Tabela uwag do projektu ustawy *o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia* – UZGODNIENIA MIĘDZYRESORTOWE

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot  zgłaszający uwagę | Przepis, którego uwaga dotyczy | Treść uwagi | Stanowisko projektodawcy |
| 1. | Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej | art. 1 pkt 2 | Zgłaszam uwagę do art. 1 pkt 2 projektu ustawy w zakresie art. 24 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 4 projektu ustawy System Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (EPS) jest systemem teleinformatycznym, w którym są gromadzone aktualne informacje m. in. o „infrastrukturze w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia”.  Proponuje się rozszerzyć pkt 4 o informację o dostępności obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej – dla osób ze szczególnymi potrzebami, w szczególności dla osób z niepełnosprawnościami oraz osób starszych, oraz określić zakres tej dostępności. Bieżąca informacja o dostępności we wskazanym zakresie byłaby pomocna m. in. przy kierowaniu pacjentów do właściwych placówek. | Przedmiotowa uwaga odnosi się do zakresu informacji dotyczących infrastruktury usługodawcy.  Jest to materia rozporządzenia wykonawczego, w którym zostanie określony szczegółowy zakres sprawozdawanych informacji. |
| 2. | Minister Obrony Narodowej | art. 1 pkt 2 | Wątpliwości budzi określenie sposobu udostępniania online informacji z systemu  Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, dalej: ,,EPS” w postaci zagregowanej – wskazany w art. 24 ust. 7 ustawy zmienianej (art. 1 pkt 2 projektu ustawy). W ocenie resortu obrony narodowej brak określenia w treści projektu ustawy sposobu wskazanej wyżej agregacji informacji, może spowodować ryzyko (np. wynikające z przyjęcia, iż przedmiotowa agregacja informacji, polega na ujmowaniu informacji zbiorczo), że przekazywane w takiej postaci informacje, okażą się w przyszłości zbyt ogólne, a tym samym nieprzydatne dla MON. | Uwaga stanowi komentarz.  Uprzejmie informuję, że zgodnie z zamysłem Projektodawcy, 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 nie dla każdego rodzaju informacji będzie możliwe (lub zasadne) gromadzenie informacji na poziomie niższym niż usługodawca (np. środki ochrony indywidualnej, gazy medyczne). Jednocześnie wskazuję, że atrybuty umożliwiające agregację poszczególnych zmiennych (wskaźników) zostaną określone w rozporządzeniu wykonawczym. |
| 3. | Minister Obrony Narodowej | art. 1 pkt 2 | W art. 1 pkt 2 projektu ustawy proponuje się w art. 24 ust. 7 zmienianej ustawy po pkt 6 dodać pkt 7 w następującym brzmieniu:  ,,7) komendantom rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk,”.  Uwzględnienie powyższej propozycji stanowi uzupełnienie obiegu danych w systemie wojskowej służby zdrowia, a ich przekazywanie wskazanym powyżej podmiotom zapewni komplementarność kluczowych ogniw w procesie obiegu informacji w czasie ewentualnych sytuacji kryzysowych. | Uwaga nieuwzględniona.  Uprzejmie informuję, że w wyniku dokonanej analizy prawnej, Projektodawca zauważa, że komendanci rejonów medycznego zabezpieczenia wojsk funkcjonują na podstawie decyzji Ministra Obrony Narodowej, a zatem Minister deleguje na nich swoje ustawowe uprawnienia w przedmiotowym zakresie. Zatem nie wykonują oni przypisanych im zadań ustawowych, a zadania Ministra. W związku z tym, Projektodawca uznaje, że ustawowe udostępnienie danych Ministrowi Obrony Narodowej, umożliwia dostęp do nich dla komendantów rejonów medycznego zabezpieczenia wojsk.  W świetle powyższego, Projektodawca wycofał się z koncepcji przyjętej po konsultacjach na etapie wpisu projektu do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów oraz dokonał korekty omyłkowych zapisów w OSR. |
| 4. | Minister Obrony Narodowej | art. 1 pkt 2 | W art. 1 pkt 2 projektu ustawy proponuje się w art. 24 zmienianej ustawy po ust. 7 dodać ust. 8 w następującym brzmieniu (oraz odpowiednie dostosowanie numeracji kolejnego ustępu):  ,,8. W przypadku awarii systemu EPS, informacje, o których mowa w ust. 1, mogą być udostępniane w postaci elektronicznej.”.  W ocenie resortu obrony narodowej uzasadnione jest, aby w przypadku np. awarii uniemożliwiającej dostęp on-line do systemu EPS, mógł być wykorzystywany alternatywny sposób przekazywania danych, np. w formie przesyłania plików elektronicznych. Proponowane brzmienie przepisu, wzorowane na obowiązującym przepisie art. 11 ust. 5a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302), ma to umożliwić. | Uwaga nieuwzględniona.  Uprzejmie informuję, że przedmiotowa uwaga odnosi się do sposobu przekazywania danych do Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, który zostanie szczegółowo określony w rozporządzeniu wykonawczym do projektowanej ustawy. |
| 5. | Minister Obrony Narodowej |  | Należy wskazać, że na etapie rozpatrywania wniosku Ministra Zdrowia o wprowadzenie do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia przez Zespół ds. Programowania Prac Rządu, Minister Obrony Narodowej zgłaszał uwagi dotyczące uzupełnienia OSR o podmioty, które będą pozyskiwały dane z systemu EPŚ (w tym komendantów rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk).  Minister Zdrowia pismem z dnia 7 lutego br., znak: PRWL.0210.232.2024.KCP przekazał stanowisko, zgodnie z którym propozycje MON zostały uwzględnione i dokonano uzupełnienia OSR do projektu. Niemniej w aktualnej wersji OSR w pkt 4 ,,Podmioty, na które oddziałuje projekt” nie występuje ,,Grupa” o nazwie ,,komendanci rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk”. Natomiast w pkt 4 OSR  na poziomie ,,Grupy” o nazwie ,,wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego”, w kolumnie pod nazwą ,,Oddziaływanie” wskazano: ,,możliwość monitorowania na poziomie Rejonów Zabezpieczenia Medycznego Wojsk  informacji o (…).”. Wydaje się zatem, że w tym samym wierszu tabeli omyłkowo połączono opis dwóch podmiotów – wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz komendantów rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk.  W związku z powyższym proponuje się dokonanie korekty w ww. miejscu tabeli w pkt 4 OSR do projektu, poprzez dodanie następującego wiersza: ,,Grupa”: „Komendanci rejonów zabezpieczenia medycznego wojsk”, ,,Wielkość”: ,,8 rejonów  zabezpieczenia medycznego wojsk”, ,,Źródło”: ,,dane powszechnie znane” ,,Oddziaływanie”: ,,możliwość monitorowania na poziomie rejonów zabezpieczenia  medycznego wojsk informacji o:  1) dostępności łóżek szpitalnych;  2) dostępności pracowników medycznych;  3) dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego,  m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory);  4) infrastrukturze (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem  świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności,  stanu, instalacji i elementów wyposażenia);  5) dostępności środków ochrony indywidualnej,  6) zasobach gazów medycznych;  7) zapasach krwi i jej składników gromadzonych w systemie e-Krew;  8) częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.”. | Uprzejmie informuję, że w wyniku dokonanej analizy prawnej, Projektodawca zauważa, że komendanci rejonów medycznego zabezpieczenia wojsk funkcjonują na podstawie decyzji Ministra Obrony Narodowej, a zatem Minister deleguje na nich swoje ustawowe uprawnienia w przedmiotowym zakresie. Zatem nie wykonują oni przypisanych im zadań ustawowych, a zadania Ministra. W związku z tym, Projektodawca uznaje, że ustawowe udostępnienie danych Ministrowi Obrony Narodowej, umożliwia dostęp do nich dla komendantów rejonów medycznego zabezpieczenia wojsk.  W świetle powyższego, Projektodawca wycofał się z koncepcji przyjętej po konsultacjach na etapie wpisu projektu do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów oraz dokonał korekty omyłkowych zapisów w OSR. |
| 6. | Rządowe Centrum Legislacji |  | Projektowana ustawa zakłada przekształcenie działającego obecnie na podstawie art. 24 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302), zwanej dalej „ustawą”, Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia w system Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (EPS), zawierający dane o zasobach, które mają być nie tylko udostępniane automatycznie z wewnętrznych systemów  usługodawców, lecz także w sytuacji kryzysowej (tj. siła wyższa, przyczyna leżąca po stronie usługodawcy) będą to dane przekazywane – jak się wydaje – w sposób wymagający  odpowiedniej aktywności po stronie usługodawcy. Natomiast w projektowanej ustawie brak jest propozycji normy, która nakładałaby na usługodawcę obowiązek wprowadzania  i aktualizowania informacji o swoich zasobach w związku z zaistnieniem zdarzenia, którego wcześniej nie mógł przewidzieć. W pkt 4 oceny skutków regulacji jako jeden z podmiotów, na które oddziałuje projektowana ustawa, wskazano podmioty wykonujące  działalność leczniczą (a świadczeniodawcę albo usługodawcę, co byłoby spójne z przyjętą w ustawie terminologią), jako odziaływanie wskazano z kolei tylko uproszczenie bieżącej  sprawozdawczości, pomijając fakt, że projekt zakłada szerszy niż obecnie katalog informacji o zasobach, a także konieczność przekazywania danych w sytuacjach kryzysowych. Ponadto zarówno w uzasadnieniu, jak i w ocenie skutków regulacji wskazano, że wpływ projektowanej ustawy na przedsiębiorców (czyli niektórych świadczeniodawców) nie występuje, co również wobec powyższego budzi wątpliwości.  Mając na względzie, że obecnie ustawa zawiera normę o obowiązku nieodpłatnego przekazywania informacji w przepisie w art. 24 ust. 4, a analogiczne przepisy znajdują się  w odniesieniu do niektórych innych zawartych w niej rejestrów, czy systemów (np. w art. 15–17, art. 26 ustawy), wyjaśnienia wymaga, w jaki sposób mają być w praktyce gromadzone wskazane powyżej informacje w systemie EPS, które nie pochodzą z wewnętrznych systemów – bez zaangażowania świadczeniodawcy. Ponadto, mając na względzie wskazany powyżej brak normy ustawowej w odniesieniu do obowiązku świadczeniodawcy związanego z brakiem możliwości udzielania świadczeń z powodu siły wyższej lub z przyczyn leżących po jego stronie, należy zwrócić uwagę, że projekt dokonuje modyfikacji przepisu art. 24 ust. 8 ustawy stanowiącego upoważnienie  do wydania rozporządzenia. Zaproponowana zmiana w tym przepisie polega na uzupełnieniu zakresu spraw przekazanych do uregulowania aktem wykonawczym o określenie w nim podmiotów obowiązanych do przekazywania danych do EPS, co – jak  się wydaje obejmuje swym zakresem również podmioty, u których doszło do nieprzewidzianego zdarzenia. Z uwagi na brak uregulowania na poziomie ustawy obowiązku określonego działania w takiej sytuacji, formułowanie tego rodzaju  upoważnienia czyni ten przepis blankietowym. | Uwaga uwzględniona, doprecyzowano zapisy ustawy.  Uprzejmie informuję, że w ocenie Projektodawcy, obowiązek wprowadzania i aktualizowania informacji o swoich zasobach w związku z zaistnieniem zdarzenia, którego wcześniej nie mógł przewidzieć, można wyinterpretować z treści art. 3 i 5 ustawy. Ponadto wskazuję, że w toku konsultacji publicznych i uzgodnień międzyresortowych, zostało zmienione upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia uległo zmianie (zrezygnowano z określenia podmiotów obowiązanych do przekazywania danych do EPS), co czyni uwagę bezprzedmiotową. |
| 7. | Rządowe Centrum Legislacji |  | Należy zauważyć, że mimo zaproponowanej projektowaną ustawą zmiany nazwy systemu, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. c (z Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia na system Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy), w art. 24 ust. 1 pkt 1, ust. 2, ust. 7 pkt 7 i ust. 8 występuje określenie „usługodawca” na określenie podmiotu, którego dane mają być gromadzone w przekształconym systemie. Natomiast ustawa, w art. 2 pkt 15,  definiuje pojęcie usługodawcy przyjmując, że jest to świadczeniodawca, o którym mowa w art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej  finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) oraz apteka, co powoduje, że pomiędzy zaproponowaną nazwą systemu odnoszącą się bezpośrednio nie  do usługodawcy, lecz jedynie do świadczeniodawcy powstaje niespójność terminologiczna. Z kolei uzasadnienie projektu nie zawiera wyjaśnienia w tym zakresie, które pozwoliłoby zrozumieć intencję Projektodawcy w zakresie takiego rozróżnienia.  Co więcej w pkt 2 oceny skutków regulacji wskazuje się na świadczeniodawców wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, co nie znajduje odzwierciedlenia w zaproponowanych przepisach projektowanej ustawy. Wymagana jest zatem ponowna analiza projektu i odpowiednie – zgodnie z intencją – uspójnienie stosowanych w projektowanej ustawie pojęć. | Uprzejmie informuję, że prace koncepcyjne dotyczące budowy systemu rozpoczęły się wcześniej niż prace nad ustawą, bowiem w 2022 roku. Nazwa systemu „Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy” (EPS) funkcjonuje już w przestrzeni społecznej, m.in.  w związku z szeregiem konsultacji roboczych z przedstawicielami usługodawców, dostawców oprogramowania i władz wojewódzkich. Dzięki temu, posiada już pewną markę i rozpoznawalność. Ponadto, w zawartych wcześniej porozumieniach i wnioskach  o dofinansowanie projektu budowy systemu, także funkcjonuje obecna nazwa. W świetle przytoczonych argumentów, zmiana nazwy systemu na tym etapie nie jest właściwa. |
| 8. | Rządowe Centrum Legislacji |  | Kluczową funkcją – co wynika z uzasadnienia projektu – nowego systemu EPS, odpowiadającą np. na potrzeby ratowników medycznych, jest możliwość pozyskania z niego informacji, które będą wiernie oddawać stan zasobów danego usługodawcy na chwilę, w której taką informację będzie się pozyskiwać – Zakłada się wprowadzenie jak najszerszej automatyzacji przekazywania danych przez połączenie z systemami teleinformatycznymi usługodawców, co pozwoli na pozyskiwanie danych w czasie rzeczywistym (lub do niego zbliżonym) – co znajduje odzwierciedlenie w brzmieniu przepisu art. 24 ust. 1, bowiem użyto w nim takich określeń, jak „aktualne” oraz „w czasie rzeczywistym”. Natomiast w proponowanym art. 24 ust. 8 wskazano, że terminy przekazywania danych zostaną określone w rozporządzeniu (a zatem można przypuszczać, że jednak nie będzie się to odbywało automatycznie), z kolei w pkt 2 Oceny skutków regulacji zawarto informację, że przekazanie w odniesieniu do: 1) zasobów pracowników nastąpi raz w miesiącu, 2) dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego) – raz w miesiącu lub corocznie, 3) infrastruktury – 30 dni od wystąpienia zmian, 4) dostępności środków ochrony indywidualnej – raz w miesiącu lub corocznie, 5) zasobów gazów – raz w miesiącu. Wspomniane informacje nie będą zatem przekazywane natychmiastowo (w przypadku ich zmiany, np. awarii sprzętu lub absencji kadry) w stosunku do stanu rzeczywistego, lecz z określoną częstotliwością. Takie rozwiązanie budzi wątpliwości ze względu na przedstawione w uzasadnieniu wyjaśnienie, że w przypadku ratowników medycznych informacja o braku możliwości przyjęcia przewożonego pacjenta, np. z powodu awarii potrzebnego sprzętu, będzie mieć tu kluczowe znaczenie. W uzasadnieniu projektu, wskazując przyczyny projektowanej ustawy, podano również inne sytuacje, które były dotychczas przeszkodą w przyjęciu pacjenta do szpitala, a co do których – jak się wydaje – system będzie informował, np. prowadzony remont, zalanie, pożar, przeglądy, choroba zakaźna na oddziale itd. Jeżeli zatem, jak wskazano w ocenie skutków regulacji, przekazywanie informacji nie będzie odbywać się na bieżąco, to wydaje się, że użycie w odniesieniu EPS w art. 24 ust. 1 określeń „aktualny” i „w czasie rzeczywistym” może wprowadzać w błąd adresatów normy. Kwestię tę proponuje się przeanalizować ponownie i dokonać ewentualnej – oddającej intencję Projektodawcy – modyfikacji przez doprecyzowanie przepisu oraz uzupełnienie uzasadnienia projektu o bardziej szczegółowe wyjaśnienia w tym zakresie. | Uwaga stanowi komentarz.  Uprzejmie informuję, że aktualność informacji jest kluczowa w przypadku informacji dotyczących fluktuacji łóżek szpitalnych oraz awarii. Pierwsza z nich będzie pozyskiwana  z systemów teleinformatycznych usługodawcy. W przypadku awarii, Projektodawca zakłada, że przekazanie informacji będzie realizowane poprzez dokonanie ręcznego wpisu do systemu, który następnie zostanie natychmiast rozpropagowany do wszystkich użytkowników. Jest to oczywiste przyspieszenie obiegu informacji i znaczne skrócenie ścieżki przekazywania informacji do poszczególnych odbiorców, w stosunku do sposobu w jaki jest to realizowane obecnie.  W przypadku pozostałych danych wskazanych w projekcie, ich zmienność jest niska lub nie wymaga raportowania w czasie rzeczywistym. W związku z tym, mając także na uwadze możliwości dostosowania systemów teleinformatycznych, Projektodawca proponuje przekazywanie danych w interwałach, które szczegółowo zostaną wskazane  w rozporządzeniu wykonawczym. |
| 9. | Rządowe Centrum Legislacji |  | W art. 24 ust. 1 zawarto katalog informacji, które mają być gromadzone w EPS. Punkt 3 tego przepisu odnosi się do pracowników medycznych, a dokładnie do posiadanego przez nich identyfikatora, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy, oraz danych dotyczących miejsca wykonywania zawodu medycznego. W uzasadnieniu projektu wskazano jedynie, że projekt wywiera wpływ na obszar danych osobowych w zakresie identyfikatora pracownika medycznego i że w związku z tym przeprowadzono ocenę skutków dla ochrony danych osobowych, brak natomiast w nim szerszego omówienia proponowanej zmiany, co może budzić szereg wątpliwości. Należy zauważyć, że w przepisie art. 24 ust. 1 jako cel gromadzenia w EPS wskazanych w nim informacji (także danych osobowych) podano „monitorowanie w czasie rzeczywistym”, co wydaje się nie być wystarczająco precyzyjnym określeniem adekwatnym do faktu gromadzenia danych osobowych. Ponadto w świetle zasad określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), w szczególności zasady minimalizacji danych oraz zasady ograniczonego celu, wątpliwości budzi konieczność gromadzenia w EPS wśród informacji mających charakter rzeczowy (zapasy krwi, awarie, posiadane wyroby medyczne, gazy itd.) danych pracowników medycznych. Powstaje wątpliwość – wobec braku szczegółowego omówienia w uzasadnieniu projektu – czy faktycznie w tworzonym systemie jest konieczne gromadzenie danych osobowych (takich jak nr PESEL). W odniesieniu do zawartych w tym przepisie danych osobowych należy również zwrócić uwagę na proponowane brzmienie art. 24 ust. 7 ustawy, w którym wskazano, że informacje zawarte w systemie, a zatem także dane osobowe, są udostępniane online w postaci zagregowanej w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zadań szeregu podmiotów wymienionych w tym przepisie, co również budzi wątpliwości z uwagi na brak dostatecznej precyzji takiego sformułowania. Kwestie wskazane powyżej należy zatem przeanalizować ponownie, biorąc pod uwagę obowiązujące przepisy wskazanego powyżej rozporządzenia 2016/679. Proponuje się także zasięgnięcie opinii w tym zakresie u Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. | Uwaga stanowi komentarz.  Uprzejmie informuję, że informacje dotyczące zasobów kadrowych usługodawcy stanowią istotny element jego potencjału. Gromadzenie identyfikatora pracownika medycznego,  o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy jest niezbędne dla wyliczenia ilościowego potencjału usługodawcy w zakresie personelu medycznego (nie ma dwóch takich samych id). Zgodnie z przytoczonym zapisem ustawy, numer PESEL będzie przetwarzany wyłącznie w przypadkach, w których nie nadano pracownikowi identyfikatora. W ocenie Projektodawcy będzie to miało charakter incydentalny, jeżeli w ogóle wystąpi. Nie mniej jednak, w celu zabezpieczenia takich przypadków opracowano DPiA.  Ponadto wskazuję, że Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych nie zgłosił uwag do przedmiotowego projektu. |
| 10. | Rządowe Centrum Legislacji |  | Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem art. 24 ust. 3 zmienianej ustawy dane dotyczące zapasów krwi i jej składników są przekazywane bezpośrednio z systemu e-Krew. System e-krew został zdefiniowany w art. 5 pkt 22 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782), zatem w celu uspójnienia należy rozważyć zastosowanie odesłania do tego przepisu. Ponadto w uzasadnieniu projektu należy omówić ratio legis wprowadzanego rozwiązania, a także wyjaśnić, jak będzie wyglądała jego realizacja w praktyce. Z przepisów powyższej ustawy nie wynika bowiem wprost, że system e-krew zawiera informację o zasobach w zakresie zapasów krwi i jej składników określonych dla danego świadczeniodawcy, które to informacje miałyby bezpośrednio znaleźć się w projektowanej ewidencji. Projektowany przepis wskazuje na dane dotyczące  zapasów krwi, nie wynika z niego natomiast, o które dane chodzi. | Uprzejmie informuję, że dokonano korekty w projekcie ustawy poprzez odesłanie do art. 5 pkt 22 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2024 r. poz. 1782). |
| 11. | Rządowe Centrum Legislacji |  | Zgodnie z proponowanym brzmieniem art. 24 ust. 6 ustawy dane przetwarzane w systemie EPS stanowią tajemnicę prawnie chronioną i nie podlegają udostępnieniu 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). Wyjaśnienia wymaga ratio legis tego przepisu – uzasadnienie nie zawiera informacji w tym względzie. Ponadto należy zauważyć, że w art. 5 ust. 3a w odniesieniu do SIM, Systemu RUM - NFZ, Systemu Monitorowania Zagrożeń, Systemu Monitorowania Kosztów Leczenia, Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, Systemu Obsługi List Referencyjnych, RAM i Systemu Obsługi Importu Docelowego, a także w EPS (zgodnie z proponowaną w projekcie zmianą w art. 1 pkt 1 lit. b), dane zawarte w tych systemach oraz w rejestrach medycznych nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2022 r. poz. 902). Należy zatem wyjaśnić, dlaczego właśnie w odniesieniu do systemu Ewidencji Zasobów Świadczeniodawcy odniesiono się do tajemnicy prawnie chronionej, natomiast do wskazanych powyżej systemów i rejestrów już nie. | Uprzejmie informuję, że aktualne informacje potencjale usługodawców stanowią ważne dane z punktu widzenia ochrony ludności i obrony cywilnej, a tym samym nie powinny być dostępne dla osób nieuprawnionych (np. dane dotyczące infrastruktury szpitala, dzięki którym można ustalić krytyczne punkty obiektu). W świetle powyższego, ograniczenie dostępu do danych z EPS jest niezwykle istotne. |
| 12. | Rządowe Centrum Legislacji |  | Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 3 projektowanej ustawy wejdzie ona w życie z dniem 1 stycznia 2027 r., a zatem od tego dnia wprowadzany system będzie miał funkcjonować. W uzasadnieniu wskazano, że nastąpi połączenie z systemami teleinformatycznymi usługodawców. Należy zwrócić uwagę, że w ustawie nie przewidziano przepisów dostosowujących, które usankcjonowałyby tego typu działania i ponoszone w związku z tym wydatki po stronie podmiotu odpowiedzialnego za przygotowanie i wdrożenie systemu, tak aby faktycznie z dniem 1 stycznia 2027 r. można było z tego systemu korzystać. Mając na względzie, że system EPS powinien być gotowy na działanie z dniem 1 stycznia 2027 r., wydaje się, że należałoby zapewnić przepisem dostosowującym również możliwość odpowiednio wcześniej udostępnienia posiadanych danych, czy ich wprowadzenia przez świadczeniodawców, co powinno zagwarantować, że faktycznie zakładana data wejścia ustawy w życie będzie datą realną. W przypadku podjęcia decyzji o zawarciu w ustawie tego typu przepisów, należałoby je wprowadzić w życie odpowiednio wcześniej. | Uprzejmie informuję, że w toku konsultacji publicznych wypracowano vacatio legis, trwające 6 miesięcy od dnia następnego po wejściu w życie rozporządzenia wykonawczego. Powyższe rozwiązanie zostało zaaprobowane przez stronę społeczną Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego i znalazło rozwiązanie w postaci odpowiedniego zapisu w projekcie ustawy. |
| 13. | Rządowe Centrum Legislacji |  | Na koniec warto zwrócić uwagę, że w uzasadnieniu oraz w ocenie skutków regulacji– które powinny być spójne z projektowaną ustawą – zawarto informację na temat wprowadzanych zmian, nieznajdujących swojego odzwierciedlenia w treści proponowanych przepisów. Przykładowo w uzasadnieniu wskazano, że system ma umożliwiać zgłaszanie zapotrzebowania na łóżka przez jednostki systemu PRM, W ocenie skutków regulacji wskazano, że w EPS będą udostępniane informacje na temat kluczowych wyrobów medycznych, a z przepisów projektu nie wynika zastosowane zawężenie do wyrobów kluczowych. Z kolei tylko z oceny skutków regulacji wynika wskazane już powyżej zawężenie podmiotów, których informacje mają być monitorowane w systemie EPS do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej. Projektowaną ustawę oraz związane z nią dokumenty należy zatem ujednolicić, tak aby w sposób niebudzący wątpliwości informowały adresata zawartych w projekcie norm o intencji ich Projektodawcy. | Uprzejmie informuję, że w ramach tworzonego systemu przewidywana jest funkcjonalność, która umożliwi elektroniczne powiadomienie szpitala o pacjencie znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia transportowanego przez Zespół Ratownictwa Medycznego, co pozwoli na przygotowanie się Zespołu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego na przyjęcie pacjenta i jednocześnie zwrócenie uwagi na możliwą konieczność zabezpieczenia łóżka szpitalnego dla tego pacjenta.  Ponadto, uprzejmie wskazuję, że szczegółowy zakres informacji przekazywanych do EPS,  w tym dotyczących wyrobów medycznych i ich katalogu, a także sposób i terminy dla danych, których przekazywanie w czasie rzeczywistym nie będzie możliwe lub uzasadnione, zostanie określony w rozporządzeniu wykonawczym. |
| 14. | Minister Finansów | OSR | W pkt 6 OSR wskazano, że „Koszty związane z realizacją zadań w zakresie ochrony zdrowia w latach od 2027 r. będą pokrywane corocznie ramach środków przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia, o których mowa w art. 131c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym z rezerw celowych, z jednoczesną koniecznością zwiększenia limitu na wynagrodzenia”. W opinii Ministerstwa Finansów powyższy zapis należy skorygować wskazując, że „skutki wejścia w życie ustawy zostaną zabezpieczone w ramach środków ustalonych na każdy rok zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bez konieczności ich zwiększania, w tym w ramach niezwiększonego funduszu wynagrodzeń.” Stosownie do ww. zapewnienia należy wykreślić wskazane wartości w tabeli „Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian” przenosząc je do części Dodatkowe informacje” w pkt 6 OSR. Zauważenia wymaga, że finansując realizację proponowanych przepisów w ramach tzw. ustawy 7% PKB nie będzie ona dodatkowo wpływać na sektor finansów publicznych. W opinii Ministra Finansów, realizacja wszelkich nowych zadań powinna odbywać się w ramach dotychczasowych zasobów kadrowych i finansowych jednostek, nie powinna powodować dodatkowych skutków finansowych, ani stanowić podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki zarówno w roku wejścia w życie projektowanej regulacji, jak i latach następnych. Zauważenia wymaga, że Minister Finansów wielokrotnie zwracał uwagę aby przy wdrażaniu nowych rozwiązań legislacyjnych nie generowały one zwiększonych wydatków ponad kwoty wynikające z corocznie ustalonych ustawowo środków przeznaczanych na ten cel ustalonych zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. | Uprzejmie informuję, że OSR został skorygowany zgodnie z przedstawioną sugestią. Jednocześnie, należy podkreślić, że wskazane zapotrzebowanie kadrowe będzie finansowane ze środków unijnych (nabór FERC.02.01-IP.01-004/25), a późniejsze utrzymanie z zasobów kadrowych CeZ. Nie mniej, konieczne jest wskazanie zapotrzebowania na zabezpieczenie personelu do realizacji prac związanych z budową  i późniejszym utrzymaniem EPS. Należy przy tym wskazać, że konieczne jest rozbudowanie kompetencji niezbędnych do rozwoju i utrzymania systemów informatycznych Centrum o dodatkowe zasoby etatowe. Podążając za strategią Centrum polegającą na uniezależnieniu się od dostawców kompleksowo wdrażających i utrzymujących rozwiązania informatyczne, konieczne jest zatrudnienie wysoko wykwalifikowanych specjalistów branży IT w ramach umów o pracę. |
| 15. | Minister Finansów | OSR | W założeniach przyjętych do wyznaczenia kosztów ponoszonych przez Centrum e-Zdrowia wskazano na konieczność zapewnienia zatrudnienia w 2025 roku – 4,5 etatu, od 2026 r. – 1,38 etatu. Jak wskazano w pkt 1 w opinii Ministerstwa Finansów wszelkie nowe zadania powinny być realizowane w ramach dotychczas planowanych zasobów kadrowych i finansowych, nie powinny stanowić podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki, zarówno w roku wejścia w życie projektowanych regulacji jak i latach następnych. Zwłaszcza w przypadku CeZ, mając na uwadze dokonanie zwiększenia zatrudnienia w 2024 roku o 65 etatów, realizacja nowych zadań powinna odbywać się właśnie w ramach posiadanych zasobów kadrowych i funduszu wynagrodzeń. Należy mieć na uwadze, że wynagrodzenia stanowią szczególny rodzaj wydatków, które determinują ich poziom w danym roku i w kolejnych latach (jako skutki przechodzące). W związku z tym należy dokonać stosownych zmian w OSR | Uprzejmie informuję, że OSR został skorygowany zgodnie z przedstawioną sugestią. Jednocześnie, należy podkreślić, że wskazane zapotrzebowanie kadrowe będzie finansowane ze środków unijnych (nabór FERC.02.01-IP.01-004/25), a późniejsze utrzymanie z zasobów kadrowych CeZ. Nie mniej, konieczne jest wskazanie zapotrzebowania na zabezpieczenie personelu do realizacji prac związanych z budową  i późniejszym utrzymaniem EPS. Należy przy tym wskazać, że konieczne jest rozbudowanie kompetencji niezbędnych do rozwoju i utrzymania systemów informatycznych Centrum o dodatkowe zasoby etatowe. Podążając za strategią Centrum polegającą na uniezależnieniu się od dostawców kompleksowo wdrażających i utrzymujących rozwiązania informatyczne, konieczne jest zatrudnienie wysoko wykwalifikowanych specjalistów branży IT w ramach umów o pracę. |
| 16. | Minister Finansów | OSR | Z informacji przedstawionych w tabeli w pkt 6 OSR wynika, że w latach 2025-2026 skutki finansowe będą pokrywane ze środków unijnych. Natomiast w pozycji „Źródła finansowania” wskazano, że w latach 0-1 „Planowany całkowity koszt projektu to 41 338 095,67 zł, w tym Centrum e-Zdrowia: 40 457 753,17 zł, Ministerstwo Zdrowia: 880 342,50 zł. Realizacja jest przewidziana na lata 2025-2026”. Powyższe wymaga zatem wyjaśnienia i ujednolicenia. Szczególnie biorąc pod uwagę, że skutki wejścia w życie ustawy powinny być zabezpieczone w ramach środków ustalonych na każdy rok zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych bez konieczności ich zwiększania, w tym w ramach niezwiększonego funduszu wynagrodzeń | Uprzejmie informuję, że skorygowano zapisy w OSR w taki sposób, aby nie budził on wątpliwości. |
| 17. | Minister Finansów | OSR | Z tabeli załączonej do pkt 6 OSR wynika, że od 2027 r. zostaje 1,38 etatu. Podkreślenia wymaga, że w opinii Ministerstwa Finansów jak wskazano m. in. w pkt 1 nie powinny być tworzone nowe etaty, a realizacja nowych zadań powinna odbywać się w ramach posiadanych zasobów kadrowych i funduszu wynagrodzeń. Zatem należy dodać zapewnienie, że finasowanie powyższych etatów będzie w ramach środków Ministerstwa Zdrowia, tym w ramach niezwiększonego limitu wydatków. Dodatkowo wyjaśnienia wymaga, jakie zadania będą realizowane w ramach powyższych etatów. | Uprzejmie informuję, że od 2027 roku będą realizowane zadania związane z utrzymaniem  i dalszym rozwojem EPS. Będą one realizowane z wykorzystaniem zasobu kadrowego CeZ. Dla porządku, istotne jest wskazane zapotrzebowania na realizację zadań w celu zapewnienia przesunięcia środków/kadry. Do realizacji działań w powyższych obszarach niezbędne jest posiadanie przez CeZ wysoko wykwalifikowanych specjalistów. Poniżej przedstawione zostały planowane zadania do realizacji:  •DevOps (Development) – 0,3 FTE (Zakres obowiązków: realizacja zadań w zakresie procesu wytwarzania oprogramowania, poprawy jakości pracy programistów, wsparcie w szybszym wdrażaniu oprogramowania, automatyzacja procesów budowania, testowania i wdrażania oprogramowania (CI/CD), zarządzanie infrastrukturą w chmurze (np. AWS, Azure, GCP) lub infrastrukturą lokalną, konfigurowanie i utrzymanie systemów monitorowania i logowania, współpraca z zespołami programistów  i operatorów w celu optymalizacji procesów, zarządzanie konfiguracją i wdrażanie zmian w infrastrukturze, zapewnienie bezpieczeństwa systemów i aplikacji, identyfikacja  i rozwiązywanie problemów związanych z wydajnością i stabilnością systemów, tworzenie i utrzymanie dokumentacji technicznej, zarządzanie kontenerami  i orkiestracją (np. Docker, Kubernetes), optymalizacja kosztów infrastruktury  i oprogramowania.)  •Analityk (Development) – 0,3 FTE (Zakres obowiązków: Odpowiedzialność za prowadzenie ustaleń z biznesem w ramach przedsięwzięcia, Zbieranie i analiza wymagań interesariuszy, Wypracowywanie założeń oraz pozyskiwanie danych niezbędnych dla opracowania wizji realizacji Inicjatywy, Konsultacje w wytworzeniu rozwiązania projektowego, Opiniowanie rozwiązania wraz z oceną ryzyk, Przekazanie wiedzy w zakresie rozwiązania przy włączaniu rozwiązania do utrzymania w ramach domeny, Aktualizacja/wytworzenie/wskazanie listy usług biznesowych wymaganych lub określonych w ramach rozwiązania Współpraca z analitykiem domenowym, architektem rozwiązania, Odpowiedzialność za aktualność opisu architektury biznesowej przedsięwzięcia, Odpowiedzialność za użycie i aktualizację istniejących opisów bez klonowania informacji, Propagacja wiedzy w zespole projektowym, Utrzymanie aktualności dokumentacji w ramach Repozytorium CeZ)  •Zastępca Kierownika Projektu – 0,25 FTE (Zakres obowiązków: wspieranie Kierownika Projektu w przygotowaniu i utrzymywaniu produktów zarządczych, współpracując  z wszelkimi interesariuszami, oraz uzgadnianie ich z Komitetem Sterującym, sporządza raporty, utrzymywanie Repozytorium dokumentacji projektowej i wynikowej, monitorowanie postępu prac i identyfikacja potencjalnych ryzyk, zarządzanie podziałem zadań w zespole projektowym, koordynacja komunikacji między członkami zespołu  i interesariuszami, przygotowywanie raportów i prezentacji dotyczących postępów projektu, asystowanie w zarządzaniu budżetem i zasobami projektu, wsparcie w rozwiązywaniu problemów i konfliktów w zespole, uczestniczenie w spotkaniach projektowych i sporządzanie notatek, dbanie o terminową realizację zadań  i przestrzeganie harmonogramu, zastępowanie kierownika projektu w razie jego nieobecności.)  •Administrator systemów IT – 0,1 FTE (Zakres obowiązków, zarządzanie i utrzymanie infrastruktury serwerowej, monitorowanie wydajności i stabilności systemów, instalacja i konfiguracja oprogramowania systemowego, zarządzanie kontami użytkowników  i uprawnieniami dostępu, dbanie o bezpieczeństwo systemów i danych, rozwiązywanie problemów technicznych i incydentów, tworzenie i utrzymanie dokumentacji technicznej, planowanie i wdrażanie kopii zapasowych oraz odzyskiwania danych, automatyzacja procesów administracyjnych, wdrażanie i utrzymanie systemów wirtualizacji i konteneryzacji. )  •PMO specjalista – 0,1 FTE (Zakres obowiązków: Tworzenie i aktualizacja standardów zarządzania projektami, monitorowanie zgodności projektów z przyjętymi standardami, przygotowywanie raportów o stanie projektów dla zarządu i interesariuszy, wsparcie kierowników projektów w planowaniu i realizacji projektów, zarządzanie dokumentacją projektową i jej archiwizacja, prowadzenie szkoleń i warsztatów z zakresu zarządzania projektami, identyfikowanie i analiza ryzyk projektowych, wsparcie w procesie budżetowania i kontroli kosztów projektów, zarządzanie narzędziami do zarządzania projektami, koordynacja i komunikacja między zespołami projektowymi)  •Specjalista ds. zarządzania zmianą – 0,1 FTE (Zakres obowiązków:, Opracowywanie  i wdrażanie strategii zarządzania zmianą, analiza wpływu zmian na organizację  i pracowników, identyfikowanie i zarządzanie ryzykiem związanym ze zmianami, tworzenie i prowadzenie szkoleń oraz warsztatów dla pracowników, komunikacja zmian do interesariuszy, monitorowanie postępów zmian i ocena ich efektywności, wsparcie kierowników projektów w zarządzaniu zmianami, tworzenie i aktualizacja dokumentacji dotyczącej zarządzania zmianami, budowanie zaangażowania pracowników w proces zmian, identyfikacja i rozwiązywanie oporu wobec zmian)  •Lider techniczny – 0,1 FTE (Zakres obowiązków: Projektowanie architektury oprogramowania i systemów, koordynacja prac zespołu programistycznego, mentoring  i wsparcie techniczne dla członków zespołu, przegląd kodu i zapewnienie wysokiej jakości oprogramowania, rozwiązywanie skomplikowanych problemów technicznych, ocena i wybór odpowiednich technologii, planowanie i realizacja zadań technicznych zgodnie z harmonogramem, dbanie o spójność technologiczną w projekcie, współpraca  z menedżerami i interesariuszami projektu, tworzenie i utrzymanie dokumentacji technicznej. Współpraca z biznesem;; Projektowanie rozwiązań technicznych; Zapewnienie jakości; Współpraca z innymi zespołami: Komunikacja z zespołami DevOps, testowym i innymi. Koordynacja działań między zespołami. )  •Lider testów - 0,1 FTE (Zakres obowiązków: odpowiedzialny za planowanie  i koordynację działań związanych z testowaniem oprogramowania. Obejmuje to tworzenie strategii testów, zarządzanie zespołem testerów, zapewnienie jakości oprogramowania oraz współpracę z innymi zespołami projektowymi.)  •Nadzór nad projektem – 0,03 FTE (Kierownicy w ramach spotkań zespołu projektowego prowadzić będą nadzór nad projektem w celu przeglądu uzasadnienie biznesowego  i weryfikacji z wydarzeniami zewnętrznymi oraz postępami projektu Monitorować postępy realizacji etapów oraz projektu w odniesieniu do uzgodnionych tolerancji. Powołany zespół projektowy składający się z kadry MZ i CeZ raz w tygodniu odbywał będzie spotkania statutowe. Zgodnie z metodyką zwinną codziennie odbywać się będą poranne spotkania statutowe) |
| 18. | Minister Finansów | OSR | Jednocześnie zauważenia wymaga, że kwota zaplanowana na wynagrodzenia osobowe na ten projekt w rezerwach celowych (poz. 8 i poz. 99) - 1 726 tys. zł jest niższa od kwoty przeznaczonej na wynagrodzenia w OSR do opiniowanego projektu ustawy, tj. 3 617 tys. zł. W związku z powyższym niezbędne jest wyjaśnienie powstałej rozbieżności z Instytucją Zarządzającą dla Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju 3/3 Cyfrowego na lata 2021-2027 (Ministerstwem Funduszy i Polityki Regionalnej). | Uprzejmie informuję, że rozbieżność wynika ze zmniejszenia zapotrzebowania na specjalistów z rynku, a tym samym przesunięcia tych kompetencji w ramach pracowników etatowych. Jednocześnie wskazuję, że z uwagi na złożenie wniosku o dofinansowanie  w naborze nr FERC.02.01-IP.01-004/25 zmieniono harmonogram. |
| 19. | Minister Finansów | OSR | Ponadto w zakresie usług zewnętrznych (koszty wytworzenia, integracji i wdrożenia oprogramowania, a także koszty niezbędne na dostosowanie projektu do norm WCAG 2.1) w cz. „Dodatkowe informacje” przyjęto stawkę roboczogodziny jako 225 zł brutto wskazując, że jest to średnia stawka wynikającą z obecnie przeprowadzanych postępowań przetargowych. W ocenie Ministra Finansów należy bardziej szczegółowo uzasadnić przyjęcie tak wysokiej stawki w projekcie i postępowaniach przetargowych (przy założeniu 8 godzinnej pracy i 20 dni roboczych w miesiącu wynagrodzenie wyniesie 36 000 zł brutto) | Uprzejmie informuję, że dla oszacowania kosztów roboczogodzin w Centrum e-Zdrowia przyjęto średnią stawkę wynikającą z obecnie przeprowadzanych postępowań przetargowych w zakresie wytworzenia systemu tj. 225,00 zł. W celu zapewnienia optymalnej efektywności kosztowej projektu założono, że prace związane z wytwarzaniem oprogramowania (analizą, projektem wykonawczym, kodowaniem) będą zlecone pracownikom zewnętrznym specjalizującym się w wytwarzaniu oprogramowania.  Z przeprowadzonych przez CeZ rekrutacji wynika, że preferowanym przez programistów rozwiązaniem jest współpraca na zasadach umowy B2B, a zawarcie planowanych Umów wykonawczych z firmami wyspecjalizowanymi w branży bodyleasingu/outsoursingu zasobów IT pozwoli na sprawniejsze i korzystniejsze pozyskanie odpowiednich specjalistów na warunkach odpowiadających zarówno Zamawiającemu jak i Konsultantom. Do wyliczeń kosztów projektu przyjęte zostały stawki, które wynikają z przeprowadzonej analizy ofert złożonych przez wykonawców w ramach zamówień publicznych mających na celu zawarcie umów na tworzenie oprogramowania na rozwój systemów oraz kwot wynikających z zawartych umów na przeprowadzenie testów. Jednakże biorąc pod uwagę dynamicznie rosnące stawki na przestrzeni ostatnich kilku lat szacuje się, że przyjęte obecnie stawki będą niewystarczająca w kolejnych latach na zrealizowanie wyznaczonych zadań projektu.  Z analizy cen rynkowych dotyczących świadczenia usług informatycznych wynika, że stawki za RBH rosną bardzo dynamicznie. |
| 20. | Minister Finansów | OSR | W punkcie 6. OSR uwzględniono dochody budżetu państwa, w nawiasie wskazując, że są to wpływy podatkowe i składkowe. Zauważenia wymaga, ze składki na ubezpieczenie społeczne czy zdrowotne z tytułu wynagrodzeń nie stanowią dochodów budżetu państwa dlatego należałoby wyszczególnić je w wierszach przypisanych do odpowiednich pozostałych jednostek sektora finansów publicznych | Uprzejmie informuję, że skorygowano zapisy w OSR w taki sposób, aby nie budził on wątpliwości. |
| 21. | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR | Rekomendowane jest przeprowadzenie analizy pracochłonności uzasadniającej wykazane zapotrzebowanie etatowe w pkt. 6 OSR (sekcja Dodatkowe informacje). W szczególności zasadne jest przedstawienie założeń dot. kosztów osobowych w latach 2027-2035. | Uprzejmie informuję, że dokument OSR został rozbudowany o wskazane kwestie. |
| 22. | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR | W pkt. 7 OSR rekomendowane jest oszacowanie kosztów dostosowania systemów szpitalnych usługodawców (szacunkowy koszt jednostkowy i przybliżona liczba usługodawców, którzy będą musieli dostosować system)- np. na podstawie danych pozyskanych w ramach konsultacji publicznych. | Uprzejmie informuję, że w toku konsultacji publicznych i uzgodnień między resortowych nie pozyskano danych pozwalających na rzetelne określenie jednostkowych kosztów dostosowania. Projektodawca zauważa jednak, że w projekcie przewidziano zastosowanie rozwiązań takich jak format danych HL i profile FHIR, które są standardem wymiany danych medycznych i wykorzystywane m.in. przy przekazywaniu Zdarzenia Medycznego. Zatem dostosowanie winno nastąpić po stronie systemu szpitalnego, a nie poszczególnych Usługodawców.  Jednocześnie, należy wskazać, że w trakcie prac koncepcyjnych nad EPS została przeprowadzona ankieta dotycząca szpitalnych systemów informacyjnych (HIS), z której wynika, że u większości Usługodawców dostępne są mechanizmy umożliwiające przekazywanie danych, które są przedmiotem projektu ustawy. |
| 23. | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR | W pkt. 7 OSR zasadne jest przedstawienie szerszych informacji nt. wyliczeń szacunkowych oszczędności na poziomie 30 mln zł, jakie przyniesie EPS. | Uprzejmie informuję, że dokument OSR został rozbudowany o wskazane kwestie. |
| 24. | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR | W pkt. 11 OSR wskazano, że „ustawa zakłada, że SEZOZ staje się z dniem 1 stycznia 2027 r. systemem EPS. Dane zgromadzone w systemie SEZOZ stają się z tym dniem danymi systemu EPS”. Wskazane jest doprecyzowanie, czy oznacza to, że system EPS będzie od 1 stycznia 2027 r. w pełni funkcjonalny dla wszystkich zidentyfikowanych w OSR kategorii interesariuszy | Uprzejmie informuję, że w toku konsultacji publicznych i uzgodnień między resortowych dokonano zmiany zapisów w ustawie w kontekście vacatio legis. Jednocześnie Projektodawca wskazuje, że zgodnie z projektem systemu, funkcjonalności przenoszone  z obecnego systemu będą dostępne z dniem wejścia w życie ustawy. |
| 25. | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR | Ze względu na szeroki katalog interesariuszy i oddziaływanie regulacji, rekomendowane jest przeprowadzenie ewaluacji pod kątem oceny efektów proponowanych zmian (pkt 12 OSR). | Uprzejmie informuję, że w ramach ewaluacji efektów proponowanych zmian, zostaną przeprowadzone badania ankietowe wśród Usługodawców i podmiotów, którym będą udostępniane dane z EPS w celu określenia zmniejszenia obciążenia sprawozdawczego. |