



SENAT RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Zapis stenograficzny **(701)**

53. posiedzenie
Komisji Zdrowia
w dniu 12 lutego 2009 r.

VII kadencja

Porządek obrad:

1. Informacja na temat programu informatyzacji ochrony zdrowia.

(Początek posiedzenia o godzinie 14 minut 02)

(Posiedzeniu przewodniczy przewodniczący Władysław Sidorowicz)

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Szanowni Państwo! Otwieram posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia.

W programie spotkania mamy informację na temat przygotowania programu informatyzacji ochrony zdrowia. Bardzo się cieszę, że jest z nami pan minister, były pan minister, a obecnie chyba kierownik Centrum Systemów Informacyjnych, tak? Nie wiem, jaka to jest funkcja. Dyrektor?

(Wypowiedź poza nagraniem)

Właśnie, pan dyrektor. Pan dyrektor jest z zastępcą.

Proszę państwa, do tego spotkania dochodzi na prośbę kilku senatorów – których dzisiaj tu nie widzę, co mnie nieco martwi – zaniepokojonych, tak, przynajmniej mi to zgłaszano, pewnymi problemami wdrożeniowymi tego programu. Stąd decyzja prezydium, aby zająć się tym na merytorycznym posiedzeniu senackiej Komisji Zdrowia.

Proponuję, żeby to było posiedzenie, które będzie miało następującą strukturę. Najpierw poprosimy pana ministra Szulca o króciutkie przedstawienie stanowiska ministerstwa w sprawie programu informatyzacji. Potem poprosimy o wprowadzenie nas w dzisiejszy stan zaawansowania prac nad informatyzacją służby zdrowia.

Czy są jakieś uwagi do takiego sposobu rozważania tego tematu? Nie ma uwag.

Wobec tego bardzo proszę pana ministra o zabranie głosu. Bardzo proszę.

Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Jakub Szulc:

Dziękuję bardzo, Panie Przewodniczący.

Panie Przewodniczący! Wysoka Komisjo!

Jeżeli ja mam wyrażać stanowisko Ministerstwa Zdrowia w odniesieniu do projektów realizowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, to siłą rzeczy musi być ono jak najbardziej pozytywne. Minister zdrowia nadzoruje Centrum Systemów Informacyjnych, stąd też, siłą rzeczy, sprawuje nadzór i kontrolę nad Centrum, nad tym, jakie procesy zachodzą i co się dzieje wewnątrz tej jednostki.

Jeżeli chodzi o sam program, to jest to przedsięwzięcie, o którym mówimy nie od dzisiaj, przedsięwzięcie, które w zasadzie żyje w świadomości osób zajmujących się ochroną zdrowia w zasadzie już do lat, począwszy od koncepcji e-RUM, poprzez kolejne fazy projektu, który w międzyczasie żył, rozwijał się, raz tracił na znaczeniu

w tym sensie, że zainteresowanie jego realizacją było mniejsze, odżywał... My stanęliśmy w tym momencie przed sytuacją, wydaje mi się, o tyle dość przełomową, że mamy w ramach Perspektywy Finansowej Unii Europejskiej 2007–2013 zagwarantowane środki na to, żeby cały ten proces, który jest procesem... Oczywiście, nie będę tłumaczył i mówił teraz o tym, gdyż sami państwo wiecie, jak jest skomplikowany i jak szeroki system ochrony zdrowia.

Mamy więc w zasadzie po raz pierwszy taką sytuację, że mamy solidne źródło finansowania, by przeprowadzić tenże program, właśnie w ramach środków unijnych. W związku z tym byłoby grzechem nie skorzystać z takiej okazji, tym bardziej, że z punktu widzenia ministra zdrowia, jako organizatora systemu ochrony zdrowia w Polsce i prowadzącego politykę zdrowotną, jest to system absolutnie kluczowy. Chodziłoby o doprowadzenie do sytuacji, w której będziemy mieli dostęp do informacji elektronicznej na wszystkich w zasadzie szczeblach i na wszystkich poziomach organizacji jednostek pracujących w ochronie zdrowia, czyli począwszy od lekarzy rodzinnych, poprzez opiekę ambulatoryjną, skończywszy na szpitalach, z jednej strony, jeśli chodzi o świadczeniodawców. Z drugiej strony będziemy mieli pełną identyfikację danych pacjenta, idącą w ślad za tym jego historię zdarzeń medycznych. Po trzecie, będziemy mieli dostępność do baz danych, które będą w sposób jednoznaczny kwalifikowały nie tylko zdarzenia medyczne, ale będą też zajmowały się pełną identyfikacją wszystkich uczestników systemu.

Dla ministra zdrowia będzie to przede wszystkim narzędzie informacyjne, dające możliwość gromadzenia i analizowania danych, które znajdują się w systemie. To jest absolutnie nie do przecenienia. Tym narzędziem będzie można doprowadzić w końcu do pełnego uszczelnienia systemu opieki zdrowotnej, a także do tego, żeby mieć pełną wiedzę na temat tego, co się dzieje w systemie. W związku z tym z punktu widzenia Ministerstwa Zdrowia projekty, które są w tym momencie realizowane przez Centrum Systemów Informacyjnych, przez pana dyrektora Sikorskiego, są projektami absolutnie kluczowymi.

Oczywiście, jak rozumiem, pan dyrektor Sikorski i jego zastępca, pan Koprowski, będą mówili szczegółowo o tym, jak system ma być zorganizowany, jak wygląda i na jakim etapie znajdują się w chwili obecnej prace. Powiem tylko, że będziemy realizować – najprawdopodobniej, gdyż nie ma jeszcze ostatecznych decyzji – trzy duże projekty informacyjne, które mają za zadanie objąć właśnie te wszystkie dziedziny, o których przed momentem wspomniałem. Oczywiście, do tego będzie konieczne dostosowanie otoczenia prawnego. To jest niezbędne. Obecnie nie mamy jeszcze ram prawnych w ochronie zdrowia, stworzonych do obiegu i zarządzania informacją w takiej skali.

Projekt ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia został skierowany do uzgodnień zewnętrznych. Jesteśmy po etapie konsultacji. W tym momencie trwa w Ministerstwie Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych analiza uwag zgłoszonych podczas konsultacji zewnętrznych. Mamy nadzieję zakończyć procedowanie na tym projektem, taki przyjęto harmonogram, do końca pierwszego półrocza tego roku. Przy tym, oczywiście, mówię tutaj o ścieżce od strony rządowej. Mamy więc nadzieję przyjąć ten dokument, jako Rada Ministrów, do końca pierwszego półrocza. Następnie zostanie on skierowany do dyspozycji parlamentu. No i może tyle w ramach krótkiej...

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Pytanie do pana ministra. O ile wiem, równolegle trwają w MSWiA prace nad systemem informatyzacji kraju. Czy jest tutaj koordynacja tego, co robimy w ochronie zdrowia, z ogólnopolskim systemem przebudowy systemu ewidencji?

**Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia
Jakub Szulc:**

Już odpowiadam, Panie Przewodniczący. Otóż Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji jest koordynatorem programu informatyzacji w skali całego kraju. Ponieważ informatyzacja w ochronie zdrowia jest elementem tego systemu, siłą rzeczy więc MSWiA sprawuje kontrolę nad projektami, które są powiązane przez Centrum Systemów Informacyjnych. I to nie tylko kontrolę formalną, ale także z punktu widzenia wykorzystywania środków europejskich. Centrum Systemów Informacyjnych jest beneficjentem programów, które zostały zgłoszone i które będą realizowane, które w zasadzie są realizowane.

Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji jest instytucją pośredniczącą, czyli jak gdyby dba i ma pełną wiedzę o tym, na jakim etapie, w którym momencie realizacji znajduje się każdy ze zgłoszonych projektów. Tak że tutaj jest pełna wymiana informacji. Wynika nie tylko z prowadzonego nadzoru przez ministerstwo spraw wewnętrznych nad całym programem informatyzacji kraju, ale także z uwarunkowań spowodowanych konstrukcją programów unijnych. Żeby program mógł być realizowany, żeby środki mogły być przekazywane, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji musi posiadać pełną wiedzę na temat tego, co się w ramach poszczególnych programów dzieje. To jest jedna sprawa.

Druga sprawa. Tak naprawdę będziemy mówić tutaj o programie informatyzacji ochrony zdrowia. Trzeba natomiast powiedzieć, że znakomita część programów to programy interdyscyplinarne. W związku z tym mamy tutaj bardzo wiele elementów, które nawzajem na siebie nachodzą, zazębiają się. Mamy „Plan informatyzacji państwa na lata 2007–2010” i w tym programie są uwzględnione między innymi także projekty informatyzacji ochrony zdrowia.

Jeśli chodzi o wymianę danych i o współpracę, to należałoby wspomnieć chociażby o projekcie pl.ID, który będzie spinał co najmniej kilka elementów wykorzystywanych przez różne resorty i na potrzeby różnych resortów. Z jednej strony to jest forma nowego dowodu osobistego, który ma być wprowadzany w Polsce po 2010 r. Oprócz tego, że będzie to podstawowy dokument identyfikacyjny dla każdego obywatela polskiego, będzie zawierał również elementy związane z innymi dziedzinami życia, między innymi z obszarem zainteresowań Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z jednej strony, a z drugiej strony także z obszaru zainteresowań Ministerstwa Zdrowia. Dokument ten mianowicie ma stanowić klucz dostępowy, nie nośnik informacji... Myślę, że jeżeli Państwo Senatorowie, Wysoka Komisja zażyczą sobie informacji szczegółowych, to będziemy mogli je dostarczyć w trakcie dyskusji. Nie będzie to więc nośnik informacji czy też nośnik informacji w bardzo niewielkim zakresie, ale klucz dostępowy do systemu dla każdego z nas. To będzie skutkowało tym, że dokument ten będzie służył nie tylko do identyfikacji danej osoby oraz procedur związanych i wykorzystywanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji i samorządy,

ale także będziemy uzyskiwali dostęp poprzez właśnie ten nośnik do opieki społecznej i do opieki zdrowotnej. Tak że, tak jak powiedziałem, tutaj przynajmniej w kilkunastu, jeżeli nie kilkudziesięciu punktach, poszczególne projekty się zazębiają i dlatego program informatyzacji kraju został zbudowany w takiej formie, żeby zapewnić właśnie interdyscyplinarność, czyli możliwość wymiany danych pomiędzy systemami. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Witam pana prezesa Grabowskiego, panów dyrektorów z Narodowego Funduszu Zdrowia, witam przedstawiciela Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Bardzo proszę pana ministra Sikorskiego o zabranie głosu.

**Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
Leszek Sikorski:**

Panie Przewodniczący! Panie Senatorze! Wysoka Komisjo! Panie Ministrze! Szanowni Państwo!

Pierwsze pytanie – ile mam czasu na prezentację? Nie chciałbym nadużywać cierpliwości państwa.

(Wypowiedź poza mikrofonem)

To w takim razie będę maksymalnie skracał wystąpienie. Proszę jednak o możliwość przedstawienia również pewnych poglądowych materiałów dotyczących tego, czym jest e-Zdrowie w Europie, po to, żeby mieć punkt odniesienia do tego, czy to, co planujemy i to, co robimy ma umocowanie w projektach europejskich. Będę oczywiście, zgodnie z procedurą, gotowy z panem dyrektorem odpowiedzieć na szczegółowe pytania, które zapewne padną. Chcę powiedzieć trochę o uwarunkowaniach europejskich i planach rozwoju zdrowia, priorytetach i miejscach tych projektów na tle innych programów, scharakteryzować cele projektu, pokazać nowe usługi i działania i określić harmonogram prac.

Gdyby przyjąć strategię rozwoju zdrowia w Europie, to ona się opiera na takich czterech filarach – filarze dotyczącym interoperacyjności technologicznej, a więc dających możliwość komunikowania się wszystkich narzędzi informatycznych w systemie; na interoperacyjności semantycznej, a więc możliwości zrozumienia pojęć i znaczeń, po to, żeby można było je przetwarzać w sposób automatyczny przy pomocy narzędzi informatycznych; na ramach prawnych, niezwykle istotnych, bo one warunkują to, czy da się ten system regulować i czy dobrze skonstruowane ramy prawne dają gwarancję egzekwowalności tego prawa i, co za tym idzie, uporządkowanego czy w miarę uporządkowanego systemu; wreszcie opierają się na bardzo mocnym akcentowaniu ochrony prywatności, ochrony danych osobowych, danych medycznych, danych wrażliwych, z uzasadnieniem i z wypełnieniem wszystkich aktów prawnych, dyrektyw europejskich i prawa lokalnego, w tym wypadku prawa polskiego dotyczącego przetwarzania danych osobowych, w tym danych medycznych.

Określony dokumentami plan działań europejskiego e-Zdrowia zakłada, że w najbliższych latach będą realizowane takie projekty i takie działania, które umożliwią budowanie tych filarów. A więc byłoby to wdrażanie standardów wymiany danych

między systemami, wdrożenie elektronicznej historii choroby czy elektronicznej dokumentacji pacjenta czy – jak się dosyć powszechnie uważa, chociaż nie jest to prawidłowe określenie – elektronicznego rekordu pacjenta, a więc krótko mówiąc dokumentacji elektronicznej i medycznej, która może być przechowywana i przekazywana w to miejsce i w tym czasie, kiedy ona jest potrzebna pacjentowi, kiedy ona jest potrzebna profesjonalistom. Oczywiście zawsze za zgodą i wiedzą zainteresowanego, poza szczególnymi wyjątkami, kiedy służy to bezpośrednio do ratowania zdrowia i życia w sytuacji, w której zainteresowany nie może wyrazić na to zgody.

Następnie chodziłoby o opracowanie ram prawnych do rozwoju produktów i usług. Przede wszystkim usług. A więc kwestia zabezpieczeń prawnych rozwoju na przykład takiej dziedziny zdrowia, jaką jest telemedycyna. To się wiąże z nową formułą komunikowania się pomiędzy profesjonalistą a pacjentem. Nie w układzie bezpośrednim tylko często pośrednim.

Jeden z kluczowych podstawowych celów, a więc poprawa informacji dla pacjentów, dla świadczeniodawców i dla świadczeniobiorców, dla każdego z tych interesariuszy trochę w innym celu. Generalny cel to jest postawienie na zmniejszenie asymetrii informacji pomiędzy obywatelem, pomiędzy pacjentem a profesjonalistą, po to, żeby lepiej go przygotować do programów profilaktyki, promocji zdrowia, zdrowego stylu życia, dalej, żeby umożliwić mu świadomy wybór miejsca leczenia, a co za tym idzie podnosić jakość samego świadczenia medycznego i stwarzać warunki do tego, żeby te świadczenia były udzielane na wyższym poziomie. Temu też ma służyć między innymi udostępnianie różnych dedykowanych medycznych portali internetowych.

Wreszcie udostępnienie elektronicznych usług medycznych o różnym stopniu skomplikowania i różnym ekonomicznym uzasadnieniu – od recepty dającej możliwość opanowania kosztów refundacji leków, jak również opanowania ewentualnych pomyłek terapeutycznych, czy z powodów złej ordynacji, która kosztuje zdrowie i życie ludzkie, poprzez skierowania elektroniczne, czy telemonitoring czy teleopiekę. A więc wykorzystanie przede wszystkim narzędzi telemedycznych tam, gdzie chodzi o wyrównanie szans dostępu do opieki medycznej.

W związku z tym działania te przekładają się na szereg aplikacji – przepraszam za anglojęzyczne przeżrocze, ale chodzi o pewne prawa autorskie – a więc od centralnie umieszczonej opieki domowej, poprzez preskrypcję, poprzez analizę danych, które umożliwiają różnym interesariuszom czy to zarządzanie strategiczne czy działanie bieżące z konsultacjami, stworzeniem strategii dla systemów ochrony zdrowia, z narzędziami umożliwiającymi rozwój zdrowia publicznego, chociażby tymi, które dają szansę wczesnego ostrzegania i monitorowania. Tak więc poziomy tych działań są bardzo różne i oczywiście zasada subsydiarności, a więc zasada, że na dole tej piramidy dzieje się to, co jest możliwe w ramach indywidualnych działań podmiotu gospodarczego, lekarza, szpitala, oraz działania na poziomie centralnym, które muszą uwzględniać i dawać przede wszystkim takie narzędzia i taką integrację systemów, czego nie jest w stanie zrobić pojedynczy szpital, pojedynczy zakład opieki zdrowotnej czy pojedynczy lekarz.

To jest prezentacja pokazująca, w jaki sposób, przy użyciu oczywiście szerokich narzędzi informatycznych i narzędzi telemedycznych, można prowadzić opiekę medyczną, w tym przypadku nad pacjentką, która ma możliwość normalnego funkcjonowania, mimo jej schorzeń, z tego powodu, że ona się czuje, nie tylko się czuje, ale jest

prowadzona bezpiecznie, jest bezpiecznie monitorowana, z wykorzystaniem narzędzi umożliwiających komunikowanie się z ośrodkiem, który sprawuje nad nią nadzór.

Jest w tym również przemykana pewna warstwa inteligentnego domu, inteligentnych narzędzi informatycznych, które mają również przełożenie na szpital. Zdaję sobie sprawę, że w kontekście częstych kłopotów polskich szpitali, w których sukcesem jest to, że jest oddzielna wykładzina ze strzałką, która pokazuje, gdzie ma jechać zespół szpitalnego oddziału ratunkowego, pokazanie takiej elektronicznej wizji jest jeszcze dosyć odległe, podobnie jak tej ordynacji leków w sposób bezpieczny, czy wybierania drogi lekarza do miejsca, w którym ma konsultować, łącznie z informacją, gdzie znajduje się sprzęt medyczny, który umożliwia wykonanie badania przy łóżku chorego i to przy udziale monitora, z którego ten chory bezpośrednio korzysta, na co dzień oglądając telewizję. W zderzeniu z naszymi warunkami szpitalnymi – wrzutowego automatu do oglądania telewizji, trudno jest wyobrazić sobie rychłą wizję takiego szpitala. Myślę jednak, że doświadczenia szybkiej implementacji technologii, łącznie z technologią, jaka w tej chwili się pokaże, a więc z przyciemnianiem szklanych szyb, które już są dostępne w Polsce... Oprócz tego, że jest to drogie, nie jest to wcale żaden cud techniki. Również technologie dotyczące samych narzędzi będą coraz szybciej implementowane. I znowu dzisiaj, o czym będę mówił w następnej części wystąpienia, podstawowym problemem jest to, żeby szpitale mogły zakupić właściwe oprogramowanie i sprzęt do podstawowego zinformatyizowania swoich procesów.

Dzisiaj więc może nawet kluć i drażnić to, że pokazujemy takie gadżety, w cudysłowie, podczas gdy szpital boryka się z uzyskaniem środków na zapewnienie sobie danych o ruchu chorych czy danych dotyczących liczenia kosztów. Również technologie, które są wykorzystywane obecnie w innych narzędziach – możemy dyskutować nad tym, o czym powiedział pan minister, czy będzie jedna karta czy kilka kart – w każdym razie te klucze dostępowe w takim czy innym układzie na pewno będą konieczne do realizacji i będą realizowały wizję szpitala w przyszłości.

Jakie w związku z tym są priorytety informatyzacji ochrony zdrowia? Oczywiście to, że ona ma służyć obywatelowi i ma być wspierana programami zdrowia, ma wykorzystywać i uzupełniać inne projekty. Chcę wyraźnie zaznaczyć, że program nie jest jednym wielkim programem, który wymiata wszystko to, co zostało do tej pory zrobione, ani również nie jest programem, który zapewnia wszystkie możliwości technologiczne, wszystkie usługi. Ma być uzupełnieniem tego, co jest i ma wykorzystać, tam, gdzie technologicznie da się wykorzystać, obecne narzędzia. Myślę przede wszystkim o tych najbardziej rozwiniętych u różnych interesariuszy, myślę w tym momencie o Narodowym Funduszu Zdrowia, myślę o wybranych placówkach szpitalnych, które mają te systemy rozbudowane. Ma stanowić efektywne narzędzie do realizacji celów ochrony zdrowia i do wyzwań, które wszyscy znamy i których nie muszę w tym gronie przedstawiać, a które są związane ze starzeniem się społeczeństwa, z nierównością w dostępie do zdrowia, z gonitwą kosztów w stosunku do wzrastających potrzeb i innych projektów, które mają podstawowe znaczenie w ochronie zdrowia.

Program informatyzacji ochrony zdrowia został z pełną świadomością opisany w sześciu projektach, zaczynając od największego projektu Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizowania i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, poprzez platformę udostępnienia przedsiębiorcom zasobów cyfrowych rejestrów medycznych, po systemy związane z przebudową, dostosowaniem i utrzyma-

niem samych rejestrów, systemy związane z organizacją i administrowaniem przede wszystkim standardami, słownikami, tym wszystkim, co jest podstawą do tego, żeby narzędzia informatyczne mogły się komunikować, stwarzając również podstawy do sieci. W tym przypadku została zaproponowana sieć szpitali, i to wysokospecjalistycznych, która została nazwana epicratesem. Chodziłoby więc o system połączeń i możliwości komunikacyjnych między szpitalami wysokospecjalistycznymi, po to żeby stworzyć warunki do lepszego, bardziej efektywnego wykorzystania sprzętu, oceny badań, konsultacji i ograniczenia w tym wypadku również kosztów. Skończy to wymienianie projektów na wzmocnienie strategii informacji publicznej instytucji łącznikowej jako też pewnego rodzaju gestu w stosunku do naszych partnerów europejskich, żeby mieli informację o realizowanych usługach medycznych na terenie Polski, jako kraju Unii Europejskiej.

Miejsce projektów „Programu informatyzacji ochrony zdrowia 2007–2013” trzeba widzieć na tle innych projektów finansowanych z różnych źródeł. A więc ze źródeł własnych – to są projekty informatyczne ministra zdrowia, agend podległych ministrowi zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, z realizowaną strategią informatyzacji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i oddziałów, składające się z różnych telemedycznych systemów dziedzinowych. Następnie projekty silnie wpisane, i nie bez powodu załączyłem je do materiałów, w dokument „Planu informatyzacji państwa na lata 2007–2010”, gdzie została umieszczona część naszych projektów. Wreszcie regionalne programy operacyjne, na które nie mamy bezpośrednio wpływu, pośrednio natomiast minister zdrowia konstruuje projekty dwunastej osi priorytetowej i działań w zakresie ratownictwa medycznego, w zakresie budowy szpitalnych oddziałów ratunkowych i w zakresie rozbudowy jednostek ponadregionalnych, stwarza warunki na przykład do ucyfrowienia sprzętu diagnostycznego, po to, żeby można go było integrować z tymi narzędziami, platformami, które będą realizowane w ramach projektów.

Nie zwalnia to oczywiście szpitali i organów założycielskich z trudnego obowiązku wywiązania się z inwestowania w infrastrukturę teleinformatyczną wewnątrz placówek również na etapie programowania. W działaniach regionalnych istnieje, mówiąc kolokwialnie, szufladka z narzędziami informatycznymi poprawiającymi efektywność funkcjonowania. Trzeba jednak wyraźnie powiedzieć – chcę wykorzystać sytuację, że mogę Wysokiej Komisji o tym wspomnieć – że konkurencja innych przedsiębiorstw i przedsiębiorców jest na tyle duża, iż mamy pełną świadomość słabości konkurencyjnej w regionalnych programach operacyjnych placówek ochrony zdrowia.

Celem budowy tych wszystkich narzędzi jest skrócenie czasu poświęcanego przez przedsiębiorców na aktualizacje danych uzyskiwanych z rejestrów, jest wspomniane podnoszenie jakości danych w rejestrach, upowszechnienie elektronicznej komunikacji pomiędzy przedsiębiorcami i możliwość przechowywania dokumentów w ramach elektronicznego archiwów. Od czerwca 2007 r. obowiązuje rozporządzenie ministra zdrowia, umożliwiające prowadzenie dokumentacji w formie elektronicznej. Oczywiście, mamy pełną świadomość, że to prawo, w przełożeniu na możliwości, jest ograniczone kosztami i czasami ograniczone również know-how i pewnymi przepisami prawa, które nie do końca jeszcze stanowią o możliwości pełnego wykorzystania dokumentacji elektronicznej.

Nie będę rozwijał tych wszystkich celów, które są postawione przed budowanymi elektronicznymi platformami, zostawiając to ewentualnie na pytania państwa.

Zwrócę tylko uwagę na dwa najważniejsze cele, a więc kwestia interoperacyjności w kontekście integracji europejskiej, czyli możliwość wymiany informacji w kraju, ale nie tylko – również poza krajem, oraz wsparcie elektronicznego rozliczenia, łącznie z autoryzacją świadczeń, przy założeniu, że te elementy i gromadzenie tych danych może służyć właściwemu planowaniu opieki zdrowotnej.

W związku z tym jest szansa, że pojawią się nowe usługi, które już dzisiaj zaczynają funkcjonować, chociaż w ograniczonym zakresie. Wśród nich telemedycyna, szczególnie rozwijana w podmiotach niepublicznych, podmiotach, które liczą koszty i ograniczają zatrudnienie wysokiej klasy specjalistów, a która staje się w tej chwili wyzwaniem dla podmiotów publicznych. Szczególnie w radiologii jest ograniczona możliwość zatrudniania radiologów.

Oczywiście, dostęp do własnych danych to jest rzecz, która jest częściowo możliwa, ale w znaczeniu szerszym wymaga zupełnie innego ułożenia projektów, innych narzędzi i innej obsługi. Olbrzymi obszar edukacji, w tym również tej edukacji, która służy umiejętności korzystania z narzędzi informatycznych. W związku z tym, nie rozwijając już szczegółów, bo to są państwu znane narzędzia i już działające, jak na przykład telepatologia, rozwijana od kilku lat, czy telemonitoring w zakresie kardiologii, chyba najbardziej rozwinięty po radiologii obszar z użyciem telemedycyny. Systemy, które będą pomagały lekarzowi rodzinemu w korzystaniu z ordynacji leków, wsparcie diagnostyczne i oczywiście administracyjne, edukacyjne i umożliwiające lepsze rozliczenia. Te same usługi mogą, w nieco innej konfiguracji, innej skali, pojawiać się w szpitalu. Cały czas podkreślam – pod warunkiem, że we właściwy sposób i we właściwym tempie pójdą inwestycje w infrastrukturę szpitalną. Dotyczy to również innych dziedzin, znaczy tej samej dziedziny medycyny, ale kwestii dotyczących farmacji czy innych usług, których dzisiaj jeszcze nie do końca nawet jesteśmy w stanie przewidzieć.

W związku z tym sukcesywnie realizuje się kolejne etapy projektu, zgodnie z przyjętą i uznawaną metodologią prowadzenia dużych projektów informatycznych, a więc PRINCE II czy PMI, połączonych z właściwą modyfikacją, choć nie nadmierną, odpowiednią do możliwości i struktury organizacyjnej w instytucjach za to odpowiadających, z koordynacją i współpracą wszystkich podmiotów zaangażowanych, również w ramach uspołecznienia tego projektu. Działania te są wsparte wdrażaniem rozwiązań opartych na dobrych praktykach obowiązujących standardów, a więc z wykorzystaniem dobrych i złych praktyk, które w tym zakresie się odbywały. Mamy dosyć szeroki przegląd zarówno krajowych powodzeń i niepowodzeń projektów informatycznych, jak i europejskich, powiązane z podążaniem za wiodącymi rozwiązaniami opartymi właśnie o współpracę wielośrodkową.

Warianty realizacyjne tego projektu. To jest, proszę państwa, wariant architektury hybrydowej, rozproszonej tam, gdzie można i należy rozproszyć zbieranie danych i pozostawienie tych danych w miejscu ich powstawania, na przykład tych, które obejmują pojemności związane na przykład ze zdjęciami radiologicznymi czy innymi wynikami badań, głównie jednak radiologicznych. Centralne gromadzenie i przetwarzanie danych byłoby tam, gdzie ochrona tych danych, ich bezpieczeństwo oraz ekonomiczne uzasadnienie ich centralizacji jest wskazane. To wszystko ma być opracowane w projekcie metodą realizacyjną, z pytaniem o sposób i możliwości częściowego outsourcingu tych usług, kolokacji takich miejsc, w których będzie realizowany projekt i, oczywi-

ście, przemysłana dywersyfikacja produktów, zarówno, jeśli chodzi o zarządzanie, przetargi, jak i doradztwo. Chodzi o to, żeby nie pojawiły się znane z praktyki kłopoty związane z monopolizacją rynku, z blokowaniem dostawców usług i z kłopotami realizacyjnymi projektów informatycznych, opisanymi nie tak dawno przez niezależnych ekspertów i prezentowanych w ramach działań Komitetu Stałego Rady Ministrów do spraw Łączności i Informatyzacji.

W związku z tym architektura elektroniczna tej platformy, nad którą w tym wypadku nie chciałbym się zatrzymywać, stwarza warunki do tworzenia warstwy komunikacji, ewidencji, dystrybucji i warstwy analitycznej. Ta architektura jest oparta na paradygmacie SOA, a więc systemów zorientowanych na obsługę procesów.

Jakie mamy mocne strony i szanse? Przekonanie o dobrym przywództwie politycznym, szeroko rozumianym przywództwie politycznym, właściwej strategii informatyzacji państwa, a więc wpisanie tych projektów w plany informatyzacji państwa, z dużym położeniem nacisku na to, że projekt nie może mieć charakteru wydzielonego, resortowego projektu, tylko musi być wpisany we wspólne wykorzystanie tych narzędzi informatycznych, za które odpowiada minister właściwy do spraw informatyzacji. To jest ta kwestia, którą rozwinął pan minister Szulc. Następnie dostęp do środków unijnych, a więc fakt, że w pierwotnej wersji mieliśmy zagwarantowane na liście projektów kluczowych sześć projektów. Dzisiaj są to dwa projekty na liście podstawowej i jeden na liście uzupełniającej, co stwarza szanse na ponad 235 milionów euro przeznaczonych na ten projekt. Realizacja projektu, o którym wspominałem. Rozeznanie odnośnie tego, co się dzieje w Europie, gdzie kraje podążają podobną ścieżką, z powodzeniami i z pewnymi kłopotami.

Centrum Systemów Informacyjnych zdobywa doświadczenie. Poszerzamy je, zapraszając w trybie ustawy o zamówieniach publicznych wszystkich partnerów, którzy mogą służyć doradztwem, jak i swoim wsparciem organizacyjnym w prowadzeniu tego procesu. No i wreszcie, wydaje się – na podstawie moich kontaktów z samorządami i z bezpośrednimi beneficjentami – że istnieje coraz większa i powszechna wola poprawy jakości świadczeń i konieczności w tym procesie korzystania z narzędzi informatycznych. Zagrożeniami dla tego procesu jest na pewno niejednorodność funkcjonujących obecnie systemów informatycznych. Czasami pewnego rodzaju podejście, nieadekwatne, nieprzystające do rzeczywistości, wynikające czasami z braku znajomości tematu czy z obawy o zmiany, ale czasami z bardzo uzasadnionymi, złymi doświadczeniami, których korzenie sięgają źle przeprowadzonych projektów.

Poważne braki kadrowe oraz narzędziowe. One dotyczą wszystkich – również Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, końcowych beneficjentów, którzy potrzebują kadr, takich, jakie dzisiaj potrafią zgromadzić firmy komercyjne. Niestety, kłopoty finansowe jednostki budżetowej dają o sobie tutaj znać.

Jakie działania są prowadzone? Jesteśmy w fazie przygotowania projektu. Składamy do instytucji wdrażającej, do władzy wdrażającej, wymaganej dokumentacji zgodnej z obowiązującymi regulacjami prawnymi. W tej chwili złożyliśmy wnioski o dofinansowanie dla dwóch projektów. Wcześniej oczywiście zostały podpisane umowy. Przygotowujemy instytucję do realizacji zadania poprzez zwiększenie kadry w oparciu o przyznane ministrowi zdrowia etaty z rezerwy. Przygotowujemy plan prowadzenia projektu i strukturę organizacyjną, jak również podstawę prowadzenia postępowania o zamówienia publiczne o doradztwo i wsparcie zarządzania projektem. Stąd

współpraca z wcześniej nawiązanymi podmiotami – uczelniami medycznymi, instytucjami, które mogą służyć swoim *know-how* i – chcę to wyraźnie podkreślić – bardzo dobra współpraca z nadzorującymi ministrami, z ministrem spraw wewnętrznych i administracji. No i konieczna komunikacja i koordynacja, co przejawia się również niezbędnymi szkoleniami. To w pewnym momencie była nieco zaniedbana działka. Choć odbywały się różnego rodzaju spotkania, były informacje na temat projektów, które realizujemy. W chwili obecnej wszystko wskazuje na to, że po ostatecznej akceptacji ministra zdrowia mamy szansę realizować – już w ramach tego projektu – projekt uspołecznienia tego programu, z położeniem nacisku na szkolenie i na dopracowanie funkcjonalności i organizacji tego projektu z głównymi interesariuszami.

Rozpoczęliśmy w końcu ubiegłego roku przygotowanie audytu obecnie funkcjonujących rejestrów w ochronie zdrowia. Opracowaliśmy model rejestru, który może być podstawą do działań służących przebudowie wybranych rejestrów i ich integracji w postaci oprogramowania, w postaci sprzętu, w postaci organizacji, co też jest już w trakcie realizacji. I – już kończę, Wysoka Komisjo – zgodnie z programem pojawiają się określone produkty systemu. One mogą ulegać pewnej modyfikacji czy pewnej zmianie. Część z nich, jak na przykład system statystyki medycznej, jest systemem tworzonym w tej chwili czy częściowo już utworzonym. Wiem, że część z państwa ma z tym bezpośredni kontakt jako zarządzający dyrektorzy szpitali. Statystyka publiczna ministra zdrowia, realizowana w ramach programu badań statystycznych, która do tej pory odbywała się w trybie papierowym, w części odbywa się już od ubiegłego roku w trybie elektronicznym. Planujemy również, aby do czerwca tego roku realizować w trybie elektronicznym całość statystyki publicznej ministra zdrowia.

Na koniec powiem o równoległych pracach, które są niezbędne do prowadzenia projektu. To jest wypracowanie wspierających powiązań z innymi projektami planu informatyzacji państwa, wspomnianym projektem pl.ID. Nie przesadzamy, czy uda się doprowadzić do tego, co wydaje się, jest kierunkowym celem, a więc jednego klucza dostępowego do systemu. Minister spraw wewnętrznych i administracji powołał zespół do przygotowania koncepcji ewentualnego włączenia karty zdrowia do pl.ID. Zostały określone parametry i czekamy na ostateczne rozstrzygnięcie, czy będzie to możliwe czy też nie. Myślę, że w trakcie ewentualnych pytań ustosunkujemy się również do tego, jakie są dobre strony takiego rozwiązania, jakie są słabe, czy też, jakie widzimy zagrożenia.

Chodziłoby również o prace związane z ePUAP, a więc projektem, który również jest silnie zintegrowany z projektami przez nas realizowanymi. Wykorzystanie potencjału działających na rynku podmiotów w zakresie gromadzenia, przetwarzania danych, a więc ustalenie zasady możliwej długofalowej współpracy. Chodzi o to, żeby udało się skonstruować nie tylko poczucie, ale taką praktykę, że ci wszyscy, którzy mogą uczestniczyć w procesie pozyskiwania, przetwarzania danych i ich analizowania nie odczuwali nieodparte potrzeby, żeby dysponować własnymi narzędziami informatycznymi, a raczej żeby byli przygotowani do korzystania wspólnego z narzędziami i dawali produkt w postaci analizy tych danych i tego materiału.

Znalezienie metod na wsparcie szpitali i innych przedsiębiorstw w uzyskaniu potencjału umożliwiającego korzystanie z e-usług. A więc jest to w tym wypadku wsparcie słabej pozycji szpitali na tle regionalnych programów operacyjnych lub być może dodatkowe przygotowanie innych narzędzi finansujących możliwość informaty-

zacji procesów zachodzących w szpitalu. Zakończenie prac legislacyjnych nad projektem ustawy o systemie informatyzacji w ochronie zdrowia, o którym powiedział pan minister. Jesteśmy na etapie przygotowania rozporządzeń wykonawczych, łącznie z ich zmianą, czyli ustosunkowania się do tych wszystkich uwag, które napłynęły w drodze uzgodnień zewnątrz resortowych.

Implementacja wyników prac wielośrodkowych, związanych z elektroniczną historią choroby, jak również innych dokumentów, też musi się odbywać na zasadzie dobrej współpracy, na przykład przenoszenia wyników projektów badawczych robionych w ramach szóstego programu ramowego, czy innych projektów europejskich, do naszej praktyki. Wreszcie przygotowanie szkoleń dla pracowników ochrony zdrowia z wykorzystaniem e-learningu.

Ostatniego już filmiku nie chciałbym pokazywać, bo to już byłoby nadużycie. Powiem tylko, dziękując za poświęcony czas, że materiały Unii Europejskiej starają się na każdym kroku i w każdym środowisku przekonywać do celowości używania narzędzi informatycznych w ochronie zdrowia, po to żeby zwielokrotnić możliwości diagnostyczne, tak jak w tym przypadku, umożliwić to szczególnie w tych miejscach, gdzie jest ograniczony dostęp do kadry wyspecjalistycznej i obniżyć koszty.

Oczywiście, nie ma w pełni udokumentowanych badań, szczególnie w warunkach polskich, o bezpośrednim przełożeniu tego typu działań na oszczędności. Trzymając się zasad i wyliczeń dokumentacji z innych krajów możemy przyjąć, że poziom oszczędności gdzieś w przedziale 5–10% jest poziomem realnym. Gdyby przyjąć parametry Stanów Zjednoczonych, to jest to 7%. To więc przekłada się na olbrzymie oszczędności i poprawę jakości, choć na początku trzeba zainwestować spore środki w edukację, narzędzia, w technologię i w integrację wszystkich elementów. Dopiero na samym końcu, po kilku latach, będziemy mieli sukcesy. To zawsze będzie niedokończone dzieło, gdyż życie będzie biegło i technologia będzie stwarzała możliwości coraz to nowszych rozwiązań. Reforma systemu ochrony zdrowia to jest troszeczkę niekończąca się praca. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo za to omówienie stanu zaawansowania prac nad wdrażaniem i ważne dla nas zapewnienie, że znaczna część pracy została już wykonana i że są w programie zaplanowane środki do pozyskania.

Jest z nami pan prezes Grabowski. Myślę, że to bardzo ważny partner całego systemu, jako jeden z gospodarzy obecnie chyba najszerzego zbioru danych dotyczących systemu. Chcę zadać panu prezesowi pytanie o skalę koordynacji między Narodowym Funduszem Zdrowia a Centrum Systemów Informatycznych.

Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Jacek Grabowski:

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Fundusz, rzeczywiście, jest czy też musi być czy powinien być poważnym partnerem. Początek systemów informatycznych nie miał miejsca podczas funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia. Przejęliśmy bowiem szereg... Użyłem słowa: przyjęliśmy, może należałoby powiedzieć, że zostało przyjęte... Ja bowiem może nie do koń-

ca identyfikuję się z tym okresem, w którym to nastąpiło. Przejęto więc pewien dorobek kas chorych. Później nastąpił duży kłopot z ujednoliceniem szeregu elementów systemu informatycznego, zwłaszcza rejestrów, słowników. Bez tego dzisiaj państwo nie moglibyście otrzymywać od nas informacji, o które się często zwracacie.

Na przestrzeni działania Funduszu, tak jak to dzisiaj szacujemy – i to jest bardzo zgrubny szacunek – wydaliśmy około 250 milionów zł na podtrzymywanie działania systemu, który działa i który co to tydzień udostępnia parunastu zainteresowanym podmiotom, prostych albo przetworzonych zestawów informacji. W szczególności, oczywiście, Ministerstwu Zdrowia, parlamentowi, innym instytucjom publicznym, ale też i Agencji Oceny Technologii Medycznych niezbędne dane do tego, żeby w ogóle oszacować efektywność różnych procedur i leków. Korzystają też indywidualne osoby – prace naukowe, doktoraty. Jest to więc ogromna liczba podmiotów, które się interujują danymi, które gromadzimy.

Chcę więc powiedzieć, że to nie jest tak, że budujemy w szczerym polu system informatyczny. Ten system informatyczny rzeczywiście działa i podlega systematycznej ewolucji na przestrzeni tych lat. W związku z tym, jak sądzę – trwają w tej kwestii rozmowy z Centrum Systemów Informacyjnych – ten poziom współpracy powinien być rzeczywiście bardzo ścisły. Nie można bowiem poniesionych już wydatków zlekceważyć lub dublować. Mamy szereg działań wspólnych, dotyczących zwłaszcza – choć jest to jeszcze w fazie pewnych zamiarów – unarodowienia pewnych słowników, którymi się posługujemy. To jest naprawdę duży problem w skali kraju. Zupełnie niedoceniany przez szereg lat. Takim koronnym przykładem jest klasyfikacja procedur medycznych. Jeśli nie mamy funkcjonującej w sferze public domain w oparciu o zasady tego obszaru klasyfikacji procedur, to nie mamy możliwości sprawozdawania wszelkiego rodzaju aktywności w szpitalach, poradniach itd.

Jesteśmy po poważnych rozmowach z Centrum, dotyczących tego obszaru i szeregu zresztą innych słowników. Następnym takim słownikiem jest na przykład słownik sprzętu medycznego, niewystępujący w polskiej praktyce. Trudno badać i prezentować zasoby w sposób ujednolicony, jeśli nie ma tego słownika. Nad nim rzeczywiście pracujemy. Te słowniki chcemy upublicznić i wprowadzić w system publiczny właśnie przy pomocy Centrum i pewnej metodyki, pewnych standardów obsługi tych słowników, które Centrum wypracowało. Tak że tutaj pewne działania są rzeczywiście prowadzone. Zostaną natomiast podjęte dopiero wtedy, gdy Centrum skończy swoje przygotowania. Jak rozumiem, oczekujemy w szczególności na studium wykonalności tych projektów, które Centrum planuje, po to, żebyśmy mogli je zaopiniować. Sądzę, że nastąpi to w niezbyt odległym czasie, kiedy te projekty do nas trafią. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Czy są pytania?

Bardzo proszę, senator Gogacz.

Senator Stanisław Gogacz:

Mam pytanie do pana ministra. Pan minister stwierdził, że telemedycyna jest obecna szczególnie w sektorze niepublicznym. Chciałbym wiedzieć, czy były poczy-

nione jakieś badania, które pozwoliłyby wymierzyć pana stwierdzenie, a jeżeli tak to, jakie pan podejrzewa przyczyny takiego stanu rzeczy. Wydaje mi się, że sektor publiczny raczej nie jest a priori przeciwny temu, żeby telemedycyna była w nim obecna. Zresztą nieraz miałem okazję oglądać na różnych konferencjach pana ministra przy prezentacji, gdzie uczestniczyli przedstawiciele organów założycielskich. Ciekaw natomiast jestem właśnie tego stwierdzenia, o którym na początku powiedziałem. Dziękuję.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Bardzo proszę, Panie Ministrze.

**Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia
Leszek Sikorski:**

Dziękuję bardzo, Panie Senatorze.

Przyznam się, że złapał mnie pan jako osobę, która stara się opierać na faktach, na pewnym typie interpretacji, nieopartej o konkretne przeprowadzone badanie. Choć od razu powiem, że takie badanie będzie uruchomione dosłownie na dniach. Mamy bowiem przygotowaną ankietę, skierowaną do wszystkich jednostek w ochronie zdrowia, która ma pokazać stopień wykorzystania narzędzi, w tym również narzędzi telemedycznych. Żeby ułatwić nam życie, będzie to praca robiona jako praca licencjacka jednego z informatyków z Akademii Ekonomicznej w Poznaniu pod kierunkiem pana profesora Bartoszewskiego i wtedy będziemy mogli odpowiedzieć w oparciu o liczby.

Jestem natomiast przekonany, gotów jestem obronić tę tezę, że te narzędzia są częściej używane w sektorze niepublicznym z dwóch powodów. Po pierwsze, portfel możliwych zamówień szpitali niepublicznych w tym obszarze jest większy i właściwie duże, znaczące medyczne centra – nie będę wymieniał tutaj nazwy, ale proszę wierzyć mi, że tak jest – korzystają z rozwiązań telemedycznych już od dłuższego czasu. Istotnie natomiast, tak jak powiedział pan senator, szpitale publiczne i organy założycielskie są nie tylko zainteresowane, ale podjęły konkretne działania, które przyniosą efekty za jakiś czas. Na uwagę zasługują tu przynajmniej dwa o największym zasięgu. Chociaż ośrodków, które stawiają na priorytet w zakresie telemedycyny, jest kilka.

Myślę, że nie klasyfikując, kto jest najlepszy, należy wymienić ośrodek łódzki, a więc samorząd łódzki z bardzo dobrze, jeśli nie najlepiej, przygotowaną strategią zdrowia dla województwa i z silną presją, żeby wykorzystywać te narzędzia. Mazowsze, które podpisało porozumienie pomiędzy Uniwersytetem Medycznym w Warszawie, Uniwersytetem Warszawskim i TP SA, również przy udziale Centrum Systemów Informacyjnych na wykorzystanie grantu w wysokości 100 milionów zł. Grant służy do stworzenia sieci medycznej umożliwiającej połączenie sześciu, jeśli dobrze pamiętam, szpitali z regionu województwa mazowieckiego, które są również udziałowcem tego porozumienia. Za chwilę te pieniądze zostaną wykorzystane na utworzenie sieci powiązań tych placówek umożliwiających rozwój telemedycyny.

Wielkopolska telemedycyna, projekt, który jest przyjęty do finansowania w ramach Norweskiego Mechanizmu Finansowania, zakłada wsparcie narzędziami telemedycznymi sieci placówek chirurgii współpracujących z Kliniką Chirurgii Urazowej Szpitala Uniwersyteckiego w Poznaniu i łączących szpitale różnego poziomu referen-

cyjnego w jedną sieć konsultacyjną, dającą możliwość przekazywania według określonego protokołu danych o pacjentach, ich przyjmowaniu lub nie, przekazywaniu badań.

I wreszcie dwa ośrodki, które dzisiaj wykorzystują telemedycynę, są również autorami projektów w zakresie kardiologii. To jest instytut w Aninie. Dopóki tam pracował dyrektor Koprowski był to silny ośrodek wykorzystujący telemonitoring, przede wszystkim w kardiologii. Wojskowy Instytut Medyczny, z którym mamy w tej chwili bliską współpracę, również bezpośrednią wobec faktu połączenia współpracy pana dyrektora z Centrum. No i wreszcie na końcu, i nie jest to poprzez kurtuazję, Wrocław i Dolny Śląsk, gdzie rok temu, w maju czy w czerwcu, były prezentowane osiągnięcia w zakresie wrocławskiego parku technologicznego, wskazującego na silny kierunek rozwoju telemedycznych narzędzi. To jest taka inicjatywa, która prawdopodobnie będzie realizowana razem z podmiotami komercyjnymi, a więc stwarza możliwość dosyć silnego wsparcia i biznesowej tego skuteczności.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Dziękuję bardzo.

Tam był też realizowany taki program „Zdrowie we Wrocławiu”, porozumienie Akademii Medycznej, Politechniki... On też się zakończył.

Bardzo proszę, pan dyrektor.

Zastępca Dyrektora

Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

Adam Koprowski:

Jeżeli można, chciałbym jeszcze tytułem komentarza dodać niezwykle istotny fakt rozwijania tego typu usług w Polsce. Jeżeli bowiem popatrzymy na nasze umiejscowienie w Europie, w kontekście wykorzystywania różnych środków unijnych przez polskie instytucje i naukowe i przedsiębiorstwa, to bez rozwijania tego typu wysokiej technologii te jednostki nie mają szansy uzyskania takiego dofinansowania w normalnych konkursach Unii Europejskiej. Komisja Europejska już nie wspiera, powiedziałbym, działań opresyjnych na najniższym szczeblu, czyli zakupu sprzętu komputerowego dla szpitali, tylko wspiera działania organizacyjne wdrażania najnowszych technologii. Bez uruchamiania tego typu programów jednostki te nie będą miały szansy uczestnictwa.

Komisja w 2010 r. planuje jeden z największych programów związanych z telemonitoringiem na terenie Europy, mający budżet 300 milionów euro. Większy niż my posiadamy na program informatyzacji, który tu jest przedstawiony. Będzie to konkurs otwarty dla wszystkich konsorcjów, szpitali, firm z całej Europy, które chcą zdobyć te środki. W związku z tym taki dokument, związany z przedstawieniem tych możliwości, już krąży. Będzie on też publicznie zaprezentowany w przyszłym tygodniu na spotkaniu wysokiego szczebla w Pradze, w którym będzie uczestniczyła pani minister Kopacz. Sądzę, że tam otrzyma już taką finalną wersję. W związku z tym my nie mówimy tutaj o rzeczach, o których niektórzy uważają, że są z pogranicza science fiction. Jeżeli nie będziemy tego wdrażać, wykluczamy się, i nasze przedsiębiorstwa, i szpitale, z tego całego procesu.

Przewodniczący Władysław Sidorowicz:

Tym między innymi kierowaliśmy się, decydując o przyjęciu informacji od państwa na temat tych działań. Mamy takie poczucie, że niewęjsze tutaj w pewną ścieżkę europejską byłoby poważnym ryzykiem dla naszego systemu.

Czy są jeszcze jakieś uwagi? Jeśli nie, to chciałbym bardzo podziękować uczestnikom, czyli panu ministrowi, panu prezesowi, osobom państwu towarzyszącym, również za bardzo ciekawą prezentację, i zamknąć posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia. Dziękuję bardzo.

(Koniec posiedzenia o godzinie 15 minut 06)

Kancelaria Senatu

Opracowanie i publikacja:

Biuro Prac Senackich, Dział Stenogramów

Druk: Biuro Informatyki, Dział Edycji i Poligrafii

Nakład: 5 egz.

ISSN 1643-2851