia projektu
<b>I. Systemy Medyczne</b>							
1	<b>Szpitalny system Informatyczny "Caresys"</b>		Obejmuje część białą szpitala.				<p>1995 - Stanowiska Pracy: Rejestracja Głównego Ambulatorium i Ruch Chorych Szpitala.</p> <p>1996 - w Zakładzie Chemii Klinicznej wdrażano system Biolink - integracja tego systemu z systemem Caresys</p> <p>1996 - Pielęgniarki Zabiegowe - pozwoliło to na zlecenie badań laboratoryjnych i otrzymywanie wyników w formie elektronicznej</p> <p>1997-1999 - Sekretarka Kliniczna, Pielęgniarka Oddziałowa, Sekretarka Medyczna w Ambulatorium - utrwalenie informacji związanych z okresową obserwacją chorych wypisanych i wyników badań kontrolnych</p> <p>2000-2001 - Szpital Diennej Chemioterapii - wymiana danych dla sprawozdawczości na potrzeby Państwowego Zakładu Higieny.</p> <p>2002 - Zakład Endoskopii - w zakresie planowania wizyt, planowania obciążeń gabinetów, elektronicznego zlecenia badań i automatycznego dostępu do wyników. W 2003 roku uruchomiono - zlecenie badań krwi dla pacjentów ambulatoryjnych dla punktów pobrania krwi żyłnej i z palca.</p> <p>2004 - Pielęgniarka Ambulatoryjna, Sekretarka Medyczna - kodowanie usług medycznych wg systemu ICD-10</p>
2	<b>System informatyczny "Lab-Bit"</b>					1999	Trwają prace nad modyfikacją systemu i poprawą funkcjonalności.
3	<b>Systemy baz danych poszczególnych działów działające pod kontrolą</b>		Samodzielna Pracownia Profilaktyki Narządu Rodnego			system wdrożony, działający	

	systemu Novell Netware		Klinika Gastroenterologii			system wdrożony, działający	
			Klinika Nowotworów Układu Moczowego			system wdrożony, działający	
			Klinika Nowotworów Tkanek Miękkich i Kości			system wdrożony, działający	
			Screening piersi			system wdrożony, działający	
			Warszawski Rejestr Nowotworów			system wdrożony, działający	
			Apteka Szpitalna			system wdrożony, działający	
4	System Linux/Unix		baza danych dla poszczególnych działów: Zakład patologii - archiwalne wyniki badań, Klinika Nowotworów Głowy i Szyi			systemy wdrożone, działające	
<b>II. Systemy Administracyjne</b>							
1	System obsługi działów Kadry, Płace, Finanse, Księgowość						
2	System obsługi Gospodarki Magazynowej						
<b>III. System dostępu do sieci Internet i poczty e-mail</b>							
1	Serwer dostępowy do sieci internet oparty na systemie Linux						

2	Serwer poczty elektronicznej (e-mail) - obecnie ponad 600 skrzynek pocztowych						
3	Dostęp do bazy Medline na serwerze ICM Uniwersytetu Warszawskiego						

**Instytut Reumatologii w Warszawie**

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Plan wdrożenia projektu
1	<b>HIPOKRATES - zintegrowany system obsługi szpitala</b>	Instytut Reumatologii Warszawa	nowoczesny system zarządzania szpitalem oraz elektronicznego prowadzenia pacjenta	156 800,00	Dotychczas środki własne	od roku 2001 do roku 2006	2001 - budowa szkieletu sieci i instalacja podstawowych modułów
				859 200,00			2002-2003 - rozbudowa sieci oraz wdrożenie systemu szkolenia personelu medycznego
				1 016 000,00			2004-2006 - rozbudowa sieci i systemu, wdrożenie i szkolenie personelu medycznego

2	Program Księgowo - Kadrowo - Płacowy	Instytut Reumatologii Warszawa	elektroniczny system prowadzenia działu Księgowo - Kadrowo - Płacowego	553 800,00	Dotychczas środki własne	od roku 1999 do roku 2005	1999-2003 - budowa sieci, instalacja oprogramowania, wdrożenia oraz szkolenie pracowników
				400 000,00			2003-2006 - rozbudowa systemu o elektroniczne zarządzanie szpitalem

**Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie**

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Plan wdrożenia projektu
1	Strona www Instytutu	Krajowy Punkt Informacyjny	Publikacja informacji o IŻŻ; struktura, osiągnięcia naukowe, szkolenia oraz informacja o zasadach żywienia	samofinansowanie	samofinansowanie	od 2000 Aktualizacja treści stron cotygodniowo	
2	Food Safety System	Instytut Żywności i Żywienia	Uczestnictwo w projekcie budowy i wykorzystania systemu umożliwiającego monitorowanie bezpieczeństwa żywności w skali całego kraju. Wymiana informacji następuje pomiędzy stacjami Inspekcji Sanitarnej a Instytutem Higieny i Żywności i Żywienia		Phare 2001 „Food Safety System” (German-Polish Twinning Project PL/IB/2001/E C/07)	od 2004 współpraca z Głównym Inspektoratem Sanitarnym i Instytutem Higieny	

3	RASFF	Zakład Bezpieczeństwa Żywności i Żywienia	Uczestnictwo w systemie wymiany informacji na temat niebezpiecznej żywności pomiędzy działami stacji Inspekcji Sanitarnej zajmującymi się kontrolą toksykologiczną, a Instytutem Higieny i Żywności i Żywienia		Phare 2001 „Food Safety System” (German-Polish Twinning Project PL/IB/2001/E C/07)	od 2004 współpraca z Głównym Inspektoratem Sanitarnym i Instytutem Higieny
4	Rejestr pacjentów i wizyt Poradni Chorób Metabolicznych	Poradnia Chorób Metabolicznych IŻŻ	Prowadzenie rejestru pacjentów Poradni i wizyt w celach naukowych oraz sprawozdawczych dla NFZ		samofinansowanie	od 1998 roku Wprowadzanie danych, tworzenie okresowych raportów
5	Baza danych o substancjach dodatkowych stworzona w programie Lotus Notes	Instytut Żywności i Żywienia	Monitorowanie pobrania i użycia substancji dodatkowych	10000 PLN	Oprogramowanie Lotus Notes zostało sfinansowane z programu Phare 2001 „Food Safety System” (German-Polish Twinning Project PL/IB/2001/E C/07) Activity C2-4	od 2004 do ... wprowadzanie danych i uzupełnianie w miarę potrzeb

6	<p><b>Baza danych stworzona w programie Lotus Notes dotycząca nowej żywności - w tym GMO, suplementów diety, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, środków ogólnego spożycia wzbogacanych w witaminy i składniki mineralne</b></p>	<p>Instytut Żywności i Żywienia</p>	<p>Baza będzie wykorzystana do monitorowania produktów wprowadzanych po raz pierwszy do obrotu oraz zwiększenia dostępu do informacji o tych produktach (objętych bazą) będących na polskim rynku.</p>	<p>Przewidziany koszt 240000 PLN</p>	<p>Oprogramowanie Lotus Notes zostało sfinansowane z programu Phare 2001 „Food Safety System” (German-Polish Twinning Project PL/IB/2001/E C/07) Activity C2-4</p>	<p>od 2004 do ... - wprowadzanie danych i uzupełnianie bazy na bieżąco</p>
7	<p><b>Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2003-2005</b>Tytuł projektu: <b>"Edukacja dzieci i młodzieży w szkołach w zakresie profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego".</b></p>	<p>Instytut Żywności i Żywienia</p>	<p>Celem programu jest zmniejszenie częstości występowania środowiskowych czynników ryzyka chorób układu krążenia na tle miażdżycy</p>	<p>Koszt projektu informatycznego o ok. 80 tys. zł.</p>	<p>Ministerstwo Zdrowia</p>	<p>2003-2005 Realizacja programu odbywać się będzie na kilku płaszczyznach, m.in. w postaci przygotowania programu multimedialnego dla nauczycieli, jako pomocy w prowadzeniu zajęć oraz stworzenia i prowadzenia strony internetowej, jako bieżącego źródła informacji dla nauczycieli oraz ogółu społeczeństwa.</p>



8	Badania nad wartością odżywczą wybranych produktów spożywczych w aspekcie aktualizacji i poszerzenia bazy danych	Instytut Żywności i Żywienia	uaktualnienie bazy danych o składzie żywności	KBN	KBN	2004 dyskietka z uzupełnioną bazą danych - rozprowadzana przez Instytut Żywności i Żywienia	
9	Tabele wartości odżywczej produktów spożywczych	Instytut Żywności i Żywienia	Rozpowszechnianie polskiej bazy danych o składzie żywności	samofinansowanie	samofinansowanie	2004 dyskietka z bazą danych o składzie żywności - rozprowadzana przez Instytut Żywności i Żywienia	
10	Program Dieta 2	Instytut Żywności i Żywienia	Obliczanie wartości odżywczej diety na poziomie indywidualnym	90 000 zł	KBN	2000	Zakończony

**Państwowy Zakład Higieny IN-B w Warszawie**

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Plan wdrożenia projektu
1	Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej (Hospitalizacja)	Zakład Statystyki Medycznej PZH	Stworzenie sprawnego ogólnopolskiego systemu gromadzenia i generowania danych statystycznych o wypisanych ze szpitali ogólnych w całej Polsce, stworzenie efektywnego i bezpiecznego systemu przesyłania i walidacji danych - ze szpitali do PZH lub via Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego, udostępnianie informacji zagregowanych (wg ustalonej hierarchii dostępu), dla zakładów opieki zdrowotnej i ogółu ludności poprzez stronę internetową Zakładu Statystyki Medycznej PZH <a href="http://www.medstat.waw.pl">www.medstat.waw.pl</a>	300 000 zł do końca 2005 roku	Starania o fundusze strukturalne (pod hasłem "Społeczeństwo Informatyczne")		Projekt częściowo wdrożony, zakończenie prac zależne od uzyskania funduszy, pełne uruchomienie przewidywane w 2006 r. 1. Przygotowanie aplikacji o fundusze strukturalne 2. Zorganizowanie przetargu na sprzęt i modernizację oprogramowania 3. Wdrożenie projektu

**Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie**

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Plan wdrożenia projektu
1	<b>Baza danych pacjentów objętych programem Nr C028/P05/2002 pn. "Opracowanie procedur diagnostyczno - terapeutycznych w nowotworach ośrodkowego układu nerwowego (OUN) u dzieci"</b>	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"	Baza ma służyć gromadzeniu informacji o przebiegu diagnostyki, leczenia i wyników leczenia u dzieci z nowotworami Ośrodkowego Układu Nerwowego	Stworzenie, udostępnianie w sieci Internet oraz trzymanie i uaktualnianie bazy - 12000 zł (koszt dotychczasowy)	Program Nr C/028/P05/2002 jest finansowany przez MNiI, Ministerstwo Zdrowia oraz IPCZD	listopad 2005	Dane do bazy będą pochodziły z ośrodków współpracujących przez realizację programu Nr C028/P05/2002, w zakresie dotyczącym pacjentów objętych ich opieką.
2	<b>Baza danych pacjentów objętych programem Nr QLG1-CT-2001-01395 pn. "The European Initiative for primary Immunodeficiencies" (Inicjatywa Europejska dla Pierwotnych Niedoborów Odporności)</b>	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"	Baza ma służyć gromadzeniu informacji o pacjentach z zespołem Nijmegen z uwzględnieniem danych klinicznych, immunologicznych oraz wyników badań genetycznych.	Koszt wykonania bazy - 9150 zł (I faza projektu)	Dotacja podmiotowa MNiI przeznaczona na dofinansowanie programu Nr QLG1-CT-2001-01395	grudzień 2004	Dane do bazy będą pochodziły od współpracujących ośrodków krajów europejskich

3	<b>Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo - naczyniowego na lata 2003-2005 "Polkard 2003-2005"</b>	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"	Poprawa opieki kardiologicznej nad dzieckiem z patologią układu krążenia ze szczególnym uwzględnieniem wczesnej wykrywalności i leczenia wad wrodzonych serca u dzieci.	Koszt wykonania bazy 42 900 zł. (koszt dotychczasowy)	Projekt finansowany z narodowego programu profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo - naczyniowego "Polkard 2003-2005"	Baza - marzec 2004r., zbieranie danych do grudnia 2005r. Dane do bazy będą pochodziły od współpracujących krajowych ośrodków referencyjnych kardiologii dziecięcej
4	<b>Witryna internetowa IP-CZD</b>	Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"	Przedstawianie podstawowych informacji o IP-CZD		Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka"	Aktualizacja na bieżąco

**Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi**

Lp	Nazwa projektu	Jednostka odpowiedzialna za wdrożenie projektu	Cel projektu	Koszt realizacji projektu	Źródło finansowania projektu	Termin wdrożenia projektu	Plan wdrożenia projektu
1	<b>Rozbudowa sieci LAN</b>	Dział informatyki ICZMP	Wprowadzenie szybkich przełączników warstwy trzeciej wraz z tworzeniem nowych połączeń fizycznych	100 000,00	Ministerstwo Nauki i Informatyzacji	1.12.2004 Wrzesień 2004 rozstrzygnięcie przetargu, październik 2004 montaż i konfiguracja urządzeń	

2	<b>Medyczne centrum SMS</b>	Dział informatyki ICZMP	Powiadamianie SMS pacjentów poradni ICZMP o terminach wizyt	Koszt realizacji projektu trudny do określenia ze względu na jego przygotowanie w ramach działalności Działu Informatyki ICZMP - projekt autorski	Środki własne	1.03.2004 Projekt wdrożony
---	-----------------------------	----------------------------	--	--	---------------	-------------------------------