



Prezes Rady Ministrów

Donald Tusk

Warszawa, dnia /elektroniczny znacznik czasu/

RM-0610-132-25
UD191

Pan Szymon HOŁOWNIA
Marszałek Sejmu

Szanowny Panie Marszałku,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi
projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz
ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej.

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został
upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem
Donald Tusk
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Do wiadomości:
wnioskodawca

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej

Art. 1. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302 i 779) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 3 w ust. 3 w pkt 11 skreśla się przecinek i wyrazy „w odniesieniu do pracowników medycznych”;
- 2) w art. 5:
 - a) w ust. 1 w pkt 2 lit. c otrzymuje brzmienie:
„c) Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, zwanego dalej „EPS”,”;
 - b) w ust. 3a wyrazy „lit. a, e, g–j, l i m” zastępuje się wyrazami „lit. a, c, e, g–j, l i m”;
- 3) art. 24 otrzymuje brzmienie:

„Art. 24. 1. EPS jest systemem teleinformatycznym, w którym w celu monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej i wsparcia procesów decyzyjnych, w tym w zakresie przygotowania obrony państwa lub zwalczania klęsk żywiołowych, likwidacji ich skutków oraz zarządzania kryzysowego, są gromadzone dane o usługodawcach obejmujące:

- 1) nazwę albo firmę usługodawcy;
- 2) adres siedziby;
- 3) identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 3 pkt 1, jeżeli dotyczy;
- 4) numer REGON, jeżeli posiada;
- 5) liczbę lokalizacji, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie leczenia szpitalnego, w których jest prowadzona działalność lecznicza, oraz ich adresy;
- 6) dane o:
 - a) łóżkach szpitalnych,
 - b) pracownikach medycznych, obejmujące:
 - identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5,
 - dane dotyczące miejsca wykonywania zawodu medycznego,

- c) infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia oraz struktury komórek organizacyjnych,
- d) wyrobach medycznych,
- e) środkach ochrony indywidualnej,
- f) zapasach gazów medycznych,
- g) zapasach krwi i jej składników.

2. W EPS są gromadzone również dane o przerwie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz dane o czasowym zaprzestaniu działalności leczniczej, o którym mowa w art. 34 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

3. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje ze swoich systemów teleinformatycznych do EPS dane, o których mowa w ust. 1 pkt 6 lit. d.

4. Administrator systemu e-krew, o którym mowa w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782), przekazuje z systemu e-krew w rozumieniu art. 5 pkt 22 tej ustawy do EPS dane, o których mowa w ust. 1 pkt 6 lit. g.

5. Usługodawca będący podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu art. 8 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej przekazuje do EPS dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1–5, pkt 6 lit. a–c, e i f oraz ust. 2.

6. Usługodawca będący podmiotem leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w rozumieniu art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej przekazuje do EPS dane, o których mowa w ust. 1 pkt 6 lit. d i e.

7. Administratorem EPS jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

8. Administratorem danych przetwarzanych w EPS jest minister właściwy do spraw zdrowia.

9. Dane przetwarzane w EPS stanowią tajemnicę prawnie chronioną i nie podlegają udostępnianiu lub przekazywaniu w celu ponownego wykorzystania na podstawie ustawy

z dnia 11 sierpnia 2021 r. o otwartych danych i ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1524).

10. Administrator EPS udostępnia z EPS w postaci zagregowanej dane, o których mowa w ust. 1 i 2:

- 1) Ministrowi Obrony Narodowej,
- 2) ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych,
- 3) Narodowemu Funduszowi Zdrowia,
- 4) Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych,
- 5) Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu,
- 6) Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu,
- 7) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- 8) wojewodzie,
- 9) wójtowi (burmistrzowi, prezydentowi miasta),
- 10) staroście,
- 11) marszałkowi województwa,
- 12) wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego, dyspozytorowi medycznemu, dysponentowi zespołu ratownictwa medycznego, w tym dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 13) podmiotowi tworzącemu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 14) podmiotowi uprawnionemu do wykonywania praw z tytułu udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostce samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w przypadku usługodawcy będącego podmiotem leczniczym w formie spółki kapitałowej, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej – w celu i zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań ustawowych związanych z ochroną zdrowia.

11. Administrator EPS udostępnia z EPS w postaci zagregowanej dane, o których mowa w ust. 1 i 2, komendantom rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 27 ust. 2 pkt 7 ustawy z dnia 11 marca

2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. z 2025 r. poz. 825), w celu i zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań na potrzeby obronności i bezpieczeństwa państwa.

12. Administrator EPS udostępnia z EPS dane, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3 i pkt 6 lit. a oraz ust. 2, usługodawcom.

13. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób i terminy przekazywania danych, o których mowa w ust. 1 i 2,
- 2) wykaz wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej gromadzonych w EPS zgodnie z ust. 1 pkt 6 lit. d i e,
- 3) szczegółowy zakres danych, o których mowa w ust. 1 pkt 6 lit. a, lit. b tiret drugie i lit. c–g oraz ust. 2

– mając na uwadze konieczność zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych w EPS oraz zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez usługodawców.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 5 grudnia 2024 r. o ochronie ludności i obronie cywilnej (Dz. U. poz. 1907) w art. 30 wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w ust. 3 w pkt 1 lit. c otrzymuje brzmienie:
„c) art. 17 ust. 1 pkt 17, 21–23, 27–32, 35 i 36 – przekazują dane wojewodzie celem wprowadzenia do Centralnej Ewidencji Zasobów, w takim zakresie, w jakim informacje te nie są przekazywane do Centralnej Ewidencji Zasobów w sposób, o którym mowa w ust. 4 pkt 1–3,”;
- 2) w ust. 4 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
„3) art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302 i 779);”.

Art. 3. 1. System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, staje się z dniem 1 stycznia 2027 r. Systemem Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Dane zgromadzone w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, stają się z dniem 1 stycznia 2027 r. danymi Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 4. 1. Usługodawcy, o których mowa w art. 24 ust. 5 i 6 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, przekazują do Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, dane, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 6 lit. a, b i f ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie później niż od dnia 1 lipca 2027 r.

2. Do dnia 1 lipca 2027 r. podmiotom, o których mowa w art. 24 ust. 10–12 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, są udostępniane z Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, dane, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 6 lit. a, b i f ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, tylko w takim zakresie, w jakim zostały przekazane do tego systemu zgodnie z ust. 1.

Art. 5. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

UZASADNIENIE

Aktualnie w systemie ochrony zdrowia brak jest rozwiązań pozwalających na monitorowanie, zarówno na poziomie wojewódzkim, jak również centralnym, danych o aktualnym stanie zasobów: łóżek szpitalnych, pracowników medycznych, infrastruktury, wyrobów medycznych, środków ochrony indywidualnej, gazów medycznych oraz krwi i jej składników.

Efektywne raportowanie tych danych ma kluczowe znaczenie w szczególności w sytuacjach kryzysowych, w tym związanych z obronnością. W zakresie zaspokojenia potrzeb obronnych państwa system Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (zwany dalej „EPS”) będzie narzędziem wykorzystywanym przez Ministra Obrony Narodowej.

W aktualnie funkcjonujących systemach informacji brakuje również danych o tymczasowym wyłączeniu łóżek z eksploatacji, które wynika z awarii lub złego stanu technicznego, niedostępności sal chorych (np. z powodu choroby zakaźnej i konieczności izolowania pacjentów – wówczas w sali przeznaczonej np. dla czterech pacjentów może być hospitalizowany wyłącznie jeden), zdarzeń losowych (np. pożar, remont, zalanie), czasowego ograniczenia zdolności obsługi (absencja kadry itp.). Obecnie przepływ informacji w tym zakresie jest realizowany – w formie pisma przesyłanego faksem lub pocztą elektroniczną.

Personel usługodawców wskazywał także na kwestie dotyczące utrudnionej bieżącej kontroli zasobów tlenowych oraz środków ochrony indywidualnej. Brak jest również odpowiedniej sprawozdawczości w zakresie sprzętu medycznego, a dane o aktualnych awariach i niedostępnościach spowodowanych przeglądami technicznymi i serwisowaniem są przekazywane telefonicznie lub mailowo. Nierzadko usługodawca dysponuje sprzętem, który nie jest wykazany w danych Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej „NFZ”), z uwagi na brak wymagania wykazania go poza procesem kontraktowania z NFZ.

W tym kontekście usługodawcy i jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (zwanego dalej „PRM”) zgłaszają potrzebę dostępu do pełnej i aktualnej informacji z terenu, np. powiatu lub województwa, o możliwości wykonania koniecznego zabiegu ratującego życie w innym podmiocie leczniczym, aby móc skutecznie skierować karetkę z pacjentem w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia do miejsca, gdzie wykonanie zabiegu będzie możliwe w danej chwili. Zdarzają się sytuacje, w których informacja o braku możliwości przejęcia pacjenta przez dany podmiot nie jest skutecznie

przekazywana, np. jednostkom PRM (w tym informacje o awarii m.in.: tomografu, rezonansu, łądowniska, windy, informacje o braku możliwości bezpiecznego transportu zaintubowanego pacjenta itp.). Informacja o faktycznym stanie dostępności łóżek zwykle jest prowadzona manualnie i zbierana 2 razy na dobę, co przekłada się na bardzo niski walor informacyjny (z uwagi na bieżący ruch chorych w szpitalach informacja o wolnych łózkach szybko dezaktualizuje się).

Na poziomie lokalnego zarządzania kryzysowego nie istnieje także skuteczne monitorowanie zasobów personelu medycznego oraz dostępności systemu ochrony zdrowia pod kątem zabezpieczenia na wypadek sytuacji kryzysowej.

Pandemia COVID-19 wywołana przez koronawirusa SARS-CoV-2 pokazała jak niska jest jakość i efektywność raportowania danych będących w posiadaniu świadczeniodawców dotyczących zasobów bezpośrednio związanych z możliwością udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do szybkiego podejmowania decyzji przez Ministra Zdrowia i reagowania w oparciu o aktualne dane w sytuacji kryzysowej. Wiele danych było przekazywanych przez usługodawców drogą telefoniczną lub mailową z wykorzystaniem dokumentów docx, pdf czy xlsx. W przypadku systemów teleinformatycznych, dane wprowadzano ręcznie, a w niektórych obszarach kilka razy dziennie z uwagi na konieczność aktualizacji sprawozdanych danych. Powodowało to obciążenie dodatkowymi zadaniami personelu usługodawców, a także konieczność zatrudnienia nowych pracowników lub skierowania do realizacji tych zadań żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej.

Należy także wskazać, że tożsame merytorycznie zestawienia były opracowywane dla różnych podmiotów poszczególnych szczebli zarządzania państwem, co powodowało dodatkowe obciążenie personelu, w tym także medycznego, a także powodowało publikowanie nieporównywalnych wyników z uwagi na czas (godzinę) wygenerowania poszczególnych wskaźników. Przeprowadzone przez Sieć Badawczą Łukasiewicz badania potwierdziły zarówno mnogość dublowanych zestawień i raportów, jak również konieczność przekazywania ich praktycznie przez cały dzień. Ta sytuacja przekładała się na jakość sprawozdawanych danych, a tym samym na procesy decyzyjne.

W świetle powyższego podjęto decyzję o stworzeniu centralnego systemu teleinformatycznego Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy, którego celem jest zapewnienie możliwości monitorowania zasobów usługodawców w czasie rzeczywistym (w sposób zautomatyzowany) w zakresie infrastruktury, łóżek szpitalnych, pracowników

medycznych, wyrobów medycznych, środków ochrony indywidualnej, gazów medycznych oraz możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (częściowym lub całkowitym) w celu zapewnienia wsparcia procesu decyzyjnego oraz możliwości reagowania w sytuacjach kryzysowych przez Ministra Zdrowia i organy terenowej administracji rządowej oraz podejmowania działań planistycznych w ramach Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego i przygotowań obronnych. System ma także umożliwiać zgłoszenie zapotrzebowania na łóżka szpitalne przez jednostki systemu PRM.

Zakłada się wprowadzenie jak najszerszej automatyzacji przekazywania danych przez połączenie z systemami teleinformatycznymi usługodawców (w tych obszarach, w których będzie to zasadne i możliwe), co pozwoli na pozyskiwanie danych w czasie rzeczywistym (lub do niego zbliżonym) oraz odciążenie personelu w obszarze zadań sprawozdawczych. Z drugiej strony, powstanie bazy danych o charakterze referencyjnym pozwoli na korzystanie przez wszystkie szczeble zarządzania z danych o tym samym poziomie aktualności. Należy wskazać, że mimo zakładanej automatyzacji, przekazywanie części danych nie jest wymagane w czasie rzeczywistym lub ich zmienność jest niska. W związku z tym, mając także na uwadze możliwości dostosowania systemów teleinformatycznych, zakresy te oraz interwały przekazywania zostaną wskazane w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 24 ust. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, późn. zm.), w brzmieniu nadanym projektem ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej (zwanym dalej „projektem ustawy”).

Ponadto w celu poprawy propagacji informacji, w EPS będą prezentowane zagregowane dane dotyczące zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, o którym mowa w art. 5 pkt 22 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782). Aktualnie dane te nie są monitorowane centralnie, a dostęp do nich z poziomu usługodawcy jest znacznie ograniczony. Szczegółowy zakres danych zostanie wskazany w rozporządzeniu wydanym na podstawie ww. art. 24 ust. 13. Przewiduje się, że będzie obejmował zbiorcze informacje w zakresie:

- 1) liczby dostępnych jednostek krwi według grupy krwi;
- 2) liczby dostępnych jednostek składników krwi według nazwy;
- 3) nazwy centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa lub banku krwi przechowującego krew i jej składniki.

Ponadto administrator systemu e-krew, o którym mowa w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782), będzie przekazywał do EPS z systemu e-krew, o którym mowa w art. 5 pkt 22 tej ustawy, zagregowane dane o zapasach krwi i jej składników. Będzie to następowało w sposób zautomatyzowany między systemami z wykorzystaniem interfejsów programistycznych lub mechanizmów wymiany danych platformy P1.

Projekt ustawy przewiduje, że dane dotyczące wyrobów medycznych będą przekazywane do EPS przez NFZ z systemów teleinformatycznych NFZ. Integracja EPS z systemami teleinformatycznymi NFZ w zakresie wyrobów medycznych wynika z dążenia do ograniczenia obciążeń sprawozdawczych usługodawców i unikania wielokrotnej sprawozdawczości. Obecnie usługodawcy sprawozdają przedmiotowe dane do kilku systemów, a priorytetem dla nich są systemy teleinformatyczne NFZ ze względu treść zawieranych umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Założeniem projektu ustawy jest, aby dane przekazywane do systemów teleinformatycznych NFZ automatycznie zasilaty EPS (za pośrednictwem interfejsów programistycznych). Natomiast po stronie usługodawców pozostanie jedynie uzupełnienie informacji, które nie zostały przekazane do NFZ.

W przypadku usługodawców będących podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne w rozumieniu art. 8 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dane przekazywane do EPS będą dotyczyły wyłącznie danych wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 6 lit. d i e, tj. w zakresie wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej. Takie rozwiązanie wynika z tego, że sprawozdawanie danych w szerszym zakresie nie ma znaczenia dla realizacji celu EPS, tj. monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej i wsparcia procesów decyzyjnych, w tym w zakresie przygotowania obrony państwa lub zwalczania klęsk żywiołowych, likwidacji ich skutków oraz zarządzania kryzysowego, a jednocześnie obciążałoby te podmioty nadmierną, dodatkową sprawozdawczością.

Z perspektywy świadczeniobiorcy, wdrożenie systemu pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych (m.in. przez zapobieganie odmowom przyjęcia świadczeniobiorcy w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć oraz ograniczenie przewożenia świadczeniobiorcy między szpitalami, zapewnienie diagnostyki oraz leczenia odpowiedniego do stanu

świadczeniobiorcy), a także na podniesienie jakości procesu decyzyjnego w ochronie zdrowia w zakresie potencjału usługodawcy i poprawy jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponadto dane zawarte w EPS będą udostępniane w postaci zagregowanej komendantom rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk w celu i zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań na potrzeby obronności i bezpieczeństwa państwa. Dostęp do tych danych jest niezbędny do realizacji zadań przez komendantów rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk. Zgodnie z art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 1995 r. o urzędzie Ministra Obrony Narodowej (Dz. U. z 2025 r. poz. 445), Minister Obrony Narodowej kieruje w czasie pokoju całokształtem działalności Sił Zbrojnych. Z kolei zgodnie z art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 2002 r. o stanie wojennym oraz o kompetencjach Naczelnego Dowódcy Sił Zbrojnych i zasadach jego podległości konstytucyjnym organom Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2025 r. poz. 504), Naczelny Dowódca Sił Zbrojnych dowodzi Siłami Zbrojnymi oraz innymi jednostkami organizacyjnymi, podporządkowanymi mu zgodnie z narodowymi planami użycia Sił Zbrojnych do obrony państwa. Należy zatem wskazać, że przekazywanie ww. danych wskazanym powyżej podmiotom zapewni komplementarność kluczowych ogniw w procesie obiegu danych w czasie ewentualnych sytuacji kryzysowych. Należy zauważyć, że rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 2023 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa (Dz. U. poz. 2482, z późn. zm.) określa zasady przygotowania oraz wykorzystania na potrzeby obronne państwa podmiotów leczniczych (w tym ustanawia komendantów rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk – § 5 ust. 3 rozporządzenia).

Dane, o których mowa w art. 24 w ust. 1 pkt 1, 3 i pkt 6 lit. a oraz ust. 2, będą udostępniane z EPS usługodawcom, z uwagi na istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w szczególności pod kątem zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i jakości usług zdrowotnych, w tym transportów międzyszpitalnych.

W EPS nie będą gromadzone i przetwarzane dane medyczne dotyczące usługobiorców.

Projekt ustawy w art. 4 ust. 1 zakłada, że System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (zwanego dalej „SEZOZ”) staje się z dniem 1 stycznia 2027 r. EPS. Zgodnie z art. 3 ust. 2 dane zgromadzone w systemie SEZOZ stają się z tym dniem danymi EPS. Wprowadzenie wyżej przywołanego przepisu art. 4 ust. 2 wynika z faktu konieczności zapewnienia ciągłości danych zgromadzonych w SEZOZ oraz zagwarantowania ich przejścia w całości do EPS.

Zakłada się, że funkcjonalności przenoszone z obecnego systemu SEZOZ będą dostępne z dniem wejścia w życie projektu ustawy.

Zakłada się, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

Przyjęto rozwiązanie, że usługodawcy będą przekazywać do EPS dane w zakresie:

- 1) łóżek szpitalnych,
 - 2) pracowników medycznych (identyfikator pracownika medycznego, dane dotyczące miejsca wykonywania zawodu medycznego),
 - 3) zapasów gazów medycznych,
- nie później niż od dnia 1 lipca 2027 r.

Do dnia 1 lipca 2027 r. podmiotom wskazanym w art. 24 ust. 10–12 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym projektem ustawy, będą udostępniane ww. dane z EPS tylko w takim zakresie, w jakim zostały przekazane do tego systemu.

Procedowana zmiana zakłada także wygaszenie przekazywania przez usługodawców danych dotyczących hospitalizacji pacjentów z COVID-19, w tym danych klinicznych oraz łóżek przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19 do Rządowego Centrum Bezpieczeństwa. Zakres ten dodano do ustawy w czasie pandemii COVID-19, przy czym przeznaczony do tego moduł systemu teleinformatycznego nie został uruchomiony, a termin rozpoczęcia przekazywania przez usługodawców danych do Rządowego Centrum Bezpieczeństwa jest wciąż przekładany. Biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiczną, zaprojektowane rozwiązanie nie znajduje już uzasadnienia.

Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych, w zakresie identyfikatora pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Gromadzenie identyfikatora pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ww. ustawy, jest niezbędne dla wyliczenia ilościowego potencjału usługodawcy w zakresie personelu medycznego (nie ma dwóch takich samych ID). Zgodnie z przytoczonym zapisem ustawy, numer PESEL będzie przetwarzany wyłącznie w przypadkach, w których nie nadano pracownikowi identyfikatora. W ocenie projektodawcy będzie to miało charakter incydentalny, jeżeli w ogóle wystąpi. Nie mniej jednak, w celu zabezpieczenia takich przypadków, przeprowadzono ocenę skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego

przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). W EPS nie przewiduje się automatycznego przetwarzania danych innego niż agregacja na potrzeby opracowania statystyk ilościowych. Nie będzie także możliwości automatycznego połączenia pracownika medycznego ze zrealizowanym świadczeniem opieki zdrowotnej, profilowania itp. przetwarzania maszynowego.

Projekt ustawy będzie miał wpływ na rozwój mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw wykonujących działalność leczniczą. Do czasu integracji systemów teleinformatycznych usługodawców zajdzie konieczność wpisywania do EPS danych, które nie są przechowywane w systemach teleinformatycznych lub systemy te nie umożliwiają raportowania. W pierwszym przypadku pozwoli to jednak gromadzić dane w sposób zapewniający bezpieczeństwo i integralność danych. Nastąpi także zmiana sposobu przekazywania informacji o awariach lub wyłączeniach – w nowocześniejszej formie zapewniającej archiwizację i pewność dostarczenia do wszystkich zainteresowanych podmiotów.

Zmiana w ustawie z dnia 5 grudnia 2024 r. o ochronie ludności i obronie cywilnej (Dz. U. poz. 1907) polega na dostosowaniu przepisów dotyczących Centralnej Ewidencji Zasobów w zakresie pozyskiwania danych z EPS.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt ustawy nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt ustawy nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.
Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektu ustawy umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej	Data sporządzenia 2025-07-04
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: inicjatywa własna
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Katarzyna Kacperczyk Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD 191
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Agata Śmiglewska, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii e-mail: a.smiglewska@mz.gov.pl nr tel. +48 882 790 633	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Zmiana ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302 i 779) ma na celu zastąpienie istniejącego Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (zwanego dalej „SEZOZ”) przez system Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (zwany dalej również „EPS”).

W ramach systemu EPS będzie możliwe w stosunku do aktualnie funkcjonujących rozwiązań (SEZOZ), monitorowanie w czasie rzeczywistym potencjału usługodawców wykonujących działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej. W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna, zakres danych oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian. Należy przy tym wskazać, że obecnie dane w systemie SEZOZ są niskiej jakości, niejednokrotnie nieaktualne, a przez to nie są wykorzystywane optymalnie przez decydentów. Skutkuje to także wprowadzaniem własnych rozwiązań, nierzadko powielających się, a przede wszystkim dokładających nowych zadań pracownikom usługodawców.

Aktualnie, w systemie ochrony zdrowia brak jest rozwiązań pozwalających na monitorowanie, zarówno na poziomie wojewódzkim, jak również centralnym, danych o aktualnym stanie zasobów: łóżek szpitalnych, pracowników medycznych, infrastruktury, wyrobów medycznych, środków ochrony indywidualnej, gazów medycznych oraz krwi i jej składników.

Efektywne raportowanie tych danych ma kluczowe znaczenie w szczególności w sytuacjach kryzysowych, w tym związanych z obronnością. W zakresie zaspokojenia potrzeb obronnych państwa EPS będzie narzędziem wykorzystywanym przez Ministra Obrony Narodowej.

Należy zauważyć, że na poziomie wojewódzkim pojawiają się niezależne od siebie rozwiązania oparte o systemy teleinformatyczne, niemniej jednak nie zostały one zintegrowane, jak również nie został zapewniony dostęp do gromadzonych danych z poziomu organów administracji rządowej. Dane o bieżącej dostępności łóżek oraz planowanych zabiegach rezerwujących te zasoby w większości przypadków są gromadzone w poszczególnych komórkach organizacyjnych podmiotów leczniczych i nie podlegają agregowaniu na poziomie całego podmiotu, co w efekcie nie pozwala na pełną i wiarygodną ocenę aktualnego potencjału usługodawcy.

W czasie pandemii COVID-19 okazało się, że sposoby i jakość raportowania danych niezbędnych do szybkiego podejmowania decyzji i reagowania w sytuacji kryzysowej mają wiele wad. Wiele kluczowych dla świadczenia opieki zdrowotnej danych było przekazywanych drogą telefoniczną lub mailową z wykorzystaniem dokumentów w docx, pdf czy xlsx. W przypadku systemów teleinformatycznych, dane wprowadzano ręcznie, w niektórych przypadkach kilka razy dziennie, z uwagi na konieczność aktualizacji sprawozdanych danych. Powodowało to obciążenie dodatkowymi zadaniami personelu usługodawców, w tym także medycznego, a także konieczność zatrudnienia nowych pracowników, ponadto przekładało się to na jakość sprawozdawanych danych, a tym samym na procesy decyzyjne.

Podczas wizyt studyjnych prowadzonych przez pracowników Ministerstwa Zdrowia u usługodawców i rozmów z personelem oraz spotkań z innymi podmiotami realizującymi zadania z zakresu nadzoru nad systemem ochrony zdrowia i zarządzania kryzysowego wskazywano na wiele problemów w obszarze sprawozdawczości, tj. jej jakości i aktualności danych, a także dublujących się sprawozdań. Podkreślano również zasadność wprowadzenia ujednoliconych rozwiązań i wymiany danych na poziomie centralnym.

W aktualnie funkcjonujących systemach informacji brakuje również danych o tymczasowym wyłączeniu łóżek z eksploatacji, które wynikają z awarii lub złego stanu technicznego, niedostępności sal chorych (np. z powodu choroby zakaźnej i konieczności izolowania pacjentów – wówczas w sali przeznaczonej np. dla czterech pacjentów może być hospitalizowany wyłącznie jeden), zdarzeń losowych (np. pożar, remont, zalenie), czasowego ograniczenia zdolności obsługi (absencja kadry itp.). Obecnie przepływ tych informacji jest realizowany w formie pisma przesyłanego faksem lub pocztą elektroniczną.

Personel usługodawców wskazywał także na kwestie dotyczące utrudnionej bieżącej kontroli zasobów tlenowych oraz środków ochrony indywidualnej. Brak jest również odpowiedniej sprawozdawczości w zakresie sprzętu medycznego,

a dane o aktualnych awariach i niedostępnościach spowodowanych przeglądami technicznymi i serwisowaniem, wymieniane są telefonicznie lub mailowo. Nierzadko usługodawca dysponuje sprzętem, który nie jest wykazany w danych Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej „NFZ”), z uwagi na brak obowiązku wykazania go poza procesem kontraktowania z NFZ.

Kładziono również akcent na problem z obsługą i realizacją świadczenia opieki zdrowotnej w sytuacji przywiezienia przez zespół ratownictwa medycznego (zwanego dalej „ZRM”) pacjenta do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym brak było personelu medycznego oraz dostępności miejsca wykonania zabiegów (m.in. zajęty lub nieczynny blok operacyjny), czy też brakowało specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania zabiegu lub diagnostyki, lub był uszkodzony.

W tym kontekście usługodawcy i jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (zwanego dalej „PRM”) zgłaszają potrzebę dostępu do pełnej i aktualnej informacji z terenu, np. powiatu lub województwa, o możliwości wykonania koniecznego zabiegu ratującego życie w innym podmiocie leczniczym, aby móc skutecznie skierować karetkę z pacjentem w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia do miejsca, gdzie wykonanie zabiegu będzie możliwe w danej chwili. Zdarzają się sytuacje, w których informacja o braku możliwości przejęcia pacjenta przez dany podmiot nie jest skutecznie przekazywana, np. jednostkom PRM (w tym informacje o awarii m.in.: tomografu, rezonansu, łądowniska, windy, informacje o braku możliwości bezpiecznego transportu zaintubowanego pacjenta itp.). Informacja o faktycznym stanie dostępności łóżek zwykle jest wprowadzana manualnie i zbierana 2 razy na dobę, co przekłada się na bardzo niski walor informacyjny (z uwagi na bieżący ruch chorych w szpitalach, informacja o wolnych łóżkach szybko dezaktualizuje się).

Na poziomie lokalnego zarządzania kryzysowego nie istnieje także skuteczne monitorowanie zasobów personelu medycznego oraz dostępności systemu ochrony zdrowia pod kątem zabezpieczenia na wypadek sytuacji kryzysowej.

W związku z powyższym zachodzi pilna potrzeba wdrożenia systemu informacji, który będzie odpowiedzią na przedstawione powyżej problemy. EPS stanowi odpowiedź na te oczekiwania. Dzięki projektowanemu rozwiązaniu, oprócz poprawy jakości przekazywanych danych zmniejszy się obciążenie usługodawcy obsługą administracyjną w tym zakresie. Usługodawcy będą mieli dostęp do nowoczesnych, gotowych form sprawozdawczości, dostępnych z poziomu aplikacji webowej, a raz wprowadzone dane będą widoczne dla wszystkich interesariuszy, co skróci czas realizacji zadań sprawozdawczych. Natomiast personel interesariuszy również szybko pozyska oczekiwane zestawienia. Dane o zmianie zajętości łóżek będą przekazywane automatycznie, bezpośrednio ze szpitalnych systemów informacyjnych, co zapewni ich aktualność i pozwoli na odwzorowanie stanu faktycznego, co poprawi także stan wiedzy dyspozytorów medycznych w tym zakresie. Z kolei możliwość zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko przez dyspozytora medycznego pozwoli na przygotowanie sił i środków do przyjęcia pacjenta i sprawne przekazanie go przez ZRM. Rozwiązanie to pozwoli także uniknąć przewożenia pacjenta od szpitala do szpitala i przyczyni się do poprawy jego komfortu.

Wdrożenie systemu pozwoli na poprawę jakości monitorowania potencjału i zabezpieczenia szpitali przy jednoczesnej automatyzacji procesu przekazywania danych przez usługodawców dzięki bezpośredniej komunikacji z systemami teleinformatycznymi usługodawców, a w szczególności ze Szpitalnym Systemem Informacyjnym (zwanym dalej „HIS”). Pobieranie danych bezpośrednio z systemów szpitalnych zapewni aktualną i zbliżoną do stanu faktycznego informację o stanie potencjału szpitali. Wprowadzenie jednolitej sprawozdawczości w skali całego kraju umożliwi również stworzenie referencyjnego zbioru danych dla wszystkich szczebli zarządzania z jednoczesnym ograniczeniem obciążenia sprawozdawczego usługodawców.

Wdrożenie EPS pozwoli także na ograniczenie kosztów związanych z koniecznością utrzymania lokalnych rozwiązań teleinformatycznych w tym obszarze. Analizując roczną liczbę raportów przekazywanych przez szpitale oraz czas poświęcony na ich przygotowanie, oceniono, że wdrożenie EPS pozwoli na wygenerowanie rocznych oszczędności na poziomie kilkudziesięciu milionów złotych na poziomie całego kraju. Natomiast pracownicy usługodawców będą mogli efektywniej realizować inne zadania.

Zmiana w ustawie z dnia 5 grudnia 2024 r. o ochronie ludności i obronie cywilnej (Dz. U. poz. 1907) polega na dostosowaniu przepisów dotyczących Centralnej Ewidencji Zasobów w zakresie pozyskiwania danych z EPS.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Zmiana ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia ma na celu wprowadzenie EPS, który zastąpi istniejący system SEZOZ i umożliwi monitorowanie w czasie rzeczywistym potencjału usługodawców wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w zakresie łóżek szpitalnych, pracowników medycznych, kluczowych wyrobów medycznych, zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej i gazy medyczne, krwi i jej składników, a także stanu infrastruktury oraz informowania o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy, pod kątem zapewnienia właściwego procesu decyzyjnego oraz w sytuacjach kryzysowych w ramach Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego. Główną funkcjonalnością projektowanego rozwiązania jest zautomatyzowane pozyskiwanie danych bezpośrednio z systemów teleinformatycznych usługodawców (w tych obszarach, w których będzie to zasadne i możliwe) w celu optymalizacji procesów sprawozdawczych, co znacząco ograniczy nadmierne obciążenie administracyjne podmiotów. Wdrożenie EPS umożliwi bieżące monitorowanie:

- 1) łóżek szpitalnych – w przypadku zmiany ogólnej liczby łóżek, a w przypadku zajęcia albo zwolnienia łóżka przez usługobiorcę – w sposób zautomatyzowany do 30 minut od zajęcia albo zwolnienia łóżka szpitalnego; aktualnie raportowane ręcznie 2 razy dziennie;
- 2) pracowników medycznych – w przypadku każdej zmiany związanej z miejscem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez tego pracownika, którą przekazuje w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca; analogiczne terminy przekazywania danych jak dotychczas;
- 3) wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej – w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca, według stanu na dzień przekazania danych; analogiczne terminy przekazywania danych jak dotychczas;
- 4) infrastruktury – w terminie 30 dni od wystąpienia zmian; aktualnie nie są przekazywane przez usługodawców;
- 5) zapasów gazów medycznych – w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca; aktualnie nie są przekazywane przez usługodawców;
- 6) przerwy w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej albo zaprzestania działalności leczniczej, o których mowa w § 5 pkt 7 – niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 30 minut od wystąpienia zdarzenia; aktualnie nie są przekazywane przez usługodawców.

Należy wskazać, że mimo zakładanej automatyzacji, przekazywanie części danych nie jest wymagane w czasie rzeczywistym lub ich zmienność jest niska. W związku z tym, mając także na uwadze możliwości dostosowania systemów teleinformatycznych, zakresy te oraz interwały przekazywania zostaną wskazane w rozporządzeniu wykonawczym.

Ponadto w celu poprawy propagacji informacji w EPS będą prezentowane zagregowane dane dotyczące zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, o którym mowa w art. 5 pkt 22 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782). Aktualnie dane te nie są monitorowane centralnie, a dostęp do nich z poziomu usługodawcy jest znacznie ograniczony. Szczegółowy zakres danych zostanie wskazany w rozporządzeniu wydanym na podstawie ww. art. 24 ust. 13. Przewiduje się, że będzie obejmował zbiorcze informacje w zakresie:

- 1) liczby dostępnych jednostek krwi według grupy krwi;
- 2) liczby dostępnych jednostek składników krwi według nazwy;
- 3) nazwy centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa lub banku krwi przechowującego krew i jej składniki.

Ponadto administrator systemu e-krew, o którym mowa w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, będzie przekazywał do EPS z systemu e-krew w rozumieniu art. 5 pkt 22 tej ustawy, zagregowane dane o zapasach krwi i jej składników. Będzie to następowało w sposób zautomatyzowany między systemami z wykorzystaniem interfejsów programistycznych lub mechanizmów wymiany danych platformy P1.

Projekt ustawy przewiduje, że dane dotyczące wyrobów medycznych będą przekazywane do EPS przez NFZ z systemów teleinformatycznych NFZ. Integracja EPS z systemami teleinformatycznymi NFZ w zakresie wyrobów medycznych wynika z dążenia do ograniczenia obciążeń sprawozdawczych usługodawców i unikania wielokrotnej sprawozdawczości. Obecnie usługodawcy sprawozdają przedmiotowe dane do kilku systemów, a priorytetem dla nich są systemy teleinformatyczne NFZ ze względu na treść zawieranych umów z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Założeniem projektu ustawy jest, aby dane przekazywane do systemów teleinformatycznych NFZ automatycznie zasilają EPS (za pośrednictwem interfejsów programistycznych). Natomiast po stronie usługodawców pozostanie jedynie uzupełnienie informacji, które nie zostały przekazane do NFZ.

W systemie będą gromadzone również dane o przerwie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz dane o czasowym zaprzestaniu działalności leczniczej, o którym mowa w art. 34 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.), i automatycznie dystrybuowane do wszystkich podmiotów realizujących zadania z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zarządzania kryzysowego (aktualnie informacje są przekazywane mailem lub faksem, co stanowi rozbudowany proces, którego konsekwencją jest brak pewności, czy informacja dotarła do wszystkich zainteresowanych).

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposób i terminy przekazywania danych, o których mowa w ust. 1 i 2,
 - 2) wykaz wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej gromadzonych w EPS zgodnie z ust. 1 pkt 6 lit. d i e,
 - 3) szczegółowy zakres danych, o których mowa w ust. 1 pkt 6 lit. a, lit. b tiret drugie i lit. c–g oraz ust. 2
- mając na uwadze konieczność zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych w EPS oraz zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez usługodawców.

EPS ma na celu podniesienie jakości procesu decyzyjnego w systemie ochrony zdrowia w zakresie potencjału usługodawcy i poprawy jakości udzielanych świadczeń. Elektroniczne powiadomienie szpitala o pacjencie znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia transportowanego przez ZRM pozwoli na przygotowanie się Zespołu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego na przyjęcie pacjenta i jednocześnie zwrócenie uwagi na możliwą konieczność zabezpieczenia łóżka szpitalnego dla tego pacjenta.

Z perspektywy usługodawcy wdrożenie EPS pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych, dostępnego dla jednostek systemu PRM. Przełoży się to na zapobieganie

odmowom przyjęcia usługobiorcy przez szpital i ograniczy konieczność transportu usługobiorcy między szpitalami w celu udzielenia mu świadczenia opieki zdrowotnej.

Jednym z głównych założeń EPS jest połączenie z systemami teleinformatycznymi usługodawców i automatyzacja przesyłania danych oraz utworzenie zbioru danych o charakterze referencyjnym, co pozwoli ograniczyć obciążenie personelu usługodawcy zadaniami z obszaru sprawozdawczości.

Dane gromadzone w EPS będą udostępniane w postaci zagregowanej w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zadań ustawowych:

- 1) Ministrowi Obrony Narodowej,
- 2) ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych,
- 3) Narodowemu Funduszowi Zdrowia,
- 4) Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych,
- 5) Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu,
- 6) Państwowemu Wojewódzkiemu Inspektorowi Sanitarnemu,
- 7) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji,
- 8) wojewodzie,
- 9) wójtowi (burmistrzowi, prezydentowi miasta),
- 10) staroście,
- 11) marszałkowi województwa,
- 12) wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego, dyspozytorowi medycznemu, dysponentowi zespołu ratownictwa medycznego, w tym dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia,
- 13) podmiotowi tworzącemu w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 14) podmiotowi uprawnionemu do wykonywania praw z tytułu udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostce samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w przypadku usługodawcy będącego podmiotem leczniczym w formie spółki kapitałowej, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej

– w celu i zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań ustawowych związanych z ochroną zdrowia..

Ponadto dane zawarte w EPS będą udostępniane w postaci zagregowanej komendantom rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk w celu i zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań na potrzeby obronności i bezpieczeństwa państwa.

Należy wskazać, że w zakresie danych osobowych przetwarzaniu będzie podlegał jedynie identyfikator pracownika medycznego w rozumieniu art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Gromadzenie identyfikatora pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ww. ustawy, jest niezbędne dla wyliczenia ilościowego potencjału usługodawcy w zakresie personelu medycznego (nie ma dwóch takich samych ID). Zgodnie z przytoczonym przepisem ustawy numer PESEL będzie przetwarzany wyłącznie w przypadkach, w których nie nadano pracownikowi identyfikatora. W ocenie projektodawcy będzie to miało charakter incydentalny, jeżeli w ogóle wystąpi. Nie mniej jednak, w celu zabezpieczenia takich przypadków opracowano ocenę skutków dla ochrony danych (DPIA).

W EPS nie będą gromadzone i przetwarzane dane medyczne o usługobiorcach.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Projektowana zmiana stanowi domenę prawa krajowego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
minister właściwy do spraw zdrowia	1	dana powszechnie znana	możliwość monitorowania na poziomie centralnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia),

			5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, 8. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
Minister Obrony Narodowej	1	dana powszechnie znana	możliwość monitorowania na poziomie centralnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, 8. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	1	dana powszechnie znana	możliwość monitorowania na poziomie centralnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia),

			5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, 8. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
NFZ	1 centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie centralnym i regionalnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, 8. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
Zakład Ubezpieczeń Społecznych	1	dana powszechnie znana	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
Główny Inspektor Sanitarny	1	dana powszechnie znana	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny	16	dane powszechnie znane	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	1	dana powszechnie znana	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
podmioty tworzące w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz podmioty uprawnione do wykonywania praw z tytułu udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostce samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w przypadku usługodawcy będącego podmiotem leczniczym w formie spółki kapitałowej, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej	ok. 1000	szacunki własne	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
województwie	16	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie regionalnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, 8. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły

			wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
marszałkowie województwa	16	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie regionalnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, 8. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
starostowie	380	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie regionalnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, 8. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły

			wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
wójtowie (burmistrzowie, prezydenci miast)	łącznie 2477	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie regionalnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, 8. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego	16	dane własne Ministerstwa Zdrowia	możliwość monitorowania na poziomie regionalnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
dyspozytorzy medyczni	około 120 jednoczesnych	dane własne Ministerstwa Zdrowia	możliwość monitorowania na poziomie regionalnym danych o:

	stanowisk całodobowych		1. łóżkach szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
zespoły ratownictwa medycznego	około 1700	dane własne Ministerstwa Zdrowia	możliwość monitorowania, za pośrednictwem dyspozytorni medycznej, na poziomie lokalnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	1	dana powszechnie znana	możliwość monitorowania na poziomie centralnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów

			związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
Komendanci Rejonów Zabezpieczenia Medycznego Wojsk	8 Rejonów Zabezpieczenia Medycznego Wojsk	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie centralnym danych o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-krew, 8. częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy
podmioty wykonujące działalność leczniczą	około 27 tys.	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	uproszczenie bieżącej sprawozdawczości i zarządzania zasobami, digitalizacja procesów raportowych, które realizowane są w formie pisma przesyłanego faksem lub pocztą elektroniczną
usługobiorcy	37 mln 489 tys.	dane Głównego Urzędu Statystycznego (grudzień 2024 r.)	poprawa jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych dla jednostek systemu PRM

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Niniejszy projekt został przesłany do konsultacji publicznych i opiniowania, z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag, do:

- 1) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;

- 2) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 4) Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 5) Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 6) Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego;
- 7) Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 8) Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 9) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 10) Centrum e-Zdrowia;
- 11) Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
- 12) Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;
- 13) Głównego Inspektora Sanitarnego;
- 14) Głównego Inspektora Farmaceutycznego;
- 15) Prezesa Agencji Badań Medycznych;
- 16) Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH;
- 17) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 18) Naczelnej Izby Lekarskiej;
- 19) Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;
- 20) Naczelnej Izby Aptekarskiej;
- 21) Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych;
- 22) Krajowej Izby Fizjoterapeutów;
- 23) Krajowej Izby Ratowników Medycznych;
- 24) Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych;
- 25) Krajowego Związku Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 26) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych;
- 27) Polskiego Związku Ratowników Medycznych;
- 28) Międzyzakładowego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych w Legnicy;
- 29) Krajowego Stowarzyszenia Ratowników Medycznych;
- 30) Związku Zawodowego Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
- 31) Związku Zawodowego Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 32) Polskiej Federacja Szpitali;
- 33) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 34) Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego;
- 35) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 36) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 37) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 38) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 39) Stowarzyszenia „Dla Dobra Pacjenta”;
- 40) Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 41) Federacji Pacjentów Polskich;
- 42) Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 43) Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 44) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych;
- 45) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
- 46) Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 47) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
- 48) Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Polskich Szpitali Prywatnych;
- 49) Pracodawców Medycyny Prywatnej;
- 50) Stowarzyszenia Unia Uzdrowisk Polskich;
- 51) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 52) Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 53) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 54) Związku Pracodawców Business Centre Club;
- 55) Związku Rzemiosła Polskiego;
- 56) Konfederacji „Lewiatan”;
- 57) Forum Związków Zawodowych;
- 58) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
- 59) NSZZ „Solidarność”;
- 60) NSZZ „Solidarność-80”;
- 61) Rady Dialogu Społecznego;

- 62) Polskiego Towarzystwa Gospodarczego;
- 63) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 64) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
- 65) Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”;
- 66) Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu;
- 67) Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc;
- 68) Instytutu Hematologii i Transfuzjologii;
- 69) Instytutu Matki i Dziecka;
- 70) Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera;
- 71) Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki;
- 72) Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 73) Narodowego Instytutu Leków;
- 74) Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 75) Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”;
- 76) Instytutu Psychiatrii i Neurologii;
- 77) Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher;
- 78) Wojewodów i Marszałków województw.

Skrócenie okresu konsultacji publicznych do 21 dni było związane z istnieniem przesłanki ważnego interesu publicznego. Ze względu na wagę mającego powstać systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, istotnego z punktu widzenia usługobiorców, jak i całego systemu ochrony zdrowia, jest zasadne, aby system ten został wdrożony w jak najkrótszym czasie. W szczególności jest to istotne z perspektywy funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego, co z kolei przekłada się na wzrost bezpieczeństwa pacjentów. Możliwość weryfikacji danych na temat dostępności łóżek skróci czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Ponadto sprawne przeprowadzenie procesu konsultacji zwiększyło szanse na pozyskanie finansowania na realizację projektu ze środków unijnych.

Projekt, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677), został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia wraz z przekazaniem projektu do uzgodnień z członkami Rady Ministrów. Projekt został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806 oraz z 2025 r. poz. 408).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały przedstawione w dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pozostałe jednostki (oddzielnie)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania	Rok 0 rozumiany jest jako 2025 r. – dwa lata przed wejściem w życie zmienianej ustawy (w tym czasie będą realizowane prace projektowe i deweloperskie).											
	Źródło finansowania:											

	W latach 0–2 (08.2025 – 09.2027) projekt będzie realizowany, pod warunkiem uzyskania dofinansowania, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Cyfrowego na lata 2021-2027. Projekt został złożony w naborze nr FERC.02.01-IP.01-004/25, Priorytet: Zaawansowane usługi cyfrowe, Działanie: Wysoka jakość i dostępność e-usług publicznych, Fundusz: Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego. Planowany całkowity koszt projektu to 41 338 095,67 zł, w tym Centrum e-Zdrowia: 40 457 753,16 zł, Ministerstwo Zdrowia: 880 342,50 zł. Realizacja jest przewidziana na lata 2025-2027. Wybór projektu do dofinansowania następuje w sposób konkurencyjny. Projekt zostanie rekomendowany do dofinansowania, jeżeli uzyska ocenę pozytywną w wyniku oceny formalnej i ocenę pozytywną w wyniku oceny merytorycznej. Termin przewidziany na ocenę wniosku nie powinien, co do zasady, przekroczyć 100 dni licząc od daty przekazania wniosku do oceny do momentu wysłania Wnioskodawcy informacji o wyniku oceny wniosku. Zgodnie ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie, maksymalne dofinansowanie wynosi 100% kwoty wydatków kwalifikowanych projektu, pod warunkiem uzyskania pozytywnej oceny oraz wybrania projektu do dofinansowania. W ramach tego 79,71% stanowią środki UE (EFRR) w kwocie 32 950 596,05 zł, a 20,29 % stanowi współfinansowanie krajowe z budżetu państwa w kwocie 8 387 499,61 zł. W latach 2–10 (od 10.2027): W latach 2–10 projekt będzie realizowany w ramach części 46-Zdrowie budżetu państwa, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Na etapie projektowania budżetów na poszczególne lata, konieczne będzie każdorazowe zgłaszanie potrzeby zabezpieczenia wydatków ujętych w niniejszym dokumencie. Skutki wejścia w życie ustawy zostaną zabezpieczone w ramach środków ustalonych na każdy rok zgodnie z art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bez konieczności ich zwiększania, w tym w ramach niezwiększonego funduszu wynagrodzeń. Jednocześnie, należy podkreślić, że wskazane zapotrzebowanie kadrowe będzie finansowane ze środków unijnych (nabór FERC.02.01-IP.01-004/25), a późniejsze utrzymanie z zasobów kadrowych Centrum e-Zdrowia. Konieczne jest wskazanie zapotrzebowania na zabezpieczenie personelu do realizacji prac związanych z budową i późniejszym utrzymaniem EPS. Należy przy tym wskazać, że jest konieczne rozbudowanie kompetencji niezbędnych do rozwoju i utrzymania systemów informatycznych Centrum o dodatkowe zasoby etatowe. Podążając za strategią Centrum e-Zdrowia polegającą na uniezależnieniu się od dostawców kompleksowo wdrażających i utrzymujących rozwiązania informatyczne, jest konieczne zatrudnienie wysoko wykwalifikowanych specjalistów branży IT w ramach umów o pracę. Projektowana regulacja nie powoduje skutków dla innych jednostek sektora finansów publicznych, w tym jednostek samorządu terytorialnego.																																				
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Szacowane wydatki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln PLN] przedstawia tabela poniżej: <table><tr><th>Rok</th><th>2025</th><th>2026</th><th>2027</th><th>2028</th><th>2029</th><th>2030</th><th>2031</th><th>2032</th><th>2033</th><th>2034</th><th>2035</th></tr><tr><th>Źródło</th><th>FERC</th><th>FERC</th><th>FERC/ Budżet Państwa</th><th>Budżet Państwa</th><th>Budżet Państwa</th><th>Budżet Państwa</th><th>Budżet Państwa</th><th>Budżet Państwa</th><th>Budżet Państwa</th><th>Budżet Państwa</th><th>Budżet Państwa</th></tr><tr><td>Wydatki ogółem [mln PLN]</td><td>18,2</td><td>15,1</td><td>19,3</td><td>11,5</td><td>11,7</td><td>11,9</td><td>12,1</td><td>12,4</td><td>12,6</td><td>12,9</td><td>13,1</td></tr></table> Założenia do przyjętych wyżej obliczeń (koszty ponoszone przez Centrum e-Zdrowia – opracowanie Centrum e-Zdrowia):	Rok	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	Źródło	FERC	FERC	FERC/ Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Wydatki ogółem [mln PLN]	18,2	15,1	19,3	11,5	11,7	11,9	12,1	12,4	12,6	12,9	13,1
Rok	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035																										
Źródło	FERC	FERC	FERC/ Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa	Budżet Państwa																										
Wydatki ogółem [mln PLN]	18,2	15,1	19,3	11,5	11,7	11,9	12,1	12,4	12,6	12,9	13,1																										

Razem	2025 FERC	2026 FERC	2027 FERC / OŚR	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	RAZEM
etaty	8,7	28,3	27,88	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	
Koszty osobowe w tys.	173 938	4 626 390	4 460 916	331 200	331 200	331 200	331 200	331 200	331 200	331 200	331 200	11 851 064
wynagrodzenie	144 796	3 837 094	3 032 841	253 976	253 976	253 976	253 976	253 976	253 976	253 976	253 976	9 040 477
OŚR	0	12 301	926 233	257 793	21 588	21 588	21 588	21 588	21 588	21 588	21 588	747 963
składowe	27 052	719 452	484 339	51 503	51 503	51 503	51 503	51 503	51 503	51 503	51 503	1 842 885
0411	18 501	625 142	345 501	48 111	44 752	44 752	44 752	44 752	44 752	44 752	44 752	1 590 549
0412	8 551	94 310	47 295	12 538	6 752	6 752	6 752	6 752	6 752	6 752	6 752	239 946
PPH	2 272	57 742	30 393	7 677	4 233	4 233	4 233	4 233	4 233	4 233	4 233	146 908
% dynamiki roz. wyngo.	1,010	1,043	1,008	1,023	1,027	1,026	1,025	1,025	1,025	1,024	1,024	
Razem koszty osobowe z uwzgl. % dynamiki	182 656	5 163 968	5 196 983	411 838	422 958	434 578	445 672	456 834	468 234	479 472	490 979	14 153 951
Wydatki bieżące	1 468 911	4 280 087	7 979 628	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	51 801 555
Wydatki majątkowe	18 872 925	3 735 894	5 914 720	8 102 488	6 299 641	6 306 656	6 734 017	6 952 248	7 181 891	7 443 517	7 688 822	81 810 816
Razem wydatki bieżące i majątkowe	18 341 117	10 021 982	13 894 348	12 860 919	11 058 072	11 265 087	11 492 448	11 710 679	11 950 322	12 201 947	12 425 253	135 212 368
CPV	0,000	0,000	1,026	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	
Razem wydatki bieżące i majątkowe z uwzględnieniem CPV	18 341 117	10 021 982	14 171 850	11 132 440	11 334 524	11 546 712	11 769 509	12 001 446	12 240 080	12 506 990	12 735 888	137 813 738
Maksym. produkcja / składowe	274 708	50 945	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	770 888
RAZEM CPV (z uwzgl. dynamiki i CPV pomniejszone o wpływ produkcji / składowe)	18 249 265	13 135 081	13 319 405	11 404 900	11 708 104	11 933 712	12 165 803	12 410 862	12 667 936	12 917 090	13 177 485	131 397 618

Uzasadnienie wydatków:

Etaty, koszty osobowe – wynikające z powołania zespołu projektowego, który będzie realizował następujące zadania:

- 1) zarządzanie, nadzór i realizacja prac deweloperskich związanych z wytworzeniem i rozwojem systemu,
- 2) nadzór nad realizacją usług utrzymania oraz realizacja zadań utrzymaniowych w zakresie Centrum e-Zdrowia,
- 3) wsparcie dostawców oprogramowania w integracji i rozwiązywania problemów,
- 4) rozwiązywanie zgłoszeń, zapytań i błędów,
- 5) współpraca z interesariuszami w zakresie obsługi zmian procesów,

Zapotrzebowanie na poszczególne zadania będzie zależne od potrzeb, np. w pierwszym okresie większy udział stanowić będą osoby pracujące nad wytworzeniem aplikacji, a w mniejszym zakresie osoby związane z realizacją prac utrzymaniowych, natomiast po wdrożeniu oraz sukcesywnym uruchamianiu kolejnych funkcjonalności, proporcje będą się zmieniać na korzyść zespołu utrzymaniowego. Wskazana liczba wynika z oszacowania wielkości zadań, które wprowadzi projekt ustawy oraz doświadczeń związanych z wdrażaniem usług masowych (dla całej populacji), które staną się jednocześnie usługą mającą wpływ na funkcjonowanie każdego podmiotu leczniczego.

W ramach realizowanych działań planowane do zabezpieczenia są bezpośrednie koszty zarządzania projektem EPS. Do realizacji działań w powyższych obszarach jest niezbędne posiadanie przez Centrum e-Zdrowia wysoko wykwalifikowanych specjalistów. W celu prawidłowej realizacji projektu i zabezpieczenia właściwego utrzymania i rozwoju, kluczowe stanowiska winny być obsadzone przez pracowników etatowych Centrum e-Zdrowia. W ramach etatów wykonujących merytoryczne zadania związane z głównymi celami i produktami projektu przewidziane są następujące stanowiska (Skład zespołu projektowego):

Rok 2025 (finansowanie ze środków FERC: nabór FERC.02.01-IP.01-004/25):

5 miesięcy:

- Analityk (KBT+ABT) – 0,6 FTE
- DevOps (Development) – 1,10 FTE
- Analityk (Development) – 0,3 FTE
- Zastępca Kierownika Projektu – 0,8 FTE
- Administrator systemów IT – 0,8 FTE
- PMO specjalista – 0,1 FTE
- Specjalista ds. zarządzania zmianą – 0,2 FTE
- Lider techniczny – 0,2 FTE
- Lider testów - 0,1 FTE
- Nadzór nad projektem – 0,1 FTE
- Utrzymanie i wsparcie (Analitycy, Architekci, DevOps) – 8 FTE
- Linia L2 i L3 (Zespół aplikacyjny - dyżur) – 6 FTE
- Administrator (Utrzymanie infrastruktury - ruch ciągły) – 5 FTE

Rok 2026 (finansowanie ze środków FERC: nabór FERC.02.01-IP.01-004/25):

7 miesięcy:

- Analityk (KBT+ABT) – 0,6 FTE
- DevOps (Development) – 1,1 FTE
- Analityk (Development) – 0,3 FTE

	• Zastępca Kierownika Projektu – 0,8 FTE • Administrator systemów IT – 0,8 FTE • PMO specjalista – 0,1 FTE • Specjalista ds. zarządzania zmianą – 0,2 FTE • Lider techniczny – 0,2 FTE • Lider testów - 0,1 FTE • Nadzór nad projektem – 0,1 FTE <u>12 miesięcy:</u> • utrzymanie i wsparcie (Analitycy, Architekci, DevOps) – 8 FTE • Linia L2 i L3 (Zespół aplikacyjny - dyżur) – 6 FTE • Administrator (Utrzymanie infrastruktury - ruch ciągły) – 5 FTE Koszty osobowe w Ministerstwie Zdrowia: Rok 2025 i 2026 (finansowanie ze środków FERC): • Kierownik projektu po stronie lidera – 1 FTE • Specjalista ds. kontaktu z interesariuszami – 0,5 FTE • Specjalista ds. legislacji – dodatek zadaniowy (okres trwania projektu) • Specjalista ds. wsparcia technicznego - dodatek zadaniowy (okres trwania projektu) • Utworzenie strony projektu w ramach struktury Ministerstwa Zdrowia – 1 dodatek zadaniowy (3 miesiące). Ponadto w ramach etatów pośrednich są planowane koszty personelu obsługowego jednostki zaangażowanego w realizację zadań związanych z Projektem dotyczy to m.in. obsługi kadrowej, finansowej, księgowej, zamówień publicznych, obsługi prawnej, administracyjnej, kosztów zarządu czy też Ekspert ds. WCAG i serwisów internetowych. Zapewnienie odpowiednio dobranego zespołu projektowego pozwoli na szybkie i efektywne wykonanie prac oraz osiągnięcie założonego celu projektu na najwyższym poziomie. W realizacji projektu przewidziano wspólny udział pracowników etatowych i konsultantów BDL. W wyliczeniach uwzględniono wszystkie składniki wynagrodzeń, w tym pochodne. Została również uwzględniona indeksacja kosztów wynagrodzeń o wskaźnik procentowy dynamiki zmiany wynagrodzeń zgodnie z opublikowanym przez Ministerstwo Finansów dokumentem pn. „Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw. Aktualizacja na październik 2024”. Zadania związane z utrzymaniem i dalszym rozwojem EPS będą realizowane z wykorzystaniem zasobu kadrowego Centrum e-Zdrowia. Dla porządku, jest istotne wskazane zapotrzebowania na realizację zadań w celu zapewnienia przesunięcia środków lub kadry. Do realizacji działań w powyższych obszarach jest niezbędne posiadanie przez Centrum e-Zdrowia wysoko wykwalifikowanych specjalistów. Poniżej przedstawione zostały planowane zadania do realizacji: • DevOps (Development) – 0,3 FTE (Zakres obowiązków: realizacja zadań w zakresie procesu wytwarzania oprogramowania, poprawy jakości pracy programistów, wsparcie w szybszym wdrażaniu oprogramowania, automatyzacja procesów budowania, testowania i wdrażania oprogramowania (CI/CD), zarządzanie infrastrukturą w chmurze (np. AWS, Azure, GCP) lub infrastrukturą lokalną, konfigurowanie i utrzymanie systemów monitorowania i logowania, współpraca z zespołami programistów i operatorów w celu optymalizacji procesów, zarządzanie konfiguracją i wdrażanie zmian w infrastrukturze, zapewnienie bezpieczeństwa systemów i aplikacji, identyfikacja i rozwiązywanie problemów związanych z wydajnością i stabilnością systemów, tworzenie i utrzymanie dokumentacji technicznej, zarządzanie kontenerami i orkiestracją (np. Docker, Kubernetes), optymalizacja kosztów infrastruktury i oprogramowania.), • Analityk (Development) – 0,3 FTE (Zakres obowiązków: Odpowiedzialność za prowadzenie ustaleń z biznesem w ramach przedsięwzięcia, zbieranie i analiza wymagań interesariuszy, Wypracowywanie założeń oraz pozyskiwanie danych niezbędnych dla opracowania wizji realizacji Inicjatywy, konsultacje w wytworzeniu rozwiązania projektowego, opiniowanie rozwiązania wraz z oceną ryzyk, przekazanie wiedzy w zakresie rozwiązania przy włączaniu rozwiązania do utrzymania w ramach domeny, aktualizacja, wytworzenie, wskazanie listy usług biznesowych wymaganych lub określonych w ramach rozwiązania, współpraca z analitykiem domenowym, architektem rozwiązania, odpowiedzialność za aktualność opisu architektury biznesowej przedsięwzięcia, odpowiedzialność za użycie i aktualizację istniejących opisów bez klonowania informacji, propagowanie wiedzy w zespole
--	--

projektowym, utrzymanie aktualności dokumentacji w ramach Repozytorium Centrum e-Zdrowia),

- Zastępca Kierownika Projektu – 0,25 FTE (Zakres obowiązków: wspieranie Kierownika Projektu w przygotowaniu i utrzymywaniu produktów zarządczych, współpracując z wszelkimi interesariuszami, oraz uzgadnianie ich z Komitetem Sterującym, sporządza raporty, utrzymywanie Repozytorium dokumentacji projektowej i wynikowej, monitorowanie postępu prac i identyfikacja potencjalnych ryzyk, zarządzanie podziałem zadań w zespole projektowym, koordynacja komunikacji między członkami zespołu i interesariuszami, przygotowywanie raportów i prezentacji dotyczących postępów projektu, asystowanie w zarządzaniu budżetem i zasobami projektu, wsparcie w rozwiązywaniu problemów i konfliktów w zespole, uczestniczenie w spotkaniach projektowych i sporządzanie notatek, dbanie o terminową realizację zadań i przestrzeganie harmonogramu, zastępowanie kierownika projektu w razie jego nieobecności.),
- Administrator systemów IT – 0,1 FTE (Zakres obowiązków: zarządzanie i utrzymanie infrastruktury serwerowej, monitorowanie wydajności i stabilności systemów, instalacja i konfiguracja oprogramowania systemowego, zarządzanie kontami użytkowników i uprawnieniami dostępu, dbanie o bezpieczeństwo systemów i danych, rozwiązywanie problemów technicznych i incydentów, tworzenie i utrzymanie dokumentacji technicznej, planowanie i wdrażanie kopii zapasowych oraz odzyskiwania danych, automatyzacja procesów administracyjnych, wdrażanie i utrzymanie systemów wirtualizacji i konteneryzacji.),
- PMO specjalista – 0,1 FTE (Zakres obowiązków: Tworzenie i aktualizacja standardów zarządzania projektami, monitorowanie zgodności projektów z przyjętymi standardami, przygotowywanie raportów o stanie projektów dla zarządu i interesariuszy, wsparcie kierowników projektów w planowaniu i realizacji projektów, zarządzanie dokumentacją projektową i jej archiwizacja, prowadzenie szkoleń i warsztatów z zakresu zarządzania projektami, identyfikowanie i analiza ryzyk projektowych, wsparcie w procesie budżetowania i kontroli kosztów projektów, zarządzanie narzędziami do zarządzania projektami, koordynacja i komunikacja między zespołami projektowymi.),
- Specjalista ds. zarządzania zmianą – 0,1 FTE (Zakres obowiązków: Opracowywanie i wdrażanie strategii zarządzania zmianą, analiza wpływu zmian na organizację i pracowników, identyfikowanie i zarządzanie ryzykiem związanym ze zmianami, tworzenie i prowadzenie szkoleń oraz warsztatów dla pracowników, komunikacja zmian do interesariuszy, monitorowanie postępów zmian i ocena ich efektywności, wsparcie kierowników projektów w zarządzaniu zmianami, tworzenie i aktualizacja dokumentacji dotyczącej zarządzania zmianami, budowanie zaangażowania pracowników w proces zmian, identyfikacja i rozwiązywanie oporu wobec zmian.),
- Lider techniczny – 0,1 FTE (Zakres obowiązków: Projektowanie architektury oprogramowania i systemów, koordynacja prac zespołu programistycznego, mentoring i wsparcie techniczne dla członków zespołu, przegląd kodu i zapewnienie wysokiej jakości oprogramowania, rozwiązywanie skomplikowanych problemów technicznych, ocena i wybór odpowiednich technologii, planowanie i realizacja zadań technicznych zgodnie z harmonogramem, dbanie o spójność technologiczną w projekcie, współpraca z menedżerami i interesariuszami projektu, tworzenie i utrzymanie dokumentacji technicznej, współpraca z biznesem; projektowanie rozwiązań technicznych; zapewnienie jakości; współpraca z innymi zespołami – komunikacja z zespołami DevOps, testowym i innymi. Koordynacja działań między zespołami.),
- Lider testów - 0,1 FTE (Zakres obowiązków: odpowiedzialny za planowanie i koordynację działań związanych z testowaniem oprogramowania. Obejmuje to tworzenie strategii testów, zarządzanie zespołem testerów, zapewnienie jakości oprogramowania oraz współpracę z innymi zespołami projektowymi.),
- Nadzór nad projektem – 0,03 FTE (Kierownicy w ramach spotkań zespołu projektowego prowadzić będą nadzór nad projektem w celu przeglądu uzasadnienie biznesowego i weryfikacji z wydarzeniami zewnętrznymi oraz postępami projektu, monitorować postępy realizacji etapów oraz projektu w odniesieniu do uzgodnionych tolerancji. Powołany zespół projektowy składający się z kadry Ministerstwa Zdrowia i Centrum e-Zdrowia raz w tygodniu odbywał będzie spotkania statutowe. Zgodnie z metodyką zwinną codziennie odbywać się będą poranne spotkania statutowe).

Wydatki bieżące:

		Przygotowując oszacowanie poziomu kosztów i nakładów, dokonano badania rynku, m.in. przeanalizowano ceny transakcyjne podobnych urządzeń czy systemów w zrealizowanych wcześniej projektach oraz dokonano przeglądu szacunków w trwających postępowaniach, a także stron internetowych potencjalnych dostawców i wykonawców dla poszczególnych pozycji kosztów. W analizie dla każdego z kosztów przyjęto średnią z uzyskanych wycen. Na wydatki bieżące składają się koszty wytworzenia i uruchomienia systemu, zapewnienie utrzymania i wsparcia (w tym 2 i 3 Linia wsparcia helpdesk - zespół funkcjonujący w trybie dyżurowym), ryzyko projektowe (ryzyko przekroczenia budżetu projektu IT – środki zabezpieczone w celu pokrycia różnic pomiędzy kalkulacją, a kosztami rzeczywistymi oraz wydatków nieplanowanych, które mogą pojawić się w trakcie realizacji projektu), utrzymanie infrastruktury teleinformatycznej. <u>Wydatki majątkowe:</u> Na wydatki majątkowe składają się koszty zakupu infrastruktury teleinformatycznej oraz koszty zakupu profesjonalnych narzędzi bazodanowych i licencji. Uwzględniony został zakup infrastruktury (serwery, macierze, licencje middleware), niezbędny do rozpoczęcia prac nad systemem, a w dalszej perspektywie do prawidłowego funkcjonowania systemu. Zaplanowano również koszt zakupu licencji wraz z opcjami (licencje wieczyste), a w kolejnych latach koszt asysty technicznej, konserwacji oraz indeksacji kosztów. W kolejnych latach zawarto również koszty odtworzenia infrastruktury. Wejście w życie ustawy nie spowoduje skutków finansowych dla resortu obrony narodowej.						
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Do czasu integracji systemów teleinformatycznych usługodawców – konieczność wpisywania do EPS danych, które nie są przechowywane w systemach teleinformatycznych lub systemy te nie umożliwiają raportowania. Zmiana sposobu przekazywania informacji o awariach lub wyłączeniach – w nowocześniejszej formie zapewniającej archiwizację i pewność dostarczenia do wszystkich zainteresowanych podmiotów.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Do czasu integracji systemów teleinformatycznych usługodawców – konieczność wpisywania do EPS danych, które nie są przechowywane w systemach teleinformatycznych lub systemy te nie umożliwiają raportowania. Zmiana sposobu przekazywania informacji o awariach lub wyłączeniach – w nowocześniejszej formie zapewniającej archiwizację i pewność dostarczenia do wszystkich zainteresowanych podmiotów.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Z perspektywy usługobiorcy, wdrożenie EPS pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych, dostępnego dla jednostek systemu PRM. Przełoży się to na zapobieganie odmowom przyjęcia usługobiorcy przez szpital i ograniczy konieczność jego transportu pomiędzy szpitalami w celu udzielenia mu świadczenia opieki zdrowotnej.						
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne	Z perspektywy usługobiorcy, wdrożenie EPS pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych, dostępnego dla jednostek systemu PRM. Przełoży się to na zapobieganie odmowom przyjęcia usługobiorcy przez szpital i ograniczy konieczność jego transportu pomiędzy szpitalami w celu udzielenia mu świadczenia opieki zdrowotnej.						
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Projektowana zmiana zwiększa katalog raportowanych danych w porównaniu do systemu SEZOZ, ale jednocześnie zakłada maksymalną automatyzację i przekazywanie danych bezpośrednio ze szpitalnych systemów informatycznych. Zmiana ta dotyczy wyłącznie usługodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej.

Z uwagi na brak dostępnych danych nie wskazano kosztów integracji po ich stronie. Jest to spowodowane tym, że na obecnym etapie nie ma możliwości wyceny kosztu integracji z systemem, który nie istnieje (EPS). Jednakże, w celu maksymalnego obniżenia kosztów integracji, przewiduje się wykorzystanie rozwiązań, które obecnie są stosowane w komunikacji pomiędzy usługodawcami, a platformą P1 (np. rozwiązania teleinformatyczne związane z przekazywaniem Zdarzenia Medycznego, HL7 FHIR), współpracę z dostawcami oprogramowania szpitalnego oraz usługodawcami. Jednocześnie, należy wskazać, że w trakcie prac koncepcyjnych nad EPS została przeprowadzona ankieta dotycząca szpitalnych systemów informacyjnych, z której wynika, że u większości Usługodawców dostępne są mechanizmy umożliwiające przekazywanie danych, które są przedmiotem projektu ustawy.

Podkreślić należy, że część usługodawców w ramach zawartych umów ma zapewnione takie dostosowanie rozwiązań informatycznych, które umożliwi wdrożenie funkcjonalności EPS bezpłatnie.

Niezależnie od powyższego wdrożenie EPS, nawet w przypadku, gdy będzie wiązało się z koniecznością poniesienia nakładów finansowych, to z całą pewnością korzyści przewyższają koszty i ostatecznie umożliwią bardziej efektywne i wydajne działanie usługodawcy, z perspektywy wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia.

W szczególności odciążą personel, który dotychczas był nadmiernie obciążony czynnościami administracyjnymi i koniecznością obsługi zróżnicowanych narzędzi raportowania danych.

Analizując roczną liczbę raportów przekazywanych przez szpitale oraz czas poświęcony na ich przygotowanie oceniono, że wdrożenie EPS pozwoli na wygenerowanie rocznych oszczędności na poziomie powyżej 30 milionów złotych na poziomie całego kraju.

Korzyści społeczne	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035
Oszczędność czasu pracy z tytułu zmniejszenia obciążenia Szpitali sprawozdawczością dla różnych Instytucji	9 148 247,33 zł	37 507 814,07 zł	38 445 509,42 zł	39 406 047,16 zł	40 391 813,34 zł	41 401 608,67 zł	42 436 648,89 zł	43 497 565,11 zł	44 585 004,24 zł
Oszczędność czasu administracji publicznej (MZ, UW, UM, NFZ) - procesy pozyskiwania informacji i wygenerowania raportu o bieżącym potencjale szpitali	317 378,32 zł	1 300 430,28 zł	1 332 941,04 zł	1 366 264,56 zł	1 400 421,18 zł	1 435 481,71 zł	1 471 317,50 zł	1 508 100,44 zł	1 545 802,95 zł
Oszczędność czasu lekarzy w związku z przekazywaniem informacji dla pacjentów w innych Szpitalach	569 625,35 zł	2 335 480,33 zł	2 393 867,34 zł	2 453 714,02 zł	2 515 056,87 zł	2 577 933,29 zł	2 642 381,62 zł	2 708 441,17 zł	2 776 132,19 zł
Oszczędność czasu w procesie dotyczącym o kierownictwa ZRM do właściwego Szpitala przez UM, WRFM	394 930,86 zł	1 619 216,54 zł	1 659 696,95 zł	1 701 189,37 zł	1 743 719,11 zł	1 787 312,06 zł	1 831 994,89 zł	1 877 794,76 zł	1 924 739,63 zł
Oszczędność wynikająca z ograniczenia kosztów związanych z transportem między szpitalnymi (obsługa pacjentów przemieszczanych przez ZRM)	8 598,18 zł	35 252,53 zł	36 133,89 zł	37 037,19 zł	37 963,12 zł	38 912,30 zł	39 885,01 zł	40 882,13 zł	41 904,18 zł
Oszczędność czasu w procesie informowania Instytucji (UM, NFZ) o awariach i ograniczeniach świadczenia usług przez Świadczeniodawcę	91 540,70 zł	373 676,85 zł	383 018,77 zł	392 594,24 zł	402 409,10 zł	412 469,33 zł	422 781,06 zł	433 350,59 zł	444 184,35 zł
Oszczędność wynikająca z redukcji liczby systemów IT w architekturze aplikacyjnej o Zdrowia (ELC, SEZOZ, Systemy w UW)	93 464,68 zł	385 205,18 zł	392 785,31 zł	402 604,94 zł	412 670,06 zł	422 986,81 zł	433 561,48 zł	444 400,52 zł	455 510,53 zł
Oszczędność czasu pracy z tytułu zmniejszenia obciążenia Szpitali sprawozdawczością dla różnych Instytucji									
Liczba przygotowywanych raportów i zestawień przez Szpitale - w roku	2044000	2044000	2044000	2044000	2044000	2044000	2044000	2044000	2044000
średnia liczba godzin wynagrodzenia brutto (w zł) - ogółem	9 114,07 zł	9 341,92 zł	9 575,47 zł	9 814,88 zł	10 060,23 zł	10 311,73 zł	10 569,53 zł	10 833,76 zł	11 104,81 zł
średnia liczba osób pozyskujących dane i przygotowujących raporty w Szpitalu	1	1	1	1	1	1	1	1	1
średnia liczba godzin pracy na przygotowanie i dostarczenie raportu w Szpitalu	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33	0,33
wartość godzin pracy (zł brutto)	54,25 zł	55,81 zł	57,00 zł	58,42 zł	59,88 zł	61,38 zł	62,91 zł	64,49 zł	66,10 zł
Procentowa oszczędność czasu pracy	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
średni roczny poziom korzyści z tytułu zmniejszenia obciążenia Szpitali sprawozdawczością dla różnych Instytucji	9 148 247,33 zł	37 507 814,07 zł	38 445 509,42 zł	39 406 047,16 zł	40 391 813,34 zł	41 401 608,67 zł	42 436 648,89 zł	43 497 565,11 zł	44 585 004,24 zł
Oszczędność czasu administracji publicznej (MZ, UW, UM, NFZ) - procesy pozyskiwania informacji i wygenerowania raportu o bieżącym potencjale szpitali									
Liczba pozyskiwanych i konsolidowanych raportów i zestawień - w roku	250	250	250	250	250	250	250	250	250
średnia liczba godzin wynagrodzenia brutto (w zł) - ogółem	9 287,31 zł	9 510,48 zł	9 757,88 zł	10 001,43 zł	10 251,45 zł	10 507,74 zł	10 770,43 zł	11 039,49 zł	11 311,48 zł
średnia liczba osób pozyskujących dane i przygotowujących raporty w Szpitalu	50	50	50	50	50	50	50	50	50
średnia liczba godzin pracy na przygotowanie i dostarczenie raportu w godzinach	2	2	2	2	2	2	2	2	2
wartość godzin pracy (zł brutto)	35,28 zł	36,44 zł	36,88 zł	38,53 zł	39,82 zł	41,38 zł	42,91 zł	44,49 zł	46,10 zł
Procentowa oszczędność czasu pracy	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
średni roczny poziom korzyści z tytułu zmniejszenia czasu pracy przy procesie pozyskiwania informacji i wygenerowania raportu o bieżącym potencjale szpitali w administracji	317 378,32 zł	1 300 430,28 zł	1 332 941,04 zł	1 366 264,56 zł	1 400 421,18 zł	1 435 481,71 zł	1 471 317,50 zł	1 508 100,44 zł	1 545 802,95 zł
Oszczędność czasu lekarzy w związku z przekazywaniem informacji dla pacjentów w innych Szpitalach									
średnia liczba pacjentów wynikająca z potrzeby przekazania informacji do innego Szpitala - rocznie	84000	84000	84000	84000	84000	84000	84000	84000	84000
średnia liczba godzin pracy na przygotowanie i dostarczenie raportu w godzinach	1	1	1	1	1	1	1	1	1
wartość godzin pracy (zł brutto)	35,28 zł	36,44 zł	36,88 zł	38,53 zł	39,82 zł	41,38 zł	42,91 zł	44,49 zł	46,10 zł
Procentowa oszczędność czasu pracy	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
średni roczny poziom korzyści z tytułu zmniejszenia czasu pracy przy obsłudze procesu przeniesienia pacjenta do innego Szpitala	569 625,35 zł	2 335 480,33 zł	2 393 867,34 zł	2 453 714,02 zł	2 515 056,87 zł	2 577 933,29 zł	2 642 381,62 zł	2 708 441,17 zł	2 776 132,19 zł

	Oszczędność czasu w procesie decyzji o skierowaniu ZRM do właściwego Szpitala przez DM, WRRM									
	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	
	liczba zgłoszeń wymagających skierowania do Szpitala przez DM - nocnym	1819944	1819944	1819944	1819944	1819944	1819944	1819944	1819944	1819944
	liczba osób zaangażowanych w obsługę zgłoszenia ratunkowego	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	średnia miesięczna wynagrodzenia brutto (w zł) - ogółem	9 114,07 zł	9 341,92 zł	9 575,47 zł	9 814,86 zł	10 060,23 zł	10 311,73 zł	10 569,53 zł	10 833,76 zł	11 104,61 zł
	średni efektywny czas analizy przez Dyrektora Medycznego zgłoszenia - w godzinach	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16	0,16
	wartość godzin pracy (z brutto)	54,25 zł	55,61 zł	57,00 zł	58,42 zł	59,89 zł	61,39 zł	62,91 zł	64,49 zł	66,10 zł
	Procentowa oszczędność czasu pracy	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
	Średni roczny poziom korzyści z tytułu przeniesienia czasu pracy przy obsłudze zgłoszenia ratunkowego do DM wymagającego skierowania do Szpitala	394 930,80 zł	1 639 216,54 zł	1 659 698,95 zł	1 701 189,57 zł	1 743 719,11 zł	1 787 313,09 zł	1 833 994,89 zł	1 877 734,76 zł	1 934 739,63 zł
	Oszczędność wynikająca z ograniczenia kosztów związanych z transportem między szpitalnym joląską pacjentów przewożonych przez ZRM									
	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	
	liczba błędnych lokowań pacjentów przez jednostki Systemu PRM (WRRM, DM) - w roku	600	600	600	600	600	600	600	600	600
	średnia odległość przewiezienia pacjenta przez ZRM do innego Szpitala	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	średni koszt transportu ZRM (z joląsk)	6,57 zł	6,57 zł	6,69 zł	6,86 zł	7,03 zł	7,21 zł	7,39 zł	7,57 zł	7,76 zł
	Procentowa oszczędność redukcji przypadków konieczności przewiezienia pacjenta do innego Szpitala	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
	Średni roczny poziom korzyści z tytułu zmniejszenia kosztów transportu przez ZRM w przypadkach błędnego lokowania pacjenta w Szpitalu	8 598,18 zł	35 252,53 zł	36 133,85 zł	37 037,19 zł	37 943,12 zł	38 912,20 zł	39 845,01 zł	40 842,13 zł	41 904,18 zł
	Oszczędność czasu w procesie informowania instytucji (DM, NFZ) o umowach i ograniczeniach świadczenia usług przez Świadczeniodawcę									
	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	
	liczba zdarzeń wymagających poinformowania przez Świadczeniodawcę o ograniczeniu dostępności świadczenia usług zdrowotnych - w roku	16800	16800	16800	16800	16800	16800	16800	16800	16800
	średnia miesięczna wynagrodzenia brutto (w zł) - ogółem	9 114,07 zł	9 341,92 zł	9 575,47 zł	9 814,86 zł	10 060,23 zł	10 311,73 zł	10 569,53 zł	10 833,76 zł	11 104,61 zł
	liczba osób przygotowujących i wysyłających informację do DM - NFZ	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	liczba godzin na przygotowanie i wydanie informacji po Instytucji	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
	wartość godzin pracy (z brutto)	54,25 zł	55,61 zł	57,00 zł	58,42 zł	59,89 zł	61,39 zł	62,91 zł	64,49 zł	66,10 zł
	Procentowa oszczędność czasu pracy	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%	80%
	Średni roczny poziom korzyści z tytułu przeniesienia czasu pracy na świadczenie informacji o ograniczonej dostępności świadczenia usług w Szpitalu	31 140,70 zł	373 676,85 zł	383 018,77 zł	392 204,24 zł	402 409,10 zł	412 409,33 zł	422 761,06 zł	433 350,33 zł	444 184,35 zł

W przypadku pozostałych podmiotów wskazanych w pkt 4 nie przewiduje się ponoszenia przez nie kosztów uruchomienia i utrzymania EPS lub dostępu do niego (bezkosztowy dostęp do EPS będzie realizowany z poziomu przeglądarki internetowej). W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna, zakres informacji oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian.

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☐ nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odrzuconej tabeli zgodności).

☐ tak
☐ nie
☒ nie dotyczy

☒ zmniejszenie liczby dokumentów
☐ zmniejszenie liczby procedur
☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy
☒ inne: zapewnienie dostępu do aktualnych danych dla poszczególnych szczebli zarządzania

☐ zwiększenie liczby dokumentów
☐ zwiększenie liczby procedur
☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
☒ inne: wprowadzenie do systemu teleinformatycznego danych przekazywanych obecnie w formie pisma przesyłanego faksem lub pocztą elektroniczną

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.

☒ tak
☐ nie
☐ nie dotyczy

Zakres danych przekazywanych do EPS częściowo pokrywa się z danymi już przekazywanymi przez usługodawcę do systemu SEZOZ, w związku z powyższym nowa regulacja nie spowoduje znacząco większego obciążenia administracyjnego.

Projektowana zmiana zwiększa katalog raportowanych danych w porównaniu do systemu SEZOZ, ale jednocześnie zakłada maksymalną automatyzację i przekazywanie danych bezpośrednio ze szpitalnych systemów informatycznych. Zmiana ta dotyczy wyłącznie usługodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej.

W przypadku awarii projektodawca zakłada, że przekazanie danych będzie realizowane przez dokonanie ręcznego wpisu do systemu, który następnie zostanie natychmiast rozpropagowany do wszystkich użytkowników. Jest to oczywiste przyspieszenie obiegu informacji i znaczne skrócenie ścieżki przekazywania informacji do poszczególnych odbiorców, w stosunku do sposobu w jaki jest to realizowane obecnie.

W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna, zakres danych oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian.

Ponadto dane gromadzone w systemie SEZOZ staną się danymi EPS, co nie spowoduje konieczności ponownego uzupełniania przekazanych już danych, a stosowane formularze zostaną zachowane. Jednocześnie będą one odświeżone

pod kątem „user experience”, co ułatwi wprowadzanie danych. Będzie to szczególnie wartościowe dla podmiotów nie posiadających rozbudowanych systemów informatycznych (POZ i AOS).

Należy również uwzględnić fakt, że wprowadzony proces automatyzacji gromadzenia i przekazywania danych bezpośrednio ograniczy sprawozdawczość wykonywaną dotychczas przez personel usługodawców.

9. Wpływ na rynek pracy

Nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne
☐ sytuacja i rozwój regionalny
☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe

☐ demografia
☐ mienie państwowe
☒ inne: dane osobowe

☒ informatyzacja
☒ zdrowie

Omówienie wpływu

Zakres danych przekazywanych do EPS częściowo pokrywa się z danymi już przekazywanymi przez usługodawcę do systemu SEZOZ, w związku z powyższym nowa regulacja nie spowoduje znacząco większego obciążenia administracyjnego.

Projektowana zmiana zwiększa katalog raportowanych danych w porównaniu do systemu SEZOZ, ale jednocześnie zakłada maksymalną automatyzację i przekazywanie danych bezpośrednio ze szpitalnych systemów informatycznych. Zmiana ta dotyczy wyłącznie usługodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna, zakres danych oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian.

Ponadto dane gromadzone w systemie SEZOZ staną się danymi EPS, co nie spowoduje konieczności ponownego uzupełniania przekazanych już danych, a stosowane formularze zostaną zachowane. Jednocześnie będą one odświeżone pod kątem user experience, co ułatwi wprowadzanie danych. Będzie to szczególnie wartościowe dla podmiotów nie posiadających rozbudowanych systemów informatycznych (POZ i AOS).

Należy również uwzględnić fakt, że wprowadzony proces automatyzacji gromadzenia i przekazywania danych bezpośrednio ograniczy sprawozdawczość wykonywaną dotychczas przez personelu usługodawców.

Wprowadzenie jednolitej w skali kraju Ewidencji Potencjału Świadczeniodawców umożliwi monitorowanie:

- 1) dostępności łóżek szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko przez jednostki systemu PRM (dyspozytorów medycznych lub wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego;
- 2) zasobów pracowników medycznych;
- 3) dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory);
- 4) infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej) w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia),
- 5) dostępności środków ochrony indywidualnej;
- 6) zasobów gazów medycznych.

Ponadto w celu ułatwienia dostępu, w systemie będą prezentowane dane dotyczące zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew.

W systemie będą gromadzone również dane o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy i automatycznie dystrybuowane do wszystkich podmiotów realizujących zadania z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zarządzania kryzysowego.

EPS będzie także stanowić wsparcie procesu decyzyjnego (w warstwie raportowo-analitycznej) oraz reagowania w sytuacjach kryzysowych. Pozwoli również na zbudowanie referencyjnej bazy danych dla poszczególnych szczebli zarządzania, a w efekcie na uproszczenie procesu raportowania przez usługodawców do różnych podmiotów (CZK, wojewoda, marszałek województwa, Ministerstwo Zdrowia, NFZ, itp.), z jednoczesnym zapewnieniem kompletności i jakości danych. System będzie także umożliwiać wskazanie zapotrzebowania na łóżka szpitalne przez jednostki systemu PRM, co wpłynie na podniesie jakości opieki przedszpitalnej.

	Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych, w zakresie identyfikatora pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Gromadzenie identyfikatora pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ww. ustawy, jest niezbędne dla wyliczenia ilościowego potencjału usługodawcy w zakresie personelu medycznego (nie ma dwóch takich samych ID). Zgodnie z przytoczonym zapisem ustawy numer PESEL będzie przetwarzany wyłącznie w przypadkach, w których nie nadano pracownikowi identyfikatora. W ocenie projektodawcy będzie to miało charakter incydentalny, jeżeli w ogóle wystąpi. Nie mniej jednak, w celu zabezpieczenia takich przypadków opracowano DPIA. W EPS nie przewiduje się automatycznego przetwarzania danych innego niż agregacja na potrzeby opracowania statystyk ilościowych. Nie będzie także możliwości automatycznego połączenia pracownika medycznego ze zrealizowanym świadczeniem opieki zdrowotnej, profilowania itp. przetwarzania maszynowego.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2027 r. Usługodawcy, o których mowa w art. 24 ust. 5 i 6 ustawy, będą przekazywali do EPS określone dane nie później niż od dnia 1 lipca 2027 r. Zaś do dnia 1 lipca 2027 r. podmiotom wskazanym w art. 24 ust. 10–12 ustawy będą udostępniane dane z EPS tylko w takim zakresie, w jakim zostały przekazane do tego systemu.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
– bieżący monitoring, – realizacja zadań sprawozdawczych przez system w każdym z województw, – objęcie EPS wszystkich usługodawców w kraju, – badania ankietowe wśród usługodawców i podmiotów, którym będą udostępniane dane z EPS w celu określenia zmniejszenia obciążenia sprawozdawczego.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
1. Raport z konsultacji publicznych i opiniowania. 2. Ocena skutków dla ochrony danych (DPIA – Data Protection Impact Assessment).	

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (UD 191)

Raport stanowi wypełnienie obowiązku, o którym mowa w § 51 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2024 r. poz. 806 oraz z 2025 r. poz. 408), zgodnie z którym organ wnioskujący sporządza raport z konsultacji obejmujący omówienie wyników przeprowadzonych konsultacji publicznych i opiniowania.

Zgodnie z § 52 ust. 1 ww. uchwały Rady Ministrów i art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie ww. ustawy o działalności lobbingsowej żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Projekt ustawy został poddany konsultacjom publicznym i opiniowaniu z terminem 21 dni zgłaszania uwag.

W ramach opiniowania i konsultacji publicznych projekt został skierowany do podmiotów do podmiotów wymienionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji.

Uwagi do projektu rozporządzenia zgłosiły podmioty wymienione w poniższej tabeli.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Przepis, którego uwaga dotyczy	Treść uwagi	Stanowisko projektodawcy
1.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubelskiego w Lublinie	Ogólna	Wprowadzenie kolejnego systemu przekazywania danych do obsługi przez świadczeniodawców oznaczać będzie znaczne zwiększenie kosztów oraz pracochłonności procesu, a także dublowanie strumieni przekazywania informacji. Projekt ustawy wprowadza obowiązek przekazywania danych w bardzo szerokim zakresie oraz o różnorodnym charakterze. Zgodnie z uzasadnieniem do projektu proces przekazywania danych ma być oparty na integracji systemowej. Jeżeli szpital miałby przekazywać dane w takim zakresie w czasie rzeczywistym wymagałoby to bardzo wysokich nakładów finansowych. Konieczna byłaby integracja wielu systemów z nowym systemem EPS, prawdopodobnie zakup dodatkowych systemów, a także konieczność zmian organizacyjnych zwiększających obciążenie personelu, w tym np. wymóg wprowadzania dodatkowych danych przez personel medyczny na oddziałach.	Uwaga stanowi komentarz. Projektodawca nie zgadza się z wyrażoną opinią. Zgodnie z założeniem projektu, monitorowanie strictly w czasie rzeczywistym (lub zbliżonym do niego) obejmuje przekazywanie danych dotyczących zajętości łóżek szpitalnych i przekazywanie tej informacji bezpośrednio ze Szpitalnych Systemów Informacyjnych (w sposób zautomatyzowany bez konieczności angażowania operatora). Należy wskazać, że obecnie dane o liczbie wolnych łóżek są

			W praktyce „oszczędności” wskazane w uzasadnieniu oznaczają przerzucenie kosztów na świadczeniodawców i postawienie przed nimi zadania dostosowania i integracji wielu systemów. Ponadto należy zauważyć, że częściowo dane są już przekazywane do systemów NFZ czy RPWDL. Wymóg ten wynika z innych regulacji prawnych, co oznacza konieczność przekazywania danych niezależnie od systemu EPS. W praktyce jest to dublowanie obowiązków w podmiotach leczniczych, a tym samym zwiększenie obciążenia administracyjnego i kosztowności procesu leczenia pacjentów.	przekazywanie ręcznie dwa bądź trzy razy dziennie i nie stanowią żadnej wartości operacyjnej dla jednostek Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Jednocześnie, do współpracy w projekcie zaproszono kluczowych dostawców oprogramowania HIS, aby wypracować rozwiązanie techniczne, które będzie najprostsze do implementacji i stosowania. Ponadto, Projektodawca wskazuje, że projekt wprowadza nowoczesne narzędzie do gromadzenia danych i jednocześnie utworzenia zbioru o charakterze referencyjnym, co uprości procesy raportowe – podmioty poszczególnych szczebli zarządzania otrzymają raporty z systemu, co oznacza dla pracowników wprowadzenie tych samych danych raz, a nie wielokrotnie na potrzeby osobnych raportów. Przełoży się to na zmniejszenie obciążeń raportowych, a tym samym wygenerowanie oszczędności. Projekt zakłada również integrację z innymi systemami teleinformatycznymi i rejestrami (należy tu wskazać, że systemy SZOI/Portal Świadczeniodawcy są wewnętrznymi systemami NFZ, nie umocowanymi w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia). Rozwiązanie to, nie tylko niweluje ryzyko dublowania obowiązków, a wręcz wspiera procesy walidacji poprawności i aktualności danych.
--	--	--	--	--

2.	Związek Powiatów Polskich		Zmienić tytuł na „ustawę o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz zmianie ustawy o ochronie ludności”, obecny art. 2 zmienić na art. 3 a art. 2 nadać brzmienie: W ustawie z dnia 5 grudnia 2024 r. o ochronie ludności i obronie cywilnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1907” w art. 30 1) w ust. 3 pkt 1 lit. c otrzymuje brzmienie: „c) art. 17 ust. 1 pkt 17, 21-23, 27-32, 35 i 36 – przekazują dane wojewodzie celem wprowadzenia do Centralnej Ewidencji Zasobów, w takim zakresie w jakim informacje te nie są przekazywane do Centralnej Ewidencji Zasobów, w sposób o którym mowa w ust. 4 pkt 1-3”; 2) w ust. 4 pkt 3 otrzymuje brzmienie: „3) art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302); Z uwagi na zmianę brzmienia art. 24 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia w ustawie o ochronie ludności i obronie cywilnej w art. 30 ust. 4 pkt 3 będzie nieprawidłowe odwołanie do art. 24 ust. 2 pkt 2 (przepis odnosi się do przekazywania do Centralnej Ewidencji Zasobów informacji o liczbie łóżek szpitalnych). W tym zakresie korekta przepisów jest niezbędna. Ponadto konieczne jest wprowadzenie mechanizmu umożliwiającego przekazywanie danych z EPS do Centralnej Ewidencji Zasobów informacji o podmiotach leczniczych będących podmiotami ochrony ludności w szerszym zakresie, niż wynika to z obecnie obowiązującej ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej. Obecnie przepisy przewidują, że dane o zasobach ochrony ludności będą pozyskiwane do CEZ na podstawie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia tylko w zakresie w jakim odnoszą się do liczby łóżek szpitalnych. Pozostałe dane podmioty	Uwaga uwzględniona.

			lecznicze będą musiały przekazywać do wojewody (art. 30 ust. 3 pkt 1 lit. c). Oznacza to, że dane wprowadzane przez podmioty lecznicze do EPS nie będą mogły być w praktyce wykorzystywane na potrzeby ochrony ludności i obrony cywilnej i będą musiały być raportowane przez pomyoty lecznicze 2-krotnie w dwóch różnych trybach. Pozostaje to w sprzeczności z deklaracją zawartą w uzasadnieniu do projektu ustawy, a dodatkowo projekt nakłada na podmioty lecznicze dodatkowe obowiązki sprawozdawcze (obok tych wynikających już z ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej).	
3.	Związek Powiatów Polskich		Art. 1 pkt 2 w zakresie art. 24 ust. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. W kontekście uwagi zgłaszanej w pkt 1, wątpliwości budzi przekazywanie informacji gromadzonych w EPS w postaci zagregowanej. Nie jest jasne na jakim poziomie ma być dokonywana agregacja danych (czy do poziomu usługodawcy, czy do poziomu terytorialnego). Ponadto zwracamy uwagę, że w przypadku braku powiązania danych EPS z Centralną Ewidencją Zasobów dostęp do tych danych powinny mieć wszystkie terytorialne organy ochrony ludności w rozumieniu art. 9 ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej tj. kluczowe organy dla realizacji zadań związanych z ochroną ludności. Obecnie przepisu przewiduje, że dostęp do danych będzie miał np. marszałek (choć nie jest terytorialnym organem ochrony ludności), a dostępu nie będą mieli starosta czy prezydent miasta na prawach powiatu.	Uwaga uwzględniona (rozszerzenie katalogu podmiotów, którym udostępniane są dane). Obecnie, najniższy założony poziom agregacji to (w zależności od rodzaju danych), poziom oddziału szpitalnego (wg VIII części kodu resortowego), z możliwością dalszej agregacji w górę (do poziomu usługodawcy, powiatu, województwa – w zależności pod potrzeb odbiorcy). Należy zauważyć, że jest to materia rozporządzenia.
4.	Związek Powiatów Polskich		Art. 1 pkt 2 w zakresie art. 24 ust. 8 Przy tak sformułowanym brzmieniu upoważnienia do wydania rozporządzenia nie sposób oszacować jest czasochłonność wprowadzania przez świadczeniodawców danych do EPS. W OSR wskazano, że nawet w przypadku, gdy będzie wiązało się	Uwaga stanowi komentarz. W ramach Studium Wykonalności przeprowadzono analizę liczby tworzonych raportów i czasu na nie przeznaczanych w zestawieniu ze średnim wynagrodzeniem, co

			z koniecznością poniesienia nakładów finansowych to z całą pewnością korzyści przewyższają koszty i ostatecznie umożliwią bardziej efektywne i wydajne działanie usługodawcy, z perspektywy wszystkich uczestników systemu ochrony zdrowia. W szczególności odciążą personel, który dotychczas był nadmiernie obciążony czynnościami administracyjnymi i koniecznością obsługi zróżnicowanych narzędzie raportowania danych. Analizując roczną liczbę raportów przekazywanych przez szpitale oraz czas poświęcony na ich przygotowanie, oceniono, że wdrożenie EPS pozwoli na wygenerowanie rocznych oszczędności na poziomie powyżej 30 milionów złotych na poziomie całego kraju. Nie wiadomo w jaki sposób wyliczono tę kwotę, jeżeli nie wiadomo w jakiej szczegółowości dane będą wprowadzane do systemu i czy rzeczywiście będzie możliwość ich pozyskania z systemów informatycznych u świadczeniodawców	pozwoлиło oszacować średni koszt przygotowania raportu.
5.	Związek Powiatów Polskich	Art. 3	Rozporządzenie wykonawcze, o którym mowa w art. 24 ust. 8 powinno wejść w życie co najmniej z rocznym wyprzedzeniem przed dniem wejścia w życie nowelizacji tak aby podmioty lecznicze miały możliwość dostosowania się zarówno w zakresie organizacyjnym jak i technicznym do jego wdrożenia. Obecne vacatio legis przewidziane jest dla MZ i CEZ. Nie ma vacatio legis dla podmiotów leczniczych.	Uwaga uwzględniona w zakresie zbiorów danych, które nie były dotąd przekazywane do systemu informacji w ochronie zdrowia.
6.	Główny Urząd Statystyczny		W nowelizowanym artykule 24 przedmiotowej ustawy, w ustępie 7, wskazuje się katalog podmiotów którym udostępnia się dane z Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (EPS). Proponuje się dopisać do tego katalogu podmiotów Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Poszerzenie listy podmiotów uprawnionych do dostępu online do zagregowanych danych gromadzonych w EPS jest konieczne z uwagi na obostrzenie zawarte w proponowanym brzmieniu art. 24 pkt 6, które wyklucza możliwość pozyskiwania informacji z EPS na ogólnych zasadach, tj. na podstawie ustawy z dnia 11 sierpnia 2021	Uwaga nieuwzględniona. Zamysłem Projektodawcy jest budowa systemu służącego do monitorowania aktualnego potencjału Usługodawców i ich zdolności do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz prognozowania zapotrzebowania na środki ochrony osobistej, gazy medyczne etc. Należy także zauważyć, że informacje gromadzone w systemie EPS są przeznaczone do celów

			r. o otwartych danych i ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1524). Informacje dotyczące potencjału świadczeniodawców, zwłaszcza dotyczące m.in. łóżek szpitalnych, zatrudnionych pracowników medycznych oraz dostępności do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej są niezbędne do opracowywania wysokiej jakości statystyk. Aktualnie informacje na ten temat Główny Urząd Statystyczny otrzymuje w postaci zagregowanej z Centrum e-Zdrowia w ramach sprawozdawczości MZ-29, co – z uwagi na przepisy związane z tajemnicą statystyczną – uniemożliwia nam opracowywanie bardziej pogłębionych analiz.	związanych z zarządzaniem kryzysowym i przygotowaniem obronnym.
7.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 24 ust 1	Art. 24 ust 1 W przypadku gdy Zespoły Ratownictwa Medycznego, CPR, DM, czy WKRM będą miały świadomość wolnego miejsca w oddziale docelowym w szpitalu, SOR nie może być tej wiedzy pozbawiony. Jest bardzo prawdopodobne, że ze względu na tok prowadzonej wstępnej diagnostyki i stabilizacji podstawowych funkcji życiowych pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w SOR miejsce na oddziale docelowym będzie widniało w projektowanym systemie jako "wolne". To będzie skłaniać ZRM do przywożenia kolejnych pacjentów bez uwzględnienia obecności pacjentów w SOR, którzy na to konkretne miejsce wymagają przyjęcia. W efekcie będzie to skutkowało niekontrolowanym napływem pacjentów do SOR bez realnego zapewnienia możliwości ich dalszego przekazania na oddziały. Art. 24 ust. 1, pkt 4 - proponujemy zapis: "infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia,	Uwaga uwzględniona. W projekcie doprecyzowano możliwość wymiany informacji pomiędzy usługodawcami.

			z uwzględnieniem pacjentów aktualnie znajdujących się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, którzy w pierwszej kolejności wymagają użycia tej infrastruktury"	
8.	Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej	Art. 24 ust. 7	Wśród podmiotów uprawnionych do uzyskiwania informacji na temat danych z systemu (w Art. 24 ust. 7 projektowanej znowelizowanej Ustawy) nie uwzględniono Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Zgodnie z brzmieniem Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2025 poz. 91, Art. 3, ust.9) Szpitalny Oddział Ratunkowy jest jednostką systemu [PRM], a zatem powinien być uprawniony do uzyskiwania informacji operacyjnych niezbędnych do sprawnego funkcjonowania w tym systemie. Bez tego SOR pozbawiony będzie informacji o tym, które pobliskie szpitale mogą ewentualnie miejsca wolne posiadać, a WKRM nie będzie uprawniony do przekazywania stosownej informacji SORom co poddaje w wątpliwość zasadność całości projektowanych zmian. Art. 24 ust. 7 pkt 7 - proponujemy dodać na końcu: ", Szpitalnym Oddziałom Ratunkowym, Izbom Przyjęć ujętym w Wojewódzkim Planie Działania Systemu PRM"	Uwaga uwzględniona. W projekcie doprecyzowano możliwość wymiany informacji pomiędzy usługodawcami.
9.	Izba Polmed	Ogólna	Publicznie dostępny system EPŚ Przede wszystkim, w ocenie Izby POLMED, pewne elementy systemu EPŚ powinny być publicznie dostępne. Takie rozwiązanie przyniesie korzyści zarówno pacjentom, jak i całemu systemowi ochrony zdrowia. Transparentność danych umożliwi obywatelom i instytucjom śledzenie dostępności zasobów na poziomie ogólnopolskim, co wzmocni ich zaufanie do systemu ochrony zdrowia. Dzięki temu pacjenci będą mogli łatwiej znaleźć i ocenić dostępność usług. Dodatkowo, publiczny dostęp do niektórych elementów EPŚ pozwoli na zwiększenie możliwości współpracy między różnymi podmiotami w branży medycznej. Otwarta	Uwaga nieuwzględniona. System EPS powstaje w celu wymiany w czasie rzeczywistym danych pomiędzy usługodawcami, monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej i wsparcia procesów decyzyjnych, w tym w zakresie przygotowania obrony państwa albo zwalczania klęsk żywiołowych, likwidacji ich skutków oraz zarządzania kryzysowego. Bezpieczeństwo i poufność gromadzonych w

			platforma danych stworzy możliwości dla innowacji oraz lepszej koordynacji działań między dostawcami usług, producentami wyrobów medycznych i instytucjami badawczymi. Dzięki temu można będzie identyfikować obszary, w których istnieją niedobory, oraz skutecznie planować rozwój infrastruktury zdrowotnej.	nim danych jest istotna z punktu widzenia bezpieczeństwa Państwa.
10.	Izba Polmed	Ogólna	Obowiązki związane z EPŚ Kolejną kwestią, która jest niezwykle istotna z punktu widzenia branży wyrobów medycznych jest podział obowiązków związany z funkcjonowaniem EPŚ. W ocenie Izby POLMED, dla zapewnienia jak najwyższego poziomu rzetelności danych w EPŚ, niezbędne jest nałożenie obowiązku raportowania do EPŚ bezpośrednio na podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych. Podmioty lecznicze, takie jak szpitale, kliniki oraz przychodnie, na bieżąco monitorują swoje zasoby, w tym ilość łóżek, dostępność personelu medycznego, stan wyposażenia, a także inne istotne elementy, które mają kluczowe znaczenie dla efektywności działania systemu ochrony zdrowia. Tylko w ten sposób można zapewnić, że informacje zawarte w EPŚ będą aktualne i zgodne z rzeczywistością, co ma fundamentalne znaczenie dla podejmowania decyzji na poziomie administracyjnym oraz operacyjnym.	Uwaga stanowi komentarz. Projekt zakłada przekazywanie danych bezpośrednio przez usługodawców (lub integrację z innymi systemami teleinformatycznymi).
11.	Izba Polmed	Ogólna	Integracja systemu EPŚ Izba POLMED wskazuje, że niezbędne jest także precyzyjne wskazanie jakie wyroby medyczne powinny zostać uwzględnione w ramach tego systemu. Izba POLMED proponuje oparcie systemu o wyroby medyczne aktualnie zgłoszone w ramach poszczególnych świadczeń do Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Taki krok oparty na już istniejącej bazie danych ułatwi integrację z systemem centralnym i zapewni aktualność oraz rzetelność informacji	Uwaga stanowi komentarz Zakres wyrobów medycznych gromadzonych w ramach systemu EPS będzie wskazany w rozporządzeniu wykonawczym.

12.	Izba Polmed	Ogólna	Status wyrobów medycznych w EPŚ W ocenie Izby POLMED ważne jest również uwzględnienie informacji o wyrobach medycznych wyłączonych z eksploatacji, na przykład w trakcie naprawy czy serwisu. Proponujemy wprowadzenie systemu, który identyfikuje sprawność wyrobów medycznych, klasyfikując je jako sprawne, uszkodzone, zastępcze lub wycofane. Dodatkowo, Izba POLMED proponuje także rozważenie wprowadzenia elektronicznej karty sprawności sprzętu, która zastąpi dotychczasowe paszporty techniczne i umożliwi potwierdzenie statusu wyrobu w systemie elektronicznym	Uwaga stanowi komentarz Zakres danych dotyczący wyrobów medycznych gromadzonych w ramach systemu EPS będzie wskazany w rozporządzeniu wykonawczym.
13.	Izba Polmed	Ogólna	Jakość usług świadczonych przez podmioty lecznicze Ponadto, Izba POLMED pragnie również zwrócić uwagę na konieczność wprowadzenia do systemu możliwości weryfikacji doświadczenia danego podmiotu leczniczego w zakresie realizacji określonych procedur medycznych. Izba POLMED wskazuje, że w EPŚ powinny znaleźć się na przykład informacje o realizacji minimalnej ilości procedur określonych w przepisach dotyczących Krajowej Sieci Onkologicznej. W ocenie Izby POLMED są to informacje, które mogą być istotne w ocenie potencjału danego świadczeniodawcy.	Uwaga nieuwzględniona Projekt nie przewiduje gromadzenia danych dotyczących udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, z uwagi na istnienie dedykowanych temu celowi narzędzi.
14.	Izba Polmed	Ogólna	Katalog podmiotów uczestniczących w EPŚ W ocenie Izby POLMED zasadne jest także, aby system EPŚ obejmował jak najszersze grono świadczeniodawców. Dodatkowo, postulujemy wprowadzenie zbierania informacji o dostępnych godzinach funkcjonowania placówek, takich jak dostęp do bloku operacyjnego, co pozwoli na lepsze planowanie i koordynację świadczeń zdrowotnych. Takie rozwiązania przyczynią się do efektywności i przejrzystości działania systemu ochrony zdrowia, a tym samym do poprawy jakości świadczonej Izba POLMED wskazuje, że wprowadzenie do Projektu przedstawionych wyżej	Uwaga stanowi komentarz. W projekcie ustawy doprecyzowano podmioty przekazujące dane.

			propozycji może pomóc w stworzeniu solidnych fundamentów dla zintegrowanego i efektywnego systemu, który będzie w stanie skutecznie odpowiadać na potrzeby pacjentów. Dzięki implementacji wskazanych propozycji EPS ma potencjał, aby stać się narzędziem, które nie tylko poprawi jakość opieki zdrowotnej, ale także umożliwi lepsze zarządzanie zasobami w ochronie zdrowia.	
15.	Robert Kurosz	Ogólna	W aktualnym brzmieniu projektu (art. 24 ust. 8) czytamy: "Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, podmioty obowiązane do przekazywania danych do EPS, szczegółowy zakres informacji [...] oraz terminy i sposób ich przekazywania". Ale brakuje wyraźnego zapisu o technicznej formie przekazywania danych, np. poprzez API. Propozycja zapisu do dodania w ustawie lub rozporządzeniu: "System EPS udostępnia interfejs programistyczny aplikacji (API), umożliwiający automatyczne przekazywanie danych przez podmioty obowiązane do ich przekazywania. Sposób udostępnienia oraz standardy techniczne interfejsu określa minister właściwy do spraw zdrowia w drodze rozporządzenia." Lub krócej: "Przekazywanie danych do systemu EPS może następować z wykorzystaniem interfejsu API, zgodnie z wymaganiami technicznymi określonymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia." Uzasadnienie dodania przepisu o zapewnieniu API dla Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (EPS) W celu zapewnienia aktualności, kompletności oraz wysokiej jakości danych gromadzonych w Systemie Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (EPS), projekt ustawy zakłada możliwość przekazywania informacji do systemu EPS z wykorzystaniem interfejsu programistycznego aplikacji (API). Zastosowanie rozwiązania w postaci API umożliwi świadczeniodawcom automatyczne przekazywanie danych z ich systemów teleinformatycznych (np. HIS, LIS, RIS, ERP), eliminując konieczność ręcznego wprowadzania danych, co zmniejsza ryzyko błędów, opóźnień i niespójności.	Uwaga stanowi komentarz. Szczegółowe informacje dotyczące sposobu przekazywania danych do EPS zostaną określone w rozporządzeniu wykonawczym. Jednocześnie Projektodawca zauważa, że projekt zakłada wdrożenie rozwiązań teleinformatycznych, które umożliwią automatyzację przekazywania danych do systemu.

			Ponadto, w przypadku danych podlegających monitorowaniu w czasie rzeczywistym – takich jak liczba dostępnych łóżek szpitalnych, zapasy środków ochrony indywidualnej, gazów medycznych, krwi i jej składników – zapewnienie bezpośredniej, automatycznej synchronizacji z systemami źródłowymi stanowi warunek konieczny dla skutecznego zarządzania zasobami systemu ochrony zdrowia, zarówno w warunkach normalnego funkcjonowania, jak i w sytuacjach kryzysowych. W związku z powyższym, dodanie przepisu umożliwiającego lub nakładającego obowiązek korzystania z API należy uznać za istotny element realizacji celów ustawy oraz za standard dobrej praktyki informatycznej w sektorze publicznym.	
16.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Ogólna	Czy system teleinformatyczny Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy będzie posiadał interfejs wymiany danych (API) umożliwiający jednostkom automatyczne przekazywanie wymaganych danych? Brak takiej opcji wymagać będzie dużego zaangażowania czynnika ludzkiego i może generować błędy wynikające z opóźnień w aktualizacji danych.	Uwaga stanowi komentarz. Szczegółowe informacje dotyczące sposobu przekazywania danych do EPS zostaną określone w rozporządzeniu wykonawczym. Jednocześnie Projektodawca zauważa, że projekt zakłada wdrożenie rozwiązań teleinformatycznych, które umożliwią automatyzację przekazywania danych do systemu.
17.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 2	Zgodnie z zapisem zawartym w art. 2 EPS zastępuje System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia. Czy planowana jest jakaś korelacja nowego systemu EPS u Portalem Świadczeniodawcy W Portalu Świadczeniodawcy są zawarte dane dotyczące personelu i sprzętu danej jednostki. Przymuszanie świadczeniodawców do prowadzenia w znacznej mierze dublujących się danych w dwóch systemach, które nie umożliwią integracji danych, nakłada na świadczeniodawcę dodatkowy obowiązek. Dodatkowe zadanie wiąże się ze zwiększeniem zatrudnienia w obszarze	Uwaga stanowi komentarz. Szczegółowe informacje dotyczące sposobu przekazywania danych do EPS zostaną określone w rozporządzeniu wykonawczym. Jednocześnie Projektodawca wskazuje, że projekt zakłada wdrożenie rozwiązań teleinformatycznych, które umożliwią automatyzację przekazywania danych do

			administracyjnym, co powoduje zwiększenie kosztów dla placówek ochrony zdrowia. Należy zwrócić uwagę, że NFZ finansuje świadczenia zdrowotne, a nie coraz bardziej rozbudowaną działalność sprawozdawczo-administracyjną. Pytanie do ustawodawcy: kto będzie źródłem finansowania tego zadania?	systemu oraz integrację z istniejącymi systemami teleinformatycznymi.
18.	Naczelna Rada Lekarska	Ogólna	Odnosząc się do samego projektu ustawy Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że ustawa przewiduje utworzenie Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, zwanego „EPS”. System EPS będzie miał charakter centralny i ma zapewniać możliwość monitorowania zasobów usługodawców w czasie rzeczywistym. Dane, które zgodnie z projektowanym art. 24 ust. 1 ustawy o systemie informacji medycznej miałyby być przetwarzane w EPS to m.in. dane usługodawcy (nazwa, adres, numer REGON, liczbę lokalizacji, w których jest prowadzona działalność lecznicza oraz ich adresy), informacja o łóżkach szpitalnych, o pracownikach medycznych, infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, wyrobach medycznych, środkach ochrony indywidualnej, zapasach gazów medycznych, zapasach krwi i jej składników. W ocenie samorządu lekarskiego przewidywany w projekcie ustawy zakres danych gromadzonych w EPS jest zbyt szeroki. Od strony podmiotowej nie znajduje uzasadnienia nałożenie na wszystkich świadczeniodawców obowiązku raportowania danych do EPS. Z punktu widzenia deklarowanych celów ustawy, takich jak m.in. zapewnienie sprawnego zarządzania w sytuacjach kryzysowych, nie ma uzasadnienia, aby nakładać obowiązki raportowania np. na indywidualne praktyki lekarskie i inne niewielkie podmioty wykonujące działalność leczniczą. Korzyść z raportowania przez takie podmioty będzie niewielka w stosunku do zamierzonych celów ustawy, a ciężar obowiązków nakładanych na owe podmioty - nieadekwatnie duży. Wprawdzie projekt ustawy przewiduje (art. 24 ust. 8 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia), że minister zdrowia będzie miał upoważnienie do	Uwaga stanowi komentarz. W projekcie ustawy doprecyzowano podmioty przekazujące dane.

			określenia w drodze rozporządzenia podmiotów obowiązanych do przekazywania danych, ale fakt, że do projektu ustawy nie załączono projektu rozporządzenia nie pozwala na określenie na jaką grupę podmiotów nałożone zostaną obowiązki wynikające z ustawy. Należy ponadto przyjąć, że niektóre grupy świadczeniodawców powinny być wyłączone z obowiązków raportowania do EPS już z mocy ustawy.	
19.	Naczelna Rada Lekarska	Ogólna	Zastrzeżenia samorządu lekarskiego budzi także zbyt szeroki zakres przedmiotowy danych raportowanych do EPS. Objęcie obowiązkiem raportowania wszystkich wyrobów medycznych oznaczać będzie, że oprócz raportowania ważnej dla zabezpieczenia interesów pacjentów infrastruktury sprzętowej, jak np. tomograf komputerowy czy rezonans magnetyczny, raportowaniem zostaną objęte także zasoby wyrobów medycznych mało istotnych z punktu widzenia monitorowania w czasie rzeczywistym potencjału polskiego systemu ochrony zdrowia jak np. jedna strzykawka, wypełnienia dentystyczne. Podobne uwagi dotyczą też przewidzianych do raportowania w ramach EPS środków ochrony indywidualnej. Zakres tych danych należy z całą pewnością ograniczyć, tak aby nie tworzyć niepotrzebnych obowiązków po stronie podmiotów ochrony zdrowia, które nie służą istotnemu interesowi ogółu. W związku z powyższym w projektowanym art. 24 ust. 8 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia należy doprecyzować delegację ustawową dla ministra zdrowia, aby podczas określania w drodze rozporządzenia rodzajów wyrobów medycznych i środków ochrony osobistej podlegających raportowaniu do EPS aby uwzględniać potrzebę zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, które są szczególnie istotne z uwagi na charakter udzielanych świadczeń zdrowotnych czy ich znaczenia w sytuacjach ratowania życia czy zdrowia.	Uwaga stanowi komentarz. Zakres danych dotyczący wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej gromadzonych w ramach systemu EPS będzie wskazany w rozporządzeniu wykonawczym.

20.	Naczelna Rada Lekarska	Ogólna	Prezydium Naczelnej rady Lekarskiej wskazuje ponadto, że warunkiem koniecznym wprowadzenia EPS jest to, aby przekazywanie danych następowało z możliwie najmniejszym obciążeniem personelu placówek medycznych i przy wykorzystaniu narzędzi służących do automatyzacji tego procesu.	Uwaga stanowi komentarz. Szczegółowe informacje dotyczące sposobu przekazywania danych do EPS zostaną określone w rozporządzeniu wykonawczym. Jednocześnie Projektodawca wskazuje, że projekt zakłada wdrożenie rozwiązań teleinformatycznych, które umożliwią automatyzację przekazywania danych do systemu oraz integrację z istniejącymi systemami teleinformatycznymi.
21.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie otorynolaryngologii (woj. małopolskie)		Za błędną uważa ocenę, że wszyscy lekarze danej specjalności posiadają takie same kwalifikacje. Ponadto, w ocenie Konsultanta, również dostępność do łóżek zawsze będzie miała niski walor informacyjny, gdyż każdy oddział musi mieć przygotowane dostawki, aby niezwłocznie przyjąć chorych przy braku miejsc i dlatego raportowanie automatyczne się nie sprawdzi. W ocenie Konsultanta zbędne jest także ustalanie liczby usługodawców, w których pracownik wykonuje zawód medyczny, ponieważ informacje takie posiada NFZ. Konsultant zwraca także uwagę na wysokie koszty obsługi ustawy, które przy brakach finansowych w służbie zdrowia, dodatkowo obciążą szpitale.	Uwaga stanowi komentarz. Projektodawca nie zgadza się z wyrażoną opinią. Zmiana liczby zajętych łóżek będzie bezpośrednio powiązana z faktem przyjęcia na oddział / przeniesienia / wypisania pacjenta. Obecność dostawek będzie sygnalizowała liczba ze znakiem „-” oraz informacja o dostawkach (przewidziana w rozporządzeniu wykonawczym). Dla jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego będzie to informacja o możliwym utrudnionym dostępie do personelu w przypadku pojawienia się kolejnego pacjenta.

22.	Wojewoda łódzki	art. 24 ust. 1	Proponuje się dodatkowo pkt 2a) w brzmieniu: „2a) wolnych łóżek szpitalnych”. Przedmiotowe informacje mają kluczowe znaczenie dla systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego przy podejmowaniu decyzji o kierunku przewozu przez zespół ratownictwa medycznego osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z miejsca zdarzenia do właściwego podmiotu leczniczego, w którym w danym momencie możliwe będzie zabezpieczenie pacjenta. Dane te mają istotne znaczenie również w przypadku konieczności zapewnienia kontynuacji hospitalizacji pacjenta przebywającego aktualnie w szpitalu, wymagającego leczenia w zakresie niedostępnym w danej placówce medycznej. W takiej sytuacji możliwości przyjęcia pacjenta przez inny szpital zależy przede wszystkim od dostępności wolnych miejsc w danym oddziale szpitalny	Uwaga nieuwzględniona. Szczegółowy zakres danych gromadzonych w ramach systemu EPS będzie wskazany w rozporządzeniu wykonawczym.
23.	Wojewoda łódzki	art. 24 ust. 1 pkt 3)	Proponuje się następujące brzmienie: „a) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5, b) dane dotyczące miejsca wykonywania zawodu medycznego, c) dane o formie zatrudnienia, d) dane dotyczące nadania przydziałów organizacyjno-mobilizacyjnych”. Proponowana zmiana ma na celu wprowadzenie zdolności do oceny zasobów kadry medycznej dostępnej dla społeczeństwa, jak i możliwej do wykorzystania, do realizacji zadań wynikających z ustawy z dnia 5 grudnia 2024 r. o ochronie ludności i obronie cywilnej oraz aktów wykonawczych do niej jak oraz do realizacji zadań, o których mowa w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 25 września 2024 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa	Uwaga nieuwzględniona. Proponowana zmiana zwiększa zakres danych osobowych przetwarzanych w EPS, co stoi w sprzeczności z zamysłem Projektodawcy. Ponadto, Projektodawca zauważa, że proponowana zmiana nie wypełnia zakresu informacji wskazanego w par. 18 ust. 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 września 2024 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa.

24.	Wojewoda łódzki	Art. 24 ust. 1	proponuje się dodatkowo pkt 9) w brzmieniu: „9) sposób realizacji świadczeń z zakresu transportu sanitarnego”. Przedmiotowe informacje są niezbędne z uwagi na konieczność zapewnienia właściwego sposobu relokacji pacjentów do podmiotów leczniczych celem kontynuacji udzielania świadczeń zdrowotnych. W chwili obecnej podmioty lecznicze realizują ww. świadczenia za pomocą własnych ambulansów sanitarnych bądź też poprzez zawieranie umów z usługodawcami zewnętrznymi (podmioty komercyjne). Informacja o sposobie realizacji tych świadczeń pozwoli na bieżącą weryfikację realnych możliwości organizacji transportu sanitarnego, w tym zidentyfikowanie ryzyka dotyczącego zawierania umów przez kilka podmiotów leczniczych z jednym usługodawcą, którego potencjał nie pozwala na zapewnienie odpowiednich czasów na realizację zlecenia transportu.	Uwaga nieuwzględniona. W ocenie Projektodawcy zapewnienie właściwego poziomu świadczenia usług opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, spoczywa na Usługodawcy. Ponadto, należy zauważyć, że dane dotyczące możliwości świadczenia transportu sanitarnego usługodawca przekazuje do Płatnika przy podpisywaniu umowy.
25.	Wojewoda łódzki	art. 24 ust. 6	proponuje się następujące brzmienie: „6. Dane przetwarzane w systemie EPS stanowią tajemnicę prawnie chronioną i nie podlegają udostępnianiu na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902) oraz nie podlegają udostępnianiu lub przekazywaniu w celu ponownego wykorzystania na podstawie ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. o otwartych danych i ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1524)”. Proponowana zmiana zapewni lepszą ochronę poufności danych jednocześnie nie wymusi wdrażania zasad wynikających z ochrony informacji niejawnych. Mając na uwadze, iż dane zawarte w systemie EPS są danymi wrażliwymi dotyczącymi zasobu zarówno ochrony ludności, jak i szeroko pojętych spraw obronnych należy zapewnić im stosowne bezpieczeństwo.	Uwaga nieuwzględniona. Wyłączenie z przytoczonych aktów prawnych znajduje się już w projekcie ustawy.

26.	Wojewoda łódzki	art. 24 ust. 7	proponuje się następujące brzmienie: „7. Informacje o których mowa w ust. 1, są udostępniane online w postaci zagregowanej: 1) Ministrowi Obrony Narodowej, 2) ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, 3) wojewodom, 4) marszałkom województw, 6) starostom: a) realizującym zadania obronne na podstawie zapisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 września 2024 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa; b) koordynującym realizację zadań o których mowa w art. 24 ust. 7 pkt 6) ppkt) a, 7) wójtom, burmistrzom, prezydentom miast realizującym zadania obronne na podstawie przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 września 2024 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa, 8) wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego, dyspozytorom medycznym, dysponentom zespołów ratownictwa medycznego, w tym dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, 9) podmiotom tworzącym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 (...) 10) podmiotom leczniczym udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej w ramach hospitalizacji w zakresie danych, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 2a) - w celu i zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań ustawowych”. Proponowana zmiana jest podyktowana faktem, iż część organów realizujących zadania obronne nie jest organami tworzącymi dla podmiotów medycznych, zaś w sposób ustawowy jest umocowana do realizacji zadań obronnych w ramach których realizowane są zadania	Uwaga uwzględniona
-----	-----------------	----------------	---	--------------------

			związane z organizacją m.in. Zespołów Zastępczych Miejsc Szpitalnych, w związku z czym dostęp do powyższych danych umożliwi organowi realizującemu poprawną ocenę stanu, jak i sprawne przeprowadzenie procesu planistycznego. Natomiast dodanie podmiotu leczniczego do wykazu podmiotów uprawnionych pozwoli szpitalom na dostęp do danych dotyczących wolnych łóżek w innych podmiotach leczniczych, w których zachodziłaby konieczność ewentualnej kontynuacji leczenia pacjenta. Sprawdzenie dostępności wolnych łóżek w danym oddziale szpitalnym u innego świadczeniodawcy ma bowiem istotne znaczenie w sytuacji konieczności przewozu pacjenta do innego szpitala w ramach kontynuacji leczenia lub konieczności zabezpieczenia w zakresie niedostępnym w danej placówce medycznej.	
27.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	Art. 24 ust. 7	Wśród podmiotów uprawnionych do uzyskiwania informacji na temat danych z systemu (w Art. 24 ust. 7 projektowanej znowelizowanej Ustawy) nie uwzględniono Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Zgodnie z brzmieniem Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2025 poz. 91, Art. 3, ust.9) Szpitalny Oddział Ratunkowy jest jednostką systemu [PRM], a zatem powinien być uprawniony do uzyskiwania informacji operacyjnych niezbędnych do sprawnego funkcjonowania w tym systemie. Art. 24 ust. 7 pkt 7 - proponujemy dodać na końcu: ", Szpitalnym Oddziałom Ratunkowym, Izdom Przyjęć ujętym w Wojewódzkim Planie Działania Systemu PRM"	Uwaga uwzględniona. W projekcie doprecyzowano możliwość wymiany informacji pomiędzy usługodawcami.

28.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Poznaniu	Art. 24 ust 1	W przypadku gdy Zespoły Ratownictwa Medycznego, CPR, DM, czy WKRM będą miały świadomość wolnego miejsca w oddziale docelowym w szpitalu, SOR nie może być tej wiedzy pozbawiony. Jest bardzo prawdopodobne, że ze względu na tok diagnostyk i stabilizacji podstawowych funkcji życiowych pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w SOR miejsce na oddziale docelowym będzie widniało w projektowanym systemie jako "wolne". To będzie skłaniać ZRM do przywożenia kolejnych pacjentów bez uwzględnienia obecności pacjentów w SOR, którzy na to konkretne miejsce oczekują i przyjęcia na nie nie potrzebują. W efekcie będzie to skutkowało niekontrolowanym napływem pacjentów do SOR bez realnego zapewnienia możliwości ich dalszego przekazania na oddziały. Jednocześnie SOR pozbawiony będzie informacji o tym, które pobliskie szpitale mogą ewentualnie miejsca wolne posiadać, a WKRM nie będzie uprawniony do przekazywania stosownej informacji SORom. Art. 24 ust. 1, pkt 4 - proponujemy zapis: "infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia, z uwzględnieniem pacjentów aktualnie znajdujących się w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, którzy w pierwszej kolejności wymagają użycia tej infrastruktury"	Uwaga uwzględniona. W projekcie doprecyzowano możliwość wymiany informacji pomiędzy usługodawcami.
29.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Art. 24.1 pkt 4-8 ustawy po zmianach, art. 24.8 ustawy po zmianach, art. 2.1 projektu ustawy	Uzasadnienie do projektu ustawy wskazuje, że zmiana ustawy pozwoli na pozyskanie informacji o aktualnym stanie zasobów. Uzasadnienie wskazuje na monitorowanie zasobów w sposób zautomatyzowany, poprzez podłączenie EPS do systemów Szpitalnych. Dane mają być przesyłane w czasie rzeczywistym. W związku z tym, że dane należy wprowadzić do Szpitalnych systemów, z których dane te zostaną przesłane do EPS brak jest odniesienia się do kwestii bezpieczeństwa danych Szpitala	Uwaga uwzględniona. W projekcie doprecyzowano możliwość wymiany informacji pomiędzy usługodawcami.

			podłączonych do systemu EPS. Zmiana ustawy w dalszym ciągu będzie generowała konieczność raportowania dużej ilości danych, ale już nie do systemu SEZOZ, a do systemów Szpitalnych lub jak wskazuje OSR, do nowoutworzonej aplikacji webowej. Należy pamiętać że nie wszystkie urządzenia są podłączone do sieci komputerowej. Logistycznie i technicznie jest to niemożliwe bez inwestycji w infrastrukturę sieciową. Urządzenia medyczne często posiadają starsze oprogramowanie z uwagi na długi proces certyfikacji nowszych rozwiązań. Starsze niewspierane oprogramowanie posiada luki w zabezpieczeniach a podpięcie takich urządzeń naraża Szpital na cyberzagrożenia. Obecnie nie wszystkie urządzenia są podłączone do PACS szpitala CT, MRI, RTG, USG - koszt zakupu licencji na podłączenie jednego urządzenia to około 40 000 zł brutto. Respiratory nie są podłączone do systemu Szpitalnego ani PACS. Należy przewidzieć refundację systemu, który umożliwi podpięcie respiratorów do infrastruktury. Uzasadnienie wskazuje na oszczędność finansów oraz oszczędność pracy pracowników świadczeniodawców przy jednoczesnym zwiększeniu liczby danych potrzebnych do umieszczenia w systemach Szpitalnych / aplikacji webowej. Jest to zaprzeczeniem idei wprowadzenie zmiany ustawy	
30.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie	Art. 24 ust. 1	Dodanie pkt. 9 awariach lub czasowej niedostępności sprzętu medycznego oraz obiektów infrastruktury technicznej	Uwaga nieuwzględniona. Projekt przewiduje gromadzenie wskazanych informacji (art. 24. ust. 2).

31.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie	Art. 24 ust. 6	Dodanie klauzuli o możliwości udostępniania danych na potrzeby badań naukowych lub analiz statystycznych, pod warunkiem ich uprzedniej anonimizacji oraz wyrażeniu zgody przez ministerstwa właściwego do spraw zdrowia	Uwaga nieuwzględniona. System EPS powstaje w celu wymiany w czasie rzeczywistym danych pomiędzy usługodawcami, monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej i wsparcia procesów decyzyjnych, w tym w zakresie przygotowania obrony państwa albo zwalczania klęsk żywiołowych, likwidacji ich skutków oraz zarządzania kryzysowego. Bezpieczeństwo i poufność gromadzonych w nim danych jest istotna z punktu widzenia bezpieczeństwa Państwa.
32.	Wojewoda lubelski	Art. 1 pkt 2 projektu ustawy w zakresie nadawanego nowego brzmienia art. 24 ust. 1 pkt 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia	W ocenie Wojewody Lubelskiego zasadnym wydaje się uzupełnienie omawianego przepisu o wskazywanie w systemie EPS danych dotyczących nazwy komórki organizacyjnej szpitala oraz kodu/kodów charakteryzującego/cych specjalność tej komórki organizacyjnej ustalonym zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. W chwili obecnej w województwie lubelskim funkcjonuje, utworzony i administrowany przez Wojewodę Lubelskiego, System Informacji o Szpitalach (https://szpitale.lublin.uw.gov.pl/), dalej: „SIOŚz”), w którym poszczególne komórki organizacyjne szpitali podzielone są właśnie według kodu charakteryzującego specjalność takiej komórki. Taki podział jest szczególnie pomocny dla zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, którzy szukając wolnego miejsca dla transportowanej przez ZRM osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, mają możliwość ustalenia, w którym szpitalu na terenie województwa komórka organizacyjna o danym kodzie specjalności wykazuje wolne łóżka.	Uwaga nieuwzględniona. Szczegółowy zakres danych gromadzonych w ramach systemu EPS będzie wskazany w rozporządzeniu wykonawczym.

33.	Wojewoda lubelski	Art. 1 pkt 2 <i>projektu ustawy</i> w zakresie nadawanego nowego brzmienia art. 24 ust. 2 <i>ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia</i>	W ocenie Wojewody Lubelskiego zasadnym wydaje się doprecyzowanie omawianego przepisu poprzez nadanie mu brzmienia: „2. W systemie są gromadzone również dane o: 1) czasowym zaprzestaniu działalności leczniczej, o którym mowa w art. 34 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; 2) czasowym wstrzymaniu przyjęć pacjentów do danej komórki organizacyjnej usługodawcy; 3) awariach sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”. Brzmienie proponowanego pkt 1 odwołuje się wprost do istniejącej w porządku prawnym instytucji czasowego zaprzestania działalności leczniczej. Proponowany pkt 2 uwzględnia sytuacje, w których nie dochodzi do czasowego zaprzestania działalności leczniczej, ale z różnych względów (np. brak wolnych miejsc w komórce organizacyjnej szpitala, lub wystąpienie ogniska epidemicznego) podmiot leczniczy wstrzymuje przyjęcia do danej komórki organizacyjnej. Funkcjonujący SIOSz zawiera taką funkcjonalność, wobec czego zasadnym wydaje się przeniesienie tej funkcjonalności do EPS. Proponowany pkt 3 również ma na celu przeniesienie funkcjonalności dostępnej w SIOSz do EPS. Co prawda, projekt ustawy w nadawanym nowym brzmieniu art. 24 ust. 1 pkt 4 ustawy przewiduje umieszczanie w EPS danych o „infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia”, jednakże w OSR wskazano, że „dane będą przekazywane w terminie 30 dni od wystąpienia zmian” – tak odległy termin od zaistnienia danego	Uwaga uwzględniona.
-----	-------------------	--	---	---------------------

			zdarzenia do konieczności wprowadzania danych spowoduje, że informacje te nie będą przydatne dla systemu PRM (dla poprawnego działania tego systemu istotne jest niezwłoczne przekazywanie danych o awariach w szpitalu, tak aby informacje te jak najszybciej trafiły do ZRM, DM czy WKRM – dzięki czemu ZRM będzie omijał szpital, w którym jest jakaś awaria).	
34.	Pracodawcy RP		Podmioty medyczne będą zobowiązane do przekazywania danych przez aplikację webową oraz będzie konieczność przeprowadzania integracji ze Szpitalnym Systemem Informacyjnym (HIS). Obie czynności będą wiązały się ze sporym nakładem czasu pracy i kosztami, tym bardziej, że stanowi to powielenie czynności już wykonywanych dla NFZ np. zgłaszanie nieobecności personelu medycznego, informacje o funkcjonującym sprzęcie medycznym w szpitalu, Obowiązek informowania o aktualnej sytuacji na oddziałach szpitalnych był już w czasie pandemii, gdzie obarczono placówki codziennym raportowaniem stanu obłożenia łóżek. W związku z ustawicznie narastającymi czynnościami administracyjnymi związanymi z realizacją kontraktu z NFZ koniecznym jest rozważenie wzrostu wyceny punktu rozliczeniowego o co najmniej 5%. Wprowadzenie EPS nałoży obowiązek codziennego raportowania obłożenia łóżek szpitala oraz co miesiąc potencjału osobowego a także dostępności wyrobów medycznych, infrastruktury etc. Związane to będzie z koniecznością zwiększenia zatrudnienia personelu administracyjnego oraz dodatkowym obciążeniem finansowym na dostosowanie systemów informatycznych szpitali. EPS będzie kolejną kwestią obciążającym podmioty lecznicze w kraju.	Uwaga stanowi komentarz. Zgodnie z założeniem projektu, monitorowanie stricte w czasie rzeczywistym (lub zbliżonym do niego) obejmuje przekazywanie danych dotyczących zajętości łóżek szpitalnych i przekazywanie tej informacji bezpośrednio ze Szpitalnych Systemów Informacyjnych (w sposób zautomatyzowany bez konieczności angażowania operatora). Należy wskazać, że obecnie dane o liczbie wolnych łóżek są przekazywane ręcznie dwa bądź trzy razy dziennie i nie stanowią żadnej wartości operacyjnej dla jednostek Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Jednocześnie, do współpracy w projekcie zaproszono kluczowych dostawców oprogramowania HIS, aby wypracować rozwiązanie techniczne, które będzie najprostsze do implementacji i stosowania. Ponadto, Projektodawca wskazuje, że projekt wprowadza nowoczesne narzędzie do gromadzenia danych i jednocześnie utworzenia zbioru o charakterze referencyjnym, co uprości procesy raportowe – podmioty

				poszczególnych szczebli zarządzania otrzymają raporty z systemu, co oznacza dla pracowników wprowadzenie tych samych danych raz, a nie wielokrotnie na potrzeby osobnych raportów. Przełoży się to na zmniejszenie obciążeń raportowych, a tym samym wygenerowanie oszczędności. Projekt zakłada również integrację z innymi systemami teleinformatycznymi i rejestrami (należy tu wskazać, że systemy SZOI/Portal Świadczeniodawcy są wewnętrznymi systemami NFZ, nie umocowanymi w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia). Rozwiązanie to, nie tylko niweluje ryzyko dublowania obowiązków, a wręcz wspiera procesy walidacji poprawności i aktualności danych
35.	Wojewoda Pomorski		W każdym z dokumentów opisany jest jedynie dostęp do bieżących danych. Nie ma natomiast nigdzie informacji, że będzie dostęp do danych historycznych. Niezbędne do przeprowadzania analiz, nadzoru oraz weryfikacji zasadności skarg itp.	Uwaga nieuwzględniona. W ocenie Projektodawcy nie ma konieczności uwzględniania na poziomie ustawy faktu, że dane będą zapisywane w celu późniejszych analiz. Jest to wszak niezbędne, choćby dla zbudowania szeregów czasowych poszczególnych zmiennych czy też prognozowania zapotrzebowania. Wsparcie procesów decyzyjnych musi upierać się o te elementy, zatem zachowanie danych historycznych jest oczywiste.

36.	Wojewoda Pomorski	Art. 1. pkt 2 projektu ustawy zmieniający art. 24 ust. 1 ustawy: " EPS jest systemem teleinformatycznym, w którym są gromadzone aktualne informacje o (...)"	Propozycja brzmienia przepisu: „EPS jest systemem teleinformatycznym, w którym są gromadzone aktualne informacje pozyskiwane w czasie rzeczywistym, w sposób zautomatyzowany o (...)” W treści projektu ustawy nie określono, że dane agregowane w EPS mają być informacją aktualną na dany moment, która co bardzo istotne jest pozyskiwana w sposób zautomatyzowany bezpośrednio z systemów teleinformatycznych, które już funkcjonują w podmiotach leczniczych. W przypadku, gdyby dane miałyby być do EPS wprowadzane ręcznie przez pracowników podmiotów leczniczych, szczególnie w zakresie danych o pracownikach medycznych, wyrobach medycznych, środkach ochrony indywidualnej czy gazach medycznych to byłaby to nadmiernym obciążeniem pracy dla raportujących podmiotów. Informacja o planowanym sposobie pozyskiwania ww. informacji do EPS została opisana w uzasadnieniu do ww. projektu ustawy, tj.: „W świetle powyższego, podjęto decyzję o stworzeniu centralnego systemu teleinformatycznego Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy (EPS), którego celem jest zapewnienie możliwości monitorowania zasobów usługodawców w czasie rzeczywistym (w sposób zautomatyzowany)”, jednak nie zostało to ujęte w samej treści projektu ustawy.	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie nie można założyć automatyzacji przekazywania danych w pełnym zakresie. Istnieją przypadki, gdzie informacje nie są gromadzone w systemie teleinformatycznym, zatem wpisanie ręcznie będzie niezbędne. Jednakże, na poziomie aktu wykonawczego zostanie to zaprojektowane w sposób, który nie będzie stanowił znacznego obciążenia personelu. Jednocześnie, zapewni bezpieczniejszą formę przechowywania i utrwalania informacji.
37.	Wojewoda Pomorski	Art. 1. pkt 2 projektu ustawy zmieniający art. 24 ust. 1 ustawy poprzez dodanie ust. 9	Propozycja brzmienia przepisu: „System EPS umożliwi zgłoszenie zapotrzebowania na łóżka szpitalne przez dyspozytora medycznego oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego” Jeżeli EPS ma umożliwiać rezerwację łóżek szpitalnych przez dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego to zasadne jest, aby w projekcie ustawy znalazł się zapis dot. tej funkcjonalności systemu. Informacja o tym znalazła się w uzasadnieniu do ww. projektu ustawy, tj.: „System ma także umożliwiać zgłoszenie zapotrzebowania na łóżka szpitalne	Uwaga nieuwzględniona. W zamyśle Projektodawcy, system ma posiadać funkcjonalność, która umożliwi przekazanie do usługodawcy drogą elektroniczną informacji o transporcie pacjenta w stanie nagłym i prawdopodobnej konieczności zapewnienia dla niego łóżka na danym oddziale szpitalnym. Pozwoli to na

			przez jednostki systemu PRM”, jednak nie zostało to ujęte w samej treści projektu ustawy	przygotowanie się personelu (zwłaszcza SOR/IP) na przejęcie pacjenta od ZRM.
38.	Wojewoda Pomorski	Art. 1 pkt 2 projektu ustawy zmieniający art. 24 ust. 7 ustawy: " Informacje, o których mowa w ust. 1, są udostępniane online w postaci zagregowanej: (...) 6) wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego, dyspozytorom medycznym, zespołom ratownictwa medycznego (...)"	Propozycja brzmienia przepisu: „Informacje, o których mowa w ust. 1, są udostępniane online w postaci zagregowanej: (...) 6) wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego, dyspozytorom medycznym, zespołom ratownictwa medycznego (...)" Informacje o zasobach szpitalnych, w tym ograniczeniach w możliwości przyjęcia pacjenta są istotne dla członków zespołów ratownictwa medycznego w momencie podejmowania przez nich decyzji o kierunku transportu z pacjentem w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zatem to personel ZRM powinien dysponować dostępem online do zasobów EPS. Do ustalenia pozostaje kwestia formy w jakiej ZRM ma mieć dostęp do tego systemu i czy jest techniczna możliwość, aby na tabletach SWD PRM równolegle mogli korzystać z EPS, czy też powinni dysponować niezależnym sprzętem do obsługi tego systemu	Uwaga nieuwzględniona. W ocenie Projektodawcy nie ma konieczności nadawania dostępu do systemu poszczególnym ZRM, jeśli niezbędne informacje będzie posiadał dyspozytor medyczny. Na kolejnym etapie rozwoju projektu planowana jest integracja z SWD PRM.
39.	Wojewoda Pomorski	Art. 1 pkt 2 projektu ustawy zmieniający art. 24 ust. 7 ustawy: " Informacje, o których mowa w ust. 1, są udostępniane online w postaci zagregowanej: (...)"	W treści projektu ustawy nie założono, że dane te są udostępnione usługodawcom. Jeśli zakłada się, że dane do EPS będą przekazywane bezpośrednio z systemów informatycznych, którymi dysponuje podmiot leczniczy, to wydaje się koniecznym wprowadzenie do ww. projektu ustawy również zapisu, z którego będzie wynikała możliwość udostępnienia online danych EPS tymże usługodawcom. W projektowanym dokumencie nie nałożono także wprost obowiązku na usługodawców do przekazywania danych do EPS, co wydaje się powinno zostać doprecyzowane.	Uwaga uwzględniona

40.	Porozumienie Zielonogórskie		Projekt kontynuuje niejasność w nazewnictwie tworząc System Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy w którym gromadzi się dane usługodawcy.	Uwaga nieuwzględniona. Projektodawca zwraca uwagę, że nazwa systemu funkcjonuje już w przestrzeni publicznej i jej zmiana na tym etapie wywoła zamieszanie i pomyłki.
41.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	art. 1 pkt 2	art. 1 pkt 2 projektu ustawy, w zmianie dotyczącej art. 24, proponuje się następujące zmiany: 1) pkt 1 otrzymuje następujące brzmienie: „1) danych usługodawcy obejmujących jego nazwę, adres siedziby podmiotu leczniczego, identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 3 pkt 1 ustawy, liczbę lokalizacji, w których jest prowadzona działalność lecznicza oraz ich adresy,”	Uwaga częściowo uwzględniona. Projektodawca zaproponował zapisy, które umożliwią odpowiednią interpretację.
42.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	art. 1 pkt 2	pkt 2 otrzymuje następujące brzmienie: „2) łóżkach szpitalnych w odniesieniu do rodzaju działalności leczniczej,”; Uzasadnienie: Wydaje się niezbędne dokonanie korekty przepisu proponowanego w art. 24 (art. 1 pkt 2 projektu ustawy) ponieważ: 1) instytucja publiczna nie powinna wymagać podawania numeru REGON np. podmiotu leczniczego, w przypadku, gdy informacja ta dostępna i zgromadzona jest w innych rejestrach publicznych, a takim rejestrem jest np. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Rejestr REGON. Ponadto przepis art. 24 ust. 1 w proponowanym brzmieniu nie zawiera precyzyjnych wytycznych, gdyż z przepisu nie wynika wprost: a) z jakiego poziomu dane mają być przekazywane i gromadzone w systemie EPS - czy z poziomu zakładów leczniczych, czy też jednostek i komórek organizacyjnych, bowiem nie wiadomo jak należy rozumieć pojęcie „lokalizacji” b) jakiego rodzaju działalności leczniczej dotyczy - czy dane mają być gromadzone z lokalizacji wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w rodzaju o kodzie [1] - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, czy też z innych lokalizacji o innym profilu działalności leczniczej np. o kodzie [2] - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które również dysponują łóżkami zwanymi „szpitalnymi” c) czy lokalizacja	Uwaga częściowo uwzględniona. Projektodawca zaproponował zapisy, które umożliwią odpowiednią interpretację. Ponadto, Projektodawca zauważa, że część uwagi dotyczy materii aktu wykonawczego.

			oznacza każde miejsce udzielania świadczeń, w rozumieniu jednostka lub komórka organizacyjna zakładu leczniczego, czy tylko lokalizacje oznaczone tym samym adresem, d) jakie dane mają być podane w celu właściwej identyfikacji miejsca wykonywania zawodu medycznego przez danego pracownika medycznego, tym bardziej, że może być ich kilka, nawet u jednego pracodawcy;	
43.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w ust. 7 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu: „ 3a) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – z wyłączeniem danych, o których mowa w ust. 1 pkt 7-9;”; Uzasadnienie: Dane gromadzone w systemie EPS na mocy zaproponowanego powyżej przepisu w zmienionym brzmieniu, z wyłączeniem danych o środkach ochrony indywidualnej, zapasach gazów medycznych i zapasach krwi i jej składników, stanowiłyby by cenną informację do realizacji zadań ustawowych Agencji, o których mowa w art. 31n. Aby dane były możliwe do przetwarzania w instytucji, której są udostępniane powinny być przekazywane w sposób ustrukturyzowany i niezagregowany. Dlatego też wydaje się konieczne doprecyzowanie, w jaki sposób, z jaką częstotliwością i w jakim formacie dane te byłyby przekazywane do instytucji wymienionych w art. 24 ust. 7. Z obecnego brzmienia przepisu w ust. 7 jednoznacznie to nie wynika. Jednocześnie Agencja proponuje zmiany w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu ułatwienia dokonywania analiz danych pochodzących z systemów i rejestrów medycznych, o których mowa w niżej wskazanych ustawach, a także w celu zwiększenia możliwości dostępu Agencji do danych zawartych w tych systemach i rejestrach umożliwiającego realizację zadań Agencji wskazanych w art. 31n ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	Uwaga uwzględniona.

44.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Ogólna	W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465) wprowadza się następujące zmiany: 1) w art. 4: a) ust. 3 pkt 1 lit. g i ga otrzymują następujące brzmienie: „g) identyfikator usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 i 2a, ga) datę ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość, jeżeli dotyczy”, b) uchyla się ust. 3 lit. i oraz lit. ia; Uzasadnienie Zaproponowane zmiany mają charakter porządkujący i ujednolicający stosowanie kluczowych identyfikatorów stosowanych w systemie informacji ochrony zdrowia, w skali wszystkich regulacji prawnych, których je dotyczą i uwzględniają w swoim zakresie. Wydaje się, że wszystkie lub co najmniej większość regulacji prawnych, w których jest mowa o identyfikatorze pacjenta/świadczeniobiorcy/usługobiorcy przywoływały definicję zawartą w art. 17c ust. 2 i 2a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, tym bardziej w tej samej ustawie. Z tego względu zaproponowano zmianę przepisu zawartego w 4 ust. 3 pkt 1 lit. g. Pozwoliłoby to na poprawę jakości gromadzonych danych w systemach ochrony zdrowia i poprawę procesu wymiany danych pomiędzy tymi systemami. W chwili obecnej definicje te są bardzo zróżnicowane co bardzo utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia prawidłowe rejestrowanie danych o pacjentach oraz ich wymianę danych pomiędzy różnymi systemami informatycznymi w obszarze ochrony zdrowia. Pozostałe propozycje zmian przepisów w 4 ust. 3 pkt 1 lit. ga, gb w art. 4 ust. 3 lit. i oraz lit. ia są konsekwencją zmiany zaproponowanej w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. g.	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.
45.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 12: a) dodaje się ust. 8a w brzmieniu: „8a. Administrator systemu, o którym mowa w art. 10 ust. 7 jest zobowiązany do nieodpłatnego udostępniania danych gromadzonych w systemie SIM, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 2, art. 11 ust. 4, art. 11a ust. 2 i ust. 3 pkt 2 i 3, art. 12 ust. 1 i w art. 29 ust. 2 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w formie i częstotliwości określonej przez Agencję, w	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			zakresie niezbędnym do realizacji zadań określonych w art. 31n w pkt 1-3d i 4a-4e oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia;" b) ust. 9 otrzymuje brzmienie: „9. Pobieranie danych przetwarzanych w SIM przez podmioty, o których mowa w ust. 3-8a, jest nieodpłatne.” Uzasadnienie Dane z Elektronicznych Dokumentacji Medycznych, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 2, gromadzone w systemie SIM, są niezbędne dla Agencji do realizacji zadań ustawowych Agencji, o których mowa w art. 31n ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej ustawą o świadczeniach. Dane te są również niezbędne do uzyskania rezultatów Projektów realizowanych aktualnie w Agencji w ramach Programu BadawczoRozwojowego.	
46.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 17 ust. 2: a) pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5;” b) w pkt 9 kropkę zamienia się na średnik i dodaje się pkt 10 w brzmieniu: „10) poziom wykształcenia, określonego na mocy odrębnych przepisów jeżeli dotyczy.” Uzasadnienie Zaproponowane brzmienie przepisu w art. 17 ust. 2 pkt 2 byłoby zgodne z jednolitą definicją identyfikatora pracownika medycznego, która powinna być stosowana we wszystkich systemach informatycznych, które gromadzą dane w obszarze ochrony zdrowia. Zawarta jest ona w art. 17 c ust. 5 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Przedmiotowa, jednolita definicja powinna obowiązywać we wszystkich aktach prawnych, (tym bardziej, w pozostałych przepisach tej samej ustawy, gdzie mowa jest o identyfikatorze pracownika medycznego), w których jest przytaczana, oraz stosowana we wszystkich systemach informatycznych, gdzie rejestrowany jest identyfikator pracownika medycznego. Zaproponowana zmiana umożliwiłaby przeprowadzanie ewentualnych zmian tej definicji, dokonywanej w jednym miejscu, a uwzględnianej jednocześnie w	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			pozostałych przepisach, gdzie jest mowa o identyfikatorze pracownika medycznego. Propozycja dodania nowego przepisu art. 17 ust. 2 pkt 9 wynika z tego, że w Centralnym Wykazie Pracowników Medycznych jest przetwarzana informacja o poziomie wykształcenia pracowników medycznych w odniesieniu do niektórych zawodów medycznych (np. fizjoterapeutów). W przypadku gdyby przepis ten został uzupełniony, Agencja również mogłaby pozyskiwać te dane na potrzeby realizacji jej zadań ustawowych, o których mowa w art. 31n ustawy o świadczeniach oraz w celu uzyskania rezultatów Projektów realizowanych aktualnie w Agencji w ramach Programu Badawczo-Rozwojowego.	
47.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 17b dodaje się ust. 3 i 4 w brzmieniu: „3. Administrator, o którym mowa w ust. 1, jest obowiązany udostępniać nieodpłatnie dane o których mowa w art. 17 ust. 2 i art. 17a ust. 2 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu realizacji zadań Agencji, o których mowa w art 31n pkt 1-3d i 4a-4e oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia. 4. Administrator systemu, o którym mowa w ust. 3 uzgadnia z Agencją sposób, format i częstotliwość udostępniania danych, o których mowa w ust. 3.”; Uzasadnienie Dane z Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych, o których mowa w art. 17 ust. 2 oraz art. 17a ust. 2 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia są niezbędne dla Agencji do realizacji zadań ustawowych Agencji, o których mowa w art. 31n ustawy o świadczeniach. Przedmiotowe dane są również niezbędne Agencji w celu uzyskania rezultatów Projektów realizowanych w Agencji w ramach Programu Badawczo-Rozwojowego.	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.
48.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 17c dodanie ust. 2a w brzmieniu: „2a.W przypadku noworodków, które nie mają nadanego numeru PESEL i nie posiadają serii i numeru innego dokumentu stwierdzającego tożsamość - numer PESEL przedstawiciela ustawowego albo seria i numer jego paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego jego tożsamość albo niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501. " Uzasadnienie Zaproponowane brzmienie przepisu byłoby zgodne z jednolitą definicją identyfikatora usługobiorcy/ świadczeniobiorcy/ pacjenta określoną dla wszystkich systemów informatycznych w ochronie zdrowia. Zawarta jest ona w art. 17 c ust. 2 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Przedmiotowa, jednolita definicja powinna obowiązywać we wszystkich aktach prawnych, w których jest przytaczana, oraz stosowana we wszystkich systemach informatycznych, gdzie rejestrowany jest identyfikator usługobiorcy/ świadczeniobiorcy/ pacjenta. Umożliwiłoby to w sposób prawidłowy wymianę danych o pacjentach i pozwoliłoby na poprawę jakości tych danych, co może służyć podniesieniu poziomu rzetelności i wiarygodności analiz dot. systemu opieki zdrowotnej. Od lat system opieki zdrowotnej boryka się z różnorodnością opisów pojęć i definicji w różnych aktach prawnych, co wpływa na nie najlepszą jakość gromadzonych danych w całym obszarze ochrony zdrowia, w szczególności gromadzonych w systemach informatycznych. Wymiana danych pomiędzy systemami często z tego względu jest utrudniona, a niekiedy wręcz niemożliwa. W chwili obecnej określenie identyfikatora noworodka jest inne w ustawie o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a inne w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia w art. 4, a inne określenie identyfikatora usługobiorcy w art. 17c ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który przecież też jest usługobiorcą/świadczeniobiorcą.	
49.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 19 ust. 11 pkt 1 otrzymuje brzmienie: „1) dane, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, c, g, h, , n, o, p, r, t, v oraz pkt 2;” Uzasadnienie Dane z Krajowych Rejestrów Medycznych są niezbędne Agencji do realizacji zadań ustawowych Agencji, o których mowa w art. 31n ustawy o świadczeniach oraz w celu uzyskania rezultatów Projektów realizowanych aktualnie w Agencji w ramach Programu Badawczo-Rozwojowego.	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

50.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 22 dodaje się nowy ustęp 4ba w brzmieniu: „4ba. Prezes Funduszu zobowiązany jest do przekazywania pełnego zakresu danych przetwarzanych w systemie, o którym mowa w ust. 1 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji po zamknięciu każdego okresu sprawozdawczego, w celu realizacji zadań Agencji określonych w art. 31n w pkt 1-3d i 4a-4e oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.” Uzasadnienie W celu realizacji zadań Agencji związanych z wyceną tariff świadczeń oraz innych zadań zleczanych Agencji przez Ministra Zdrowia konieczne jest pozyskanie danych z zakresu sprawozdawanych w pełnym zakresie, jakim dysponuje Centrala NFZ w systemie rozliczanych przez NFZ świadczeń gwarantowanych, gromadzonych w systemie RUM NFZ. W chwili obecnej dane gromadzone przez NFZ w oparciu o komunikat ŚWIAD, ZPOSP i LEK przekazywane są do Agencji w niepełnym zakresie i z różną częstotliwością. Obecny proces uzyskiwania przez Agencję tych danych z NFZ utrudnia, a nawet wręcz uniemożliwia niekiedy przeprowadzenie analiz w pełniejszym zakresie niż dotychczas i w oczekiwanych przez zleceniodawcę terminach.	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.
51.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 23 dodaje się ust. 7 i 8 w brzmieniu: „7. Administrator systemu, o którym mowa w ust. 5, udostępnia nieodpłatnie dane przetwarzane w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w ust. 2 pkt 4 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu realizacji zadań Agencji, o których mowa w art. 31n w pkt 1-3d i 4a-4e oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia; 8. Administrator systemu, o którym mowa w ust. 7 uzgadnia z Agencją sposób, format i częstotliwość udostępniania danych, o których mowa w ust. 1.” Uzasadnienie Dane pozyskiwane od świadczeniodawców do Systemu Statystyki Ochrony Zdrowia (SSOZ) i w nim przetwarzane są niezbędne dla Agencji do realizacji zadań ustawowych Agencji, o których mowa w art. 31n ustawy o świadczeniach. Dane z Systemu Statystyki Ochrony Zdrowia są również niezbędne Agencji w celu	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			uzyskania rezultatów Projektów realizowanych aktualnie w Agencji w ramach Programu Badawczo- Rozwojowego.	
52.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 28: a) ust. 1 otrzymuje następujące brzmienie: „1. System Monitorowania Kosztów Leczenia jest systemem teleinformatycznym, którego zadaniem jest przetwarzanie w szczególności następujących danych: 1) danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 pkt 1-3, 4-5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 2) ekspertów zaangażowanych w prace nad oceną technologii medycznych oraz świadczeń gwarantowanych, a także wyceną świadczeń opieki zdrowotnej, obejmujących: a) imię i nazwisko, b) adres do korespondencji, c) adres e-mail, d) numer telefonu, e) numer PESEL, f) tytuł zawodowy lub naukowy, g) specjalizację, jeżeli dotyczy, h) nazwę jednostki zatrudniającej, jeżeli dotyczy, i) pełnioną funkcję, jeżeli dotyczy, 3) świadczeniodawców obejmujących: a) nazwę świadczeniodawcy, b) nazwę skróconą świadczeniodawcy, c) numer NIP, d) numer REGON, e) identyfikator usługodawcy, o którym mowa w art. 17c ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, f) nr KRS, jeżeli dotyczy, g) kod świadczeniodawcy NFZ, h) kod oddziału NFZ, i) adres świadczeniodawcy, j) adres korespondencyjny świadczeniodawcy, k) numer telefonu, l) adres e-mail, 4) pracowników świadczeniodawcy obejmujących: a) imię i nazwisko, b) adres e-mail, c) numer PESEL. w związku z realizacją zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji określonych w art. art. 31n w pkt 1-3d i 4a-4e ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.”; Uzasadnienie Zgodnie z art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2023 r. poz. 2465 z późn. zm.) System Monitorowania Kosztów Leczenia jest systemem teleinformatycznym, którego zadaniem jest przetwarzanie danych, o których mowa w art. 31lc ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, niezbędnych Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji m.in. do określenia taryf świadczeń opieki zdrowotnej. Według podpisanej umowy pomiędzy Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) a Centrum Projektów Polska Cyfrowa, nr umowy POPC.02.01.00-00-0110/19-00 o dofinansowanie projektu pod nazwą „System Monitorowania Kosztów Leczenia” w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa nr 2 „Eadministracja i otwarty rząd” Działanie nr 2.1 „Wysoka dostępność i jakość eusług publicznych”, AOTMiT zobowiązana jest do realizacji trzech e-usług: ekwalifikacja świadczeniodawców, e- gromadzenie i weryfikacja danych oraz eobsługa ekspercka. Celem projektu było wytworzenie systemu teleinformatycznego pod nazwą „System Monitorowania Kosztów Leczenia”, który umożliwi jak największą automatyzację procesów związanych z przygotowaniem, przekazaniem i analizą danych niezbędnych do określenia taryfy świadczeń oraz realizacji innych zadań Agencji określonych w art. 31n ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Określanie taryf świadczeń jest jednym z zadań ustawowych Agencji. W celu realizacji tego zadania gromadzone oraz przetwarzane są dane przekazywane przez podmioty udzielające świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych jak również inne podmioty wskazane w ustawie o świadczeniach (przede wszystkim Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia). Proces ten jest niezwykle złożony, składa się z wielu etapów: wyboru wycenianego obszaru i usługodawców usług medycznych przekazujących dane, przygotowania dokumentacji i wystąpienia do podmiotów z	
--	--	--	--	--

			wnioskiem o przekazanie danych, weryfikacji uzyskanych danych, ich analizy, konsultacji z ekspertami, oszacowania kosztów i ustalenia taryfy. W celu zautomatyzowania i optymalizacji tych procesów zarówno po stronie usługodawcy usług medycznych jak i Agencji, wdrożono e-Usługi, ściśle ze sobą powiązane, wpływające bezpośrednio na proces taryfikacji i mających na celu przyniesienie korzyści po obu stronach, głównie w postaci zmniejszenia zaangażowania zasobów ludzkich, możliwości elektronicznego załatwienia spraw, automatycznej weryfikacji danych i swobodnej komunikacji pomiędzy Agencją i usługodawcami usług medycznych. W ramach użytkowników zaangażowanych w wytwarzanie, gromadzenie, archiwizowanie, uaktualnianie oraz publikowanie informacji można wyodrębnić następujące podgrupy: 1) Usługodawcy usług medycznych udzielający świadczeń medycznych finansowanych zarówno ze środków publicznych: Podmioty lecznicze Praktyki lekarskie indywidualne Praktyki pielęgniarek indywidualne Praktyki lekarskie grupowe Praktyki pielęgniarek grupowe 2) Eksperci kliniczni zaangażowani w prace nad oceną technologii medycznych oraz świadczeń gwarantowanych, a także wyceną świadczeń opieki zdrowotnej. 3) Pracownicy Agencji zaangażowani m.in. w procesy taryfikacji, oceny technologii medycznych, świadczeń gwarantowanych oraz obsługi ekspertów. W ramach funkcjonowania systemu udostępnione zostaną trzy e-usługi: kwalifikacja świadczeniodawców, gromadzenie i weryfikacja danych oraz obsługa ekspercka. Udostępnienie e-usług jest optymalnym wsparciem na każdym etapie procesu taryfikacji, począwszy od przygotowania procesu, poprzez generowanie wezwań do udostępnienia danych oraz dokumentów poświadczających współpracę, pozyskanie i weryfikację otrzymanych danych, skończywszy na pracach analitycznych, monitorowaniu przekazywanych danych, a także końcowym określeniu projektu taryfy świadczeń. Uwzględniając powyższe elementy niezbędnym jest przetwarzanie wskazanych powyżej danych w Systemie Monitorowania Kosztów Leczenia, tak	
--	--	--	--	--

			aby sprawnie przeprowadzać procesy taryfikacji oraz realizować inne zadania ustawowe Agencji określone w pkt 1-3d i 4a-4d ustawy o świadczeniach oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia. b) ust. 2 otrzymuje następujące brzmienie: „2. Administratorem danych przetwarzanych w Systemie Monitorowania Kosztów Leczenia jest Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.” Uzasadnienie Uzasadnieniem do zmiany administratora danych przetwarzanych w Systemie Monitorowania Kosztów Leczenia jest Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jest fakt, że system został wytworzony przez Agencję, a nie jak wcześniej zamierzano przez Centrum e-Zdrowia, i system ten jest zainstalowany na serwerach Agencji. W związku z tym, wydaje się, że Administratorem tych danych powinien być Prezes Agencji a nie Minister Zdrowia.	
53.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 29: a) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w następującym brzmieniu: „5a. Główny Inspektor Farmaceutyczny albo jednostka, o której mowa w ust. 7, za zgodą Głównego Inspektora Farmaceutycznego, udostępniają dane przetwarzane w Zintegrowanym Systemie Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, Narodowemu Fundusze Zdrowia oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie, w jakim wymaga tego realizacja zadań ustawowych przez te podmioty.”; b) proponuje się dodanie ust. 9 w brzmieniu: 9. Administrator systemu, o którym mowa w ust. 7 uzgadnia z Agencją sposób, format i częstotliwość udostępniania danych, o których mowa w ust. 2.” Uzasadnienie Zasadne jest przyznanie Agencji dostępu do danych zawartych w Zintegrowanym Systemie Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi w celu realizacji zadań ustawowych. Dane z Zintegrowanego System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL) są konieczne Agencji do realizacji zadań Agencji, o których mowa w art. 31n ustawy o świadczeniach, m.in. przygotowania rekomendacji w sprawie wydania zgody na refundację leków, środków spożywczych specjalnego żywienia	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			pozajelitowego, sprowadzanych w ramach importu docelowego, innych zadań zleconych przez Ministra Zdrowia, badań naukowych i analiz. Dane z Zintegrowanego System Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL) są również niezbędne Agencji w celu uzyskania rezultatów Projektów pn. Rozwój Zasobów Analitycznych (RZA) i pn. Projektowanie Zmian Systemu Opieki Zdrowotnej (PZSOZ) realizowanego w Agencji w ramach Programu Badawczo-Rozwojowego.	
54.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 30a proponuje się dodanie ust. 6 i 7 w brzmieniu: „6. Administrator systemu, o którym mowa w ust. 3, udostępnia nieodpłatnie dane, o których mowa w ust. 1 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w celu realizacji zadań Agencji w zakresie planowania racjonalnych zmian na rynku substancji czynnych. 7. Administrator systemu, o którym mowa w ust. 3 uzgadnia z Agencją sposób, format i częstotliwość udostępniania danych, o których mowa w ust. 1.” Uzasadnienie: Dane z Systemu Obsługi List Refundacyjnych są niezbędne Agencji do realizacji zadań ustawowych Agencji, o których mowa w art. 31n ustawy o świadczeniach. Dane te są również niezbędne Agencji w celu uzyskania rezultatów Projektów realizowanych aktualnie w Agencji w ramach Programu Badawczo-Rozwojowego. Konieczne jest też zobowiązanie gestorów danych do przekazywania szerszego zakresu danych niż obecnie gromadziła Agencja.	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.
55.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji		w art. 31c proponuje się dodanie ust. 5 i 6 w brzmieniu: „5. Administrator danych, o którym mowa w ust. 4, jest obowiązany udostępniać nieodpłatnie dane, o których mowa w ust. 1-3 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, w celu planowania racjonalnych zmian na rynku substancji czynnych w ramach realizacji zadań Agencji, o których mowa w art. 31n pkt 1-3d i 4a-4e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia. 6. Administrator danych, o którym mowa w ust. 4 uzgadnia z Agencją sposób, format i częstotliwość udostępniania danych, o których mowa w ust. 1-3.” Uzasadnienie Dane	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			gromadzone w systemie w Systemie Obsługi Importu Docelowego (SOID) są niezbędne do realizacji zadań ustawowych Agencji, o których mowa w art. 31n, a dokładnie, przygotowania rekomendacji na zlecenie MZ w sprawie wydania zgody na refundację leków, środków spożywczych specjalnego żywienia pozajelitowego, sprowadzanych w ramach importu docelowego oraz innych zadań zleconych przez MZ, badań naukowych i analiz Agencji. Dane z SOID są również niezbędne Agencji w celu uzyskania rezultatów Projektów realizowanych aktualnie w Agencji w ramach Programu BadawczoRozwojowego. Konieczne jest też zobowiązanie gestorów danych do przekazywania szerszego zakresu danych niż obecnie gromadziła Agencja.	
56.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. e otrzymuje brzmienie: „e) identyfikator świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 i 2a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,” Uzasadnienie Zaproponowane brzmienie powyższego przepisu byłoby zgodne z jednolitą definicją identyfikatora usługobiorcy/ świadczeniobiorcy/ pacjenta określoną dla wszystkich systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Zawarta jest ona w art. 17c ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r., poz. 2465 z późn. zm.) i proponowanym nowym ust. 2a w tejże ustawie. Wydaje się, że przedmiotowa, jednolita definicja powinna obowiązywać we wszystkich aktach prawnych, w których jest przytaczana, oraz stosowana we wszystkich systemach informatycznych, gdzie rejestrowany jest identyfikator usługobiorcy / świadczeniobiorcy / pacjenta (w tym noworodka). Umożliwiłoby to w sposób prawidłowy wymianę danych o pacjentach i pozwoli na poprawę jakości tych danych, co może służyć podniesieniu poziomu rzetelności i wiarygodności analiz dot. systemu opieki zdrowotnej, wykonywanych również przez Agencję. Od lat system opieki zdrowotnej boryka się z różnorodnością opisów pojęć i definicji w różnych aktach prawnych, co wpływa na nie najlepszą jakość gromadzonych danych, w szczególności gromadzonych w	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			systemach informatycznych. Wymiana danych pomiędzy systemami często z tego względu jest utrudniona, a niekiedy wręcz niemożliwa, w szczególności gdy dotyczy to np. identyfikatorów noworodków.	
57.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	w art. 31lc: a) ust. 2 pkt 1 otrzymuje następujące brzmienie: „1) identyfikator świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 i 2a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;” Uzasadnienie W przepisach prawnych dot. identyfikacji świadczeniobiorców funkcjonuje obecnie znaczna różnorodność. Zasadne było, aby doprecyzować odpowiednio wszystkie przepisy, które regulują kwestie identyfikacji świadczeniobiorców w całym systemie ochrony zdrowia, aby odwoływały się do definicji określonych w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia. Zarządzanie ewentualną zmianą tej definicji jest wtedy w jednym miejscu, w jednym akcie prawnym. Należy też mieć na uwadze, że toczą się również prace w ramach EPDZ. b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu: „2a. W celu realizacji zadań Agencji określonych w art. 31 n Agencja przetwarza również następujące dane: 1) pozyskane z Centralnego Wykazu Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 17 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.
58.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	proponuje się dodanie art. 31ld w brzmieniu: „Art. 31ld. 1. Agencja przetwarza dane osobowe osób ubiegających się o nadanie dostępu lub korzystających z aplikacji udostępnianych przez Agencję świadczeniodawcom oraz niebędącym świadczeniodawcami osobom uprawnionym i osobom przez nie upoważnionym, nie będących pracownikami Agencji w celu korzystania z usług informatycznych i komunikacji z Agencją. 2. W celu nadawania dostępu i uprawnień Użytkownikom usług informatycznych udostępnianych przez Agencję i komunikacji z Agencją realizacji zadań, Agencja przetwarza następujące dane: 1) nazwisko i imię	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			(imiona); 2) numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość; 3) adres mail; 4) numer telefonu umożliwiający kontakt z osobą, której dane Agencja przetwarza; 5) numer prawa wykonywania zawodu oraz kwalifikacje zawodowe, jeżeli dotyczy; 6) dane podmiotu, który reprezentuje osoba ubiegająca się o nadanie dostępu lub korzystająca z aplikacji udostępnianych przez Agencję, jeżeli dotyczy. Uzasadnienie W wyniku dokonanego lub planowanego udostępnienia przez Agencję różnych aplikacji i rozwiązań informatycznych rodzi się potrzeba sformalizowania przetwarzania w systemach informatycznych Agencji (obecnie udostępnianych i planowanych do udostępnienia w ramach Programu Badawczo-Rozwojowego realizowanego aktualnie w Agencji) danych użytkowników tych aplikacji, głównie przedstawicieli świadczeniodawców, ale również ekspertów zewnętrznych, członków Rady Przejrzystości i Rady Taryfikacji. Analogiczny przepis funkcjonuje już w ustawie o świadczeniach dla NFZ (art. 188ba)	
59.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	proponuje się dodanie art. 31le w brzmieniu: 14 S t r o n a „Art. 31le. 1. System Centralnej Informacji o Technologiach Medycznych jest systemem teleinformatycznym, w którym przetwarzane są dane i informacje, w celu realizacji zadań Agencji określonych w art. 31 lc w pkt 1-3d i 4a-4e. 2. Elektroniczny System Centralnej Informacji o Technologiach Medycznych umożliwia przetwarzanie przez Agencję danych w zakresie: 1) informacji pochodzących z systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; 2) informacji pozyskanych z Komisji Europejskiej w zakresie modyfikacji dopuszczenia do obrotu produktów rejestrowanych w procedurze centralnej; 3) informacji pochodzących z komórki organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia właściwej do rozpatrywania wniosków o objęcie refundacją lub danych z Systemu Obsługi List Refundacyjnych, o którym mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			planowania racjonalnych zmian na rynku substancji czynnych; 4) informacji gromadzonych w rejestrze medycznym – Centralny Wykaz Produktów Leczniczych, o którym mowa w art. 17a. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie pełnej informacji o produkcie leczniczym; 5) danych z Systemu Obsługi Importu Docelowego, o którym mowa w art. 31c ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie finansowania produktów leczniczych; 6) danych z aplikacji informatycznej pn. Centralna Baza Wniosków i Decyzji, udostępnianej przez Prezesa Funduszu; 7) danych Urzędu Patentowego w zakresie okresów i zakresu ochrony patentowej produktów leczniczych. 3. Podmioty, o których mowa w ust. 2 pkt 3, 6 i 7 zobowiązane są do przekazywania nieodpłatnie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji danych, o których mowa ust. 2 pkt 3, 6 i 7.” Uzasadnienie W związku z rozpoczętą już w Agencji realizacją projektów w ramach Programu Badawczo-Rozwojowego istnieje potrzeba gromadzenia przez Agencję szerszego niż dotychczas zakresu danych. Bez pozyskania danych określonych w zaproponowanym powyżej przepisie nie będzie możliwe uzyskanie w pełni rezultatów rozpoczętych projektów. Obecnie Agencja nie ma podstaw prawnych do pozyskiwania i przetwarzania dodatkowego zakresu tych danych. Konieczne jest również zobowiązanie gestorów tych danych do ich przekazywania do Agencji. Niezbędne jest również doprecyzowanie w ustawie celów przetwarzania dodatkowo pozyskanych danych. System Centralne Informacji o Technologiach Medycznych (SCIoTM) będzie realizowany w Projekcie pn. Analizowanie Systemu Opieki Zdrowotnej (ASOZ) w ramach Produktu ASOZ_P3.	
60.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	proponuje się dodanie art. 31lf w brzmieniu: 15 S t r o n a „Art. 31lf. 1. Organ prowadzący rejestr PESEL udostępnia nieodpłatnie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji za pomocą środków komunikacji elektronicznej następujący zakres danych: 1) nazwisko i imię (imiona); 2) numer PESEL; 3) numery PESEL rodziców; 4) data urodzenia; 5) płeć; 6) obywatelstwo; 7) seria i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			stwierdzającego tożsamość; 8) adres zamieszkania; 9) adres czasowego miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli dana osoba nie ma na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej miejsca zamieszkania; 10) adres zameldowania; 11) data zgonu; 12) informację, że numer PESEL został nadany w trybie, o którym mowa w art. 4 ustawy wskazanej w art. 12 pkt 13; 13) adres zamieszkania; 14) stopień niepełnosprawności; 15) informacje o zmianie danych, o których mowa w pkt 1-14. 2. Organ prowadzący rejestr PESEL i Agencja uzgadniają format udostępnianych danych, o których mowa w ust. 1. 3. Agencja przetwarza dane celem realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1– 3d i 4a–4e.” Uzasadnienie Gromadzenie danych z Bazy PESEL jest niezbędne w celu realizacji zadań ustawowych oraz przeprowadzania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia. W chwili obecnej Agencja pozyskuje te dane na mocy decyzji Ministra Cyfryzacji z dnia 22 marca 2023 r., znak DZS.WSRP.8501.26.2023 (COIZo.5161.1.108.2022). Agencja może pozyskiwać te dane na mocy art. 46 ust.1 pkt 1 ustawy o ewidencji ludności (dz. U z 2024 r., poz. 736). Wydaje się zasadne wprowadzenie odpowiedniego przepisu w ustawie o świadczeniach, dających Agencji pełne prawo do przetwarzania danych określonych w tym przepisie.	
61.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	w art. 31o proponuje się nadanie następującego brzmienia w ust. 2 pkt 1d: „1d) monitorowanie efektywności i jakości procesu farmakoterapii na podstawie danych z Systemu Centralnej Informacji o Technologiach Medycznych, o którym mowa w art. 31le; 16 S t r o n a Uzasadnienie: Propozycja zmiany brzmienia przepisu wynika z potrzeby realizacji zadania ustawowego Prezesa w oparciu o szerszy zakres danych niż dotychczas. Chodzi o dane które będą gromadzone w nowym, utworzonym i prowadzonym przez Prezesa Agencji Systemie Centralnej Informacji o Technologiach Medycznych w skrócie SCIoTTM, o którym mowa w proponowanym do dodania przepisie w art. 31le.	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

62.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	w art. 31o proponuje się dodanie punktu 1k w następującym brzmieniu: „1k) prowadzenie teleinformatycznego Systemu Centralnej Informacji o Technologiach Medycznych, o którym mowa w art. 31ld.” Uzasadnienie: W ramach realizacji w Projekcie ASOZ w ramach Programu BadawczoRozwojowego planowane jest utworzenie i wdrożenie Systemu Centralnej Informacji o Technologiach Medycznych, o którym mowa w proponowanym do dodania przepisie w art. 31le, w którym planuje się gromadzenie szerokiego zakresu danych na potrzeby realizacji zadań Agencji. W związku z powyższym proponuje się też dodanie do listy zadań Prezesa nowe zadanie związane z prowadzeniem w Agencji nowego systemu teleinformatycznego, jakim będzie System Centralnej Informacji o Technologiach Medycznych.	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.
63.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	w art. 188a : a) pkt 3 otrzymuje brzemienie: „3) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17 c ust.5 ustawy 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;” b) uchyla się pkt 4; Uzasadnienie: W uzasadnieniu do proponowanej zmiany brzmienia przepisu zawartego w art. 188a pkt 3 ustawy o świadczeniach należy wskazać, że obecne brzmienie jest niespójne z przepisem zawartym w art. 17c ust. 5 ustawy o SIOZ, zawierającym definicję identyfikatora pracownika medycznego, który brzmi jak poniżej: „5. Identyfikator pracownika medycznego stanowi numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku osób, którym nie nadano numeru prawa wykonywania zawodu - numer PESEL.” Przepis w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia nie dopuszcza, aby identyfikatorem pracownika medycznego był numer dokumentu potwierdzającego tożsamość. Różnorodność i niejednoznaczność stosowanych identyfikatorów pracowników medycznych stosowanych w wielu systemach informatycznych i rejestrach medycznych znacznie utrudnia, a czasami wręcz uniemożliwia wymianę danych pomiędzy tymi systemami. Ma to też negatywny wpływ na jakość analiz dokonywanych przez Agencję w ramach realizacji jej zadań ustawowych. Propozycja uchylecia	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			przepisu zawartego w pkt 4 jest konsekwencją propozycji zmiany brzmienia przepisu w pkt 3.	
64.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	w art. 188c: a) ust. 6 otrzymuje brzmienie: 6. Fundusz oraz Agencja przetwarzają dane w zakresie realizacji programów lekowych, o których mowa w ustawie o refundacji. b) po ust. 6 dodaje się ust. 7 i 8 w następującym brzmieniu: „7. Prezes Funduszu zobowiązany jest do nieodpłatnego przekazywania w trybie ciągłym, w określonym przez Agencję formacie i zakresie danych, o których mowa w ust. 2 i 6, przetwarzanych w systemie, o którym w ust. 1 Agencji po zamknięciu każdego okresu sprawozdawczego. 8. Agencja przetwarza dane, o których mowa w ust. 2 i 6 w celu realizacji zadań Agencji określonych w art. 31n w pkt 1-3d i 4a-4d oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.” Uzasadnienie: W celu zapewnienia prawidłowej realizacji zadań ustawowych Agencji określonych, w 31n pkt 1-3d i 4a-4d ustawy o świadczeniach oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia, zasadne jest zapewnienie Agencji możliwości pozyskiwania z Narodowego Funduszu Zdrowia danych gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), o którym mowa w art. 188c ustawy o świadczeniach. Oczekiwaniem Agencji jest pozyskiwanie tych danych w trybie ciągłym, w uzgodnionym formacie i strukturze, która umożliwi cykliczne i zautomatyzowane wczytywanie tych danych do centralnej hurtowni danych. Umożliwi to dostęp do tych danych dla różnych analityków Agencji, w miarę potrzeb, bez potrzeby każdorazowego wnioskowania o te dane od różnych wnioskodawców po stronie Agencji i w różnym zakresie i strukturze. Celem Agencji jest również optymalizacja procesów pozyskiwania danych poprzez automatyzację tego procesu z	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			wykorzystaniem nowszych technologii informatycznych. Zgodnie z art. 40a ust. 6 i 7 ustawy o refundacji objęte refundacją technologie lekowe wysokim poziomem innowacyjności podlegają w warunkach rzeczywistych opieki zdrowotnej porównaniu przez Agencję z alternatywnymi sposobami postępowania medycznego pod względem skuteczności i działań niepożądanych w oparciu o analizy danych otrzymane od podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Na 90 dni przed zakończeniem okresu refundacji technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności Agencja publikuje raport z oceny efektywności objętych refundacją technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności oraz jakości leczenia w oparciu o dane z rejestrów medycznych lub elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych, o którym mowa w art. 188c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pod warunkiem że dane kliniczne niezbędne do opracowania tego raportu są wystarczające. Tym samym dostęp do tych danych jest niezbędny do realizacji zadań Agencji.	
65.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	w art. 188e: a) w ust. 4 po pkt 3 kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się pkt 4 w brzmieniu: „4) Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.” b) proponuje się dodanie ust. 6 w brzmieniu: „6. Prezes Funduszu zobowiązany jest do nieodpłatnego przekazywania danych, o których mowa w ust. 2, przetwarzanych w systemie, o którym w ust. 1 Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji po zamknięciu każdego okresu sprawozdawczego, w celu realizacji zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji określonych w art. 31n w 31n pkt 1-3d i 4a-4d oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia.” Uzasadnienie: W celu zapewnienia prawidłowej realizacji zadań ustawowych Agencji określonych, w 31n pkt 1-3d i 4a-4d ustawy o świadczeniach oraz w celu dokonywania analiz na rzecz systemu ochrony zdrowia, zasadne jest zapewnienie Agencji możliwości pozyskiwania z Narodowego Funduszu Zdrowia danych	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			gromadzonych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych (SIMP), o którym mowa w art. 188e ustawy o świadczeniach. Oczekiwaniem Agencji jest pozyskiwanie tych danych w trybie ciągłym, w uzgodnionym formacie i strukturze, która umożliwi cykliczne i zautomatyzowane wczytywanie tych danych do centralnej hurtowni danych. Umożliwi to dostęp do tych danych dla różnych analityków Agencji, w miarę potrzeb, bez potrzeby każdorazowego wnioskowania o te dane od różnych wnioskodawców po stronie Agencji i w różnym zakresie i strukturze. Celem Agencji jest również optymalizację procesów pozyskiwania danych poprzez automatyzację tego procesu z wykorzystaniem nowszych technologii informatycznych. W związku z realizacją projektów w ramach Programu Badawczo-Rozwojowego konieczne jest pozyskiwanie przez Agencję szerszego zakresu danych niż dotychczas, w trybie ciągłym, ewentualnie cyklicznie z dodatkowych źródeł danych (systemów IT i gestorów). Konieczne jest też zobowiązanie gestorów danych do przekazywania szerszego zakresu danych niż obecnie gromadziła Agencja.	
66.	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	w art. 191: a) ust. 3 pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) identyfikator świadczeniobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 i 2a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. b) w ust. 3 uchyla się pkt 4; Uzasadnienie: Zaproponowane brzmienie powyższych przepisów jest zgodne z jednolitą definicją identyfikatora usługobiorcy/ świadczeniobiorcy/ pacjenta określoną dla wszystkich systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Zawarta jest ona w art. 17 c ust. 2 ustawy systemie informacji o ochronie zdrowia i proponowanym nowym ust. 2a Wydaje się, że przedmiotowa, jednolita definicja powinna obowiązywać we wszystkich aktach prawnych, w których jest przytaczana, oraz stosowana we wszystkich systemach	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym.

			informatycznych, gdzie rejestrowany jest identyfikator usługobiorcy/ świadczeniobiorcy/ pacjenta. Umożliwi to w sposób prawidłowy wymianę danych o pacjentach i pozwoli na poprawę jakości tych danych, co może służyć podniesieniu poziomu rzetelności i wiarygodności analiz dot. systemu opieki zdrowotnej, wykonywanych również przez Agencję. Od lat system opieki zdrowotnej boryka się z różnorodnością opisów pojęć i definicji w różnych aktach prawnych, co wpływa na nie najlepszą jakość gromadzonych danych, szczególności gromadzonych w systemach informatycznych. Wymiana danych pomiędzy systemami często z tego względu jest utrudniona a niekiedy wręcz niemożliwa, w szczególności gdy dotyczy to np. identyfikatorów noworodków.	
67.	Śląski Uniwersytet Medyczny	Ogólna	Zmiana ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia ma na celu wprowadzenie systemu EPS - Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy. System Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (EPS) będzie cyfrową platformą, która w czasie rzeczywistym zgromadzi i przeanalizuje dane dotyczące dostępności personelu medycznego, infrastruktury, sprzętu oraz kluczowych zasobów szpitalnych. System ma umożliwić bieżące śledzenie: – dostępności łóżek szpitalnych i możliwość zgłaszania zapotrzebowania na nie przez dyspozytorów medycznych, – dostępności pracowników medycznych, – dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), – infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia),	Uwaga stanowi komentarz.

			– dostępności środków ochrony indywidualnej oraz gazów medycznych, – zapasów krwi i jej składników zintegrowanych z systemem e-Krew. Dodatkowo w systemie mają być gromadzone dane o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy i automatycznie dystrybuowane do wszystkich podmiotów realizujących zadania z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zarządzania kryzysowego. Wprowadzane zmiany, dotyczące rozszerzenia zakresu danych gromadzonych w systemie informacji w ochronie zdrowia, w tym danych o dostępności zasobów rzeczowych, kadrowych i infrastrukturalnych w czasie rzeczywistym, są zrozumiałe i potencjalnie korzystne z punktu widzenia koordynacji systemu ochrony zdrowia. Należy zaznaczyć, że dla świadczeniodawcy oznacza to znaczne obciążenia organizacyjne i technologiczne, które wymaga czasu i odpowiedniego wsparcia. Projekt ustawy zakłada obowiązek bieżącego przekazywania danych dotyczących dostępności łóżek, personelu, wyrobów medycznych, kluczowego sprzętu i infrastruktury. Wprowadzenie takiego zakresu danych wymaga, aby systemy informatyczne były tak zintegrowane z centralnym systemem informacji aby była możliwość automatycznego, bezobsługowego raportowania danych w czasie rzeczywistym. Obecnie Szpital nie dysponuje takimi narzędziami w związku z czym rodzi to obawę, że obowiązek ten zostanie przerzucony na personel administracyjny,	
--	--	--	---	--

			medyczny generując dodatkowe obciążenie kadrowe jak i ryzyko błędów.	
68.	Gdański Uniwersytet Medyczny	Ogólne	Czy system teleinformatyczny Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy będzie posiadał interfejs wymiany danych (API) umożliwiający jednostkom automatyczne przekazywanie wymaganych danych? Brak takiej opcji wymagać będzie dużego zaangażowania czynnika ludzkiego i może generować błędy wynikające z opóźnień w przekazywaniu danych.	Uwaga stanowi komentarz. Szczegółowe informacje dotyczące sposobu przekazywania danych do EPS zostaną określone w rozporządzeniu wykonawczym. Jednocześnie Projektodawca zauważa, że projekt zakłada wdrożenie rozwiązań teleinformatycznych, które umożliwią automatyzację przekazywania danych do systemu.
69.	Gdański Uniwersytet Medyczny	Art. 2	Zgodnie z zapisem zawartym w art. 2 EPS zastępuje System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia. Czy planowana jest jakaś korelacja nowego systemu EPS z Portalem Świadczeniodawcy? W Portalu Świadczeniodawcy są zawarte dane dotyczące personelu i sprzętu danej jednostki. Przymuszanie świadczeniodawców do prowadzenia w znacznej mierze dublujących się danych w dwóch systemach, które nie umożliwią integracji danych, nakłada na świadczeniodawcę dodatkowy obowiązek. Dodatkowe zadanie wiąże się ze zwiększeniem zatrudnienia w obszarze administracyjnym, co powoduje zwiększenie kosztów dla placówek ochrony zdrowia. Należy zwrócić uwagę, że NFZ finansuje świadczenia zdrowotne, a nie coraz bardziej rozbudowaną działalność sprawozdawczo-administracyjną. Pytanie do ustawodawcy: kto będzie źródłem finansowania tego zadania?	Uwaga stanowi komentarz. Projektodawca wskazuje, że projekt wprowadza nowoczesne narzędzie do gromadzenia danych i jednocześnie utworzenia zbioru o charakterze referencyjnym, co uprości procesy raportowe – podmioty poszczególnych szczebli zarządzania otrzymają raporty z systemu, co oznacza dla pracowników wprowadzenie tych samych danych raz, a nie wielokrotnie na potrzeby osobnych raportów. Przełoży się to na zmniejszenie obciążeń raportowych, a tym samym wygenerowanie oszczędności.

				Projekt zakłada również integrację z innymi systemami teleinformatycznymi i rejestrami (należy tu wskazać, że systemy SZOI/Portal Świadczeniodawcy są wewnętrznymi systemami NFZ, nie umocowanymi w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia). Rozwiązanie to, nie tylko niweluje ryzyko dublowania obowiązków, a wręcz wspiera procesy walidacji poprawności i aktualności danych.
70.	Główny Inspektor Sanitarny	art. 1 pkt 2	Proponuje się dodać Głównego Inspektora Sanitarnego i państwowych wojewódzkich inspektorów sanitarnych do katalogu podmiotów określonych w art. 24 ust. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302), którym dane gromadzone w Systemie Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy („EPS”) byłyby udostępniane online w sposób zagregowany, w celu i zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań ustawowych. Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny (PWIS) powinien mieć zapewniony dostęp do danych w EPS jako organ, który w strukturze instytucji biorących udział w zarządzaniu kryzysowym ma rolę koordynacyjną w zakresie zwalczania kryzysów związanych z występowaniem chorób zakaźnych. Dane zawarte w systemie pozwalać będą na szybkie i efektywne podejmowanie działań w sytuacjach kryzysowych, tj. m.in. w przypadku masowych lub licznych zachorowań wymagających hospitalizacji lub izolacji w warunkach szpitalnych. Dostęp do danych w EPS ma kluczowe znaczenie przy podejmowaniu decyzji lub wnioskowaniu do innych organów z wnioskiem o uruchomienie m.in.: dodatkowych łóżek szpitalnych, zmianę sposobu wykorzystania lub przekształcenia istniejących oddziałów na potrzeby wynikające z bieżącej sytuacji epidemiologicznej, dostępie do środków ochrony osobistej lub ich	Uwaga uwzględniona.

			przekierowaniu do placówek pilnie ich potrzebujących, dostępnych środków dezynfekcyjnych lub innych wyrobów medycznych. W czasie pandemii Covid-19, a także przy okazji zwalczania dużych ognisk innych chorób zakaźnych, wojewódzcy inspektorzy sanitarni pozostają w stałym kontakcie ze szpitalami, celem zapewnienia sprawnej i skoordynowanej pomocy chorym. Współpracują ze szpitalami także w zapewnieniu badań osób podejrzanych o choroby zakaźne oraz chorych na takie choroby w celu kontroli zagrożeń dla zdrowia publicznego, co może wykraczać poza typową diagnostykę mającą na celu ustalenie leczenia dla danego pacjenta. Projektowana ustawa ma celu poprawę przepływu informacji pomiędzy podmiotami leczniczymi, a organami władzy publicznej i instytucjami, które koordynują zwalczanie chorób lub ten proces wspomagają, a PWIS z pewnością do tej grupy należy i potrzebuje danych z tego systemu w planowaniu pomocy dla populacji w przypadkach kryzysów zdrowotnych oraz uczestniczy w poszczególnych akcjach z zakresu zarządzenia kryzysowego w omawianym zakresie. PWIS winien być wymieniony w katalogu podmiotów, którym dane gromadzone w EPS są udostępniane, ponieważ bieżący dostęp do danych dotyczących infrastruktury w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej oraz danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy, będzie stanowić pomoc w realizacji zadań ustawowych w ramach nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. Jednostki Inspekcji Sanitarnej są podmiotami leczniczymi w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r. poz. 450), która określa m.in. zasady wykonywania działalności leczniczej, zasady funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą nie będących przedsiębiorcami oraz zasady Ponadto	
--	--	--	---	--

			zakres informacji ujętych w EPS byłby dla PWIS przydatny m.in. do realizacji zadań wynikających z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 października 2023 r. w sprawie przygotowania i wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa (Dz. U. poz. 2482). W szczególności w ww. rozporządzeniu przewidziany jest obowiązek uzgodnienia z organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej planu udzielania świadczeń szpitalnych na potrzeby obronne państwa sporządzanego przez podmiot leczniczy lub przez powiatową stację sanitarno-epidemiologiczną (par. 10 i par. 17 ww. rozporządzenia). Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny bierze udział w opracowywaniu planów wsparcia podmiotów leczniczych na czas wojny oraz w zdarzeniach biologicznych mających znamiona bioterroryzmu w czasie pokoju, kryzysu i wojny zasadne jest, aby był wymieniony w katalogu podmiotów, którym dane gromadzone w Systemie Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy są udostępniane online w sposób zagregowany. Powyższe umożliwi monitorowanie na poziomie wojewódzkim informacji o: 1) łóżkach szpitalnych, 2) zasobach pracowników medycznych, 3) infrastrukturze (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 4) dostępności środków ochrony indywidualnej w placówce medycznej, 5) danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy. Dostęp do ww. danych przyczyniłby się do usprawnienia działań/czynności z zakresu zdrowia publicznego podejmowanych w ramach ustawowych kompetencji Państwowej Inspekcji Sanitarnej, w szczególności:	
--	--	--	---	--

			1. Wykonywania zadań organów PIS w obrębie czynności podejmowanych w trybie zarządzania kryzysowego, 2. Optymalizacji wykonywania zadań PIS w zakresie realizacji bieżącego nadzoru sanitarnego, 3. Usprawnienie działań i zwiększenie efektywności wykorzystania potencjału kadrowego PIS w realizacji zadań określonych w art. 1 p.7 ustawy o PIS - sprawowanie nadzoru nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne. sprawowania nadzoru nad wykonywaniem działalności leczniczej i podmiotami wykonującymi działalność leczniczą. Z kolei zgodnie z art. 1 pkt 7 ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 416) Inspekcja ta powołana jest do realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności poprzez sprawowanie nadzoru nad warunkami m.in. higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne - w celu ochrony zdrowia ludzkiego przed niekorzystnym wpływem szkodliwości i uciążliwości środowiskowych, zapobiegania powstawaniu chorób, w tym chorób zakaźnych i zawodowych. Udostępnienie informacji z EPS zdecydowanie ułatwiłoby jednostkom Inspekcji Sanitarnej sprawowanie nadzoru oraz wykonywanie kontroli nadzorowanych podmiotów leczniczych, a w szczególności: 1) weryfikację podmiotów leczniczych i ich danych w procesie nadzoru: a) epidemiologicznego, b) radiologicznego, c) nad bezpieczeństwem żywności i żywienia w podmiotach leczniczych, d) i innych rodzajów nadzoru, w którym kontroli poddane są	
--	--	--	---	--

			świadczeniodawcy; 2) weryfikację podmiotów leczniczych pod kątem posiadania ich w bazie danych celem 3) uwzględniania w planach kontroli; 4) weryfikację pracowników medycznych pod kątem przeprowadzania kontroli uprawnień 5) zawodowych w sprawowanym nadzorze radiologicznym; 6) umów zawieranych z podmiotami leczniczymi na wykonywanie badań laboratoryjnych.	
71.	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Ogólna	Proponujemy dodanie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych do katalogu podmiotów uprawnionych do pozyskiwania danych z Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (EPS). Pozyskiwane w ten sposób przez Zakład dane pozwolą na szybką reakcję w zakresie zaplanowanych przyszłych działań w ośrodkach rehabilitacyjnych, z którymi Zakład ma zawarte umowy o świadczenie usług rehabilitacyjnych na podstawie art. 69 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, np. w przypadkach wyłączenia ośrodków, w których realizowana jest lub będzie rehabilitacja. Doświadczenie Zakładu w czasie ostatnich sytuacji nadzwyczajnych wskazuje, że informacje na temat tego, czy współpracujący ośrodek rehabilitacyjny jest w stanie świadczyć usługi rehabilitacyjne dla Zakładu, czy też stać się szpitalem jednoimiennym, były istotnymi danymi z punktu widzenia realizacji przez Zakład zadań ustawowych	Uwaga uwzględniona.



Ocena skutków dla ochrony danych (DPIA - Data Protection Impact Assessment)
dla projektów aktów normatywnych Ministra Zdrowia,
które mogą wywierać wpływ na obszar danych osobowych

Komórka organizacyjna odpowiedzialna za przygotowanie aktu normatywnego		Departament Analiz i Strategii
Dyrektor komórki organizacyjnej przygotowującej projekt aktu normatywnego		Śmiglewska Agata
I. WSTĘPNE INFORMACJE O PROJEKCIE AKTU NORMATYWNEGO		
1	Tytuł projektu aktu normatywnego	Ustawa o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej
2	Przedmiot projektu aktu normatywnego	Zmiana ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, ma na celu wprowadzenie systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (EPS), którym umożliwi monitorowanie w czasie rzeczywistym potencjału świadczeniodawców wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w zakresie łóżek szpitalnych, pracowników medycznych, kluczowych wyrobów medycznych, zabezpieczenia w środku ochrony indywidualnej i gazy medyczne, krwi i jej składników, a także stanu infrastruktury informowania o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy, pod kątem zapewnienia właściwego procesu decyzyjnego oraz w sytuacjach kryzysowych w ramach Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego. Główną funkcjonalnością projektowanego rozwiązania jest zautomatyzowane pozyskiwanie danych bezpośrednio z systemów teleinformatycznych usługodawców. Wdrożenie systemu EPS umożliwi bieżące monitorowanie: 1. dostępności łóżek szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko przez jednostki

		Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (dyspozytorów medycznych lub wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego), 2. dostępności pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia, struktury komórek organizacyjnych), 5. dostępności środków ochrony indywidualnej, 6. zasobów gazów medycznych. Ponadto, w celu ułatwienia dostępu, w systemie będą prezentowane informacje dotyczące zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew. W systemie będą gromadzone również dane o przerwie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, o której mowa w art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), oraz dane o czasowym zaprzestaniu działalności leczniczej, o którym mowa w art. 34 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.), i automatycznie dystrybuowane do wszystkich podmiotów realizujących zadania z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zarządzania kryzysowego
3	W przypadku rozporządzeń: podstawa prawna wydania rozporządzenia	nie dotyczy
4	Czy po wejściu w życie aktu normatywnego jego przepisy będą stanowiły podstawę przetwarzania danych osobowych? Jeżeli tak, to należy wskazać projektowany przepis lub przepisy, które będą stanowiły podstawę przetwarzania.	Art. 24. 1. EPS jest systemem teleinformatycznym, w którym w celu monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej i wsparcia procesów decyzyjnych, w tym w zakresie przygotowania obrony państwa albo zwalczania klęsk żywiołowych, likwidacji ich skutków oraz zarządzania kryzysowego, są gromadzone aktualne dane o usługodawcach obejmujące: 3) identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302), jeżeli dotyczy;

5	Czy po wejściu w życie aktu normatywnego jego przepisy będą stanowiły podstawę wykonywania zadań przez organy publiczne lub inne podmioty i czy będą precyzować operacje przetwarzania danych osobowych podejmowane przez te podmioty?	Tak
6	Czy po wejściu w życie aktu normatywnego jego przepisy będą stanowiły podstawę do udostępniania danych osobowych pomiędzy podmiotami (w szczególności organami publicznymi), w tym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych?	Tak, w kierunku od podmiotu udostępniającego dane do systemu EPS.
7	Czy w procesach przetwarzania, które będą realizowane po wejściu w życie aktu normatywnego, wykorzystywane będą nowe technologie ¹ ?	Nie
8	Czy po wejściu w życie projektowany akt normatywny będzie miał wpływ na osoby fizyczne, a jeżeli tak to jaki?	Nie
9	Rola Ministra Zdrowia w rozumieniu art. 4 pkt 7 RODO ²	Administrator danych osobowych
10	Czy w związku z rozpoczęciem przetwarzania po wejściu	Tak

¹ Brak definicji nowych technologii (zależy od kontekstu/okoliczności). Jedną z możliwych (przykładowych) definicji znajduje się w art. 2 pkt 114 rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.6.2014, str. 1) - nowa i innowacyjna technologia oznacza nową i niesprawdzoną technologię w porównaniu z aktualną sytuacją w branży, która to technologia niesie z sobą ryzyko niepowodzenia technologicznego lub przemysłowego i nie stanowi optymalizacji ani udoskonalenia istniejącej technologii.

² Czy tylko prawodawcza? Czy po przyjęciu aktu powstanie zbiór danych, których administratorem lub współadministratorem danych osobowych będzie Minister Zdrowia?

	w życie aktu normatywnego powstanie zbiorów danych, których administratorem lub współadministratorem danych osobowych będzie Minister Zdrowia?	
11	Zakres podmiotowy aktu normatywnego ³	Nie dotyczy
12	Na jakim obszarze będą przetwarzane dane osobowe (na terenie Polski/UE/EOG)? ⁴	Polski
13	Źródło pozyskiwania danych ⁵	Dane będą pozyskiwane od usługodawców
14	Czy projekt aktu normatywnego przewiduje przekazywanie danych poza UE lub organizacjom międzynarodowym ⁶	Nie
15	Planowany termin rozpoczęcia przetwarzania danych osobowych przez administratora/ administratorów, których dotyczy akt normatywny	1 czerwca 2026 r.
II. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O PROJEKCIE AKTU NORMATYWNEGO		
1	Opis planowanej operacji przetwarzania ⁷	Dane przetwarzane w systemie EPS, stanowią tajemnicę prawnie chronioną i nie podlegają udostępnianiu lub przekazywaniu w celu ponownego wykorzystania na podstawie ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. o otwartych danych i ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego (Dz. U. z. 2023 r. poz. 1524). Usługodawca za pośrednictwem EPS w postaci elektronicznej, w

³ Instytucje, organy, podmioty które staną się administratorami/współadministratorami danych osobowych.

⁴ Na jakim obszarze będą przetwarzane dane osobowe (jeżeli na etapie projektowania można wskazać)?

⁵ Czy dane będą pozyskiwane bezpośrednio od osób fizycznych lub udostępniane przez inny podmiot?

⁶ Jeżeli na etapie projektowania można wskazać.

⁷ Wynika z: art. 35 ust. 7 lit. a RODO. W opisie należy uwzględnić charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania (motyw 90 RODO) oraz przedstawić funkcjonalny opis operacji przetwarzania, tj. w jaki sposób dane będą gromadzone, wykorzystywane, przechowywane i usuwane (cykl życia danych), skąd będą pochodzić, komu będą udostępniane (przepływ danych), czy będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany czy nie.

		formatach określonych przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia i zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia. Dopuszcza się przekazywanie danych w postaci elektronicznej za pośrednictwem dedykowanych formularzy udostępnianej przez system EPS. Dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu weryfikacji przynależności do zawodu medycznego oraz ustalenia liczby usługodawców, u których pracownik wykonuje zawód medyczny. Dane będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany wewnątrz platformy P1.
2	Opis kontekstu przetwarzania ⁸	Dane będą przetwarzane w celu weryfikacji przynależności do zawodu medycznego oraz ustalenia liczby usługodawców, u których pracownik wykonuje zawód medyczny. Dane nie dotyczą dzieci ani grup szczególnie wrażliwych. Rozwiązanie nie jest innowacyjne ani nowatorskie.
3	Rodzaj danych osobowych (zwykłe/szczególnej kategorii) ⁹	zwykłe dane osobowe
4	Zakres danych osobowych ¹⁰	numer PESEL
5	Zasoby, z którymi będą miały styczność dane osobowe (jeśli znane) ¹¹	Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych
6	Informacja o odbiorcach danych osobowych ¹²	nie dotyczy

⁸ Jaka będzie natura relacji osób fizycznych z administratorem, kontrola nad danymi, wykorzystanie danych, czy dotyczy dzieci lub grup szczególnie wrażliwych, czy istnieją obawy dotyczące tego rodzaju przetwarzania lub luk w zabezpieczeniach, czy rozwiązanie jest innowacyjne/nowatorskie, jaki jest obecny stan technologii w dziedzinie, czy są kwestie budzące obawy opinii publicznej które należy wziąć pod uwagę.

⁹ Należy wskazać, czy przetwarzanie dotyczy zwykłych danych osobowych (np. imię i nazwisko, numer telefonu, numer PESEL) czy szczególnej kategorii danych osobowych (np. dane dotyczące zdrowia, dane genetyczne, dane biometryczne – wskazane w art. 9 ust. 1 RODO).

¹⁰ Należy wskazać dane osobowe, których przetwarzanie dotyczy (należy wymienić cały wolumen danych, np. imię, nazwisko, numer PESEL, itp.).

¹¹ Aktywa, np. sprzęt komputerowy, oprogramowanie, sieci, osoby, opracowania lub kanały transmisji, systemy teleinformatyczne.

¹² „Odbiorca” zgodnie z art. 4 pkt. 9 RODO oznacza osobę fizyczną lub prawną, organ publiczny, jednostkę lub inny podmiot, któremu ujawnia się dane osobowe, niezależnie od tego, czy jest stroną trzecią. Organy publiczne, które mogą otrzymywać dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są jednak uznawane za odbiorców.

7	Okres przechowywania danych osobowych ¹³	bezterminowo
8	Cel operacji przetwarzania ¹⁴	Numer PESEL będzie przetwarzany tylko jako identyfikator pracownika medycznego wyłącznie w sytuacji, gdy nie ma przypisanego do pracownika medycznego „numeru prawa wykonywania zawodu albo indywidualnego identyfikatora wpisu, o którym mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, w przypadku osób, o których mowa w art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia”.
9	Ocena niezbędności oraz proporcjonalności ¹⁵	Przetwarzanie danych jest konieczne, a zapewnienie poprawności gromadzenia danych będzie zapewniony w analogiczny sposób jak dotychczas odbywało się przy przetwarzaniu i gromadzeniu danych zgodnie z ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
III. KRYTERIA KONIECZNOŚCI PRZEPROWADZENIA OCENY (ocena bezwzględnie wymagana)¹⁶		
a) Art. 35 ust. 3 lit. a RODO	Systematyczna, kompleksowa ocena czynników osobowych odnoszących się do osób fizycznych, która opiera się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, i jest podstawą decyzji wywołujących skutki prawne wobec osoby fizycznej lub w podobny sposób znacząco wpływających na osobę fizyczną	(tak /nie)

¹³ Okres przez który dane osobowe będą przechowywane, a gdy nie jest to możliwe – kryteria ustalenia tego okresu.

¹⁴ Jaki jest cel przetwarzania, jaki cel zostanie osiągnięty, jaki jest zamierzony wpływ na osoby. Zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. b RODO dane osobowe muszą być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach i nieprzetwarzane dalej w sposób niezgodny z tymi celami.

¹⁵ Czy przetwarzanie rzeczywiście jest konieczne, czy istnieje inny sposób na osiągnięcie tego samego celu lub wyniku? W jaki sposób zapewniona zostanie poprawność gromadzonych danych? Czy zapewniona zostanie minimalizacja danych? Czy osoby będą miały możliwość realizacji praw? Środki, których podjęcie jest planowane w celu zapewnienia przestrzegania RODO uwzględniając:

1) środki przyczyniające się do proporcjonalności i niezbędności przetwarzania, z uwzględnieniem następujących aspektów:

a) konkretne, wyraźne i prawnie uzasadnione cele (art. 5 ust. 1 lit. b RODO),
b) zgodność przetwarzania z prawem (art. 6 RODO),
c) dane adekwatne, stosowne oraz ograniczone do tego, co niezbędne do celów, w których są przetwarzane (art. 5 ust. 1 lit. c RODO),
d) ograniczony czas przechowywania (art. 5 ust. 1 lit. e RODO);

2) środki przyczyniające się do zachowania praw osób, których dane dotyczą:

a) poinformowanie osoby, której dane dotyczą (art. 12, 13, 14 RODO),
b) prawo dostępu, sprostowania, usunięcia danych, prawo do sprzeciwu, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia danych osobowych (art. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 RODO),
c) relacje z podmiotem przetwarzającym dane (art. 28 RODO),
d) zabezpieczenia przy międzynarodowym przekazywaniu danych (rozdział V RODO),
e) uprzednie konsultacje (art. 36 RODO).

¹⁶ Kryteria konieczności przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych, o których mowa w art. 35 ust. 3 RODO.

b) Art. 35 ust. 3 lit. b RODO	Przetwarzanie na dużą skalę szczególnych kategorii danych osobowych, o których mowa w art. 9 ust. 1, lub danych osobowych dotyczących wyroków skazujących i naruszeń prawa, o których mowa w art. 10	(tak /nie)
c) Art. 35 ust. 3 lit. c RODO	Systematyczne monitorowanie na dużą skalę ¹⁷ miejsc dostępnych publicznie	(tak /nie)
d) Art. 35 ust. 4 RODO	Wykaz rodzajów operacji przetwarzania podlegających wymogowi dokonania oceny skutków dla ochrony danych (ogłoszone w Komunikacie Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z dnia 17 czerwca 2019 r. ¹⁸)	(tak/ nie)

IV. IDENTYFIKACJA I OCENA RYZYK DLA PRAW LUB WOLNOŚCI OSÓB FIZYCZNYCH W WYNIKU WEJŚCIA W ŻYCIE AKTU NORMATYWNEGO			
Ryzyko (-a) (należy opisać jego źródło i charakter potencjalnego wpływu na poszczególne osoby)	Prawdopodobieństwo szkody (nie występuje, jest możliwe lub prawdopodobne)	Dotkliwość szkody (minimalna, znacząca lub poważna)	Poziom ryzyka (niski, średni lub wysoki)
Atak hakerski	jest możliwe	minimalna	niski
Udostępnienie danych przez pracownika	jest możliwe	minimalna	niski
Utrata poufności	jest możliwe	minimalna	niski

V. OKREŚLENIE ŚRODKÓW MAJĄCYCH NA CELU ZMNIEJSZENIE RYZYKA ¹⁹				
Identyfikacja środków, które można podjąć, aby zmniejszyć lub wyeliminować ryzyko zidentyfikowane jako średnie lub wysokie ryzyko w cz. IV. Środki planowane w celu zaradzenia ryzyku (zabezpieczenia, środki i mechanizmy bezpieczeństwa mających zapewnić ochronę danych osobowych)				
Ryzyko (-a)	Środki planowane w celu zaradzenia ryzyku (należy opisać i wymienić)	Wpływ na ryzyko (wyeliminowanie, redukcja)	*Poziom ryzyka po wprowadzeniu środków (niski, średni, wysoki)	Środek zatwierdzony (tak/nie)
nd	nd	nd	nd	nd

¹⁷ Zgodnie z motywem 91 RODO operacje przetwarzania o dużej skali to operacje, które służą przetwarzaniu znacznej ilości danych osobowych na szczeblu regionalnym, krajowym lub ponadnarodowym i które mogą wpłynąć na dużą liczbę osób, których dane dotyczą, oraz które mogą powodować wysokie ryzyko.

¹⁸ M.P. z 2019 r. poz. 666 (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20190000666>).

¹⁹ Jeżeli w tabeli IV zostało zdefiniowane ryzyko na poziomie „średnim lub wysokim” należy uzupełnić tabelę nr V.

*W przypadku, gdy zidentyfikowane zostanie wysokie ryzyko i pomimo zastosowanych środków minimalizujących poziom nie ulegnie zmianie należy przeprowadzić uprzednie konsultacje z Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych w trybie art. 36 RODO

VI. KONSULTACJE Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH²⁰



Ewentualne uwagi (zalecenia)

²⁰ Zgodnie z § 9 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2023 r. w sprawie prowadzenia prac legislacyjnych w Ministerstwie Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2023 r. poz. 107) komórka organizacyjna przygotowując ocenę skutków dla ochrony danych, w przypadku wątpliwości może konsultować ją z Inspektorem Ochrony Danych w Ministerstwie.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy

Na podstawie art. 24 ust. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, 779 i ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób i terminy przekazywania danych, o których mowa w art. 24 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanej dalej „ustawą”;
- 2) wykaz wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej gromadzonych w Systemie Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, zwanym dalej „EPS”, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 6 lit. d i e ustawy;
- 3) szczegółowy zakres danych, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 6 lit. a, lit. b tiret drugie i lit. c–g oraz ust. 2 ustawy.

§ 2. 1. Narodowy Fundusz Zdrowia przekazuje dane dotyczące wyrobów medycznych w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca, według stanu na dzień przekazania danych do EPS, w postaci elektronicznej z wykorzystaniem interfejsów teleinformatycznych, w formatach danych, określonych przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia i zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Administrator systemu e-krew, o którym mowa w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782), przekazuje dane dotyczące zapasach krwi i jej składników do 7 dnia roboczego każdego miesiąca, według stanu na dzień przekazania danych do EPS, w postaci elektronicznej z wykorzystaniem interfejsów teleinformatycznych, w formatach danych, określonych przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

zdrowia i zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Usługodawca, o którym mowa w art. 24 ust. 5 ustawy, przekazuje dane dotyczące:

- 1) łóżek szpitalnych – w przypadku zmiany ogólnej liczby łóżek, a w przypadku zajęcia albo zwolnienia łóżka przez usługobiorcę – w sposób zautomatyzowany do 30 minut od zajęcia albo zwolnienia łóżka szpitalnego;
- 2) pracowników medycznych – w przypadku każdej zmiany związanej z miejscem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez tego pracownika, którą przekazuje w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca;
- 3) wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej – w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca, według stanu na dzień przekazania danych;
- 4) infrastruktury – w terminie 30 dni od wystąpienia zmian;
- 5) zapasów gazów medycznych – w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca;
- 6) przerwy w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej albo zaprzestania działalności leczniczej, o których mowa w § 5 pkt 7 – niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 30 minut od wystąpienia zdarzenia.

3. Usługodawca, o którym mowa w art. 24 ust. 6 ustawy, przekazuje dane corocznie do dnia 31 stycznia, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego.

§ 3. 1. Usługodawca przekazuje dane, o których mowa w art. 24 ust. 1 i 2 ustawy, do EPS, w postaci elektronicznej z wykorzystaniem interfejsów teleinformatycznych, w formatach danych, określonych przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia i zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Dopuszcza się przekazywanie danych w postaci elektronicznej za pośrednictwem formularzy udostępnianych przez EPS.

§ 4. Wykaz wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej określa załącznik do rozporządzenia.

§ 5. Szczegółowy zakres danych, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 6 lit. a, b tiret drugie oraz lit. c–g i ust. 2 ustawy, obejmuje:

- 1) dane o łóżkach szpitalnych dotyczące:

- a) rodzaju łóżek (łóżko intensywnej opieki medycznej, dla dorosłych, dla dzieci, dla kobiet, dla mężczyzn),
 - b) liczby łóżek (ogółem, wolne, zajęte, wyłączone z udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, dostawka),
 - c) oznaczenia oddziału szpitalnego w postaci VIII części kodu resortowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, 620 i 637),
 - d) zmiany dostępności łóżka szpitalnego:
 - identyfikator zdarzenia medycznego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 4a ustawy,
 - numer księgi głównej szpitala,
 - numer usługobiorcy w księdze głównej szpitala,
 - data przyjęcia usługobiorcy do szpitala,
 - data przeniesienia usługobiorcy,
 - data wypisania usługobiorcy ze szpitala,
 - tryb wypisu usługobiorcy,
 - oznaczenie oddziału szpitalnego w postaci VIII części kodu resortowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
 - powód wyłączenia łóżka szpitalnego z udzielania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) dane o liczbie pracowników medycznych obejmujące dane dotyczące miejsca wykonywania zawodu medycznego w postaci VIII części kodu resortowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) dane o infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczące:
- a) parkingu (parkingach) wraz z określeniem jego (ich) rodzaju (naziemny, podziemny, wielopoziomowy) oraz liczby miejsc parkingowych, odrębnie dla każdego parkingu,
 - b) liczby zakładów leczniczych w danej lokalizacji,
 - c) liczby budynków w danej lokalizacji,
 - d) budynku obejmujące (odrębnie dla każdego budynku):
 - oznaczenie wewnętrzne,
 - rok oddania budynku do użytkowania,

- liczbę kondygnacji naziemnych,
 - liczbę kondygnacji podziemnych,
 - liczbę miejsc parkingowych w budynku, jeżeli dotyczy,
 - dane o lądowisku zlokalizowanym na budynku, jeżeli dotyczy,
 - wpis budynku do rejestru zabytków albo do gminnej ewidencji zabytków, jeżeli dotyczy,
 - dane o funkcjonowaniu w budynku apteki szpitalnej albo działu farmacji szpitalnej, jeżeli dotyczy,
 - dane o dostosowaniu budynku dla osób ze szczególnymi potrzebami, o wolnych od barier poziomych i pionowych przestrzeniach komunikacyjnych budynków,
 - dane, czy budynek spełniania normy przeciwpożarowe w zakresie dróg ewakuacyjnych,
 - liczbę dźwigów osobowych i szpitalnych w budynku,
 - źródła energii cieplnej w budynku,
 - stosowane odnawialne źródła energii elektrycznej i cieplnej (lista),
- e) dane o dźwigach dotyczące (odrębnie dla każdego budynku i dźwigu):
- oznaczenia wewnętrznego budynku, w którym znajduje się dźwig,
 - oznaczenia dźwigu osobowego i szpitalnego,
 - typu dźwigu ze względu na zastosowanie,
 - tego czy dźwig jest przeznaczony dla chorych na łóżkach,
- f) dane o całodobowych lądowiskach dotyczące:
- nazwy,
 - rodzaju (naziemne, wyniesione),
 - ciągów komunikacyjnych i alternatywnych ciągów komunikacyjnych przystosowanych do transportu usługobiorcy w przypadku lądowisk wyniesionych,
 - tego czy lądowisko jest przystosowane do użytkowania 24 godziny na dobę,
 - kodu,
 - numeru ewidencyjnego nadawanego przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego, jeżeli dotyczy,
- g) dane o komórce organizacyjnej zakładu leczniczego funkcjonującej w budynku, dotyczące (dla każdej komórki odrębnie):
- nazwy komórki organizacyjnej

- oznaczeń w postaci VII i VIII części kodu resortowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy,
 - numeru telefonu komórki organizacyjnej, dyżurki pielęgniarskiej, dyżurki lekarskiej, adresu poczty elektronicznej, jeżeli dotyczy,
 - liczby sal operacyjnych, jeżeli dotyczy,
 - liczby sal chorych, jeżeli dotyczy,
 - liczby sal chorych jednoosobowych, jeżeli dotyczy,
 - liczby sal chorych dwuosobowych, jeżeli dotyczy,
 - liczby sal chorych trzyosobowych, jeżeli dotyczy,
 - liczby sal chorych czteroosobowych lub więcej, jeżeli dotyczy,
- h) dane o instalacji gazów medycznych dotyczące:
- funkcjonowania w budynku centralnej instalacji gazów medycznych,
 - oznaczenia wewnętrznego budynku, w którym znajduje się instalacja,
 - unikalnego w ramach usługodawcy identyfikatora instalacji,
 - rodzaju instalacji (podstawowa, rezerwowa, awaryjna),
 - liczby i pojemności określonej w litrach lub m³ zbiorników gazu medycznego,
 - liczby i pojemności określonej w litrach lub m³ butli przenośnych dla każdego gazu medycznego;
- 4) dane o wyrobach medycznych dotyczące:
- a) typu wyrobu medycznego,
 - b) kodu wyrobu medycznego według Universal Medical Device Nomenclature System,
 - c) modelu wyrobu medycznego,
 - d) statusu (dostępny, w serwisie, wyłączony z udzielania świadczeń opieki zdrowotnej),
 - e) nazwy komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, do której jest przypisany dany wyrób medyczny,
 - f) nazwy handlowej wyrobu medycznego,
 - g) numeru ewidencyjnego wyrobu medycznego,
 - h) numeru seryjnego lub innego unikalnego numeru wyrobu medycznego,
 - i) producenta wyrobu medycznego,
 - j) roku produkcji wyrobu medycznego,
 - k) daty przyjęcia do ewidencji usługodawcy wyrobu medycznego,
 - l) daty rozpoczęcia eksploatacji wyrobu medycznego,

- m) daty ważności badania technicznego wyrobu medycznego,
 - n) daty zakupu wyrobu medycznego,
 - o) źródła sfinansowania zakupu wyrobu medycznego,
 - p) maksymalnej liczby badań lub zabiegów na dobę jakie mogą zostać wykonane z wykorzystaniem danego wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - q) maksymalnej liczby godzin pracy na dobę danego wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy,
 - r) maksymalnej dopuszczalnej liczby badań lub zabiegów jakie mogą zostać wykonane z wykorzystaniem danego wyrobu medycznego w trakcie jego eksploatacji,
 - s) przewidywanego okresu eksploatacji danego wyrobu medycznego zgodnie z zaleceniami wytwórcy (w miesiącach),
 - t) liczby badań lub zabiegów jakie zostały wykonane w roku poprzedzającym rok za który jest składane sprawozdanie z wykorzystaniem danego wyrobu medycznego (liczone od początku roku, którego dotyczy dana),
 - u) tego czy wyrób medyczny w momencie wprowadzenia do ewidencji usługodawcy był fabrycznie nowy,
 - v) tego czy wyrób medyczny posiada certyfikat CE;
- 5) dane o środkach ochrony indywidualnej dotyczące:
- a) minimalnej liczby środków ochrony indywidualnej niezbędnej do zachowania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych przez usługodawcę,
 - b) bieżącej liczby środków ochrony indywidualnej posiadanych przez usługodawcę,
 - c) liczby środków ochrony indywidualnej zużytych przez usługodawcę od dnia przekazania ostatnich danych;
- 6) dane o zapasach gazów medycznych dotyczące:
- a) minimalnego poziomu zapasów gazów medycznych niezbędnego do zachowania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych,
 - b) średniego miesięcznego zużycie gazów medycznych,
 - c) ilości gazu medycznego określonego w litrach lub m³ o jaką zostały uzupełnione butle i zbiorniki w danej instalacji tlenowej podczas ostatniej dostawy;
- 7) dane o przerwie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej określonej w art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾), oraz dane o czasowym zaprzestaniu działalności leczniczej, o którym mowa w art. 34 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, dotyczące:

- a) przyczyny przerwy w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej albo zaprzestania działalności leczniczej,
 - b) daty powstania przerwy w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej albo zaprzestania działalności leczniczej,
 - c) daty zakończenia przerwy w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej albo zaprzestania działalności leczniczej,
 - d) zmiany danych, o których mowa w lit a–d;
- 8) dane o zapasach krwi i jej składników dotyczące:
- a) liczby dostępnych jednostek krwi według grupy krwi,
 - b) liczby dostępnych jednostek składników krwi według nazwy,
 - c) nazwy centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa lub banku krwi przechowującego krew i jej składniki.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

MINISTER ZDROWIA

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637 i 779.

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia
(poz. ...)

Wykaz wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej

Część I. Wyroby medyczne

1. Monitor usługobiorcy.
2. Angiograf.
3. Aparat do brachyterapii HDR.
4. Aparat do brachyterapii LDR lub MDR.
5. Aparat do brachyterapii PDR.
6. Aparat kobaltowy.
7. Aparat kobaltowy GAMMAKNIFE.
8. Aparat PET/CT.
9. Aparat RTG.
10. Automatyczny system zamknięty do real time PCR.
11. Aparat rentgenowski do radioterapii śródoperacyjnej.
12. Aparat rezonansu magnetycznego.
13. Aparat SPECT/CT.
14. Aparat USG.
15. Cyklotron do radioterapii protonowej oka.
16. Defibrylator z rejestratorem rytmu i danych usługobiorcy.
17. Diatermia chirurgiczna.
18. Echokardiograf.
19. Kamera gamma do izotopowych badań operacyjnych.
20. Kardiomonitor.
21. Kardiodystymulator zewnętrzny.
22. Komora hiperbaryczna.
23. Komora laminarna.
24. Litotryptor w postaci lasera holmowego.
25. Mammograf.
26. Nóż cybernetyczny do radiochirurgii stereotaktycznej.
27. Medyczny akcelerator do radioterapii śródoperacyjnej.

28. Medyczny akcelerator liniowy do tomoradioterapii.
29. Medyczny akcelerator liniowy niskoenergetyczny lub wysokoenergetyczny.
30. Mobilne urządzenie do pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO).
31. Pompa infuzyjna.
32. Respirator.
33. Respirator transportowy.
34. Robot chirurgiczny.
35. Tomograf komputerowy.
36. Urządzenie do pozaustrojowej oksygenacji krwi (ECMO).
37. Urządzenie do bezpiecznego transportu chorych w warunkach pełnej izolacji oddechowej.
38. Urządzenie do kompresji klatki piersiowej.

Część II. Środki ochrony indywidualnej

1. Kombinezon chroniący przed czynnikami infekcyjnymi.
2. Półmaska filtrująca o klasie ochrony FFP2 lub równoważnej.
3. Półmaska filtrująca o klasie ochrony FFP3 lub równoważnej.
4. Maski medyczne.
5. Rękawice ochronne lub rękawice medyczne jednorazowego użytku.
6. Przyłbica ochronna.
7. Gogle lub okulary ochronne.
8. Fartuch ochronny.
9. Osłony nóg chroniące przed czynnikami infekcyjnymi.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 24 ust. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, 779 i ...), zwanej dalej „ustawą”.

Projekt określa, przekazywany do Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, zwanego dalej „EPS”, szczegółowy zakres danych o:

- 1) łóżkach szpitalnych;
- 2) pracownikach medycznych obejmujące dane dotyczące miejsca wykonywania zawodu medycznego;
- 3) infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia oraz struktury komórek organizacyjnych;
- 4) wyrobach medycznych;
- 5) środkach ochrony indywidualnej;
- 6) zapasach gazów medycznych;
- 7) zapasach krwi i jej składników.

Ponadto w projektowanym rozporządzeniu określono sposób oraz termin przekazywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych dotyczących wyrobów medycznych oraz przez administratora systemu e-krew, o którym mowa w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782) w zakresie danych dotyczących zapasów krwi i jej składników.

Zgodnie z projektem usługodawca, o którym mowa w art. 24 ust. 5 ustawy, przekazuje dane dotyczące:

- 1) łóżek szpitalnych – w przypadku zmiany ogólnej liczby łóżek, a w przypadku zajęcia albo zwolnienia łóżka przez usługobiorcę – w sposób zautomatyzowany do 30 minut od zajęcia albo zwolnienia łóżka szpitalnego;
- 2) pracowników medycznych – w przypadku każdej zmiany związanej z miejscem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez tego pracownika, którą przekazuje w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca;
- 3) wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej – w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca, według stanu na dzień przekazania danych;

- 4) infrastruktury – w terminie 30 dni od wystąpienia zmian;
- 5) stanu zapasów gazów medycznych – w terminie do 7 dnia roboczego każdego miesiąca;
- 6) przerwy w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej albo zaprzestania działalności leczniczej, o których mowa w § 5 pkt 7 – niezwłocznie, nie później jednak niż w ciągu 30 minut od wystąpienia zdarzenia.

Usługodawca, o którym mowa w art. 24 ust. 6 ustawy, przekazuje informacje corocznie do dnia 31 stycznia, według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedniego.

Szczególnie istotne z perspektywy systemu ochrony zdrowia są dane o łóżkach szpitalnych, w tym dotyczące: rodzaju łóżek, liczby łóżek (ogółem, wolne, zajęte) jak również zmiany dostępności łóżka.

Projekt rozporządzenia wskazuje również na dane o przerwie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej określonej w art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) oraz o czasowym zaprzestaniu działalności leczniczej, o którym mowa w art. 34 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.).

W odniesieniu do danych o pracownikach medycznych rozporządzenie wskazuje na informacje obejmujące dane dotyczące miejsca wykonywania zawodu medycznego, tj. dotyczące oznaczenia oddziału szpitalnego w postaci VIII części kodu resortowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Wykaz wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej objętych niniejszą regulacją stanowi załącznik do rozporządzenia.

W przypadku wyrobów medycznych, o których mowa w części I załącznika do rozporządzenia w EPS gromadzone są dane dotyczące m. in.: typu, modelu, statusu (dostępny, w serwisie, wyłączony, awaria) źródła sfinansowania zakupu, maksymalnej dopuszczalnej liczby badań lub zabiegów jakie mogą zostać wykonane z wykorzystaniem danego wyrobu medycznego w trakcie jego eksploatacji, przewidywanego okresu eksploatacji danego wyrobu medycznego (w miesiącach) i informacji czy wyrób medyczny w momencie wprowadzenia do ewidencji usługodawcy był fabrycznie nowy. Natomiast w przypadku środków ochrony indywidualnej, o których mowa w części II załącznika do rozporządzenia dane dotyczące: bieżącej liczby środków ochrony indywidualnej, liczby środków ochrony indywidualnej zużytych przez usługodawcę od dnia przekazania ostatniej informacji, minimalnej liczbie

środka ochrony indywidualnej niezbędna do zachowania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych.

W projektowanym rozporządzeniu określono także zakres danych o zasobach gazów medycznych, tj.: dotyczące minimalny poziom zapasów gazów medycznych niezbędny do zachowania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, średnie miesięczne zużycie gazów medycznych, ilości gazu medycznego w litrach lub m³ o jaką zostały uzupełnione butle i zbiorniki w danej instalacji tlenowej podczas ostatniej dostawy.

Projekt reguluje również zakres danych o zapasach krwi i jej składników (liczba dostępnych jednostek krwi wg grupy krwi, liczba dostępnych jednostek składników krwi wg nazwy, nazwa centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa lub banku krwi przechowującego krew i jej składniki). Dane te będą przekazywane automatycznie z systemu e-krew, co zapewni lepszą dostępność do nich na poziomie usługodawców.

Projekt rozporządzenia reguluje również sposób przekazywania danych przez usługodawców za pośrednictwem EPS, które będzie się odbywało w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem interfejsów teleinformatycznych, w formatach danych określonych przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia i zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia. Projekt dopuszcza również przekazywanie danych w postaci elektronicznej za pośrednictwem formularzy udostępnianych przez EPS.

W zakresie terminów przekazywania danych zostały one zróżnicowane ze względu na rodzaj danych oraz podmiot zobowiązany do ich przekazywania.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców wykonujących działalność leczniczą.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych, w związku z czym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy	Data sporządzenia 2025-07-04
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: art. 24 ust. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, 779 i ...)
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Katarzyna Kacperczyk Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia:
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Agata Śmiglewska, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii e-mail: a.smiglewska@mz.gov.pl nr tel. +48 882 790 633	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Przepis art. 24 ust. 13 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanej dalej „ustawą”, zobowiązuje ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia:

- 1) sposobu i terminów przekazywania danych, o których mowa w art. 24 ust. 1 i 2 ustawy;
- 2) wykazu wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej gromadzonych w systemie Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, zwanym dalej „EPS”, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 6 lit. d i e ustawy;
- 3) szczegółowego zakresu danych, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 6 lit. a, lit. b tiret drugie i lit. c–g oraz ust. 2 ustawy.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Ustawa ma na celu wprowadzenie systemu EPS, który zastąpi istniejący System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy, i umożliwi monitorowanie w czasie rzeczywistym potencjału świadczeniodawców wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w zakresie łóżek szpitalnych, pracowników medycznych, kluczowych wyrobów medycznych, zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej i gazy medyczne, krwi i jej składników, a także stanu infrastruktury oraz informowania o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy, pod kątem zapewnienia właściwego procesu decyzyjnego oraz w sytuacjach kryzysowych w ramach Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego. Główną funkcjonalnością projektowanego rozwiązania jest zautomatyzowane pozyskiwanie danych bezpośrednio z systemów teleinformatycznych usługodawców (w tych obszarach, w których będzie to zasadne i możliwe) w celu optymalizacji procesów sprawozdawczych, co znacząco ograniczy nadmierne obciążenie administracyjne podmiotów.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia będzie określało szczegółowy zakres danych o:

- 1) łóżkach szpitalnych;
- 2) pracownikach medycznych obejmujące dane dotyczące miejsca wykonywania zawodu medycznego;
- 3) infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia oraz struktury komórek organizacyjnych;
- 4) wyrobach medycznych;
- 5) środkach ochrony indywidualnej;
- 6) zapasach gazów medycznych;
- 7) zapasach krwi i jej składników.

W EPS będą również gromadzone dane o przerwie w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej określonej w art. 136c ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) oraz o zaprzestaniu działalności leczniczej, o którym mowa w art. 34 ust. 8 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.), zatem rozporządzenie będzie wskazywało również jakie informacje będą sprawozdawane w tym zakresie.

Projekt wskazuje również terminy i sposób przekazywania danych, mając na uwadze zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez usługodawców, konieczność zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i zapewnienia bezpieczeństwa przetwarzania danych w EPS.

Szczególnie istotne z perspektywy systemu ochrony zdrowia są informacje o łóżkach szpitalnych, w tym m.in. dotyczące: rodzaju łóżek, liczby łóżek, jak również zmiany dostępności łóżka.

W odniesieniu do informacji o pracownikach medycznych rozporządzenie wskazuje na informacje obejmujące dane dotyczące miejsca wykonywania zawodu medycznego, tj. dotyczące oznaczenia oddziału szpitalnego w postaci VIII części kodu resortowego, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Rozporządzenie będzie również zawierało wykaz wyrobów medycznych i środków ochrony indywidualnej, objętych

niniejszą regulacją, który zostanie określony w załączniku do projektowanego rozporządzenia.

W projektowanym rozporządzeniu określono także zakres danych o zasobach gazów medycznych, tj.: dotyczące minimalny poziom zapasów gazów medycznych niezbędny do zachowania ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych, średnie miesięczne zużycie gazów medycznych, ilości gazu medycznego w litrach lub m³ o jaką zostały uzupełnione butle i zbiorniki w danej instalacji tlenowej podczas ostatniej dostawy.

Projekt reguluje również zakres danych o zapasach krwi i jej składników (liczba dostępnych jednostek krwi wg grupy krwi, liczba dostępnych jednostek składników krwi wg nazwy, nazwa centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa lub banku krwi przechowującego krew i jej składniki). Reguluje także sposób i terminy przekazywania przez administratora systemu e-krew, o którym mowa w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782) danych dotyczących zapasów krwi i jej składników, jak również sposób i terminy przekazywania przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych dotyczących wyrobów medycznych.

Projekt rozporządzenia reguluje także sposób przekazywania danych przez usługodawców za pośrednictwem EPS, które będzie się odbywało w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem interfejsów teleinformatycznych, w formatach danych określonych przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia i zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej, na stronie podmiotowej ministra właściwego do spraw zdrowia. Projekt dopuszcza również przekazywanie danych w postaci elektronicznej za pośrednictwem formularzy udostępnianych przez system EPS.

W zakresie terminów przekazywania danych zostały one zróżnicowane ze względu na rodzaj danych oraz podmiot zobowiązany do ich przekazywania.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Projektowana zmiana stanowi domenę prawa krajowego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
minister właściwy do spraw zdrowia, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych	3	dana powszechnie znana	możliwość monitorowania na poziomie centralnym danych o określonych w ustawie i rozporządzeniu zasobach usługodawców i wykorzystywania ich do podejmowania decyzji w zakresie zadań ustawowych
Narodowy Fundusz Zdrowia	1 centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie centralnym danych o określonych w ustawie i rozporządzeniu zasobach usługodawców i wykorzystywania ich do podejmowania decyzji w zakresie zadań ustawowych
Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Główny Inspektor Sanitarny, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	19	dane powszechnie znane	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
województwie	16	dane powszechnie znane	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
marszałkowie województwa, starostowie, wójtowie (burmistrzowie i prezydenci miast)	16 marszałków województw, 380 starostów oraz 2477 wójtów (burmistrzów i prezydentów miast)	dane powszechnie znane	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
wojewódzcy	16	dane własne Ministerstwa	ułatwienie realizacji zadań

koordynatorzy ratownictwa medycznego		Zdrowia	ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
dyspozytorzy medyczni	około 120 jednoczesnych stanowisk całodobowych	dane własne Ministerstwa Zdrowia	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
zespoły ratownictwa medycznego	około 1700	dane własne Ministerstwa Zdrowia	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	1	dana powszechnie znana	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
Komendanci Rejonów Zabezpieczenia Medycznego Wojsk	8 Rejonów Zabezpieczenia Medycznego Wojsk	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania danych o określonych w ustawie i rozporządzeniu zasobach usługodawców i wykorzystywania ich do realizacji zadań
podmioty wykonujące działalność leczniczą, zwane dalej „PVDL”	około 27 tys.	rejestr PVDL	uproszczenie bieżącej sprawozdawczości i zarządzania zasobami, digitalizacja procesów raportowych, które realizowane są w sposób analogowy
usługobiorcy	37 mln 489 tys.	Dane Głównego Urzędu Statystycznego (grudzień 2024 r.)	poprawa jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych dla jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego
podmioty tworzące w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz podmioty uprawnione do wykonywania praw z tytułu udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostce samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w przypadku usługodawców będących podmiotami	ok 1000	szacunki własne	ułatwienie realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań

leczniczymi w formie spółki kapitałowej, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej			
---	--	--	--

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Niniejszy projekt zostanie przesłany do konsultacji publicznych i opiniowania, z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag, do:

- 1) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 2) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 4) Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego;
- 5) Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 6) Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 7) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 8) Centrum e-Zdrowia;
- 9) Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
- 10) Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;
- 11) Głównego Inspektora Sanitarnego;
- 12) Głównego Inspektora Farmaceutycznego;
- 13) Prezesa Agencji Badań Medycznych;
- 14) Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH;
- 15) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 16) Naczelnej Izby Lekarskiej;
- 17) Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;
- 18) Naczelnej Izby Aptekarskiej;
- 19) Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych;
- 20) Krajowej Izby Fizjoterapeutów;
- 21) Krajowej Izby Ratowników Medycznych;
- 22) Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych;
- 23) Krajowego Związku Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 24) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych;
- 25) Polskiego Związku Ratowników Medycznych;
- 26) Międzyzakładowego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych w Legnicy;
- 27) Krajowego Stowarzyszenia Ratowników Medycznych;
- 28) Związku Zawodowego Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
- 29) Związku Zawodowego Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 30) Polskiej Federacja Szpitali;
- 31) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 32) Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego;
- 33) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 34) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 35) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 36) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 37) Stowarzyszenia „Dla Dobra Pacjenta”;
- 38) Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 39) Federacji Pacjentów Polskich;
- 40) Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 41) Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 42) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych;
- 43) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
- 44) Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 45) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
- 46) Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Polskich Szpitali Prywatnych;
- 47) Pracodawców Medycyny Prywatnej;
- 48) Stowarzyszenia Unia Uzdrowisk Polskich;
- 49) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;

[illegible]

(oddzielnie)											
Źródła finansowania		Rozwiązania zawarte w projekcie rozporządzenia nie będą wymagały dodatkowych nakładów finansowych. Projekt rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego.									
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń											
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe											
Skutki											
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)			
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0			
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0			
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0			
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Do czasu integracji systemów teleinformatycznych usługodawców – konieczność wpisywania do EPS danych, które nie są przechowywane w systemach teleinformatycznych lub systemy te nie umożliwiają raportowania. Zmiana sposobu przekazywania informacji o awariach lub wyłączeniach – w nowocześniejszej formie zapewniającej archiwizację i pewność dostarczenia do wszystkich zainteresowanych podmiotów.									
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Do czasu integracji systemów teleinformatycznych usługodawców – konieczność wpisywania do EPS danych, które nie są przechowywane w systemach teleinformatycznych lub systemy te nie umożliwiają raportowania. Zmiana sposobu przekazywania informacji o awariach lub wyłączeniach – w nowocześniejszej formie zapewniającej archiwizację i pewność dostarczenia do wszystkich zainteresowanych podmiotów.									
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Z perspektywy świadczeniobiorcy, wdrożenie systemu i EPS pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych, dostępnego dla jednostek systemu PRM. Przełoży się to na zapobieganie odmowom przyjęcia świadczeniobiorcy przez szpital i ograniczy konieczność transportu świadczeniobiorcy pomiędzy szpitalami w celu udzielenia mu świadczenia opieki zdrowotnej.									
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne	Z perspektywy świadczeniobiorcy, wdrożenie systemu EPS pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych, dostępnego dla jednostek systemu PRM. Przełoży się to na zapobieganie odmowom przyjęcia świadczeniobiorcy przez szpital i ograniczy konieczność transportu świadczeniobiorcy pomiędzy szpitalami w celu udzielenia mu świadczenia opieki zdrowotnej.									
Niemierzalne											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń											
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu											
☐ nie dotyczy											
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).						☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy					

☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☒ inne: zapewnienie dostępu do aktualnych danych dla poszczególnych szczebli zarządzania	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☒ inne: wprowadzanie do systemu teleinformatycznego danych przekazywanych obecnie w formie analogowej
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Zakres danych przekazywanych do EPS częściowo pokrywa się z danymi już przekazywanymi przez usługodawcę do SEZOZ, w związku z powyższym nowa regulacja nie spowoduje znacząco większego obciążenia administracyjnego.

Projektowana zmiana zwiększa katalog raportowanych danych w porównaniu do systemu SEZOZ, ale jednocześnie zakłada maksymalną automatyzację i przekazywanie danych bezpośrednio ze szpitalnych systemów informatycznych. Zmiana ta, dotyczy wyłącznie usługodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej.

W przypadku awarii, projektodawca zakłada, że przekazanie informacji będzie realizowane przez dokonanie ręcznego wpisu do systemu, który następnie zostanie natychmiast rozpropagowany do wszystkich użytkowników. Jest to oczywiste przyspieszenie obiegu informacji i znaczne skrócenie ścieżki przekazywania informacji do poszczególnych odbiorców, w stosunku do sposobu w jaki jest to realizowane obecnie.

W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna, zakres danych oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian.

Ponadto, dane gromadzone w systemie SEZOZ, staną się danymi EPS, co nie spowoduje konieczności ponownego uzupełniania przekazanych już danych, a stosowane formularze zostaną zachowane. Jednocześnie będą one odświeżone pod kątem „user experience”, co ułatwi wprowadzanie danych. Będzie to szczególnie wartościowe dla podmiotów nie posiadających rozbudowanych systemów informatycznych (POZ i AOS).

Należy również uwzględnić fakt, że wprowadzony proces automatyzacji gromadzenia i przekazywania danych bezpośrednio ograniczy sprawozdawczość wykonywaną dotychczas przez personel świadczeniodawców.

9. Wpływ na rynek pracy

Nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☒ informatyzacja ☒ zdrowie
--	--	---

Omówienie wpływu	Zakres danych przekazywanych do systemu EPS częściowo pokrywa się z danymi już przekazywanymi przez usługodawcę do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, w związku z powyższym nowa regulacja nie spowoduje znacząco większego obciążenia administracyjnego. Projektowana zmiana zwiększa katalog raportowanych danych w porównaniu do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, ale jednocześnie zakłada maksymalną automatyzację i przekazywanie danych bezpośrednio ze szpitalnych systemów informatycznych. Zmiana ta, dotyczy wyłącznie usługodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej. W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i podstawowa opieka zdrowotna (POZ), zakres danych oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian. Ponadto, dane gromadzone w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, staną się danymi systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawców, co nie spowoduje konieczności ponownego uzupełniania przekazanych już danych, a stosowane formularze zostaną zachowane. Jednocześnie będą one odświeżone pod kątem user experience, co ułatwi wprowadzanie danych. Będzie to szczególnie wartościowe dla podmiotów nie posiadających rozbudowanych systemów informatycznych (POZ i AOS). Należy również uwzględnić fakt, że wprowadzony proces automatyzacji gromadzenia i przekazywania danych bezpośrednio ograniczy sprawozdawczość wykonywaną dotychczas przez personel świadczeniodawców.
------------------	---

	Wprowadzenie jednolitej w skali kraju system Ewidencji Potencjału Świadczeniodawców umożliwi monitorowanie: 1) dostępności łóżek szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko przez jednostki Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (dyspozytorów medycznych lub wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego); 2) zasobów pracowników medycznych; 3) dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory); 4) infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej; 5) w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 6) dostępności środków ochrony indywidualnej; 7) zasobów gazów medycznych. Ponadto, w celu ułatwienia dostępu, w systemie będą prezentowane dane dotyczące zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew. W systemie będą gromadzone również dane o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy i automatycznie dystrybuowane do wszystkich podmiotów realizujących zadania z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zarządzania kryzysowego. Będzie także stanowić wsparcie procesu decyzyjnego (w warstwie raportowo-analitycznej) oraz reagowania w sytuacjach kryzysowych. Pozwoli również na zbudowanie referencyjnej bazy danych dla poszczególnych szczebli zarządzania, a w efekcie na uproszczenie procesu raportowania przez świadczeniodawców do różnych podmiotów (Centrum Zarządzania Kryzysowego, wojewoda, marszałek województwa, Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fund, itp.) z jednoczesnym zapewnieniem kompletności i jakości danych. System będzie także umożliwiać wskazanie zapotrzebowania na łóżka szpitalne przez jednostki Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, co wpłynie na podniesie jakości opieki przedszpitalnej.
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Nie dotyczy	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Brak	