

18 sierpnia 2026 r.

Do:
Minister Zdrowia
Ministerstwo Zdrowia ul.
Miodowa 15
00-952 Warszawa

PETYCJA W INTERESIE PUBLICZNYM

w sprawie stworzenia publicznego Systemu Jakości i Zaufania Ochrony Zdrowia

Na podstawie art. 2 ust. 1–3 oraz art. 4 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o petycjach zwracam się w interesie publicznym o podjęcie prac legislacyjnych, organizacyjnych i informatycznych zmierzających do stworzenia jednolitego, państwowego Systemu Jakości i Zaufania Ochrony Zdrowia, który w prosty i wiarygodny sposób przedstawiałby obywatelom jakość świadczeń, ich rzeczywistą dostępność oraz poziom zaufania do podmiotów leczniczych, ich jednostek organizacyjnych i lekarzy.

Projekt nie zakłada tworzenia zwykłego portalu z internetowymi recenzjami ani budowania od podstaw drugiego, konkurencyjnego systemu gromadzenia danych. Postulowany system powinien stanowić publiczną warstwę agregacji, uzupełnienia i prezentacji danych pochodzących z istniejących oraz rozwijanych systemów państwowych, w szczególności z systemu wskaźników jakości NFZ, P1/ Internetowego Konta Pacjenta, Centralnej e-rejestracji i danych o dostępności, RPWDL, danych Rzecznika Praw Pacjenta oraz właściwych rejestrów i rozstrzygnięć organów zawodowych i kontrolnych.

I. ŻĄDANIA PETYCJI

Wnoszę o:

- podjęcie prac nad wdrożeniem jednolitego publicznego Systemu Jakości i Zaufania Ochrony Zdrowia, opartego na dwóch odrębnych, ale częściowo powiązanych wskaźnikach:
 - ocenie jakości w skali 1–5 gwiazdek, z możliwym krokiem 0.5, dla placówek, oddziałów, poradni, SOR, izb przyjęć i innych porównywalnych jednostek;
 - poziomie zaufania w skali od -3 do +5, z możliwym krokiem 0.5, dla placówek, jednostek organizacyjnych oraz lekarzy;
- oparcie oceny gwiazdkowej w pierwszej kolejności na istniejących urzędowych danych klinicznych, organizacyjnych i dostępnościowych, zamiast tworzenia równoległego systemu raportowania tych samych informacji;

3. stworzenie centralnego, publicznego profilu każdej objętej systemem placówki i jej jednostek, zawierającego m.in. zakres rzeczywiście udzielanych świadczeń, grupy wiekowe pacjentów, informację o przyjmowaniu dzieci i dorosłych, tryb świadczeń, aktualną dostępność, ocenę jakości, poziom zaufania i listę lekarzy wraz z ich publicznym poziomem zaufania;
4. wprowadzenie zweryfikowanych ankiet pacjentów, w szczególności przez IKP/mojeIKP, przy technicznym oddzieleniu tożsamości pacjenta od treści oceny oraz ochronie przed możliwością odwetu;
5. stworzenie ustawowo uregulowanej procedury ustalania i zaskarżania poziomu zaufania, zwłaszcza lekarzy, z prawem do uzasadnienia, obrony i niezależnego odwołania;
6. powiązanie dobrych wyników jakości i zaufania z dodatkowymi środkami motywacyjnymi, których głównym beneficjentem byłby personel, przy jednoczesnym unikaniu automatycznego obniżania podstawowego finansowania placówek o niskich wynikach;
7. wprowadzenie obowiązkowych działań naprawczych i zwiększonego nadzoru przy utrzymującym się krytycznie niskim zaufaniu, bez traktowania samego wyniku jako kary zawodowej lub podstawy do odebrania prawa wykonywania zawodu;
8. przeprowadzenie przed wdrożeniem ogólnopolskim pilotażu na danych historycznych i rzeczywistych, wraz z oceną skutków dla ochrony danych, bezpieczeństwa, finansów publicznych, dostępności świadczeń i ryzyka niezamierzonych zachowań;
9. rozważenie nowelizacji w pierwszej kolejności ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta oraz innych ustaw niezbędnych do nadania projektowi wyrażnej podstawy prawnej;
10. w przypadku uznania, że część postulatów pozostaje poza właściwością Ministra Zdrowia, przekazanie właściwych części petycji organowi właściwemu zgodnie z ustawą o petycjach.

II. UZASADNIENIE I CEL PUBLICZNY

Obywatel wybierający miejsce leczenia powinien mieć dostęp do informacji, które są jednocześnie proste, wiarygodne i porównywalne. Obecnie istnieją już publiczne dane o jakości i dostępności, lecz są one rozproszone, często techniczne i trudne do wykorzystania przez osobę, która chce odpowiedzieć na praktyczne pytania: gdzie rzeczywiście wykonuje się dane świadczenie, jak długo trzeba czekać, jakie są wyniki leczenia, czy dana jednostka przyjmuje dzieci, czy występowały powtarzalne problemy związane z prawami pacjenta oraz czy placówka potrafiła właściwie zareagować na nieprawidłowości.

Postulowany system powinien wykorzystywać istniejącą infrastrukturę i dane, a nie je dublować. Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta już przewiduje monitorowanie jakości w obszarze klinicznym, konsumenckim i zarządczym. NFZ publikuje wartości wskaźników jakości. Równolegle rozwijane są systemy dostępności, Centralna e-rejestracja, P1/IKP oraz RPWDL. Projekt polega przede wszystkim na utworzeniu spójnej, obywatelskiej warstwy interpretacyjnej i uzupełnieniu istniejącego systemu o brakujący, prawnie zabezpieczony wymiar zaufania.

III. OCENA JAKOŚCI – GWIAZDKI 1–5

1. Zakres

Ocena gwiazdkowa powinna dotyczyć podmiotów i jednostek organizacyjnych, a nie indywidualnych lekarzy. Powinna odpowiadać głównie na pytanie: jak dobra, bezpieczna, doświadczona, dostępna i rzeczywiście zdolna do udzielania określonych świadczeń jest dana jednostka.

W zależności od typu jednostki powinna uwzględniać m.in.:

- wyniki leczenia;
- ponowne hospitalizacje i ponowne przyjęcia z tej samej przyczyny;
- powikłania;
- śmiertelność tam, gdzie wskaźnik jest miarodajny;
- doświadczenie i liczbę wykonywanych procedur;
- dostępność terminów;
- ciągłość leczenia;
- możliwości diagnostyczne i zabiegowe;
- rzeczywiste wykonywanie deklarowanych świadczeń;
- organizację;
- warunki sanitarne i czystość, z relatywnie mniejszą wagą;
- dostępność dla osób ze szczególnymi potrzebami;
- w ograniczonym zakresie czynniki bezpieczeństwa i zaufania, jeżeli wpływają na rzeczywistą jakość świadczenia.

2. Wagi zależne od rodzaju jednostki

Nie powinien istnieć jeden uniwersalny wzór dla SOR, oddziału chirurgicznego, poradni ambulatoryjnej i POZ. Dla każdego porównywalnego typu świadczeń należy opracować odrębny koszyk wskaźników i wag.

3. Korekta ryzyka

Wyniki kliniczne muszą być korygowane o profil pacjentów, w szczególności ciężkość przypadków, wiek, choroby współistniejące, tryb przyjęcia, stopień referencyjności i rodzaj wykonywanych procedur. Ośrodek przyjmujący najtrudniejszych pacjentów nie może być karany za sam fakt leczenia populacji o wyższym ryzyku.

4. Mała liczba danych

W przypadku małych prób system nie powinien publikować niestabilnej liczby z pozorną precyzją. Należy zastosować minimalne liczebności, model statystycznego ograniczania skrajności przy małych próbach oraz informację o poziomie wiarygodności wyniku. Dobór konkretnej metody, w tym ewentualnego modelu bayesowskiego, powinien zostać zweryfikowany w pilotażu.

5. Nowe jednostki

Nowa jednostka może od początku otrzymywać częściową ocenę na podstawie danych strukturalnych i dostępnościowych. Elementy zależne od historii klinicznej należy oznaczać jako niewystarczające do oceny do czasu zgromadzenia odpowiedniej liczby obserwacji.

IV. AKTUALNA DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Poza stabilniejszą, okresowo aktualizowaną oceną gwiazdkową powinien istnieć oddzielny moduł „Dostępność teraz”, wykorzystujący możliwie aktualne dane z Centralnej e-rejestracji i innych właściwych systemów.

Powinien wskazywać m.in.:

- najbliższy dostępny termin lub prognozowany czas oczekiwania;
- tryb przyjęcia;
- czy dana jednostka aktualnie wykonuje konkretne świadczenie;
- czy przyjmuje dzieci, dorosłych lub obie grupy;
- podstawowe ograniczenia zakresu udzielanej pomocy.

Zmiany pojedynczych terminów nie powinny powodować codziennych wahań całej oceny gwiazdkowej. Dane o dostępności z dłuższego okresu mogą natomiast wpływać na kolejne okresowe przeliczenie gwiazdek.

V. POZIOM ZAUFANIA – SKALA -3 DO +5

1. Znaczenie skali

Proponowana skala:

- **+4,5 do +5** – bardzo wysoki lub wzorcowy poziom zaufania;
- **+3 do +4** – wysoki;
- **+1,5 do +2,5** – dobry lub podwyższony;
- **+1** – prawidłowy poziom neutralny;
- **+0,5** – lekko obniżony;
- **0** – obniżony albo, w przypadku nowego profilu, wyraźnie oznaczony „wynik początkowy”;
- **-0,5 do -1** – niski;
- **-1,5 do -2** – bardzo niski;
- **-2,5 do -3** – krytycznie niski.

Wynik początkowy 0 musi być wizualnie i opisowo odróżniany od rzeczywiście obniżonego wyniku 0.

Źródła

Na zaufanie powinny wpływać m.in.:

- prawomocnie lub wiarygodnie ustalone naruszenia praw pacjenta;
- poważne nieprawidłowości i problemy bezpieczeństwa;
- wyniki kontroli;
- zasadne skargi;
- statystycznie wiarygodne wzorce zweryfikowanych opinii pacjentów;
- sposób traktowania pacjentów;
- komunikacja;
- respektowanie szczególnych potrzeb;
- reakcja na problemy i działania naprawcze;

- świadome próby ukrywania zdarzeń lub utrudniania ich wyjaśnienia.

Samo wniesienie skargi, niepotwierdzony zarzut albo pojedyncza anonimowa opinia nie powinny automatycznie obniżać publicznego wyniku.

2. Model hybrydowy

Wynik nie powinien być prostym kalkulatorem typu „jedna skarga = -0,5”. Rekomendowany jest model hybrydowy:

- część analityczna tworząca wynik bazowy na podstawie jawnych kategorii, wagi dowodowej, ciężkości, aktualności i powtarzalności;
- część ekspercka pozwalająca na korektę wyniku bazowego w granicach określonych prawem, z obowiązkowym pisemnym uzasadnieniem.

Publiczna wartość może być prezentowana co 0,5, nawet jeżeli system wewnętrzny wykorzystuje bardziej szczegółową skalę analityczną.

VI. POWIĄZANIE ZAUFANIA Z GWIAZDKAMI

Zaufanie i jakość powinny pozostawać oddzielnymi wymiarami, ale skrajnie niski poziom zaufania nie może współistnieć z najwyższą oficjalną oceną jakości.

Przyjmuję jako punkt wyjścia następujące ograniczenia:

- zaufanie +1 i wyżej – brak automatycznego ograniczenia 5 gwiazdek;
- zaufanie +0,5 – maksymalnie 4,5 gwiazdki;
- zaufanie 0 – maksymalnie 4 gwiazdki;
- przy wynikach ujemnych maksymalna liczba gwiazdek stopniowo maleje;
- przy zaufaniu -3 – maksymalnie 3 gwiazdki.

Dokładne progi dla wartości od -0,5 do -2,5 powinny zostać skalibrowane w pilotażu. Na głównym profilu użytkownik powinien widzieć osobno gwiazdki i zaufanie. Nie należy tworzyć trzeciego syntetycznego wyniku. W szczegółach metodologii należy jasno wyjaśnić, że niski poziom zaufania może ograniczać maksymalny oficjalny wynik gwiazdkowy.

VII. OPINIE PACJENTÓW

1. Weryfikacja

Podstawowym kanałem powinien być IKP/mojeIKP lub równoważna państwowa usługa, która potrafi potwierdzić, że użytkownik faktycznie korzystał z danego świadczenia. Ankieta powinna być generowana przez system państwowy, a nie przez placówkę, aby placówka nie mogła wybierać, którym pacjentom zostanie zaproponowana ocena.

2. Zakres ankiety

Ankieta może obejmować m.in.:

- szacunek i godność;
- komunikację;
- prawo do informacji;
- prywatność;

- reakcję na zgłaszany problem;
- respektowanie potrzeb związanych z niepełnosprawnością lub innymi szczególnymi potrzebami;
- poczucie bezpieczeństwa;
- pole opisowe do wykorzystania przez organ analizujący.

3. Brak publicznych komentarzy

Tekstowe komentarze pacjentów nie powinny być publikowane publicznie. Mogą być materiałem analitycznym dla właściwego organu, z ochroną danych i tajemnicy medycznej.

4. Ścieżka wyjątkowa

Jeżeli świadczenia nie można automatycznie potwierdzić, można dopuścić dodatkową ścieżkę po silnym uwierzytelnieniu użytkownika i złożeniu ustawowo uregulowanego oświadczenia co do faktu korzystania ze świadczenia. Taka opinia powinna mieć mniejszą wagę. Odpowiedzialność za fałszywe oświadczenie może dotyczyć faktów, nie subiektywnej oceny.

5. Małoletni

Projekt zakłada możliwość samodzielnego składania oceny przez pacjenta od 16 roku życia, a poniżej tego wieku przez przedstawiciela ustawowego, przy czym rozwiązanie wymaga szczegółowego uzgodnienia z prawami małoletniego pacjenta i zasadami dostępu do danych w IKP.

VIII. OCHRONA TOŻSAMOŚCI PACJENTA

Samo usunięcie imienia i nazwiska nie wystarcza. W małych poradniach albo przy rzadkich świadczeniach lekarz mógłby rozpoznać pacjenta na podstawie daty, opisu i kontekstu. Dlatego proponuję architekturę czterowarstwową:

1. odseparowany „sejf tożsamości” potwierdzający uprawnienie do oceny;
2. jednorazowy lub pseudonimowy token ankiety;
3. odrębna baza analityczna bez bezpośrednich danych identyfikacyjnych;
4. warstwa publiczna pokazująca wyłącznie

agregaty. Dodatkowo należy stosować:

- minimalne liczebności przed publikacją szczegółowych agregatów;
- grupowanie danych w czasie;
- ograniczenie dokładnych znaczników czasu przekazywanych ocenianym podmiotom;
- pełne rejestrowanie dostępu do danych identyfikacyjnych;
- zasadę need-to-know;
- szyfrowanie i silne uwierzytelnianie.

Tożsamość autora oceny powinna być ujawniana ocenianemu lekarzowi lub placówce wyłącznie w wyjątkowych przypadkach przewidzianych ustawą, gdy jest to konieczne dla konkretnego postępowania i nie istnieje mniej ingerujący sposób zapewnienia prawa do obrony.

IX. ODPOWIEDZIALNOŚĆ LEKARZ – ODDZIAŁ – PLACÓWKA

System musi odróżniać odpowiedzialność indywidualną od organizacyjnej.

Przy pierwszym, indywidualnym naruszeniu:

- największy wpływ powinien dotyczyć lekarza;
- oddział powinien tracić niewiele, jeżeli nie miał realnego udziału;
- cały szpital powinien odczuwać wpływ śladowy.

Powtarzalność zmienia ocenę. Kolejne podobne problemy mogą świadczyć o nieskutecznym nadzorze, szkoleniu, procedurach lub kulturze organizacyjnej. Ocena recydywy nie może jednak zależeć wyłącznie od liczby zdarzeń. Powinna brać pod uwagę jednocześnie:

- liczbę i ciężar zdarzeń;
- ich podobieństwo;
- czas;
- wolumen świadczeń;
- profil ryzyka pacjentów;
- możliwość zapobieżenia;
- działania podjęte po wcześniejszych zdarzeniach.

Trzecie podobne zdarzenie może automatycznie uruchamiać przegląd organizacyjny, ale nie powinno automatycznie oznaczać winy jednostki. Ewentualne domniemanie problemu systemowego musi być wzruszalne i oparte na jasno określonych kryteriach.

X. REAKCJA NA BŁĘDY I OCHRONA KULTURY BEZPIECZEŃSTWA

System powinien silnie premiować:

- samodzielne wykrycie problemu;
- szybkie zgłoszenie;
- zabezpieczenie pacjenta;
- rzetelną analizę;
- wdrożenie działań naprawczych;
- szkolenia i zmianę procedur;
- późniejszą skuteczność działań.

Świadome ukrywanie zdarzenia, manipulowanie dokumentacją, nacisk na pacjenta lub personel, utrudnianie kontroli lub odwet powinny stanowić silne czynniki obciążające.

Jednocześnie szczegółowe wewnętrzne analizy przyczyn źródłowych nie powinny automatycznie stawać się materiałem służącym do publicznego obniżania wyniku. Należy stworzyć ustawowy „firewall bezpieczeństwa”: system zewnętrzny może wykorzystywać informację o tym, że zdarzenie wykryto, przeanalizowano i wdrożono działania, natomiast dostęp do surowej wewnętrznej treści RCA powinien odbywać się tylko na podstawie odpowiedniej kompetencji ustawowej. Celem jest uniknięcie efektu zniechęcającego personel do szczerego zgłaszania błędów.

XI. PUBLICZNY WYNIK ZAUFANIA LEKARZA

Lekarz nie powinien otrzymywać gwiazdek. Powinien mieć jeden publiczny poziom zaufania podążający za osobą, niezależnie od miejsca wykonywania zawodu, ponieważ zachowanie indywidualne nie może „wyzerować się” po zmianie pracodawcy. Jednocześnie zdarzenie musi być przypisane do miejsca, w którym wystąpiło, aby nie obciążać bez podstaw innych placówek.

Negatywne zmiany publicznego wyniku lekarza powinny wymagać podwyższonego standardu dowodowego. Podstawę mogą stanowić przede wszystkim:

- formalne lub prawomocne ustalenia właściwych organów;
- inne ustalenia o wysokiej wiarygodności po przeprowadzeniu odpowiedniej procedury;
- stabilny, statystycznie wiarygodny wzorzec zweryfikowanych doświadczeń pacjentów.

Sama skarga, wszczęcie postępowania lub pojedyncza niepotwierdzona relacja nie powinny powodować publicznego obniżenia.

Publiczny profil lekarza powinien zawierać tylko niezbędne informacje zawodowe: imię i nazwisko, specjalizację, informacje o miejscach wykonywania zawodu, poziom zaufania oraz liczbę zweryfikowanych ocen. Nie powinien zawierać publicznych komentarzy ani rankingu lekarzy.

XII. ZATARCIE I HISTORIA

System nie może obchodzić ustawowych zasad zatarcia kar przez zachowywanie publicznej informacji o tej samej karze pod inną nazwą. Po zatarcu należy usunąć publiczną identyfikację zdarzenia w zakresie wymaganym prawem. Historia wyniku może być zachowywana tylko w takim zakresie, w jakim będzie to zgodne z zasadą proporcjonalności, ochroną dóbr osobistych i przepisami o ochronie danych.

Dla jednostek organizacyjnych historia powinna co do zasady podążać za faktyczną ciągłością działalności mimo zmiany nazwy lub reorganizacji. Należy oprzeć ją na trwałych identyfikatorach, następstwie prawnym, RPWDL, lokalizacji, zakresie świadczeń oraz ciągłości faktycznej działalności, tak aby nie można było „wyzerować” złej historii prostą zmianą nazwy.

XIII. STATUS PRAWNY WYNIKÓW I ODWOŁANIA

Proponuję rozdzielić status prawny obu ocen.

1. Gwiazdki

Gwiazdki mogą być urzędową informacją obliczaną automatycznie według publicznej metodologii na podstawie zweryfikowanych danych. Placówka musi mieć prawo do zgłoszenia błędu danych, żądania korekty, otrzymania uzasadnienia odmowy korekty oraz zaskarżenia rozstrzygnięcia dotyczącego korekty odpowiednią drogą. Nie ma potrzeby prowadzenia pełnego postępowania administracyjnego przy każdym rutynowym okresowym przeliczeniu wynikającym wyłącznie z nowych danych.

2. Zaufanie

Jeżeli obniżenie zaufania ma wywoływać publicznie negatywne skutki, ograniczenie premii, obowiązek programu naprawczego lub zwiększony nadzór, powinno następować w procedurze zapewniającej:

- zawiadomienie ocenianego;
- możliwość odniesienia się do materiału;
- ochronę tożsamości pacjentów;

- pisemne uzasadnienie;
- niezależne odwołanie;
- kontrolę sądową właściwą dla charakteru prawnego rozstrzygnięcia.

Co do zasady do czasu rozpatrzenia odwołania powinien pozostawać poprzedni publiczny wynik, z wyjątkiem przypadków, w których odrębna, legalna i odpowiednio zabezpieczona procedura wymaga natychmiastowej reakcji ze względu na bezpieczeństwo pacjentów.

XIV. ŹRÓDŁA DANYCH I MODEL INSTYTUCJONALNY

Nie należy przyjmować jednego „źródła prawdy” dla wszystkich rodzajów informacji. Każda kategoria powinna mieć źródło referencyjne właściwe dla jej charakteru.

Przykładowo:

- **NFZ** – dane świadczeniowe, kliniczne, rozliczeniowe, część danych jakościowych i dostępnościowych;
- **CeZ/P1/IKP/Centralna e-rejestracja** – kanał ankiet, część danych o świadczeniach i aktualnej dostępności;
- **RPWDL** – tożsamość i struktura podmiotów oraz komórek organizacyjnych;
- **RPP** – ustalenia dotyczące praw pacjenta i dane wynikające z kompetencji ustawowych;
- **organy zawodowe** – prawomocne ustalenia odpowiedzialności zawodowej;
- **właściwe organy kontroli i sanitarne** – dane w zakresie ich kompetencji.

Przed rozstrzygnięciem, czy NFZ, RPP, CeZ i inny organ mają być współadministratorami danych, należy przygotować formalną mapę przepływów danych i kompetencji. Współadministrowanie powinno być stosowane tylko tam, gdzie podmioty rzeczywiście wspólnie ustalają cele i sposoby przetwarzania.

Organ ustalający poziom zaufania powinien być ustawowo umocowany, mieć stały profesjonalny aparat analityczny i orzeczniczy oraz być organizacyjnie oddzielony od organu odwoławczego.

XV. FINANSOWANIE I PREMIE

System powinien przede wszystkim nagradzać personel.

Hierarchia korzyści powinna być następująca:

1. największy efekt – pracownicy;
2. mniejszy, ale odczuwalny – oddział lub poradnia;
3. najmniejszy – cała placówka.

Nie postuluję ustawowego minimalnego dodatku. Należy natomiast rozważyć maksymalny pułap premii i coroczne ustalanie wysokości dostępnych środków w granicach tego pułapu.

W odniesieniu do lekarza zaufanie powinno być silnym warunkiem lub „bramką” określającą dopuszczalny poziom premii, a nie prostym kalkulatorem kwoty. Konkretna wysokość powinna zależeć także od obiektywnych danych właściwych dla specjalizacji, pracy zespołowej, wykonywanych obowiązków i jakości pracy.

Personel nielekarski powinien być premiowany w sposób oparty przede wszystkim na wynikach zespołu i jednostki, chyba że w przyszłości zostanie opracowany sprawiedliwy, prawnie zabezpieczony model indywidualny.

Niski wynik nie powinien automatycznie powodować obniżenia podstawowego finansowania świadczeń, ponieważ mogłoby to pogłębić problemy i zaszkodzić pacjentom.

XVI. DZIAŁANIA PRZY NISKIM ZAUFANIU

Krytycznie niski wynik placówki lub oddziału powinien powodować przede wszystkim:

- utratę lub ograniczenie premii jakościowej;
- obowiązkowy plan naprawczy;
- zwiększony nadzór;
- możliwość częstszych kontroli;
- ponowną ocenę po określonym czasie.

Sam wynik nie powinien zastępować odrębnych podstaw prawnych do nakładania sankcji.

W przypadku lekarza wynik -3 może powodować brak premii jakościowej i umiarkowanie zwiększony nadzór, ale nie może sam w sobie zawieszać lekarza, ograniczać prawa wykonywania zawodu ani stanowić kary dyscyplinarnej. Takie skutki mogą wynikać wyłącznie z właściwego odrębnego postępowania.

XVII. CYBERBEZPIECZEŃSTWO

System powinien być projektowany od początku jako infrastruktura o wysokiej krytyczności.

Należy uwzględnić co najmniej:

- silne uwierzytelnianie, w tym MFA dla kont uprzywilejowanych;
- szyfrowanie danych w transmisji i w spoczynku;
- rozdzielenie domen tożsamości, analityki i publikacji;
- niezmiennie lub kryptograficznie zabezpieczone logi zmian ocen;
- pełną rozliczalność ręcznych korekt;
- monitoring anomalii;
- ochronę przed przejęciem kont;
- wykrywanie zorganizowanych kampanii ocen;
- ciągłość działania i procedury odtworzeniowe;
- okresowe testy bezpieczeństwa.

Nie należy z góry określać „systemu” jako podmiotu kluczowego w rozumieniu przepisów o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa. Status należy oceniać wobec konkretnego operatora systemu i jego ustawowej roli. Niezależnie od formalnej kwalifikacji architektura powinna spełniać wysokie wymagania cyberbezpieczeństwa właściwe dla krajowej infrastruktury zdrowotnej.

XVIII. OCHRONA PRZED MANIPULACJĄ

System powinien przewidywać zabezpieczenia przed:

- botami i fałszywymi opiniami;
- kampaniami negatywnymi;
- zorganizowanym nakłanianiem do ocen pozytywnych;

- selekcjonowaniem pacjentów;
- unikaniem trudnych przypadków;
- manipulowaniem kodowaniem rozpoznań;
- sztucznym przenoszeniem pacjentów między jednostkami;
- niewysyłaniem ankiet określonym grupom;
- zmianą nazwy lub formy prawnej w celu resetu historii;
- próbami modyfikowania wyniku przez osoby posiadające dostęp uprzywilejowany.

Zaproszenia do podstawowej ankiety powinny być generowane centralnie. Podejrzone wzorce ocen powinny być automatycznie oznaczane do analizy, a ich wpływ na wynik może być czasowo wstrzymany do wyjaśnienia.

XIX. PRZEJRZYSTOŚĆ I PREZENTACJA DLA OBYWATELA

Główny ekran profilu powinien być prosty.

Dopiero po rozwinięciu użytkownik powinien widzieć:

- wyniki kliniczne;
- dostępność;
- doświadczenie;
- wiarygodność statystyczną;
- zakres świadczeń;
- metodologię.

Nie należy tworzyć jednego trzeciego wyniku łączącego jakość i zaufanie, ponieważ obywatel może mieć uzasadnione powody do nadawania różnej wagi skuteczności klinicznej, dostępności i doświadczeniu pacjenta. Przy wyniku początkowym 0 należy zawsze wyświetlać jasne oznaczenie, że brak historii nie oznacza ustalonego obniżonego zaufania.

XX. DOSTĘPNOŚĆ CYFROWA

Portal oraz funkcje IKP powinny spełniać wymagania dostępności cyfrowej i być projektowane z udziałem użytkowników ze szczególnymi potrzebami. Informacja nie może być przekazywana wyłącznie kolorem. Oceny powinny mieć odpowiedniki tekstowe, a interfejs powinien zapewniać czytelność dla czytników ekranu, obsługę klawiaturą oraz prostą prezentację na urządzeniach mobilnych.

XXI. PILOTAŻ I WDROŻENIE ETAPOWE

Przed uruchomieniem skutków finansowych konieczny jest pilotaż. Proponowana kolejność:

1. opracowanie podstaw prawnych, metodologii i mapy danych;
2. pilotaż gwiazdek na istniejących danych;
3. pilotaż zaufania instytucjonalnego;
4. pilotaż indywidualnego zaufania lekarza z pełnym trybem odwoławczym;
5. niezależna ewaluacja rezultatów i skutków ubocznych;
6. dopiero po stabilizacji metodologii – stopniowe uruchomienie mechanizmu

premiowego. W pilotażu należy testować w szczególności:

- różne modele korekty ryzyka;
- minimalne liczebności;
- odporność na manipulację;
- wpływ na skłonność do zgłaszania błędów;
- liczbę odwołań;
- wpływ na przyjmowanie trudnych pacjentów;
- zrozumiałość ocen dla obywateli;
- koszty administracyjne;
- zgodność z zasadą proporcjonalności.

XXII. PODSTAWOWE ZAGADNIENIA PRAWNE DO UREGULOWANIA

Realizacja projektu wymaga w szczególności analizy i, tam gdzie konieczne, nowelizacji:

- ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta;
- ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- ustawy o działalności leczniczej;
- ustawy o izbach lekarskich;
- przepisów dotyczących odpowiedzialności zawodowej i zatarcia;
- przepisów o ochronie danych osobowych i RODO;
- prawa pracy w zakresie mechanizmu premiowego;
- przepisów o dostępności cyfrowej;
- przepisów o krajowym systemie cyberbezpieczeństwa;
- przepisów proceduralnych zapewniających prawo do odwołania i sądu.

Publiczny, imienny wynik lekarza powinien mieć wyraźną podstawę ustawową, precyzyjnie określony cel, zakres danych, przesłanki zmiany, okres przechowywania, zabezpieczenia proceduralne i zasady zatarcia.

XXIII. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Przed wdrożeniem należy przeprowadzić ocenę skutków dla ochrony danych (DPIA) oraz zastosować privacy by design i privacy by default.

Należy w szczególności rozstrzygnąć:

- administratora lub administratorów poszczególnych zbiorów;
- podstawy prawne przetwarzania danych pacjentów i lekarzy;
- zasady pseudonimizacji;
- retencję;
- minimalizację;
- dostęp do materiału przez stronę odwołującą się;
- ryzyko reidentyfikacji w małych jednostkach;
- sposób wykonywania praw osób, których dane dotyczą;

- zasady automatycznego i eksperckiego podejmowania rozstrzygnięć.

XXIV. KORZYŚCI PUBLICZNE

Prawidłowo zaprojektowany system może:

- poprawić zdolność pacjenta do świadomego wyboru miejsca leczenia;
- zwiększyć przejrzystość wykorzystania środków publicznych;
- promować jakość kliniczną, bezpieczeństwo i prawa pacjenta jednocześnie;
- nagradzać dobrych pracowników bez zbiorowego karania innych;
- pozwolić wcześniej identyfikować powtarzalne problemy organizacyjne;
- motywować do działań naprawczych zamiast ukrywania błędów;
- uporządkować i ułatwić obywatelom wykorzystanie danych, które państwo już zbiera;
- zwiększyć znaczenie wiarygodnych, zweryfikowanych doświadczeń pacjentów bez tworzenia otwartego portalu komentarzy.

XXV. WNIOSEK KOŃCOWY

Zwracam się o potraktowanie niniejszego pisma jako petycji w interesie publicznym i przeanalizowanie możliwości rozpoczęcia prac koncepcyjnych i legislacyjnych nad opisanym systemem.

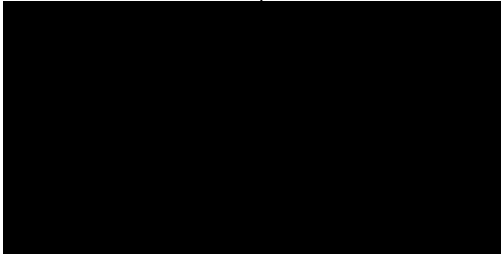
W szczególności proszę o:

1. ocenę możliwości wykorzystania obecnego systemu wskaźników jakości NFZ jako podstawy warstwy gwiazdkowej;
2. ocenę możliwości utworzenia w IKP zweryfikowanego mechanizmu opinii pacjentów;
3. analizę prawną publicznego poziomu zaufania lekarza wraz z pełnymi gwarancjami proceduralnymi;
4. analizę modelu premiowania personelu;
5. przygotowanie koncepcji pilotażu;
6. przeprowadzenie konsultacji z NFZ, RPP, CeZ, UODO, samorządami zawodowymi, AOTMiT lub innymi właściwymi ekspertami oraz organizacjami pacjentów;
7. poinformowanie mnie o sposobie rozpatrzenia petycji oraz ewentualnych planowanych działaniach.

Jeżeli Minister Zdrowia uzna, że realizacja części postulatów wymaga współdziałania lub rozstrzygnięcia innego organu, proszę o przekazanie odpowiedniej części pisma według właściwości oraz poinformowanie mnie o tym.

Niezależnie od podjętej decyzji, uprzejmie proszę o przekazanie odpowiedzi na mój adres do e-doręczeń: 

Z poważaniem



ZAŁĄCZNIK INFORMACYJNY

SKRÓCONA SPECYFIKACJA SYSTEMU

1. **Jednostki z gwiazdkami:** placówki, oddziały, poradnie, SOR, izby przyjęć i inne porównywalne jednostki.
2. **Lekarz:** bez gwiazdek, z publicznym ogólnopolskim poziomem zaufania.
3. **Jakość:** 1–5 gwiazdek; wagi zależne od typu świadczenia.
4. **Zaufanie:** -3 do +5, neutralny poziom +1, 0 jako osobno oznaczony wynik początkowy.
5. **Aktualizacja zaufania:** okresowa, co do zasady półroczna, z możliwością nadzwyczajnego przeglądu po poważnym ustalonym zdarzeniu.
6. **Opinie:** przede wszystkim zweryfikowane przez IKP; brak publicznych komentarzy.
7. **Anonimowość:** separacja techniczna tożsamości i odpowiedzi.
8. **Recydywa:** zależna od ciężaru, podobieństwa, czasu, wolumenu świadczeń i reakcji organizacji.
9. **Dobra reakcja:** silny czynnik łagodzący.
10. **Ukrywanie zdarzeń i odwet:** silne czynniki obciążające.
11. **Gwiazdki a zaufanie:** +0,5 maks. 4,5 gwiazdki; 0 maks. 4; -3 maks. 3; wartości pośrednie do kalibracji.
12. **Niski wynik placówki:** plan naprawczy i nadzór, bez automatycznego odcinania podstawowego finansowania.
13. **Niski wynik lekarza:** ograniczenie premii i umiarkowany nadzór, bez automatycznych sankcji zawodowych.
14. **Premie:** największy efekt dla personelu, mniejszy dla oddziału, najmniejszy dla całej placówki.
15. **Historia:** brak możliwości resetu przez zmianę nazwy jednostki; obowiązek respektowania zatarcia danych dotyczących lekarza.
16. **Źródła:** federacyjny model źródeł autorytatywnych, m.in. NFZ, CeZ/P1, RPWDL, RPP i właściwe organy zawodowe.
17. **Procedura:** korekta danych dla gwiazdek; formalne zabezpieczenia i odwołanie przy negatywnych rozstrzygnięciach zaufania.
18. **Transparentność:** osobno jakość, zaufanie i bieżąca dostępność; brak trzeciego syntetycznego wyniku.
19. **Bezpieczeństwo:** DPIA, pseudonimizacja, MFA, audytowalne logi, wykrywanie anomalii i architektura wysokiej krytyczności.
20. **Wdrożenie:** etapowe, z obowiązkowym pilotażem przed uruchomieniem wpływu finansowego.