

PLAN DZIAŁANIA KT 302 ds. Zastosowania Informatyki w Ochronie Zdrowia

STRESZCZENIE

Do głównych zagadnień, którymi zajmuje się Komitet Techniczny 302 należą: wprowadzanie Norm Europejskich i Międzynarodowych do Polskich Norm, inicjowanie opracowywania nowych norm przez międzynarodowe i europejskie organizacje normalizacyjne oraz aktywne angażowanie w pracach tych organizacji.

Do zakresu tematyki Komitetu Technicznego 302 należą zagadnienia z szeroko rozumianego e-Zdrowia: modele informatyczne w opiece zdrowotnej, terminologia baz danych w systemie opieki zdrowotnej, systemy łączności (przesyłanie danych) i komunikaty w ochronie zdrowia, informacja wizyjna i multimedia w systemie ochrony zdrowia, jakość, bezpieczeństwo i ochrona systemów w opiece zdrowotnej i urządzenia połączeń.

Rozwój e-Zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej wymaga prowadzenia jednoznacznej polityki państwa we wdrażaniu powszechnie dostępnych usług medycznych na odległość oraz upowszechniania wartościowych treści na temat zdrowia w Internecie, jak i zapewnienia warunków dla podnoszenia poziomu wiedzy zdrowotnej wśród mieszkańców wraz z równoległym zdobywaniem nowych kwalifikacji i umiejętności przez pracowników sektora opieki zdrowotnej. Szerokie upowszechnienie wykorzystania Internetu w ochronie zdrowia pozwoli na korzystanie z usług przeniesionych na platformy elektroniczne, ułatwi pacjentowi dostęp do informacji i będzie miało istotny wpływ na zwiększenie efektywności jednostek ochrony zdrowia.

W rozwoju systemów informatycznych w obszarze ochrony zdrowia zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumencie Plan Informatyzacji e-Zdrowie na lata 2009-2015, zostanie uwzględniona konieczność zwiększenia i ułatwienia dostępu personelu medycznego do najnowszej wiedzy medycznej, a także rozwój informatycznych systemów wspomagania podejmowania decyzji medycznych. Dlatego też działalność Komitetu Technicznego 302 w zakresie normalizacji ma tak wielki wpływ na wytyczanie kierunków rozwoju rynku e-Zdrowia w kraju i jego integracji z innymi krajami Unii Europejskiej. U podstaw działalności Komitetu Technicznego 302 leżą zapisy Rezolucji Parlamentu Europejskiego w sprawie mobilności pacjentów i rozwoju służby zdrowia w Unii Europejskiej (2004/2148INI) z 9 czerwca 2005 r., w których to można przeczytać:

„... mając na uwadze priorytet, jakim jest zachowanie publicznej służby zdrowia oraz zapewnienie nieskrępowanego i powszechnego dostępu do niej pilnego

sformułowania przez Unię Europejską wymagają; spójna polityka dotycząca mobilności pacjentów w świetle orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, sprawozdania grupy ekspertów wysokiego szczebla ds. mobilności pacjentów i zjawisk zachodzących w ochronie zdrowia oraz potrzeba uzgodnienia wytycznych, z których będą korzystać pacjenci, specjaliści w dziedzinie ochrony zdrowia i instytucje finansujące; uważa się, że pacjent znajdujący się w stanie zagrażającym życiu powinien mieć co najmniej prawo i możliwość do odpowiedniego leczenia w innym Państwie Członkowskim w odpowiednim czasie, jeżeli takie leczenie nie jest dostępne w jego własnym kraju lub okres oczekiwania jest zbyt długi;..."

W ostatnim punkcie niniejszego Planu działania KT zestawiono w tablicy wszystkie aktualnie obowiązujące Polskie Normy opracowane przez Komitet Techniczny 302, wprowadzające Normy Europejskie metodą tłumaczenia. Podano również liczbę aktualnie obowiązujących Polskich Norm wprowadzających Normy Europejskie metodą uznania.

Na końcu Planu umieszczono tablicę z wykazem propozycji opracowania przez Komitet Techniczny 302 w 2013 r. projektów nowych Polskich Norm wprowadzających Normy Europejskie metodą tłumaczenia.

1 ŚRODOWISKO BIZNESOWE KT

1.1 Opis środowiska biznesowego

Normalizacja jest jednym z istotnych narzędzi realizacji polityki Unii Europejskiej na rzecz zapewnienia konkurencyjności przedsiębiorstw oraz likwidacji barier w handlu wewnątrz UE, zgodnie z rezolucją Rady Europejskiej z 28 października 1999 r. Znaczenie normalizacji dla rozwoju jednolitego rynku Unii Europejskiej, w szczególności dla realizacji celów *Strategii Lizbońskiej*, jeszcze mocniej podkreśla i prezentuje komunikat Komisji Europejskiej z 18 października 2004 roku w sprawie roli europejskiej normalizacji w ramach działań i legislacji europejskiej.

Zastosowanie jednolitych standardów rozwiązań informatycznych (wymogi interoperacyjności systemów) w sferze ochrony zdrowia jest zadaniem podstawowym warunkującym dalszy postęp w tej dziedzinie. Plan informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2009-2015 wychodzi na przeciw odnotowanym wcześniej, ale nie w pełni zrealizowanym potrzebom zapewnienia zgodności formatów danych wymienianych między jednostkami ochrony zdrowia. W ramach działań szczegółowych wynikających z Planu informatyzacji e-Zdrowie zostanie dokonana analiza stosowanych obecnie rozwiązań pod kątem ich przydatności w procesie unifikacji rozwiązań informatycznych.

W kontekście Planu informatyzacji „e-Zdrowie Polska” na lata 2009-2015 normalizacja jest podstawą dla zapewnienia interoperacyjności w sektorze opieki zdrowotnej. Istotnym jest tu znalezienie różnic pomiędzy integracją a interoperacyjnością. Zgodnie z definicją opracowaną w ramach prac nad Europejskimi Ramami Interoperacyjności – oznacza ona zdolność systemów teleinformatycznych oraz wspieranych przez nie procesów biznesowych do wymiany danych oraz dzielenia się informacją i wiedzą.

Europejskie Ramy Interoperacyjności wyróżniają jej trzy aspekty:

- **techniczny** - występuje wtedy, gdy zapewnione są właściwe warunki techniczne dla komunikowania się systemów teleinformatycznych – uzgodnione interfejsy aplikacji, protokoły i mechanizmy dla efektywnej i bezpiecznej komunikacji oraz format reprezentowanych informacji i wymienianych komunikatów
- **organizacyjny** - zachodzi wówczas, gdy zostały uzgodnione procesy biznesowe pod kątem efektywnego działania, w szczególności świadczenia usług drogą elektroniczną,
- **semantyczny** - występuje wtedy, gdy wymieniane przez systemy teleinformatyczne komunikaty rozumiane są semantycznie, czyli rozumiane jest ich znaczenie (relacja pomiędzy komunikatem a przedmiotem, do którego się odnosi).

Europejski Komitet Normalizacyjny (CEN) natomiast definiuje interoperacyjność jako stan, który występuje pomiędzy dwiema aplikacjami w odniesieniu do określonego

zadania, gdy jedna aplikacja może przyjąć dane od innej aplikacji oraz wykonać dzięki temu zadanie w sposób odpowiedni i zadowalający, bez potrzeby interwencji ze strony dodatkowego operatora. W tej definicji wyróżnia się interoperacyjność:

- funkcjonalną,
- syntaktyczną,
- semantyczną.

Interoperacyjność funkcjonalna oraz syntaktyczna oznaczają zdolność dwóch lub więcej systemów do wymiany informacji, czytelnej dla odbiorcy. Interoperacyjność semantyczna oznacza zdolność zrozumienia informacji, jaka wymieniana jest pomiędzy systemami na poziomie formalnie zdefiniowanych pojęć (informacja ta przetwarzana może być przez aplikację, która ją otrzymuje).

Interoperacyjność została uznana za jeden z priorytetów eHealth Action Plan z kwietnia 2004 roku. Program ten przedstawiał sposób budowy europejskiej przestrzeni eZdrowia. W planie tym Komisja Europejska wyraziła przekonanie, że dzięki interoperacyjności zostanie zapewniony bezpieczny i szybki dostęp do możliwych do porównania danych zdrowotnych oraz informacji o pacjencie zlokalizowanych w różnych miejscach. Jednocześnie zwróciła uwagę, iż osiągnięcie interoperacyjności zależne jest od uzgodnienia:

- standardów budowy komponentów systemów teleinformatycznych wykorzystywanych w sektorze opieki zdrowotnej,
- komunikatów zawierających dane medyczne o pacjencie,
- architektury elektronicznego zapisu historii pacjenta,
- zbioru usług identyfikujących pacjenta.

Nad wyżej wymienionymi zagadnieniami z zakresu interoperacyjności systemów pracuje Komitet Techniczny 302 wytyczając kierunki jej rozwoju w kraju zgodnie z przyjmowanymi aktami normalizacyjnymi Europejskimi i Międzynarodowymi. Należy zauważyć, że 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 Unii Europejskiej oraz zasad finansowania i rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych.

Doprowadzenie do pełnej wzajemności w zakresie wymienianych świadczeń zdrowotnych z tytułu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wymaga

zintensyfikowania prowadzenia prac normalizacyjnych w kraju w tym tłumaczenia coraz to nowszych aktów normalizacyjnych.

Krajowe otoczenie prawne regulowane jest przez następujące akty prawne:

1. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2011 r. nr 113, poz. 657).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620).
4. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U.Nr 64, poz. 565 z późn. zm.).
5. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dziennik Ustaw Nr 247, poz.1819 z późn. zm.).

Do Ustawy z pozycji 1 czyli Ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia brak jest do tej pory aktów wykonawczych, które w dużej mierze powinny bazować na przetłumaczonych na język polski europejskich aktach normalizacyjnych. Dlatego tak ważna jest działalność Komitetu Technicznego 302 na polu tłumaczeń norm.

Wracając do dokumentu Plan Informatyzacji e-Zdrowie ma lata 2009-2015, możemy tam przeczytać, że jednym z celów tego Planu 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 płynącymi z upowszechniania informacji, a ich ochroną jest zagadnieniem złożonym, wymagającym szerokiej współpracy i dyskusji środowisk medycznych, technicznych i autorytetów moralnych. W ramach Planu 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,
- **Polskim Komitetem Normalizacyjnym** w zakresie implementowania norm dotyczących zastosowania informatyki w ochronie zdrowia.

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.

Zakresem działań Komitetu Technicznego 302 są zainteresowane następujące podmioty z rynku e-Zdrowie:

1. Jednostki administracji publicznej takie jak np. Ministerstwo Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Państwowy Instytut Higieny, Sanepid, itd.
2. Jednostki administracji samorządowej (jako właściciele placówek ochrony zdrowia);
3. Publiczne i niepubliczne placówki ochrony zdrowia;
4. Wyższe uczelnie;
5. Firmy komercyjne z rynku IT i ICT;

1.2 Wskaźniki ilościowe dotyczące środowiska biznesowego

Obecnie rynek e-Zdrowie w skali ilościowej szacowany jest na:

1. 5528 - placówek ochrony zdrowia wykonujących działalność leczniczą jako podmioty publiczne.
2. 21 436 - placówek ochrony zdrowia wykonujących działalność leczniczą jako podmioty publiczne.
3. 52 firmy komercyjne, zajmujące się produkcją rozwiązań IT dla rynku e-Zdrowie.

Poniżej w tabeli przedstawiono zestawienie firm komercyjnych zajmujących się rozwiązaniami IT i ICT dla rynku e-Zdrowie.

L.p.	Firma	Z	O	S	K	A
		B	B			
1.	3B Software Łaziska Górne		X			
2.	Alma Poznań	X	X	X		
3.	Almar Lublin		X			
4.	Alternative Art Olsztyn	X	X			
5.	Amis Polska Katowice	X				
6.	Apus Kraków			X		
7.	As Gliwice		X			
8.	BL Soft Wrocław	X	X			
9.	Brit s.c. Rybnik		X	X		
10.	Comp Rzeszów	X		X		
11.	ComputerLand Zdrowie Gliwice	X	X	X	X	
12.	Dobis Gdańsk		X			
13.	DomData Software & Consulting Sp. z o.o. Poznań	X		X		
14.	Dots ... Kraków	X	X			
15.	EuroSoft Warszawa					X
16.	Finn Łódź	X	X	X		
17.	Finus Sp. z o.o. Szczecin		X	X		

18.	GaBoS s.c. Radzionków	X	X	X		
19.	Gem Kraków	X		X		
20.	Gemini s.c. Olsztyn	X		X		
21.	IBM Polska Warszawa	X	X			
22.	IDO Łódź		X			
23.	ILC Systemy Informatyczne Warszawa	X				X
24.	InfoFarm Tarnów					X
25.	Info-Publishing Warszawa	X				
26.	ITM Software House Sp. z o.o. Olsztyn	X	X			
27.	Jan Malicki Toruń					X
28.	Kamsoft Katowice	X	X	X	X	X
29.	Marcel Sp. z o.o. Warszawa	X	X			
30.	MCM s.c. Wrocław	X				
31.	Mem s.c. Zielona Góra		X			
32.	MikraM s.c. Wrocław	X				
33.	Optimus Nowy Sącz	X		X		
34.	Oracle Polska	X				
35.	Pablo-Soft Sp. z o.o. Warszawa		X	X		
36.	Pentagram Warszawa		X			
37.	Pro Commerce Łódź				X	
38.	Pro Medicine Wrocław		X			
39.	Prokom Gdynia	X	X			
40.	QBS Warszawa	X	X			
41.	Radcomp Wrocław	X	X		X	
42.	Remedium s.c. Warszawa					X
43.	SGI Sp. z o.o. Katowice	X				
44.	Simple Warszawa			X		
45.	Slash s.c. Toruń		X			
46.	SoftSystem Rzeszów	X				
47.	Spin Katowice	X	X	X		
48.	Textus Virtualis Warszawa	X	X			
49.	Tradiss Sosnowiec					X
50.	UHC Lublin	X	X	X		
51.	Unisys Warszawa	X				
52.	Waza Wrocław	X		X		

Legenda:

Oprogramowanie dla lecznictwa zamkniętego
Część medyczna (biała)
Oprogramowanie dla Kas Chorych

Z Oprogramowanie dla lecznictwa otwartego
B Część administracyjna (szara)
K Oprogramowanie dla aptek

O
S
A

2 OCZEKIWANE KORZYŚCI Z REALIZACJI PRAC KT

Krajowy rynek e-Zdrowie obecne funkcjonowanie opiera na następujących cechach:

- brak strategicznego modelu infrastruktury informacyjnej,
- autonomizacja systemów i zasobów informacyjnych sektora ochrony zdrowia,
- nowe technologie, stare procedury, jeszcze starsza metodologia,
- dezintegracja i braku interoperacyjności projektów,
- dominacja gestorów nad użytkownikami.

Uporządkowanie rynku e-Zdrowie przy wykorzystaniu aktów prawnych powiązanych z aktami normalizacyjnymi opracowywanymi przez Komitet Techniczny 302 powinno przynieść następujące korzyści:

1. rynkowe, takie jak:

- przygotowanie placówek ochrony zdrowia do świadczenia usług medycznych na otwartym rynku Unii Europejskiej, co ma nastąpić w przeciągu dwóch najbliższych lat,
- umocnienie pozycji polskich placówek zdrowia na konkurencyjnym europejskim rynku zdrowia,

2. organizacyjne, takie jak:

- uporządkowanie i wystandaryzowanie struktur organizacyjnych w placówkach ochrony zdrowia,
- określenie rzeczywistego i racjonalnego obiegu informacji w placówkach ochrony zdrowia,
- stworzenie systemu standardów procedur postępowania zarówno w części medycznej jak i organizacyjnej placówkach ochrony zdrowia,

3. ekonomiczne, takie jak:

- ograniczenie kosztów złej jakości placówkach ochrony zdrowia,
- możliwość obniżenia kosztów poprzez ograniczenie marnotrawstwa placówkach ochrony zdrowia,
- wymierne obniżenie kosztów ordynacji leków i wyrobów medycznych o poziom około 10% obecnego budżetu wydawanego na nie, poprzez podniesienie efektywności ordynacji,
- wymierne obniżenie kosztów badań diagnostycznych o poziom około 10% obecnego budżetu wydawanego na nie, poprzez eliminację niepotrzebnego ponownego ich zlecenia placówkach ochrony zdrowia,
- zwiększenie efektywności pracy poprzez zastosowanie elektronicznego obiegu dokumentów.

4. społeczne, takie jak:

- skrócenie kolejek do świadczeń zdrowotnych,
- poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich pacjentów, tym w szczególności dla inwalidów,
- poczucie wzrostu bezpieczeństwa wśród obywateli kraju,
- transparentność polityki dostępu do świadczeń zdrowotnych,
- prowadzenie dla pacjentów elektronicznej historii zdrowia.

3 CZŁONKOSTWO W KT

Każdy podmiot krajowy zainteresowany daną tematyką ma prawo zgłosić chęć uczestnictwa w KT i po spełnieniu wymogów proceduralnych (procedura SZJ nr Z2-P3 w powiązaniu z Z2-P1) stać się członkiem KT. Każdy członek KT realizuje zadania KT poprzez swoich reprezentantów.

Osoby funkcyjne w Komitecie:

Przewodniczący:

mgr inż. Edward Byczyński;
Stowarzyszenie HL7 Polska - Warszawa

Zastępca Przewodniczącego:

prof. dr hab. inż. Marian Noga
Akademia Górniczo - Hutnicza im. Stanisława Staszica - Kraków

Sekretarz:

inż. Tadeusz Turkiewicz
Polski Komitet Normalizacyjny - Warszawa
e-mail: tadeusz.turkiewicz@pkn.pl

Aktualne dane nt. Komitetu znajdują się pod adresem strony internetowej:

[karta informacyjna](http://kt.pkn.pl/?pid=kikt&id=302) <http://kt.pkn.pl/?pid=kikt&id=302>

[lista członków i reprezentantów](http://kt.pkn.pl/?pid=czkt&id=302) <http://kt.pkn.pl/?pid=czkt&id=302>

4 CELE KT I STRATEGIA ICH REALIZACJI

4.1 Cele KT

- eliminowanie barier technologicznych w zakresie IT i ICT na rynku e-Zdrowie - ułatwienie wymiany informacji medycznych i demograficznych w kraju, Europie i świecie:

Ze względu na potencjalne bariery techniczne i językowe w zakresie technologii informatycznych i telekomunikacyjnych występujących w obszarze działania Komitetu Technicznego 302 wskazane jest wprowadzanie Norm Europejskich do Polskich Norm metodą tłumaczenia.

- harmonizacja i wdrażanie nowoczesnych rozwiązań zgodnych z Dyrektywami UE i strategiami rozwoju e-społeczeństwa U.E.:

W Komitecie Technicznym wprowadzane są metodą tłumaczenia wyłącznie podstawowe normy zharmonizowane z dyrektywami i mandatami WE.

Przedmiotem wprowadzanych norm są nowoczesne urządzenia służące do poprawy zdrowia społeczeństwa, wspomaganie osób niepełnosprawnych oraz umożliwiających badania służące dla rynku e-Zdrowia.

- zapewnienie bezpieczeństwa produktu, zapewnienie zdrowia konsumenta;

Wprowadzane normy będą zapewniały bezpieczeństwo produktu oraz zdrowia pacjenta.

Realizacja powyższych celów powinna odbywać się poprzez wprowadzanie Norm Europejskich do Polskich Norm metodą tłumaczenia.

4.2 Strategia ustalona do osiągnięcia celów KT

- Wprowadzanie do zbioru PN metodą tłumaczenia, oprócz Norm Europejskich zharmonizowanych, również norm precyzujących metody badań.
- Aktywne poszukiwanie środków finansowania tłumaczenia norm.
- Współpraca z CEN przy wdrażaniu nowych Norm Europejskich.

4.3 Aspekty środowiskowe

W przypadku wstrzymania dalszych prac nad aktami normalizacyjnymi metodą tłumaczenia może dojść na polskim rynku e-Zdrowia do wstrzymania jego reform i integracji z rynkiem Unii Europejskiej. Jako przykład można podać do rozważań doświadczenia Szpitala Uniwersyteckiego w Aachen (UKA). Jest to jeden z większych szpitali w Niemczech. Zatrudnia on przeszło 5700 pracowników i rocznie hospitalizuje prawie 180 000 pacjentów. W Polsce nie ma swojego odpowiednika. Według raportu opublikowanego przez firmę analityczną International Data Corporation (IDC) w ciągu pięciu lat inwestycja w system Business Intelligence wygeneruje tu zysk na poziomie 5,1 mln Euro po opodatkowaniu, co odpowiada 569% stopie zwrotu z inwestycji po opodatkowaniu. Wydaje się, że jest to zupełnie niespotykany wynik finansowy. I tak jest rzeczywiście, jeżeli weźmiemy pod uwagę wartości bezwzględne.

Ale przyjrzyjmy się prognozie oszczędności dla dużego polskiego szpitala wojewódzkiego, który jako pierwszy w Polsce – i do tej pory jako jedyny- zastosował modelowanie i optymalizację procesów medycznych i biznesowych zgodnie z normami opracowanymi przez Komitet Techniczny 302. W wyniku tych prac stan zatrudnienia w przeciągu czterech lat został zmniejszony z 1800 osób personelu do niecałych 1200. Uległ skróceniu czas hospitalizacji o przeszło 50%, zmniejszyła się ilość łóżek z ponad 1000 do około 800 a sama placówka zamiast popadać w straty wyszła na prostą. Niestety i tam nie wdrożono jeszcze w pełni systemu typu Business Intelligence. Ale i tak oszczędności w budżecie, sięgnęły około 10% jego wartości, co daje rocznie sumę między 7 a 8 mln PLN, które można przeznaczyć m.in. na podwyżki dla pracowników. To spowoduje spadek niezadowolenia wśród deficytowego personelu medycznego i jego odpływ na tle ekonomicznym do innych placówek ochrony zdrowia zlokalizowanych w innych regionach a nawet do innych krajów U.E.

Jeżeli przyjrzymy się innemu przykładowi z Niemiec, w którym to lekarze i niższy personel medyczny w wyniku roszczeń finansowych oraz narzekań na warunki pracy w

placówkach medycznych, wywołali strajk w lecie 2006 roku. Wzięło w nim udział około 70 000 lekarzy. Strajk ten trwał 13-tygodni. Domagali się w nim poprawy warunków pracy i podwyżek, co przyniosło szpitalom straty rzędu 500 000 Euro dziennie (!!!!) i spowodowało poważne problemy organizacyjne zagrażające funkcjonowaniu wielu placówek. W Polsce nikt nie raczył oszacować ile stracili podatnicy na strajku białego personelu w 2007 roku.

Dlatego uznaje się za konieczne tłumaczenie wszelkich nowelizacji tych norm, nawet gdy niektóre z nich nie są formalnie zharmonizowane z dyrektywami WE.

5 CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA REALIZACJĘ PROGRAMU PRAC KT I WPROWADZANIE NOWYCH TN DO PROGRAMU PRAC

Adres strony internetowej z programem prac KT:

<http://kt.pkn.pl/?pid=ppnlp&id=302&back=kt>

Nie przewiduje się utrudnień przy realizacji prac normalizacyjnych *poza* możliwością ograniczenia środków finansowych PKN na opracowanie poszczególnych PN.

6 WYKAZ PUBLIKACJI, AKTUALNIE OPRACOWYWANYCH PROJEKTÓW ORAZ PROPOZYCJI TEMATÓW NORMALIZACYJNYCH, DLA KTÓRYCH KT PRZEWIDUJE POZYSKANIE ZAMAWIAJĄCYCH W RAMACH PRAC NA ZAMÓWIENIE

6.1 Wykaz opublikowanych Polskich Norm i Polskich Dokumentów Normalizacyjnych:

W tabelicy poniżej zestawiono aktualnie obowiązujące Polskie Normy, opracowane przez KT 302, wprowadzające Normy Europejskie metodą tłumaczenia i uznania

Lp.	Numer	Tytuł	Wprowadza	Zastępuje
1	PN-EN 1064+A1:2008	Informatyka w ochronie zdrowia - Znormalizowany protokół komunikacyjny - Elektrokardiografia wspomagana komputerowo	EN 1064:2005+A1:2007	PN-EN 1064:2007 (U)
2	PN-EN 1068:2007	Informatyka w ochronie zdrowia -- Rejestracja systemów kodowania	EN 1068:2005	PN-EN 1068:2005 (U)
3	PN-EN 12251:2005	Informatyka w ochronie zdrowia -- Rejestracja systemów kodowania	EN 12251:2004	PN-EN 12251:2005 (U)
4	PN-EN 12264:2007	Informatyka w ochronie zdrowia -- Struktura kategorii systemów pojęć	EN 12264:2005	PN-EN 12264:2005 (U)
5	PN-EN 12381:2007	Informatyka w ochronie zdrowia -- Normy reprezentacji czasu dla specyficznych problemów opieki zdrowotnej	EN 12381:2005	PN-EN 12381:2006 (U)
6	PN-EN 12435:2008	Informatyka w ochronie zdrowia -- Wyrażanie wyników pomiarów w	EN 12435:2006	PN-EN 12435:2006 (U)

Lp.	Numer	Tytuł	Wprowadza	Zastępuje
		naukach o zdrowiu		
7	PN-EN 13606-1:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie elektronicznej dokumentacji zdrowotnej -- Część 1: Model referencyjny	EN 13606-1:2007	PN-EN 13606-1:2007 (U)
8	PN-EN 13606-2:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie elektronicznej dokumentacji zdrowotnej -- Część 2: Specyfikacja wymiany archetypów	EN 13606-2:2007	PN-EN 13606-2:2007
9	PN-EN 13606-3:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie elektronicznej dokumentacji zdrowotnej -- Część 3: Archetypy referencyjne i listy terminów	EN 13606-3:2008	PN-EN 13606-3:2008
10	PN-EN 13606-4:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie elektronicznej dokumentacji zdrowotnej -- Część 4: Bezpieczeństwo danych	EN 13606-4:2007	PN-EN 13606-4:2007 (U)
11	PN-EN 13609-1:2007	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikaty do przechowywania informacji pomocniczych w systemach opieki zdrowotnej -- Część 1: Aktualizacja schematów kodowania	EN 13609-1:2005	PN-EN 13609-1:2005
12	PN-EN 13940-1:2010	Informatyka w ochronie zdrowia -- System pojęć wspomagających ciągłość opieki -- Część 1: Pojęcia podstawowe	EN 13940-1:2007	PN-EN 13940-1:2007 (U)
13	PN-EN 13940-1:2010/Apl:2010	Informatyka w ochronie zdrowia -- System pojęć wspomagających ciągłość opieki -- Część 1: Pojęcia podstawowe		
14	PN-EN 14463:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Składnia reprezentacji treści systemów klasyfikacji medycznej -- C1aML	EN 14463:2007	PN-EN 14463:2007 (U)
15	PN-EN 14484:2005	Informatyka medyczna -- Międzynarodowy przekaz medycznych danych osobowych objętych dyrektywą UE dotyczącą ochrony danych -- Wysoki poziom polityki bezpieczeństwa	EN 14484:2003	PN-EN 14484:2004 (U)
16	PN-EN 14485:2005	Informatyka medyczna -- Wskazania dla operowania medycznymi danymi osobowymi w międzynarodowych aplikacjach z uwzględnieniem dyrektywy UE dotyczącej ochrony danych	EN 14485:2003	PN-EN 14485:2004 (U)

Lp.	Numer	Tytuł	Wprowadza	Zastępuje
17	PN-EN 14822-1:2007	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komponenty informacyjne ogólnego przeznaczenia -- Część 1: Przegląd	EN 14822-1:2005	PN-EN 14822-1:2006 (U)
18	PN-EN 14822-2:2010	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komponenty informacyjne ogólnego przeznaczenia -- Część 2: Komponenty pozakliniczne	EN 14822-2:2005	PN-EN 14822-2:2006
19	PN-EN 14822-3:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komponenty informacyjne ogólnego przeznaczenia -- Część 3: Komponenty kliniczne	EN 14822-3:2005	PN-EN 14822-3:2006 (U)
20	PN-EN 15521:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Struktura kategorii dla terminologii z zakresu anatomii człowieka	EN 15521:2007	PN-EN 15521:2007 (U)
21	PN-EN 1614:2007	Informatyka w ochronie zdrowia -- Reprezentacja oznaczonych rodzajów właściwości w medycynie laboratoryjnej	EN 1614:2006	PN-EN 1614:2006 (U)
22	PN-EN 1828:2004	Informatyka w ochronie zdrowia -- Struktura kategorii klasyfikacji i systemów kodowania zabiegów chirurgicznych	EN 1828:2002	PN-EN 1828:2003 (UO)
23	PN-EN ISO 10781:2011	Model funkcjonalny systemu elektronicznej dokumentacji zdrowotnej, wersja 1.1	EN ISO 10781:2009 ISO 10781:2009	PN-EN ISO 10781:2009 (U)
24	PN-EN ISO 11073-10101:2010	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie danych z urządzeń medycznych stosowanych w miejscu opieki nad pacjentem -- Część 10101: Nazewnictwo	EN ISO 11073-10101:2005 ISO/IEEE 11073-10101:2004	PN-EN ISO 11073-10101:2005 (U)
25	PN-EN ISO 11073-10201:2008	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikacja z urządzeniami medycznymi stosowanymi w miejscu opieki nad pacjentem -- Część 10201: Model informacyjny dziedziny zastosowań	EN ISO 11073-10201:2005 ISO/IEEE 11073-10201:2004	PN-EN ISO 11073-10201:2005 (U)
26	PN-EN ISO 11073-10404:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi -- Część 10404: Rodzaj urządzeń -- Pulsoksymetry	EN ISO 11073-10404:2011 ISO/IEEE 11073-10404:2010	
27	EN ISO 11073-10407:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi -- Część 10407: Rodzaj urządzeń -- Monitory ciśnienia krwi	EN ISO 11073-10407:2011 ISO/IEEE 11073-10407:2010	
28	PN-EN ISO 11073-	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikacja z osobistymi	EN ISO 11073-	

Lp.	Numer	Tytuł	Wprowadza	Zastępuje
	10408:2011 (U)	urządzeniami medycznymi -- Część 10408: Rodzaj urządzeń -- Termometry	10408:2011 ISO/IEEE 11073- 10408:2010	
29	EN ISO 11073- 10415:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi -- Część 10415: Rodzaj urządzeń -- Wagi	EN ISO 11073- 10415:2011 ISO/IEEE 11073- 10415:2010	
30	PN-EN ISO 11073- 10417:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi -- Część 10417: Rodzaj urządzeń -- Glukometry	EN ISO 11073- 10417:2011 ISO/IEEE 11073- 10417:2010	
31	EN ISO 11073- 10471:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi -- Część 10471: Rodzaj urządzeń -- Niezależne koncentratory informacji o aktywności życiowej	EN ISO 11073- 10471:2011 ISO/IEEE 11073- 10471:2010	
32	PN-EN ISO 11073- 20101:2007	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie danych z urządzeń medycznych stosowanych w miejscu opieki nad pacjentem -- Część 20101: Profile aplikacyjne -- Norma podstawowa	EN ISO 11073- 20101:2005 ISO/IEEE 11073- 20101:2004	
33	EN ISO 11073- 20601:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi -- Część 20601: Profil zastosowań -- Zoptymalizowany protokół wymiany	EN ISO 11073- 20601:2011 ISO/IEEE 11073- 20601:2010	
34	PN-EN ISO 11073- 30200:2007	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie danych z urządzeń medycznych stosowanych w miejscu opieki nad pacjentem -- Część 30200: Profile transportu -- Połączenie kablowe	EN ISO 11073- 30200:2005 ISO/IEEE 11073- 30200:2004	PN ISO 11073- 30200:2005 (U)
35	PN-EN ISO 11073- 30300:2007	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie danych z urządzeń medycznych stosowanych w miejscu opieki nad pacjentem -- Część 30300: Profil transportu -- Przekaz bezprzewodowy w podczerwieni	EN ISO 11073- 30300:2005 ISO/IEEE 11073- 30300:2004	PN-EN ISO 11073- 30300:2005 (U)
36	PN-EN ISO 12052:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Obrazowanie cyfrowe i przesyłanie danych w medycynie (DICOM) w tym przepływ czynności i zarządzanie danymi	EN ISO 12052:2011 ISO 12052:2006	PN-EN 12052:2005
37	PN-EN ISO 12967-	Informatyka w ochronie zdrowia -- Architektura usług -- Część 1:	EN ISO 12967-1:2011	PN-EN 12967-1:2009

Lp.	Numer	Tytuł	Wprowadza	Zastępuje
	1:2011 (U)	Organizacyjny punkt widzenia	ISO 12967-1:2009	
38	PN-EN ISO 12967-2:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Architektura usług -- Część 2: Informacyjny punkt widzenia	EN ISO 12967-2:2011 ISO 12967-2:2009	PN-EN 12967-2:2010
39	PN-EN ISO 12967-3:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Architektura usług -- Część 3: Obliczeniowy punkt widzenia	EN ISO 12967-3:2011 ISO 12967-3:2009	PN-EN 12967-3:2010
40	PN-EN ISO 13606-5:2010	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie elektronicznej dokumentacji zdrowotnej -- Część 5: Specyfikacja interfejsu	EN ISO 13606-5:2010 ISO 13606-5:2010	PN-EN ISO 13606-5:2010 (U)
41	PN-EN ISO 18104:2005	Informatyka medyczna -- Integracja modelu terminologii referencyjnej w pielęgniarstwie	EN ISO 18104:2003 ISO 18104:2003	PN-EN ISO 18104:2004 (U)
42	PN-EN ISO 18812:2005	Informatyka medyczna -- Interfejsy pomiędzy analizatorami klinicznymi i laboratoryjnymi systemami informatycznymi -- Profile użytkowe	EN ISO 18812:2003 ISO 18812:2003	PN-EN ISO 18812:2004 (U)
43	PN-EN ISO 21090:2011 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Typy danych dostosowane do wymiany informacji	EN ISO 21090:2011 ISO 21090:2011	
44	PN-EN ISO 21549-1:2005	Informatyka medyczna -- Dane karty zdrowia pacjenta -- Część 1: Struktura ogólna	EN ISO 21549-1:2004 ISO 21549-1:2004	PN-EN ISO 21549-1:2005 (U)
45	PN-EN ISO 21549-2:2005	Informatyka medyczna -- Dane karty zdrowia pacjenta -- Część 2: Obiekty wspólne	EN ISO 21549-2:2004 ISO 21549-2:2004	PN-EN ISO 21549-2:2005 (U)
46	PN-EN ISO 21549-3:2005	Informatyka medyczna -- Dane karty zdrowia pacjenta -- Część 3: Ograniczony zestaw danych klinicznych	EN ISO 21549-3:2004 ISO 21549-3:2004	PN-EN ISO 21549-3:2005 (U)
47	PN-EN ISO 21549-4:2008	Informatyka w ochronie zdrowia -- Dane karty zdrowia pacjenta -- Część 4: Poszerzony zestaw danych klinicznych	EN ISO 21549-4:2006 ISO 21549-4:2006	PN-EN ISO 21549-4:2006 (U)
48	PN-EN ISO 21549-5:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Dane karty zdrowia pacjenta -- Część 5: Dane identyfikacyjne	EN ISO 21549-5:2008 ISO 21549-5:2008	PN-EN ISO 21549-5:2008 (U)
49	PN-EN ISO 21549-6:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Dane karty zdrowia pacjenta -- Część 6: Dane administracyjne	EN ISO 21549-6:2008 ISO 21549-6:2008	PN-EN ISO 21549-6:2008 (U)
50	PN-EN ISO 21549-7:2009	Informatyka w ochronie zdrowia -- Dane karty zdrowia pacjenta -- Część 7: Dane o lekach	EN ISO 21549-7:2007 ISO 21549-7:2007	PN-EN ISO 21549-7:2007 (U)

Lp.	Numer	Tytuł	Wprowadza	Zastępuje
51	PN-EN ISO 21549-8:2010 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Dane karty zdrowia pacjenta -- Część 8: Odnosiniki	EN ISO 21549-8:2010 ISO 21549-8:2010	
52	PN-EN ISO 27799:2010	Informatyka w ochronie zdrowia -- Zarządzanie bezpieczeństwem informacji w ochronie zdrowia z wykorzystaniem ISO/IEC 27002	EN ISO 27799:2008 ISO 27799:2008	PN-EN ISO 27799:2008 (U)
53	PN-EN ISO 27953-1:2012 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Raporty dotyczące bezpieczeństwa w indywidualnym przypadku (ICSR) w nadzorze nad bezpieczeństwem farmakoterapii -- Część 1: Struktura dla zgłaszania niepożądanych zdarzeń	EN ISO 27953-1:2011 ISO 27953-1:2011	
54	PN-EN ISO 27953-2:2012 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Raporty dotyczące bezpieczeństwa w indywidualnym przypadku (ICSR) w nadzorze nad bezpieczeństwem farmakoterapii -- Część 2: Wymagania dla ICSR przy przesyłaniu raportów dotyczących leków stosowanych u ludzi	EN ISO 27953-2:2011 ISO 27953-2:2011	
55	PN-ENV 13607:2003 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikaty do wymiany informacji na zleceniach medycznych	ENV 13607:2000	
56	PN-ENV 13608-1:2003 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Bezpieczeństwo przesyłanych danych w opiece zdrowotnej -- Część 1: Pojęcia i terminologia	ENV 13608-1:2000	
57	PN-ENV 13608-2:2003 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Bezpieczeństwo przesyłanych danych w opiece zdrowotnej -- Część 2: Bezpieczne obiekty danych	ENV 13608-2:2000	
58	PN-ENV 13608-3:2003 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Bezpieczeństwo przesyłania danych w opiece zdrowotnej -- Część 3: Bezpieczne kanały przesyłania danych	ENV 13608-3:2000	
59	PN-ENV 13609-2:2003 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikaty do obsługi informacji pomocniczych w systemach opieki zdrowotnej -- Część 2: Uaktualnianie informacji specyficznych dla badań laboratoryjnych	ENV 13609-2:2000	
60	PN-ENV 13730-1:2003 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikaty związane z transfuzją krwi -- Część 1: Komunikaty	ENV 13730-1:2001	

Lp.	Numer	Tytuł	Wprowadza	Zastępuje
		odnoszące się do podmiotu opieki		
61	PN-ENV 13730-1:2003 (U)	Informatyka w ochronie zdrowia -- Komunikaty związane z transfuzją krwi -- Część 2: Komunikaty związane z wytwarzaniem (BTR-PROD)	ENV 13730-2:2002	

6.2 Wykaz aktualnie opracowywanych projektów

prPN-EN 12052: Informatyka w ochronie zdrowia - Obrazowanie cyfrowe i przesyłanie obrazów w medycynie (DICOM. Normę opracowano metodą tłumaczenia.

Projekt normy zastąpi: PN-EN ISO 12052:2011 (U). W dniu 11.10.2012 r. projekt został zatwierdzony jako Polska Norma.

prPN-EN ISO 12967-1: Informatyka w ochronie zdrowia - Architektura usług - Część 1: Organizacyjny punkt widzenia. Normę opracowano metodą tłumaczenia.

Projekt normy zastąpi: PN-EN ISO 12967-1:2011 (U). W dniu 02.10.2012 r. projekt został zatwierdzony jako Polska Norma.

prPN-EN ISO 12967-2: Informatyka w ochronie zdrowia - Architektura usług - Część 2: Część 2: Informacyjny punkt widzenia. Normę opracowano metodą tłumaczenia.

Projekt normy zastąpi: PN-EN ISO 12967-2:2011 (U). W dniu 02.10.2012 r. projekt został zatwierdzony jako Polska Norma.

prPN-EN ISO 12967-3: Informatyka w ochronie zdrowia - Architektura usług - Część 3: Obliczeniowy punkt widzenia. Normę opracowano metodą tłumaczenia.

Projekt normy zastąpi: PN-EN ISO 12967-3:2011 (U). W dniu 02.10.2012 r. projekt został zatwierdzony jako Polska Norma.

prPN-EN ISO 21549-8: Informatyka w ochronie zdrowia - Dane karty zdrowia pacjenta - Część 8: Powiązania. . Normę opracowano metodą tłumaczenia.

Projekt normy zastąpi: PN-EN ISO 21549-8:2010 (U) . W dniu 11.10.2012 r. projekt został zatwierdzony jako Polska Norma.

prPN-EN ISO 11073-20601: Informatyka w ochronie zdrowia - Komunikacja z urządzeniem związanym ze zdrowiem jednostki - Część 20601: Profil zastosowań - Zoptymalizowany protokół wymiany. Normę opracowano metodą tłumaczenia.

Projekt normy zastąpi: PN-EN ISO 11073-20601:2011 (U). W dniu 07.11.2012 r. złożono wniosek o zatwierdzenie projektu jako Polskiej Normy.

prPN-EN ISO 21090: Informatyka w ochronie zdrowia -- Typy danych dostosowane do wymiany informacji. Normę opracowano metodą tłumaczenia.

Projekt normy zastąpi: PN-EN ISO 21090:2011 (U). W dniu 14.11.2012 r. złożono wniosek o zatwierdzenie projektu jako Polskiej Normy.

Ponadto aktualnie opracowywane są normy następujących projektów EN do wprowadzenia ich do Polskich Norm metodą uznania:

prPN-EN ISO 1828U; Informatyka w ochronie zdrowia -- Struktura kategorii systemów terminologicznych zabiegów chirurgicznych

prPN-prEN ISO 10781: Model funkcjonalny systemu elektronicznej dokumentacji zdrowotnej.

prPN-prEN ISO 11073-10406: Informatyka w ochronie zdrowia - Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi - Część 10406: Rodzaj urządzeń - Uproszczony elektrokardiograf (EKG) (od 1 do 3 odprowadzeń EKG).

prPN-prEN ISO 11073-10420: Informatyka w ochronie zdrowia - Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi - Część 10420: Rodzaj urządzeń - Analizator składu tkankowego.

prPN-prEN ISO 11073-10421: Informatyka w ochronie zdrowia - Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi - Część 10421: Rodzaj urządzeń - Czujnik przepływu wydechowego szczyt (szczytowy przepływ).

prPN-prEN ISO 11073-10472: Informatyka w ochronie zdrowia - Komunikacja z osobistymi urządzeniami medycznymi - Część 10472: Rodzaj urządzeń - Monitor przyjmowania leków.

prPN-prEN ISO 11073-30400: Informatyka w ochronie zdrowia - Przesyłanie danych z urządzeń medycznych stosowanych w miejscu opieki nad pacjentem - Część 30400: Profil interfejsu - Okablowanie Ethernet.

prPN-prEN ISO 11238: Informatyka w ochronie zdrowia - Identyfikacja produktów leczniczych - Elementy danych i struktur dla jednoznacznej identyfikacji i wymiany informacji proceduralnych dotyczących substancji.

prPN-prEN ISO 11239: Informatyka w ochronie zdrowia - Identyfikacja produktów leczniczych - Elementy danych i struktur dla jednoznacznej identyfikacji i wymiany informacji proceduralnych na formularzach dawkowania farmaceutyków, jednostki prezentacji i sposoby podawania.

prPN-prEN ISO 11240: Informatyka w ochronie zdrowia - Identyfikacja produktów leczniczych - Elementy danych i struktury dla jednoznacznej identyfikacji i wymiany jednostek miar.

prPN-prEN ISO 11615: Informatyka w ochronie zdrowia - Identyfikacja produktów leczniczych - Elementy danych i struktur dla jednoznacznej identyfikacji i wymiany informacji proceduralnych o produktach leczniczych.

prPN-prEN ISO 11616: Informatyka w ochronie zdrowia - Identyfikacja produktów leczniczych - Elementy danych i struktur dla jednoznacznej identyfikacji i wymiany informacji proceduralnych o produktach farmaceutycznych.

prPN-prEN ISO 13119: Informatyka w ochronie zdrowia - Zasoby wiedzy klinicznej – Metadane.

prPN-prEN ISO 13120: Informatyka w ochronie zdrowia - Składnia reprezentacji treści systemów klasyfikacji medycznej - Język znaczników klasyfikacji (ClAML).

prPN-prEN ISO 13606-1: Informatyka w ochronie zdrowia - Przesyłanie elektronicznej dokumentacji zdrowotnej - Część 1: Model referencyjny.

prPN-prEN ISO 18104: Informatyka w ochronie zdrowia - Struktura kategorii do reprezentacji diagnoz pielęgniarskich i pielęgnacyjnych działań systemów terminologicznych.

prPN-prEN ISO 21091: Informatyka w ochronie zdrowia - Usługi katalogowe dla służby zdrowia, podmiotów objętych opieką zdrowotną i innych jednostek.

prPN-prEN ISO 21549-2: Informatyka w ochronie zdrowia - Dane karty zdrowia pacjenta - Część 2: Obiekty wspólne.

prPN-prEN ISO 21549-3: Informatyka w ochronie zdrowia - Dane karty zdrowia pacjenta - Część 3: Ograniczony zestaw danych klinicznych.

prPN-prEN ISO 21549-4: Informatyka w ochronie zdrowia - Dane karty zdrowia pacjenta - Część 4: Rozszerzony zestaw danych klinicznych.

prPN-prEN ISO 27789: Informatyka w ochronie zdrowia -- Ślady audytu elektronicznej dokumentacji zdrowotnej.

6.3 Wykaz propozycji tematów normalizacyjnych, dla których KT przewiduje pozyskanie środków na opracowanie w ramach prac na zamówienie

W tablicy poniżej podano propozycje opracowania w 2013 r. projektów Polskich Norm wprowadzających Normy Europejskie metodą tłumaczenia

Lp.	Numer	Tytuł	Komitet Techniczny	Wprowadza	Zastępuje
1	prPN-EN ISO 13606-1	Informatyka w ochronie zdrowia -- Przesyłanie elektronicznej dokumentacji zdrowotnej -- Część 1: Model referencyjny	CEN/TC 251	EN ISO 13606-1:2012	PN-EN 13606-1:2009
2	prPN-EN ISO 1828	Informatyka w ochronie zdrowia -- Struktura kategorii systemów terminologicznych zabiegów chirurgicznych	CEN/TC 251	EN ISO 1828:2012	PN-EN 1828:2004