|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nazwa dokumentu: Opis założeń projektu informatycznego: "e-Zdrowie KPO"*** | | | | | |
| **Lp.** | **Organ wnoszący uwagi** | Jednostka redakcyjna, do której wnoszone są uwagi | Treść uwagi | **Propozycja zmian zapisu** | **Odniesienie do uwagi** |
| **1** | **GUS** | Punkt 1, podpunkt 1.1 Identyfikacja problemu i potrzeb | Konieczne jest wskazanie GUS jako interesariusza w zakresie danych dotyczących ochrony zdrowia w grupie podmiotów centralnej administracji publicznej. | Dodanie: Główny Urząd Statystyczny (GUS), kolumna „Interesariusz” we fragmencie: „Podmioty centralnej administracji publicznej, w tym Ministerstwo Zdrowia oraz podmioty publiczne działające z ramienia Ministerstwa Zdrowia w zakresie realizacji obowiązków związanych ze strategicznym planowaniem w zakresie ochrony zdrowia oraz realizacją tych planów, *a także Główny Urząd Statystyczny w zakresie zbierania i opracowania danych statystycznych.* | **Nie uwzględniono**  Katalog wskazany w tabeli 1.1 nie jest zamknięty i odnosi się do szeroko pojętej administracji publicznej. |
| **2** | **GUS** | Punkt 1, podpunkt 1.1 Identyfikacja problemu i potrzeb | Konieczne jest uwzględnienie wśród głównych problemów i potrzeb dla grupy podmiotów centralnej administracji publicznej zwiększenia wykorzystania gromadzonych danych do celów statystyki publicznej. | Dodanie punktu „*7) Wzrost wykorzystania gromadzonych danych do celów statystyki publicznej*” w kolumnie „Zidentyfikowany problem” we fragmencie: „Do głównych problemów i potrzeb należą:…”. | **Uwzględniono**  Wprowadzono zmianę w OZPI. |
| **3** | **GUS** | Punkt 1, podpunkt 1.1 Identyfikacja problemu i potrzeb | Konieczne jest uwzględnienie GUS wśród wymienionych instytucji dla grupy podmiotów centralnej administracji publicznej. | Dodanie „*Główny Urząd Statystyczny - prowadzący badania*  *statystyczne w obszarze zdrowia i ochrony zdrowia*.” w kolumnie „Szacowana wielkość grupy”. | **Nie uwzględniono**  Zgodnie z uwagami MC wskazano wyłącznie szacowaną liczbę. |
| **4** | **MC** | Uwaga ogólna do projektu | W identyfikacjach problemów i powodach podjęcia projektu wskazuje się m.in. :   1. poprawę jakości opieki zdrowotnej dzięki wdrożeniu narzędzi opartych na AI, 2. zwiększenie efektywności pracy personelu medycznego, 3. zwiększenie dostępności opieki zdrowotnej, 4. Cyfryzacja dokumentacji medycznej.   Cele te mają być osiągane poprzez zagregowanie danych pacjenta pochodzące z różnych źródeł (e-recepta, zdarzenia medyczne, skierowania, świadczenia NFZ), które przyczynić się mają do m.in. wspomagania decyzji klinicznych bowiem narzędzia analizy zdrowia pacjenta oparte będą na zaawansowanych algorytmach (np. AI) i pozwolą lekarzom na szybsze i bardziej trafne decyzje diagnostyczne i terapeutyczne, co przyczyni się do poprawy jakości leczenia. Proces ten ma się odbywać przy zwiększeniu poziomu cyberbezpieczeństwa - cel 3 - zwiększenie bezpieczeństwa danych pacjentów i ochrona wrażliwych danych medycznych. Wskazuje się, że budowa rozbudowanych systemów bezpieczeństwa zapewni, że te dane będą chronione przed nieautoryzowanym dostępem, utratą lub modyfikacją. Pozwoli również na zapewnienie ochrony przed wyciekiem danych. Wskazuje się, że realizacja kamienia milowego zapewnia zgodność z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych, w tym RODO, a także z wymaganiami dotyczącymi ochrony danych w systemach medycznych. Dzięki temu możliwe jest uniknięcie ryzyka kar finansowych związanych z naruszeniami ochrony danych.  Projekt oprócz korzyści będzie niósł również ryzyka związane z prywatnością osób. Dlatego wymaga on analizy pod kątem wpływu projektowanych rozwiązań na prywatność osób, których dane będą wykorzystywane w ramach realizacji projektu. Dlatego istotne jest przeprowadzenie oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 RODO oraz uwzględnienie ochrony danych osobowych w fazie projektowania z uwzględnieniem i nakierowaniem na osoby których to rozwiązanie będzie dotyczyć. Obecnie projekt odnosi się do kwestii ochrony danych osobowych jedynie z perspektywy zgodności z przepisami a nie ich wpływu na prywatność osób. W tym zakresie projekt wymaga uzupełnienia. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | Po podpisaniu porozumienia o wsparciu inwestycji powołany zostanie zespół interdyscyplinarny, który m.in. przeprowadzi ocenę skutków wdrażanych rozwiązań dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 RODO oraz zaplanuje mechanizmy mające na celu ochronę danych osobowych w fazie projektowania z uwzględnieniem i nakierowaniem na osoby których to rozwiązanie będzie dotyczyć. Efektem prac zespołu będzie Raport z inicjalnego testu prywatności, wskazany w pkt 2.4 OZPI. Jednocześnie odnosząc się do kwestii ochrony danych osobowych w ramach planowanych rozwiązań wykorzystujących algorytmy SI, wskazać należy, że pomimo, iż dane medyczne pacjentów oraz wyniki ich badań będą podlegały agregacji w celu zapewnienia możliwości łatwiejszej diagnozy za pomocą uruchamianych lokalnie i zdalnie algorytmów SI, na każdym etapie przekazania do systemów dostawców zewnętrznych dokumentacji medycznej, będzie ona poddawana pseudonimizacji i/lub anonimizacji. |
| **5** | **MC** | 1.1 Identyfikacja problemu i potrzeb | W tabeli interesariuszy w kolumnie ”Zidentyfikowany problem” należy opisać wyłącznie problem. Jako problem określono:  - potrzeby, które należy przeformułować na problem, np.:  potrzebę:  „Pacjenci potrzebują rozwiązań zapewniających szybki i łatwy dostęp do informacji o zdrowiu oraz usługach medycznych. Oczekują możliwości prostego umawiania wizyt i szybszego dostępu do specjalistów, co zminimalizuje czas oczekiwania”  zmienić na:  „Utrudniony dostęp do rozwiązań zapewniających szybki i łatwy dostęp do informacji o zdrowiu oraz usługach medycznych”. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Uwzględniono**  Wprowadzono zmianę w OZPI |
| **6** | **MC** | 1.1 Identyfikacja problemu i potrzeb | W tabeli interesariuszy w kolumnie „Szacowana wielkość grupy” należy podać tylko szacowaną wartość. Pozostałe informacje w tym polu są nadmiarowe. Informacja doprecyzowująca interesariusza powinna znaleźć się w kolumnie „Interesariusz”. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Uwzględniono**  Wprowadzono zmianę w OZPI |
| **7** | **MC** | 2.1. Cele i korzyści wynikające z projektu | Należy doprecyzować nazwy celów, ponieważ są one za długie, ponadto nazwa np.: „osiągnięcie kamienia milowego D15G […]” jest nieprawidłowa.   1. Nazwa celu powinna być jednozdaniowa. 2. Cele projektu należy określić w oparciu o zidentyfikowane problemy wymienione w pkt. 1.1. 3. Cele projektu powinny być tak określone, by zminimalizować lub wykluczyć dublowanie wskaźników dla różnych celów (wskaźników produktów/celów).   Cele projektu powinny odnosić się do produktów projektu. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Uwzględniono**  Wprowadzono zmianę w OZPI |
| **8** | **MC** | 2.1. Cele i korzyści wynikające z projektu | W wierszu „Wartość aktualna i docelowe KPI” dla wszystkich wymienionych w dokumencie KPI, należy podać informacje pogrupowane wg formatu:   * KPI 1: * wartość aktualna: …. * wartość docelowa: …. * KPI 2: …. * wartość aktualna: ….   wartość docelowa: …. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Uwzględniono**  Wprowadzono zmianę w OZPI |
| **9** | **MC** | 2.1. Cele i korzyści wynikające z projektu | W wierszu „KPI” wymieniane są wyłącznie nazwy wskaźników, określenia wprowadzające typu: „wskaźnik ilościowy” są nadmiarowe, należy je usunąć. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Uwzględniono**  Wprowadzono zmianę w OZPI |
| **10** | **MC** | 2.1. Cele i korzyści wynikające z projektu | W wierszu „Wartość aktualna i docelowa KPI:” dla KPI w celu nr 4 wskazano tylko jedną wartość wskaźnika. Należy wskazać dwie wartości: aktualną i docelową. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Uwzględniono**  Wprowadzono zmianę w OZPI |
| **11** | **MC** | 2.4. Produkty końcowe | W punkcie 2.4 produkty końcowe, nie wykazano produktu:  „Modyfikacja Hurtowni danych HD eZdrowia”, podczas gdy został on wykazany jako modyfikowany w projekcie na diagramie kooperacji aplikacji w punkcie 7.1 | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Uwzględniono**  Wprowadzono zmianę w OZPI |
| **12** | **MC** | 2.4. Produkty końcowe | W punkcie 2.4 "Produkty końcowe projektu" jako produkt wymieniono „System bezpieczeństwa CeZ” wraz z modułami :   * "System ochrony aplikacji webowych - Web Application Firewall (WAF)", * "System monitorowania, analizy i zarządzania zdarzeniami związanymi z bezpieczeństwem - Security Information and Event Management (SIEM)", * "System ochrony stacji końcowych – Endpoint Detection and Response (EDR)", * "System zarządzania uprawnieniami uprzywilejowanymi oraz nagrywaniem sesji - Privileged Access Management (PAM)", * "System zarządzania dostępem sieciowym – Network Access Control (NAC)", * "System ochrony kluczowych baz danych – Database Activity Monitoring (DAM)", * "Usługa monitorowania zagrożeń oraz artefaktów cyberbezpieczeństwa dla sektora ochrony zdrowia - Cyber Treat Intelligence (CTI)", * "Platforma e-learningowa do umieszczania treści edukacyjnych z zakresu cyberbezpieczeństwa – platforma Learning Management System (LMS)", * "Repozytorium danych gromadzonych na dedykowanych macierzach wraz z systemem zarządzania danymi oraz możliwością wykonywania kopii bezpieczeństwa – Security Data Lake (SDL)", * "System ochrony -  DNS firewall / secure DNS (DNS)", * "Platforma wspomagająca analizę i testowanie – Static/Dynamic Application Security Testing (SAST/DAST)", * "Narzędzie do automatyzacji testów penetracyjnych (ATP)".   Zgodnie z informacją z diagramu kooperacji aplikacji w punkcie 7.1 "Systemy bezpieczeństwa CeZ" są modyfikowane w projekcie.  W związku z powyższym, w celu uspójnienia informacji z widokiem kooperacji aplikacji w pkt. 7.1. OZPI, w miejsce ww. produktu proponujemy następujący produkt: „Modyfikacja Systemów bezpieczeństwa CeZ”. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Uwzględniono**  Uzupełnione w OZPI |
| **13** | **MC** | 2.4. Produkty końcowe projektu  3. Kamienie milowe | W celu ułatwienia śledzenia postępu realizacji projektu sugerujemy: prezentowanie produktów końcowych projektu i kamieni milowych:  - zgodnie z planowaną datą ich osiągnięcia. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Nie uwzględniono,** formularz OZPI jest nadpisywany w systemie zgodnie z uwagami przekazywanymi przez RA KRMC, a pole 2.4 nie jest walidowane. W CeZ wprowadzone są mechanizmy stałego monitorowania kamieni milowych i produktów końcowych. |
| **14** | **MC** | 7.1. Widok kooperacji aplikacji | Z widoku kooperacji aplikacji wynika, że:   * system „HUB Danych eZdrowia” jest planowany w projekcie, podczas gdy w Liście systemów wykorzystywanych w projekcie wskazano status „modyfikowany”,   „Systemy Bezpieczeństwa CeZ” są modyfikowane w projekcie, podczas gdy w Liście systemów wykorzystywanych w projekcie wskazano status „planowany”. | Proszę o analizę i korektę opisu założeń. | **Uwzględniono**  Uzupełnione w OZPI |
| **15** | **MC** | 5.1. Ryzyka wpływające na realizację projektu. | W pkt. 5.1. opisu założeń wskazano m.in. następujące ryzyka:   * Brak gotowości legislacyjnej - Złożoność i zmienność przepisów prawnych oraz wymagań regulacyjnych w obszarze ochrony zdrowia i cyfryzacji może prowadzić do opóźnień w realizacji projektów, szczególnie w zakresie ochrony danych osobowych (RODO) * Ryzyko związane z ochroną danych osobowych i bezpieczeństwem   informacji - Przetwarzanie wrażliwych danych medycznych pacjentów wiąże się z koniecznością zapewnienia odpowiednich standardów ochrony danych osobowych, zgodności z RODO oraz zapewnienia  odpowiednich zabezpieczeń przed cyberatakami.  Wskazane ryzyka w odniesieniu do sposobu zarządzania ryzykiem - wymagają włączenia w prace nad projektem Urzędu Ochrony Danych Osobowych. | Proszę o analizę. | **Uwzględniono**  Uzupełnione w OZPI |
| **16** | **Rada Architektury IT** | Pkt. 2.1., metoda pomiaru KPI | Zweryfikowanie poprawności pomiaru wskaźników tj. zaproponowanie ich pomiar jednorazowy, podczas gdy wskaźniki te są stale monitorowane. |  | **Uwzględniono**  Wprowadzono korektę w OZPI |
| **17** | **Rada Architektury IT** | Uwaga ogólna | Wprowadzenie bardziej szczegółowego opisu stosowanych algorytmów AI. |  | **Uwzględniono**  Ze względu na ograniczenia liczby znaków w formularzu elektronicznym opisu założeń projektu szczegółowy opis został umieszczony w piśmie przewodnim przekazującym skorygowany OZPI. |
| **18** | **Rada Architektury IT** | Uwaga ogólna | Uspójnienie opisów bezpieczeństwa i wydajności systemów jakie powstaną w wyniku projektu. |  | **Uwzględniono**  Zmodyfikowano opisy w OZPI |
| **19** | **Naczelny Dyrektor Archiwów Państwowych** | Pkt 6 Otoczenie prawne | Należy dodać ustawę z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach ponieważ dokumentacja medyczna może stanowić materiały archiwalne, co oznacza, że w przypadku dokumentów w postaci papierowej, bez względu na ich digitalizację, będą one musiały zostać przekazane do właściwych archiwów państwowych w takiej postaci w jakiej zostały wytworzone. W przypadku natomiast akt wytworzonych w postaci elektronicznej tworzony system powinien spełniać wymagania określone w akcie wykonawczym do ww. ustawy, tj. rozporządzeniu MSWiA z dnia 30 października 2006 r. w sprawie szczegółowego sposobu postepowania z dokumentami elektronicznymi (Dz. U. Nr 206 poz. 1518) tak, aby nie było problemu z archiwizowaniem danych, tj. np. klasyfikacją, kwalifikacją, brakowaniem oraz przekazywaniem materiałów archiwalnych do właściwych archiwów państwowych. | Ustawa z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164) | **Uwzględniono**  Dodano ustawę w OPZI |
| **20** | **ZUS** | 2.4 Produkty końcowe projektu | Prosimy o zapewnienie możliwości korzystania przez ZUS z dokumentów medycznych zapisanych w bazie e-Zdrowie. Obecnie Zakład tworzy własne kopie danych/obiektów, musi je archiwizować i przekazywać zgodnie z JRWA do Archiwów Państwowych, co prowadzi do nadmiarowego przechowywania tych samych dokumentów w instytucjach publicznych.  Zapewnienie możliwości zintegrowania repozytorium dokumentów danych medycznych z repozytorium ZUS umożliwiłoby ograniczenie dublowania dokumentów. |  | CeZ przeanalizuje możliwość dostępu do elektronicznej dokumentacji medycznej pacjenta – w trybie Kontroli. Wtedy Organy upoważnione z wykorzystaniem standardowych transakcji pozyskiwałyby indeks dokumentacji dla danego pacjenta z P1 (rejestr EDM) i na podstawie uzyskanego indeksu dostęp do danego repozytorium EDM. Naturalne rozwiązanie bez konieczności pobierania całej dokumentacji medycznej do zasobów P1. Jeżeli ZUS wnioskuje o dostęp do zdarzeń medycznych to wtedy udostepnienie może być poprzez bezpośredni dostęp. Zwracam uwagę na proponowany w ramach HDC komponent dla obsługi zadań dostępu do danych przez upoważnione organy Państwa |
| **21** | **ZUS** | 7.1 Lista przepływów | Przewidywane jest przekazywanie danych poprzez REST API danych z KSI ZUS do HUB danych eZdrowia. Zgłaszamy konieczność nawiązania współpracy w zakresie szczegółów działania interfejsu i prosimy o uwzględnienie przez prowadzących projekt wczesnego dopracowania założeń z zespołem Zakładu. |  | Przewidywane jest połączenie danych związanych z kosztami ponoszonymi przez Państwo i pośrednio rzutujące na gospodarkę a związaną z leczeniem pacjenta w całości procesu. Planowane jest to w dłuższej perspektywie czasu. Wstępnie planowane było pozyskiwanie agregatów danych z części hurtownianej KSI ZUS (w większości gotowe analizy opracowywane na potrzeby eZLA) |
| **22** | **ZUS** | 1.Powody podjęcia projektu, 1.1. Identyfikacja problemu i potrzeb, pkt 2) s. 1 | 1)s. 1 w pkt 2 jest zapis „wykrywaniu nieprawidłowości w historii medycznej pacjentów”. Sugerujemy uzupełnienie zapisu.  2) Zmiana zapisu „Systemy te pozwolą na większą dostępność czasową dla pacjentów…”. | 1) Proponujemy dodać po słowie „pacjentów” słowa „poprawa jakości i dokładności diagnoz oraz minimalizacji ryzyka błędu medycznego w czasie rzeczywistym w trakcie stawiania diagnozy pacjentowi lub wykonywania procedury medycznej”.  Dodanie tych słów byłoby zgodne z zapisem w Korzyści pkt 4b Opis założeń do projektu s. 18/84. Proponowana zmiana daje szansę pełnego wykorzystania potencjału AI/ML w projekcie. Celem projektu jest podniesienie jakości obsługi pacjenta, proponowana zmiana wpisuje się ten cel, a spojrzenie wstecz stanowiłoby wsparcie działania w czasie rzeczywistym.  2) Propozycja zapisu: „Systemy pozwolą na zwiększenie w jednostce czasu dedykowanej pacjentowi udziału czasu do interakcji z pacjentem kosztem pozostałych czynności : Proponowana zmiana wydaje się być zgodna z powodami realizacji projektu, stanowiąc jego wartość dodaną. Redukcja czasu poświęcanego przez lekarzy do obsługi urządzeń IT na rzecz interakcji z pacjentem, co jest zgodne z pkt 2 „ większa dostępność czasowa dla pacjentów”. W założeniach wydaje się zasadnym rozważenie wykorzystania opcjonalnie narzędzi umożliwiających konwersję diagnozy ustnej lekarza na odpowiedni zapis w dokumentacji medycznej, co podniosłoby efektywność czasową pracy lekarza. | **Nie uwzględniono**  Ze względu na ograniczenie liczby znaków w formularzu elektronicznym opisu założeń projektu informatycznego udostępnianym przez KRMC, wprowadzenie proponowanych zmian nie jest możliwe. |
| **23** | **ZUS** | Wniosek o dofinansowanie e-zdrowie KPO1.  C Wskaźniki projektu  C.1 Wskaźniki produktu s. 5/58 | Na str. 5/58 – 10/58 nie został wskazany przykład chociażby jednej czynności administracyjnej lub procedury medycznej, dla której obliczony byłby czas jej trwania obecnie i po wdrożeniu projektu. | Proponujemy zdefiniowanie np. 5 czynności, które po wdrożeniu systemu będą wykonywane szybciej i przy mniejszej liczbie błędów i jaka będzie oszczędność czasu np. 30 % lub 40 % dla lekarza. Z opisu założeń jednoznacznie wynika, że celem jest obniżenie obciążenia administracyjnego (vide s. 4/58 Opis założeń), w rezultacie więcej czasu dla pacjenta w trakcie diagnozy lub więcej pacjentów zaopatrzonych w ogóle. | **Nie uwzględniono**  Wniosek o dofinansowanie Projektu „e-Zdrowie KPO” nie jest przedmiotem opiniowania. Został załączony do OZPI w celu lepszego zobrazowania realizowanego projektu. |
| **24** | **ZUS** | Wniosek o dofinansowanie e-zdrowie KPO1. Opis i uzasadnienie projektu  s. 11/58 | Pkt 2 ) alerty dla lekarzy jest zapis „wykrytych nieprawidłowości w historii pacjenta”.  Zgłaszamy propozycję uzupełnienia zapisu. | Proponujemy dodać słowa „oraz minimalizacji ryzyka błędu medycznego w czasie rzeczywistym podczas stawiania diagnozy medycznej lub wykonywania procedury medycznej”. Dodanie tych słów byłoby zgodne z zapisem w Korzyściach, pkt 4b, Opis założeń do projektu s. 18/84. Jakość opieki rzeczywistej dzieje się w czasie rzeczywistym, przeszłość stanowi wsparcie bieżącego działania. | **Nie uwzględniono**  Wniosek o dofinansowanie Projektu „e-Zdrowie KPO” nie jest przedmiotem opiniowania. Został załączony do OZPI w celu lepszego zobrazowania realizowanego projektu. |
| **25** | **ZUS** | Wniosek o dofinansowanie e-zdrowie KPO1. s. 12/58 | Brak alertu wykorzystującego AI/ML do informowania o możliwych do zastosowania procedurach medycznych w danym przypadku. Z punktu widzenia pacjenta najważniejsze jest wykorzystanie AI/ML do postawienia jak najwcześniej trafnej diagnozy stanu pacjenta i świadomy wybór najlepszej z dostępnych procedur medycznych do zastosowania.  Ponadto alert powinien dotyczyć faktu, czy zastosowanie konkretnej procedury medycznej w danym momencie ograniczy w przyszłości zastosowanie innych procedur medycznych, jeżeli jej zastosowana nie przyniosłaby oczekiwanych efektów. Informacja jest bardzo istotna dla indywidualnych decyzji pacjenta o wyrażeniu zgody na zastosowanie określonej procedury medycznej. | Proponowana poprawka byłaby zgodna z zakresem projektu Zał. nr 1 zakres przedsięwzięcia Zakres projektu pkt 1 „lepsza diagnoza..” | **Nie uwzględniono**  Wniosek o dofinansowanie Projektu „e-Zdrowie KPO” nie jest przedmiotem opiniowania. Został załączony do OZPI w celu lepszego zobrazowania realizowanego projektu. |
| **26** | **ZUS** | Opis założeń do projektu  2.1. Cele i korzyści wynikające z projektu | W dokumencie brak informacji o tym, jakie będą szacowane oszczędności w kosztach administracyjnych funkcjonowania systemu ochrony zdrowia po wprowadzeniu systemu. Na str. 18/84 w pkt 2b, s. 22/84 pkt 6 jest stwierdzenie o obniżeniu kosztów papierowej dokumentacji. Brak adekwatnych mierników czy zdefiniowanego KPI tego dotyczącego.  Brak wskazania jakie oszczędności czasu wprowadzenie systemu przyniesie pacjentowi, poza tym, że nie będzie musiał zajmować się gromadzeniem dokumentacji medycznej lub płyt CD. | W opisie założeń powinno zostać uwzględnione wyraźne założenie obniżenia, w wyniku zrealizowania projektu, kosztów administracyjnych systemu ochrony zdrowia, z szacunkiem o ile % lub wskazanie o ile mniej wzrosną koszty administracyjne po wprowadzeniu systemu w porównaniu do funkcjonowania w przyszłości z wykorzystaniem aktualnie dostępnych rozwiązań informatycznych. | **Nie uwzględniono**  W KPO brak określonych wskaźników rezultatu. |
| **27** | **ZUS** | Opis założeń do projektu  2.1. Cele i korzyści wynikające z projektu | 1) s. 11/84 Korzyść w pkt 1. brzmi „Poprawa jakości i dokładności diagnoz”,  2) s. 11/84 Korzyść pkt 1a zapis brzmi „Znacząco pomoże to lekarzom w podejmowaniu bardziej trafnych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych”. | Proponujemy dodać po słowie „diagnoz” słowa „oraz minimalizacja ryzyka błędu medycznego”. Dodanie tych słów byłoby zgodne z zapisem w Korzyści pkt 4b Opis założeń do projektu s. 18/84.  Wydaje się być uzasadnionym, że z jednej strony jest dążenie do poprawy jakości obsługi pacjenta, a z drugiej strony minimalizacja ryzyka błędu medycznego, te dwa czynniki nie wykluczają się. | **Uwzględniono**  Wprowadzono zmianę w OZPI |
| **28** | **MF** | OZPI pkt 4.4 | Z pkt 4.3 opisu założeń projektu informatycznego wynika znaczny całkowity koszt  utrzymania trwałości projektu w wysokości 793 207 529,62 zł do poniesienia w latach 2026-2031 z budżetu państwa w ramach krajowych środków publicznych. Zgodnie z informacją zawartą w pkt 4.4. planowane koszty utrzymania projektu będą powodować konieczność przyznania dodatkowych kwot.  Zgodnie z decyzją Komisji Europejskiej, Polska od lipca 2024 roku została objęta procedurą nadmiernego deficytu. Oznacza to, że konieczne jest wdrożenie planu działań naprawczych zmierzających do konsolidacji finansów publicznych i obniżenia deficytu w kolejnych latach, co także ograniczać będzie przestrzeń na możliwe zwiększenia wydatków budżetowych.  W związku powyższym koszty utrzymania trwałości projektu powinny zostać pokryte w ramach budżetów odpowiednich dysponentów części budżetowych bez  konieczności występowania o dodatkowe środki z budżetu państwa.  Projekt wymaga zatem odpowiedniego skorygowania i uzupełnienia o jednoznaczne stwierdzenie, że „Wszelkie skutki finansowe wynikające z proponowanych rozwiązań zostaną sfinansowane w ramach wysokości środków określonych zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa.”. | „Koszty utrzymania trwałości projektu zostaną pokryte w ramach budżetów odpowiednich dysponentów części budżetowych bez konieczności występowania o dodatkowe środki z budżetu państwa.  Wszelkie skutki finansowe wynikające z proponowanych rozwiązań zostaną sfinansowane w ramach wysokości środków określonych zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa.”. | **Ministerstwo Zdrowia zaproponowało zapis realizujący uwagę , który został przedstawiony w piśmie przewodnim „**Koszty związane z realizacją zadań w zakresie ochrony zdrowia związanych z fazą utrzymania projektu od roku 2026 będą pokrywane corocznie ramach środków 7% przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia, o których mowa w art. 131c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. oświadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym z rezerw celowych, z jednoczesną możliwością zwiększenia limitu na wynagrodzenia.”  **Centrum e-Zdrowia nie posiada środków na utrzymanie trwałości projektu e-Zdrowie KPO po zakończeniu jego realizacji. Istnieje konieczność zwiększenia środków w budżecie CeZ po zakończeniu finansowania projektów w ramach KPO dla utrzymania trwałości i efektów projektu.**  Koszt utrzymania przedsięwzięcia w kolejnych latach to rocznie około 11% całkowitej wartości projektu. Biorąc pod uwagę konieczność zapewnienia usług na wysokim poziomie dostępności oraz doświadczenia CeZ w ramach utrzymania efektów zrealizowanych projektów w zakresie e-zdrowia roczne koszty utrzymania przedmiotowego projektu nie są wysokie. Analizując OZPI innych projektów roczne koszty utrzymania oscylowały w okolicach 13%. Należy podkreślić, że zadania/inicjatywy realizowane w ramach KPO są nowe w stosunku do już utrzymywanych i eksploatowanych systemów. **Jakakolwiek zatem próba zaangażowania części środków zapewniających utrzymanie i rozwój obecnie eksploatowanych systemów na potrzeby utrzymania nowo wdrażanych będzie musiała się zakończyć spadkiem jakości/dostępności obecnie utrzymywanych i rozwijanych systemów.** Jednocześnie należy spodziewać się możliwości konsolidacji środków na utrzymanie ciągłości działania nowych systemów ze środkami na utrzymanie i rozwój już eksploatowanych pod koniec procesu wytwórczego/inwestycji w nowe systemy. |
| **29** | **MF** | OZPI pkt 4. | Departament IP zwraca uwagę na wysoki koszt utrzymania projektu, który w latach 2026-2031 ma wynieść 793 207 529,62 zł przy całkowitym koszcie projektu w wysokości 1 256 200 000 zł, co stanowi 63% całkowitego kosztu projektu.  Jednocześnie należy zauważyć, że zgodnie z informacją zawartą w pkt 4.4. Opisu założeń planowane koszty ogólne realizacji oraz koszty utrzymania przedmiotowego projektu będą powodować konieczność przyznania dodatkowych kwot dla projektu, kwestia ta wymaga skorygowania.  Odnośnie finansowania VAT-u w projekcie powinno się ono mieścić w limicie określonym przez Ministra Finansów dla inwestycji realizowanych przez państwowe jednostki budżetowe, który dla tej inwestycji wynosi 300 722 652 zł. |  | Jw.  Dodatkowo koszty utrzymania projektu we wskazanych latach wynikają z kilku kluczowych czynników:   1. Zastosowanie AI - wymaga ciągłego rozwoju, aktualizacji oraz optymalizacji algorytmów sztucznej inteligencji, co generuje długoterminowe koszty, a także zwiększa wymagania dotyczące infrastruktury oraz adaptacji do zmieniających się warunków technologicznych i rynkowych. 2. Krótkookresowe umowy z podmiotami zewnętrznymi - wyższe koszty związane z dynamicznymi zmianami na rynku usług i koniecznością podpisywania krótkoterminowych umów. 3. Dostosowanie do zmieniających się przepisów - adaptacja systemu do nowych regulacji prawnych i technologicznych, np. w zakresie bezpieczeństwa danych wpływa na wyższy koszt utrzymania systemu. 4. Integracja nowych technologii - konieczność ciągłej aktualizacji systemu w celu integracji nowych rozwiązań technologicznych, takich jak IoT, blockchain czy chmurowe systemy obliczeniowe. 5. Ochrona danych - rosnące wymagania dotyczące ochrony danych osobowych i zgodności z przepisami (np. RODO) generują dodatkowe koszty związane z zabezpieczeniami, audytami i szkoleniami. 6. Wsparcie techniczne - zwiększona liczba użytkowników i zapotrzebowanie na wsparcie techniczne wymaga rozbudowy zespołów wsparcia i infrastruktury serwisowej. 7. Inflacja i wzrost cen usług zewnętrznych - wyższe koszty usług IT wynikające z inflacji, wzrostu kosztów pracy i zmian regulacyjnych oraz zapotrzebowania na wymagane kompetencje z zakresu AI. 8. Skalowalność projektu - wzrost skali projektu oraz potrzeba rozbudowy infrastruktury IT, w tym zasobów obliczeniowych i przepustowości sieci.   Każdy z ww. czynników ma istotny wpływ na koszty utrzymania projektu, co jest naturalną konsekwencją zapewnienia jego trwałości, bezpieczeństwa i rozwoju w długiej perspektywie.  Wskazany limit na finansowanie VAT-u odnosi się do okresu realizacji przedsięwzięcia. Zgodnie z zapisami OZPI **VAT w fazie realizacji e-Zdrowie KPO wynosi 207 997 138,55 zł** i mieści się w limicie wskazanym na realizację inwestycji D1.1.2 w porozumieniu o realizacji reform i inwestycji w ramach planu rozwojowego zawartym 12.05.2023 pomiędzy MZ a MFiPR. |
| **30** | **MF** | Wniosek o dofinansowanie | Wnioskodawca składając wniosek o dofinansowanie winien najpierw potwierdzić, że zasoby finansowe ustalane wg znanych zasad (art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków  publicznych) pozwalają nie tylko na utrzymanie takiego projektu, ale również na poniesienie kosztów niekwalifikowanych (aktualnie wynoszących 207 997 138,55 zł).  Wniosek w części "H" opisuje ryzyka, z których "Brak zabezpieczenia środków finansowych na utrzymanie po zakończeniu realizacji projektu.  Ryzyko braku zapewnienia środków na trzymanie po zakończeniu realizacji projektu" wymaga wyjaśnienia. Wnioskodawca jest zobowiązany  do racjonalnego wydatkowania środków publicznych oraz zrównoważonego planowania nowych zadań do planowanych nakładów  w ramach tzw. 7% PKB. |  | Odpowiedź została udzielona w ramach odpowiedzi na pyt. 28 tabeli. |
| **31** | **MF** | OZPI pkt 4. | Opis założeń projektu informatycznego w pkt 4.3 wskazuje na całkowity koszt utrzymania trwałości projektu w latach 2026-2031 na kwotę 793 207  529,62 zł zaplanowano do sfinansowania z krajowych środków publicznych - budżet państwa i wymaga uzupełnienia o: "zabezpieczone w ramach cz. 46-Zdrowie w przyznanym corocznie limicie ustalonym zgodnie z art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez konieczności ich dodatkowego  zwiększania (nie powodując powiększenia przewidywanej w ustawie wartości wydatków na zdrowie określonej dla poszczególnych lat)."  W związku ze wskazaniem pozycji kosztowej: Koszty zarządzania i wsparcia (w tym wynagrodzenia personelu wspomagającego) należy wskazać czy  i w jakiej wysokości przewidziane są do sfinansowania wynagrodzenia w ramach kosztów utrzymania projektu. W przypadku wykazania  wynagrodzeń należy wskazać również ilu etatów dotyczą i w jakim czasie. |  | Patrz odpowiedź na pytanie 28 tabeli.  Wykazana kwota w pozycji Koszty zarządzania i wsparcia (w tym  wynagrodzenia personelu  wspomagającego) zgodnie z opisem w kolumnie „uzasadnienie pozycji kosztowej” odnosi się do sfinansowania wynagrodzeń pracowników niezbędnych do realizacji projektu zarówno jako koszty bezpośrednie jak i pośrednie. W okresie utrzymania (lata 2026-2031) zostały skalkulowane niezbędne koszty wynagrodzeń w ilości średniomiesięcznie 77 etatów o łącznej wartości 126 800 zł brutto brutto w całym okresie utrzymania (z uwzględnieniem wzrostu wskaźników makroekonomicznych), w związku z obowiązkiem określonym dokumentacją KPO dotyczącym utrzymania efektów przedsięwzięcia. |
| **32** | **MF** | OZPI pkt 4. | Jak wynika z przedstawionego dokumentu,  projekt informatyczny „e-Zdrowie KPO ma  generować wydatki z budżetu państwa w roku  2025 i w latach kolejnych, jak również stanowić  podstawę do ubiegania się o przydzielenie  dodatkowych środków.  W opisie założeń (str.1) wskazano, że całkowity  koszt projektu ma wynieść 1 256 200 000,00 zł,  natomiast źródłem finansowania projektu w  ramach budżetu państwa będzie część  budżetowa 46 -Zdrowie. Z informacji zawartych w  pkt 4.1 Koszty ogólne projektu wraz ze sposobem  finansowania wynika, że udział procentowy  środków z budżetu państwa (brutto) będzie  stanowił 16,56% (co wynosi 207 997 138,55 zł).  Jednocześnie w dalszej części opisu projektu, w  pkt 4.4 Planowane koszty ogólne realizacji (w  przypadku projektu współfinansowanego – wkład  krajowy z budżetu państwa) oraz koszty  utrzymania projektu zawarto stwierdzenie, że  będą powodować konieczność przyznania  dodatkowych kwot.  Ponadto, zauważenia wymaga, że maksymalny  limit wydatków budżetu państwa wyznaczany jest  stabilizującą regułą wydatkową (SRW), która  określa nieprzekraczalny limit wydatków dla  organów i jednostek, o których mowa w art.  112aa ust. 3 ustawy o finansach publicznych.  Dodatkowo, decyzją Rady Unii Europejskiej 2024/2133 z 26 lipca br. stwierdzono istnienie  nadmiernego deficytu w Polsce.  Wobec powyższego, w obecnej sytuacji  makroekonomicznej, w ocenie Departamentu  Budżetu Państwa MF, konieczne jest podjęcie  działań mających na celu zmniejszenie deficytu  finansów publicznych oraz zachowanie  rozważności przy priorytetyzacji wydatków. A  zatem, planowane zwiększenie kwoty wydatków  w kolejnych latach budżetowych wynikające z  realizacji projektu informatycznego pn.  „Przyspieszenie procesów transformacji cyfrowej  ochrony zdrowia poprzez dalszy rozwój usług  cyfrowych w ochronie zdrowia” powinno nastąpić  w sposób jak najbardziej neutralny dla obciążeń  jednostek sektora finansów publicznych, a skutki  finansowe wynikające z procedowanej regulacji,  powinny mieścić się w dostępnej przestrzeni  fiskalnej. | Uwzględniając informacje przedstawione w kolumnie „Treść uwagi” w poz. „Źródła finansowania” lub w pkt 4.4 powinna  zostać zawarta jednoznaczna informacja, z której będzie wynikać, że wskazany wyżej skutek finansowy realizacji projektu mający wpływ na budżet państwa zostanie  zrealizowany ze środków dostępnych w ramach ustalonego dla dysponenta części 46 - Zdrowie, limitu wydatków na dany rok budżetowy, z uwzględnieniem możliwości wygenerowania  oszczędności w budżecie tego dysponenta, poprzez zmniejszenie innych wydatków lub racjonalizację kosztów w ramach przyznanego limitu wydatków, bez opcji dodatkowości środków budżetowych. W pkt 4.4 należy wykreślić zdanie: „będą powodować konieczność przyznania dodatkowych kwot”. A pozostawić zdanie: „zostaną pokryte w ramach budżetów odpowiednich dysponentów części budżetowych bez konieczności występowania o dodatkowe środki z budżetu państwa”. | Odpowiedź została udzielona w ramach odpowiedzi na pyt. 28 tabeli. |