

UWAGI W RAMACH UZGODNIEN Z KOMISJĄ WSPÓLNĄ RZĄDU I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

Informacja o projekcie:

Tytuł	Projekt ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia
Autor	Ministerstwo Zdrowia
Projekt z dnia	14 kwietnia 2025 r.

Informacje o zgłaszającym uwagi:

Urząd	-----
Organizacja samorządowa	Związek Powiatów Polskich
Osoba do kontaktu	Bernadeta Skóbel
e-mail	biuro@zpp.pl
tel.	18 477 86 00

Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi	Stanowisko resortu	Odniesienie do stanowiska resortu
1.	Z uwagi na charakter poprawki wnosimy o skierowanie projektu również na posiedzenie Zespołu ds. Administracji Publicznej i Bezpieczeństwa Obywateli.	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:	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	Uwaga uwzględniona.	

		„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);	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 podmioty 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).		
2.	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).		Odpowiedź do uwagi: 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,	Podtrzymanie uwagi. Konieczne jest jednoznaczne uregulowanie kwestii tego na jakim poziomie szczegółowości dane będą przekazywane innym podmiotom, tak

		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 (choć nie jest terytorialnym organem ochrony ludności), a dostępu nie będą mieli starosta czy prezydent miasta na prawach powiatu.		województwa – w zależności pod potrzeb odbiorcy). W ocenie MZ, uwaga jest tożsama z uwagą nr 1.	aby dane te mogły być faktycznie wykorzystywane na potrzeby realizacji innych zadań, w szczególności w zakresie ochrony ludności i realizacji zadań obronnych. Podtrzymujemy uwagę, aby dostęp do danych miały wszystkie terytorialne organy ochrony ludności.
3.	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	W ramach Studium Wykonalności przeprowadzono analizę liczby tworzonego raportów i czasu na nie przeznaczonych w zestawieniu ze średnim wynagrodzeniem, co pozwoliło oszacować średni koszt przygotowania raportu.	Strona samorządowa ocenia projekt na podstawie informacji zawartych w OSR. W OSR zawarto stwierdzenie, że cyt. „Z uwagi na brak dostępnych danych, nie wskazano kosztów integracji po ich stronie (przyp. świadczeniodawców). Jest to spowodowane tym, że na obecnym etapie nie ma możliwości wycenienia kosztu integracji z systemem, który nie istnieje (EPS). Jednakże, w celu maksymalnego obniżenia kosztów

			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.		integracji, przewiduje się wykorzystanie rozwiązań, które obecnie są stosowane w komunikacji pomiędzy usługodawcami, a platformą P1 (np. rozwiązania teleinformatyczne związane z przekazywaniem Zdarzenia Medycznego, HL7 FHIR), współpracę z dostawcami oprogramowania szpitalnego oraz usługodawcami. Podkreślić należy, że część usługodawców w ramach zawartych umów ma zapewnione takie dostosowanie rozwiązań informatycznych, które umożliwi wdrożenie funkcjonalności EPS bezpłatnie.”. Innymi słowy koszt po stronie świadczeniodawców nie został oszacowany i szpitale samorządowe na podstawie dostarczonego tekstu legislacyjnego nie są w stanie tego dokonać.
--	--	--	---	--	--

					Pytanie zatem czy przewidziane jest wsparcie finansowe dla podmiotów leczniczych (np. w ramach FERC) w zakresie integracji systemów. Takie wsparcie ze środków zewnętrznych zagwarantowała sobie strona rządowa.
4.	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 nieuwzględniona. W resorcie zdrowia został już opracowany projekt rozporządzenia, a jego formalne procedowanie rozpocznie się w terminie, który pozwoli na uczynienie zadość przedstawionemu oczekiwaniu.	Podtrzymanie uwagi. Jeżeli projekt jest gotowy to tym bardziej nie widzimy przeszkód, aby po pierwsze treść projektu rozporządzenia została załączona do materiału, po drugie aby samo rozporządzenie weszło w życie wcześniej. Jeszcze raz przypominamy, że vacatio legis nie powinno być tylko dla MZ i CeZ ale przede wszystkim dla podmiotów leczniczych, które będą zasilać EPS swoimi danymi. Podkreślić jednocześnie należy, że mamy negatywne doświadczenia z

					terminowym wprowadzaniem rozporządzeń wykonawczych do ustaw przez MZ.
--	--	--	--	--	---