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), 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 lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie ww. ustawy o działalności lobbingowej 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 wyszczególnionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji.

Uwagi do projektu rozporządzenia zgłosiły podmioty wyszczególnione 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.  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 kosztochłonności procesu leczenia pacjentów. | Uwaga stanowi komentarz.  Projektodawca nie zgadza się z wyrażoną opinią.  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 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 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 pomioty 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). | Uwaga uwzględniona. |
| 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 przepis przewiduje, że dostęp do danych będzie miał np. marszałek (chociaż nie jest terytorialnym organem ochrony ludności), a dostępu nie będą mieli starosta czy prezydent miasta na prawach powiatu. | Uwaga uwzględniona (rozszerzenie katalogi 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  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 | Uwaga stanowi komentarz.  W ramach Studium Wykonalności przeprowadzono analizę liczby tworzonych raportów i czasu na nie przeznaczanych w zestawieniu ze średnim wynagrodzeniem, co pozwoliło 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 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. | 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 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,  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. |
| 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 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. | 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. |
| 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 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 EPŚ ma potencjał, aby stać się narzędziem, które nie tylko poprawi jakość opieki zdrowotnej, ale także umożliwi lepsze zarządzanie zasobami w ochronie zdrowia. | Uwaga stanowi komentarz.  W projekcie ustawy doprecyzowano podmioty przekazujące dane. |
| 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.  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. | 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. |
| 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 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.  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. |
| 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 miałby 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 indywidulane 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 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. | Uwaga stanowi komentarz.  W projekcie ustawy doprecyzowano podmioty przekazujące dane. |
| 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 indywidulanej. 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 dodatnie pkt 2a) w brzmieniu: „2a) wolnych łóżkach 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 dodatnie 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  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. | Uwaga uwzględniona |
| 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, Izbom 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 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 infrastruktur | 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 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 | Uwaga uwzględniona.  W projekcie doprecyzowano możliwość wymiany informacji pomiędzy usługodawcami. |
| 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: „SIOSz”), 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 łózka. | Uwaga nieuwzględniona.  Szczegółowy zakres danych gromadzonych w ramach systemu EPS będzie wskazany w rozporządzeniu wykonawczym. |
| 33. | Wojewoda lubelski | Art. 1 pkt 2 *projektu ustawy*  w zakresie nadawanego nowego brzmienia  art. 24 ust. 2 *ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia* | 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 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). | Uwaga uwzględniona. |
| 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 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 |
| 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 umożliwia 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 przez jednostki systemu PRM”, jednak nie zostało to ujęte w samej treści projektu ustawy | 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 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, dysponentom zespołów 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 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; | Uwaga częściowo uwzględniona.  Projektodawca zaproponował zapisy, które umożliwią odpowiednią interpretację.  Ponadto, Projektodawca zauważa, że część uwagi dotyczy materii aktu wykonawczego. |
| 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:   1. 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 formacie i częstotliwości określonej przez Agencję, w 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;” 2. 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 taryf świadczeń oraz innych zadań zlecanych 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 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. |
| 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 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 Funduszowi 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 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 2austawy 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 systemach informatycznych. Wymiana danych pomiędzy systemami często z tego względu jest utrudniona, a niekiedy wręcz niemożliwa, w szczególności gdy dotyczy to np. identyfikatorów noworodków. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 (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) | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 SCIoTM, 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 brzemiennie: „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 uchylenia przepisu zawartego w pkt 4 jest konsekwencją propozycji zmiany brzmienia przepisu w pkt 3. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 wykorzystaniem nowszych technologii informatycznych. Zgodnie z art. 40a ust. 6 i 7 ustawy o refundacji objęte refundacją technologie lekowe wysokim poziomie 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 wart. 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 66. | Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji | Do ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | w art. 191:   1. 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. 2. 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 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. | Uwaga nieuwzględniona.  Na obecnym etapie Projektodawca nie przewiduje zmian innych niż związane z projektowanym systemem teleinformatycznym. |
| 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), * 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. | Uwaga stanowi komentarz. |
| 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 łózek szpitalnych, zmianę sposobu wykorzystania lub przekształcenia istniejących oddziałów na potrzeby wynikające z bieżącej sytuacji epidemiologicznej, dostępie do środków ochrony osobistej lub ich  przekierowaniu do placówek pilnie ich potrzebujących, dostępnych środkach 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. | Uwaga uwzględniona. |
| 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. |