

Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Katarzyna Kacperczyk Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Agata Śmiglewska, Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii e-mail: a.smiglewska@mz.gov.pl nr tel. +48 882 790 633	Data sporządzenia 2025-03-24 Źródło: inicjatywa własna Nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD 191
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Zmiana ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302) ma na celu zastąpienie istniejącego Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (zwanego dalej „SEZOZ”) przez system Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy (zwany dalej również „EPS”).

W ramach systemu EPS możliwe będzie, w stosunku do aktualnie funkcjonujących rozwiązań (SEZOZ), monitorowanie w czasie rzeczywistym potencjału usługodawców wykonujących działalność leczniczą w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej. W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna, zakres informacji oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian. Należy przy tym wskazać, że obecnie dane w systemie SEZOZ są niskiej jakości, niejednokrotnie nieaktualne, a przez to niewykorzystywane optymalnie przez decydentów. Skutkuje to także wprowadzaniem własnych rozwiązań, nierzadko powielających się, a przede wszystkim dokładających nowych zadań pracownikom usługodawców.

Aktualnie, w systemie ochrony zdrowia brak jest rozwiązań pozwalających na monitorowanie, zarówno na poziomie wojewódzkim, jak również centralnym, informacji o aktualnym stanie zasobów: łóżek szpitalnych, pracowników medycznych, infrastruktury, wyrobów medycznych, środków ochrony indywidualnej, gazów medycznych oraz krwi i jej składników.

Efektywne raportowanie tych danych ma kluczowe znaczenie w szczególności w sytuacjach kryzysowych, w tym związanych z obronnością. W zakresie zaspokojenia potrzeb obronnych państwa EPS będzie narzędziem wykorzystywanym przez Ministra Obrony Narodowej.

Należy zauważyć, że na poziomie wojewódzkim pojawiają się niezależne od siebie rozwiązania oparte o systemy teleinformatyczne, niemniej jednak nie zostały one zintegrowane, jak również nie został zapewniony dostęp do gromadzonych danych z poziomu organów administracji rządowej. Informacja o bieżącej dostępności łóżek oraz planowanych zabiegach rezerwujących te zasoby w większości przypadków gromadzona jest w poszczególnych komórkach organizacyjnych podmiotów leczniczych i nie podlega agregowaniu na poziomie całego podmiotu, co w efekcie nie pozwala na pełną i wiarygodną ocenę aktualnego potencjału usługodawcy.

W czasie pandemii COVID-19 okazało się, że sposoby i jakość raportowania danych niezbędnych do szybkiego podejmowania decyzji i reagowania w sytuacji kryzysowej mają wiele wad. Wiele kluczowych dla świadczenia opieki zdrowotnej informacji, przekazywanych było drogą telefoniczną lub mailową z wykorzystaniem dokumentów docx, pdf czy xlsx. W przypadku systemów teleinformatycznych, dane wprowadzano ręcznie, w niektórych przypadkach kilka razy dziennie z uwagi na konieczność aktualizacji sprawozdanych danych. Powodowało to obciążenie dodatkowymi zadaniami personelu usługodawców, w tym także medycznego, a także konieczność zatrudnienia nowych pracowników. Przekładało się to na jakość sprawozdawanych danych, a tym samym na procesy decyzyjne.

Podczas wizyt studyjnych prowadzonych przez pracowników Ministerstwa Zdrowia u usługodawców i rozmów z personelem oraz spotkań z innymi podmiotami realizującymi zadania z zakresu nadzoru nad systemem ochrony zdrowia i zarządzania kryzysowego, wskazywano na wiele problemów w obszarze sprawozdawczości, tj. jej jakości i aktualności danych, a także dublujących się sprawozdań. Podkreślano również zasadność wprowadzenia ujednoliconych rozwiązań i wymiany danych na poziomie centralnym.

W aktualnie funkcjonujących systemach informacji brak jest również danych o tymczasowym wyłączeniu łóżek z eksploatacji, które wynikają z awarii lub złego stanu technicznego, niedostępności sali chorych (np. z powodu choroby zakaźnej i konieczności izolowania pacjentów – wówczas w sali przeznaczonej np. dla czterech pacjentów może być hospitalizowany wyłącznie jeden), zdarzeń losowych (np. pożar, remont, zalanie), czasowego ograniczenia zdolności obsługi (absencja kadry itp.). Personel usługodawców wskazywał także na kwestie dotyczące utrudnionej bieżącej kontroli zasobów tlenowych oraz środków ochrony indywidualnej. Brak jest również odpowiedniej sprawozdawczości w zakresie sprzętu medycznego, a informacje o aktualnych awariach i niedostępnościach spowodowanych przeglądami technicznymi i serwisowaniem, wymieniane są telefonicznie lub mailowo. Nierzadko usługodawca dysponuje sprzętem, który nie jest wykazany w danych Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej „NFZ”) z uwagi na brak wymagania wykazania go poza procesem kontraktowania z NFZ.

Kładziono również akcent na problem z obsługą i realizacją świadczenia opieki zdrowotnej w sytuacji przywiezienia przez zespół ratownictwa medycznego (ZRM) pacjenta do podmiotu wykonującego działalność leczniczą, w którym brak było personelu medycznego oraz dostępności miejsca wykonania zabiegów (m.in. zajęty lub nieczynny blok operacyjny), czy też brakowało specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej do wykonania zabiegu lub diagnostyki, bądź był uszkodzony.

W tym kontekście usługodawcy i jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) zgłaszają potrzebę dostępu do pełnej i aktualnej informacji z terenu np. powiatu lub województwa o możliwości wykonania koniecznego zabiegu ratującego życie w innym podmiocie leczniczym, aby móc skutecznie skierować karetkę z pacjentem w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia do miejsca, gdzie wykonanie zabiegu będzie możliwe w danej chwili. Zdarzają się sytuacje, w których informacja o braku możliwości przejęcia pacjenta przez dany podmiot nie jest skutecznie przekazywana np. jednostkom PRM (w tym informacje o awarii m.in.: tomografu, rezonansu, łądowniska, windy, informacje o braku możliwości bezpiecznego transportu zaintubowanego pacjenta itp.). Informacja o faktycznym stanie dostępności łóżek zwykle jest prowadzona manualnie i zbierana 2 razy na dobę, co przekłada się na bardzo niski walor informacyjny (z uwagi na bieżący ruch chorych w szpitalach, informacja o wolnych łóżkach szybko dezaktualizuje się).

Na poziomie lokalnego zarządzania kryzysowego nie istnieje także skuteczne monitorowanie zasobów personelu medycznego oraz dostępności systemu ochrony zdrowia pod kątem zabezpieczenia na wypadek sytuacji kryzysowej.

W związku z powyższym zachodzi pilna potrzeba wdrożenia systemu informacji, który będzie odpowiedzią na przedstawione powyżej problemy. EPS stanowi odpowiedź na te oczekiwania. Dzięki projektowanemu rozwiązaniu oprócz poprawy jakości przekazywanych danych zmniejszy się obciążenie obsługą administracyjną w tym zakresie. Usługodawcy będą mieli dostęp do nowoczesnych gotowych form sprawozdawczości dostępnych z poziomu aplikacji webowej, a raz wprowadzone informacje będą widoczne dla wszystkich interesariuszy co skróci czas realizacji zadań sprawozdawczych. Natomiast personel interesariuszy, równie szybko pozyska oczekiwane zestawienia. Dane o zmianie zajętości łóżek będą przekazywane automatycznie bezpośrednio ze szpitalnych systemów informacyjnych, co zapewni ich aktualność i pozwoli na odwzorowanie stanu faktycznego, co poprawi także stan wiedzy dyspozytorów medycznych w tym zakresie. Z kolei możliwość zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko przez dyspozytora medycznego, pozwoli na przygotowanie sił i środków do przyjęcia pacjenta i sprawne przekazanie go przez Zespół Ratownictwa Medycznego. Rozwiązanie to pozwoli także uniknąć przewożenia pacjenta od szpitala do szpitala i przyczyni się do poprawy jego komfortu.

Wdrożenie systemu pozwoli na poprawę jakości monitorowania potencjału i zabezpieczenia szpitali przy jednoczesnej automatyzacji procesu przekazywania danych przez świadczeniodawców dzięki bezpośredniej komunikacji z systemami teleinformatycznymi usługodawców, a w szczególności ze Szpitalnym Systemem Informacyjnym (HIS). Akwizycja danych bezpośrednio z systemów szpitalnych zapewni aktualną i zbliżoną do stanu faktycznego informację o stanie potencjału szpitali. Wprowadzenie jednolitej sprawozdawczości w skali kraju umożliwi również stworzenie referencyjnego zbioru danych dla wszystkich szczebli zarządzania z jednoczesnym ograniczeniem obciążenia sprawozdawczego świadczeniodawców.

Wdrożenie EPS pozwoli także na ograniczenie kosztów związanych z koniecznością utrzymania lokalnych rozwiązań teleinformatycznych w tym obszarze. Analizując roczną liczbę raportów przekazywanych przez szpitale oraz czas poświęcony na ich przygotowanie, oceniono, że wdrożenie EPS pozwoli na wygenerowanie rocznych oszczędności na poziomie kilkudziesięciu milionów złotych na poziomie całego kraju. Natomiast pracownicy usługodawców, będą mogli wydajniej realizować inne zadania.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Zmiana ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, ma na celu wprowadzenie systemu EPS, który zastąpi istniejący system SEZOZ i umożliwi monitorowanie w czasie rzeczywistym potencjału świadczeniodawców wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w szczególności w zakresie łóżek szpitalnych, pracowników medycznych, kluczowych wyrobów medycznych, zabezpieczenia w środki ochrony indywidualnej i gazy medyczne, krwi i jej składników, a także stanu infrastruktury oraz informowania o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy, pod kątem zapewnienia właściwego procesu decyzyjnego oraz w sytuacjach kryzysowych w ramach Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego. Główną funkcjonalnością projektowanego rozwiązania jest zautomatyzowane pozyskiwanie danych bezpośrednio z systemów teleinformatycznych usługodawców w celu optymalizacji procesów sprawozdawczych, co znacząco ograniczy nadmierne obciążenie administracyjne podmiotów

Wdrożenie systemu EPS umożliwi bieżące monitorowanie:

- 1) dostępności łóżek szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko przez jednostki systemu PRM (dyspozytorów medycznych lub wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego: dane będą przekazywane w sposób zautomatyzowany do 30 minut od zajęcia albo zwolnienia łóżka, aktualnie raportowane ręcznie 2 razy dziennie);
- 2) zasobów pracowników medycznych: dane będą przekazywane raz w miesiącu (analogiczne terminy przekazywania danych jak dotychczas);
- 3) dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory): dane będą przekazywane raz w miesiącu lub corocznie w zależności od podmiotu (analogiczne terminy przekazywania danych jak dotychczas);
- 4) infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia): dane będą przekazywane w terminie 30 dni od wystąpienia zmian (aktualnie nie są przekazywane przez usługodawców);
- 5) dostępności środków ochrony indywidualnej: dane będą przekazywane raz w miesiącu lub corocznie w zależności od podmiotu (analogiczne terminy przekazywania danych jak dotychczas);
- 6) zasobów gazów: dane będą przekazywane raz w miesiącu (aktualnie nie są przekazywane przez usługodawców).

Ponadto, w celu ułatwienia dostępu, w systemie będą prezentowane informacje dotyczące zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew (aktualnie dane nie są monitorowane centralnie).

W systemie będą gromadzone również dane o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub z przyczyn leżących po stronie usługodawcy i automatycznie dystrybuowane do wszystkich podmiotów realizujących zadania z zakresu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia i zarządzania kryzysowego (aktualnie informacje są przekazywane mailem lub faksem, co stanowi rozbudowany proces, którego konsekwencją jest brak pewności czy informacja dotarła do wszystkich zainteresowanych).

Minister Zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, podmioty obowiązane do przekazywania danych do EPS, szczegółowy zakres informacji oraz terminy i sposób ich przekazywania, mając na uwadze zakres świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez usługodawców oraz potrzebę zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

EPS ma na celu podniesienie jakości procesu decyzyjnego w systemie ochrony zdrowia w zakresie potencjału usługodawcy i poprawy jakości udzielanych świadczeń.

Z perspektywy świadczeniobiorcy, wdrożenie systemu informacji EPS pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych, dostępnego dla jednostek systemu PRM. Przełoży się to na zapobieganie odmowom przyjęcia świadczeniobiorcy przez szpital i ograniczy konieczność transportu świadczeniobiorcy pomiędzy szpitalami w celu udzielenia mu świadczenia opieki zdrowotnej.

Jednym z głównym założeń systemu EPS jest połączenie z systemami teleinformatycznymi usługodawców i automatyzacja przesyłania danych oraz utworzenie zbioru danych o charakterze referencyjnym, co pozwoli ograniczyć obciążenie personelu usługodawcy zadaniami z obszaru sprawozdawczości.

Informacje gromadzone w systemie EPS będą udostępniane online w postaci zagregowanej w celu i zakresie niezbędnym do realizacji zadań ustawowych:

- 1) Ministrowi Obrony Narodowej,
- 2) ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych,
- 3) Narodowemu Funduszowi Zdrowia,
- 4) wojewodom,
- 5) marszałkom województw,
- 6) 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, dodatkowo za pośrednictwem Systemu Wspomagania Dowodzenia Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego,
- 7) podmiotom tworzącym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799, z późn. zm.) oraz podmiotowi uprawnionym do wykonywania praw z tytułu udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostkom samorządu terytorialnego lub uczelniom medycznym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – w przypadku usługodawcy będącego podmiotem leczniczym w formie spółki kapitałowej, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej – zakresie usługodawcy, dla którego jest podmiotem tworzącym

– w celu i zakresie niezbędnym do realizacji ich zadań ustawowych.

Należy wskazać, że w zakresie danych osobowych, przetwarzaniu będzie podlegał jedynie identyfikator pracownika medycznego w rozumieniu art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465 oraz z 2024 r. poz. 1897). W EPS nie będą gromadzone i przetwarzanie dane medyczne o usługobiorcach.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Projektowana zmiana stanowi domenę prawa krajowego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
minister właściwy do spraw zdrowia	1	dana powszechnie znana	możliwość monitorowania na poziomie centralnym informacji o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (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. zasobów gazów

			medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew, 8. danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.
Minister Obrony Narodowej	1	dana powszechnie znana	możliwość monitorowania na poziomie centralnym informacji o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (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. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew, 8. danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.
NFZ	1 centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie centralnym i regionalnym informacji o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (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. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew, 8. danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.
województwie	16	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie regionalnym informacji o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (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. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew, 8. danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.
marszałkowie województwa	16	dane powszechnie znane	możliwość monitorowania na poziomie regionalnym informacji o: 1. łóżkach szpitalnych, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów

			medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (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. zasobów gazów medycznych, 7. zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew, 8. danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.
wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego	16	dane własne Ministerstwa Zdrowia	możliwość monitorowania na poziomie Rejonów Zabezpieczenia Medycznego Wojsk informacji o: 1. łóżkach szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.
dyspozytorzy medyczni	około 120 jednoczesnych stanowisk całodobowych	dane własne Ministerstwa Zdrowia	możliwość monitorowania na poziomie regionalnym informacji o: 1. łóżkach szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko,

			2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.
zespoły ratownictwa medycznego	około 1700	dane własne Ministerstwa Zdrowia	możliwość monitorowania, za pośrednictwem dyspozytorni medycznej, na poziomie lokalnym informacji o: 1. łóżkach szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.
Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	1	dana powszechnie znana	możliwość monitorowania na poziomie centralnym informacji o: 1. łóżkach szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko, 2. zasobach pracowników medycznych, 3. dostępności wyrobów medycznych (kluczowego

			sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory), 4. infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia), 5. danych o częściowym albo całkowitym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z powodu siły wyższej lub przyczyn leżących po stronie usługodawcy.
podmioty wykonujące działalność leczniczą (zwane dalej „PVDL”)	około 27 tys.	rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	uproszczenie bieżącej sprawozdawczości i zarządzania zasobami
świadczeniobiorcy	37 mln 563 tys.	Dane Głównego Urzędu Statystycznego (czerwiec 2024 r.)	poprawa jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych dla jednostek systemu PRM

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Niniejszy projekt zostanie przesłany do konsultacji publicznych i opiniowania, z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag, do:

1. Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
2. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
3. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
4. Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
5. Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
6. Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego;
7. Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
8. Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
9. Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
10. Centrum e-Zdrowia;
11. Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
12. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;
13. Głównego Inspektora Sanitarnego;
14. Głównego Inspektora Farmaceutycznego;
15. Prezesa Agencji Badań Medycznych;
16. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH;
17. Rzecznika Praw Pacjenta;
18. Naczelnej Izby Lekarskiej;
19. Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych;
20. Naczelnej Izby Aptekarskiej;

21. Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych;
22. Krajowej Izby Fizjoterapeutów;
23. Krajowej Izby Ratowników Medycznych;
24. Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych;
25. Krajowego Związku Pracowników Ratownictwa Medycznego;
26. Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych;
27. Polskiego Związku Ratowników Medycznych;
28. Międzyzakładowego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych w Legnicy;
29. Krajowego Stowarzyszenia Ratowników Medycznych;
30. Związku Zawodowego Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
31. Związku Zawodowego Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne;
32. Polskiej Federacja Szpitali;
33. Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
34. Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego;
35. Federacja Przedsiębiorców Polskich;
36. Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
37. Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
38. Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
39. Stowarzyszenia „Dla Dobra Pacjenta”;
40. Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
41. Federacji Pacjentów Polskich;
42. Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
43. Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
44. Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych;
45. Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
46. Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
47. Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
48. Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Polskich Szpitali Prywatnych;
49. Pracodawców Medycyny Prywatnej;
50. Stowarzyszenia Unia Uzdrowisk Polskich;
51. Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
52. Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
53. Federacji Przedsiębiorców Polskich;
54. Związku Pracodawców Business Centre Club;
55. Związku Rzemiosła Polskiego;
56. Konfederacji „Lewiatan”;
57. Forum Związków Zawodowych;
58. Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
59. NSZZ „Solidarność”;
60. NSZZ „Solidarność-80”;
61. Rady Dialogu Społecznego;
62. Polskiego Towarzystwa Gospodarczego;

63. Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
64. Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
65. Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”;
66. Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu;
67. Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc;
68. Instytutu Hematologii i Transfuzjologii;
69. Instytutu Matki i Dziecka;
70. Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera;
71. Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki;
72. Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego;
73. Narodowego Instytutu Leków;
74. Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego;
75. Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”;
76. Instytutu Psychiatrii i Neurologii;
77. Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher;
78. Wojewodów i Marszałków województw.

Skrócenie okresu konsultacji publicznych do 21 dni jest związane z istnieniem przesłanki ważnego interesu publicznego. Ze względu na wagę mającego powstać systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, istotnego z punktu widzenia świadczeniobiorców, jak i całego systemu ochrony zdrowia jest zasadne, aby system ten został wdrożony w jak najkrótszym czasie. W szczególności jest to istotne z perspektywy funkcjonowania Państwowego Ratownictwa Medycznego, co z kolei przekłada się na wzrost bezpieczeństwa pacjentów. Możliwość weryfikacji informacji na temat dostępności łóżek skróci czas oczekiwania na przyjęcie do szpitala. Ponadto, sprawne przeprowadzenie procesu konsultacji umożliwi pozyskanie finansowania na realizację projektu ze środków unijnych.

Projekt, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248 oraz z 2024 r. poz. 1535), zostanie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia wraz z przekazaniem projektu do uzgodnień z członkami Rady Ministrów.

Projekt zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną przedstawione w dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

[illegible]

[illegible]

Rok 0 rozumiany jest jako 2025 – dwa lata przed wejściem w życie zmienianej ustawy (w tym czasie będą realizowane prace projektowe i deweloperskie)

Źródło finansowania:

W latach 0-1:

W latach 0-1 projekt będzie realizowany, pod warunkiem uzyskania dofinansowania, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Cyfrowego na lata 2021-2027, a środki na 2025 rok są zabezpieczone w rezerwach celowych poz. 8, 98 i 99.

Projekt został złożony w naborze nr FERC.02.01-IP.01-003/24, Priorytet: Zaawansowane usługi cyfrowe, Działanie: Wysoka jakość i dostępność e-usług publicznych, Fundusz: Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego.

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.

Wybór projektu do dofinansowania następuje w sposób konkurencyjny. Projekt zostanie rekomendowany do dofinansowania, jeżeli uzyska ocenę pozytywną w wyniku oceny formalnej i ocenę pozytywną w wyniku oceny merytorycznej. Termin przewidziany na ocenę wniosku nie powinien, co do zasady, przekroczyć 100 dni licząc od daty przekazania wniosku do oceny (tj. od 10.01.2025 r.) do momentu wysłania Wnioskodawcy informacji o wyniku oceny wniosku.

Zgodnie ze złożonym wnioskiem o dofinansowanie, maksymalne dofinansowanie wynosi 100% kwoty wydatków kwalifikowanych projektu, pod warunkiem uzyskania pozytywnej oceny oraz wybrania projektu do dofinansowania. W ramach tego 79,71% stanowią środki UE (EFRR) w kwocie 32 950 596,05 zł, a 20,29 % stanowi współfinansowanie krajowe z budżetu państwa w kwocie 8 387 499,61 zł.

W latach 2-10:

W latach 2-10 projekt będzie realizowany w ramach części 46-Zdrowie budżetu państwa, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Na etapie projektowania budżetów na poszczególne lata, konieczne będzie każdorazowe zgłaszanie potrzeby zabezpieczenia wydatków ujętych w niniejszym dokumencie.

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.

Projektowana regulacja nie powoduje skutków dla innych jednostek sektora finansów publicznych, w tym jednostek samorządu terytorialnego.

Źródła finansowania

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń

Założenia do przyjętych wyżej obliczeń (koszty ponoszone przez Centrum e-Zdrowia – opracowanie Centrum e-Zdrowia):

Bazowe	2025 FERC	2026 FERC	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	RAZEM
etaty	26,8	26,8	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	1,38	
Koszty osobowe w tym:												
wynagrodzenia	4 347 428	4 648 837	668 994	331 200	331 200	331 200	331 200	331 200	331 200	331 200	331 200	12 314 860
DWR	3 617 130	3 560 451	253 976	253 976	253 976	253 976	253 976	253 976	253 976	253 976	253 976	9 463 363
składki ZUS	0	307 456	302 638	21 588	21 588	21 588	21 588	21 588	21 588	21 588	21 588	782 798
PPK	676 042	722 912	104 031	51 503	51 503	51 503	51 503	51 503	51 503	51 503	51 503	1 915 007
	54 257	58 019	8 349	4 133	4 133	4 133	4 133	4 133	4 133	4 133	4 133	153 692
% dynamiki zm. wynagr.	1,050	1,063	1,058	1,053	1,027	1,027	1,026	1,025	1,025	1,024	1,024	
Razem koszty osobowe z uwzgl. % dynamiki	4 564 800	5 188 800	790 007	411 838	422 958	434 378	445 672	456 814	468 234	479 472	490 979	14 153 951
Wydatki bieżące	6 329 039	2 646 637	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	4 758 431	51 801 553
Wydatki majątkowe	16 872 925	5 735 894	5 914 720	6 102 486	6 299 641	6 506 654	6 724 017	6 952 248	7 191 891	7 443 517	7 666 822	83 410 816
Razem wydatki bieżące i majątkowe	23 201 964	8 382 532	10 673 150	10 860 917	11 058 072	11 265 085	11 482 448	11 710 679	11 950 322	12 201 947	12 425 253	135 212 369
CPI	0,000	0,000	1,026	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	1,025	
Razem wydatki bieżące i majątkowe z uwzględnieniem CPI	23 201 964	8 382 532	10 950 652	11 132 440	11 334 524	11 546 712	11 769 509	12 003 446	12 249 080	12 506 996	12 735 884	137 813 739
Wpływy podatkowe i składowe	274 708	50 949	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	49 378	770 058
RAZEM EPS (z uwzgl.%dynamiki i CPI) pomniejszone o wpływy podatkowe i składowe	27 492 056	13 520 383	10 901 274	11 083 062	11 285 146	11 497 334	11 720 131	11 954 068	12 199 702	12 457 618	12 686 506	151 197 632

Uzasadnienie wydatków:

Etaty, koszty osobowe – wynikające z powołania zespołu projektowego, który będzie realizował następujące zadania:

- 1) zarządzanie, nadzór i realizacja prac deweloperskich związanych z wytworzeniem i rozwojem systemu,
- 2) nadzór nad realizacją usług utrzymania oraz realizacja zadań utrzymaniowych w zakresie Centrum e-Zdrowia,
- 3) wsparcie dostawców oprogramowania w integracji i rozwiązywania problemów,
- 4) rozwiązywanie zgłoszeń, zapytań i błędów,
- 5) współpraca z interesariuszami w zakresie obsługi zmian procesów,

Zapotrzebowanie na poszczególne zadania będzie zależne od potrzeb, np. w pierwszym okresie większy udział stanowić będą osoby pracujące nad wytworzeniem aplikacji, a w mniejszym zakresie osoby związane z realizacją prac utrzymaniowych, natomiast po wdrożeniu oraz sukcesywnym uruchamianiu kolejnych funkcjonalności, proporcje będą się zmieniać na korzyść zespołu utrzymaniowego. Wskazana liczba wynika z oszacowania wielkości zadań, które wprowadzi projekt ustawy oraz doświadczeń związanych z wdrażaniem usług masowych (dla całej populacji), które staną się jednocześnie usługą mającą wpływ na funkcjonowanie każdego podmiotu leczniczego.

W ramach realizowanych działań planowane do zabezpieczenia są bezpośrednie koszty zarządzania projektem EPS. Do realizacji działań w powyższych obszarach niezbędne jest posiadanie przez Centrum e-Zdrowia wysoko wykwalifikowanych specjalistów. W celu prawidłowej realizacji projektu i zabezpieczenia właściwego utrzymania i rozwoju, kluczowe stanowiska winny być obsadzone przez pracowników etatowych Centrum e-Zdrowia. W ramach etatów wykonujących merytoryczne zadania związane z głównymi celami i produktami projektu przewidziane są następujące stanowiska (Skład zespołu projektowego):

Rok 2025 (finansowanie ze środków FERC):

9 miesięcy:

- Analityk (KBT+ABT) – 0,6 FTE
- DevOps (Development) – 1,10 FTE
- Analityk (Development) – 0,3 FTE
- Zastępca Kierownika Projektu – 0,8 FTE
- Administrator systemów IT – 0,8 FTE
- PMO specjalista – 0,1 FTE
- Specjalista ds. zarządzania zmianą – 0,2 FTE
- Lider techniczny – 0,2 FTE

- Lider testów - 0,1 FTE
- Nadzór nad projektem – 0,1 FTE
- Utrzymanie i wsparcie (Analitycy, Architekci, DevOps) – 8 FTE
- Linia L2 i L3 (Zespół aplikacyjny - dyżur) – 6 FTE
- Administrator (Utrzymanie infrastruktury - ruch ciągły) – 5 FTE

Rok 2026 (finansowanie ze środków FERC):

3 miesiące:

- Analityk (KBT+ABT) – 0,6 FTE
- DevOps (Development) – 1,1 FTE
- Analityk (Development) – 0,3 FTE
- Zastępca Kierownika Projektu – 0,8 FTE
- Administrator systemów IT – 0,8 FTE
- PMO specjalista – 0,1 FTE
- Specjalista ds. zarządzania zmianą – 0,2 FTE
- Lider techniczny – 0,2 FTE
- Lider testów - 0,1 FTE
- Nadzór nad projektem – 0,1 FTE

12 miesięcy:

- utrzymanie i wsparcie (Analitycy, Architekci, DevOps) – 8 FTE
- Linia L2 i L3 (Zespół aplikacyjny - dyżur) – 6 FTE
- Administrator (Utrzymanie infrastruktury - ruch ciągły) – 5 FTE

Koszty osobowe w Ministerstwie Zdrowia:

Rok 2025 i 2026 (finansowanie ze środków FERC):

- Kierownik projektu po stronie lidera – 1 FTE
- Specjalista ds. kontaktu z interesariuszami – 0,5 FTE
- Specjalista ds. legislacji – dodatek zadaniowy (okres trwania projektu)
- Specjalista ds. wsparcia technicznego - dodatek zadaniowy (okres trwania projektu)
- Utworzenie strony projektu w ramach struktury Ministerstwa Zdrowia - 1 dodatek zadaniowy (3 miesiące).

Ponadto w ramach etatów pośrednich planowane są koszty personelu obsługowego jednostki zaangażowanego w realizację zadań związanych z Projektem dotyczy to m. in. obsługi kadrowej, finansowej, księgowej, zamówień publicznych, obsługi prawnej, administracyjnej, kosztów zarządu czy też Ekspert ds. WCAG i serwisów internetowych. Zapewnienie odpowiednio dobranego zespołu projektowego pozwoli na szybkie i efektywne wykonanie prac oraz osiągnięcie założonego celu projektu na najwyższym poziomie. W realizacji projektu przewidziano wspólny udział pracowników etatowych i konsultantów BDL.

W wyliczeniach uwzględniono wszystkie składniki wynagrodzeń, w tym pochodne. Została również uwzględniona indeksacja kosztów wynagrodzeń o wskaźnik procentowy dynamiki zmiany wynagrodzeń zgodnie z opublikowanym przez Ministerstwo Finansów dokumentem pn. „Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw. Aktualizacja na październik 2024”.

Wydatki bieżące:

Przygotowując oszacowanie poziomu kosztów i nakładów, dokonano badania rynku,

m.in. przeanalizowano ceny transakcyjne podobnych urządzeń czy systemów w zrealizowanych wcześniej projektach oraz dokonano przeglądu szacunków w trwających postępowaniach a także stron internetowych potencjalnych dostawców i wykonawców dla poszczególnych pozycji kosztów. W analizie dla każdego z kosztów przyjęto średnią z uzyskanych wycen.

Usługi zewnętrzne - w ramach przedmiotowej kategorii oszacowano koszty wytworzenia, integracji i wdrożenia oprogramowania, a także koszty niezbędne na dostosowanie projektu do norm WCAG 2.1. Dla obowiązujących umów przyjęto stawkę z tychże umów. Dla oszacowania pozostałych kosztów roboczogodzin przyjęto średnią stawkę wynikającą z obecnie przeprowadzanych postępowań przetargowych w zakresie wytworzenia systemu tj. 225,00 zł brutto.

Uwzględniony został dostęp do infrastruktury został wyliczony jako uśredniony koszt zapewnienia dostępu do infrastruktury (serwery, macierze, licencje middleware), udostępniony z całości platformy wirtualizacyjnej. Zawarto także koszt odtworzenia. Środki umożliwią zapewnienie infrastruktury niezbędnej dla prawidłowego funkcjonowania systemu.

Zawiera koszt pozyskania licencji to koszt bazy danych wraz z opcjami (licencje wieczyste), a w kolejnych latach koszt asysty technicznej i konserwacji oraz indeksacji kosztów.

Na wydatki majątkowe składają się koszty zakupu lub dzierżawy infrastruktury teleinformatycznej oraz koszty zakupu profesjonalnych narzędzi bazodanowych.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	brak						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	brak						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Z perspektywy świadczeniobiorcy, wdrożenie systemu informacji EPS pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych, dostępnego dla jednostek						

		systemu PRM. Przełoży się to na zapobieganie odmowom przyjęcia świadczeniobiorcy przez szpital i ograniczy konieczność transportu świadczeniobiorcy pomiędzy szpitalami w celu udzielenia mu świadczenia opieki zdrowotnej.
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana zmiana zwiększa katalog raportowanych danych w porównaniu do systemu SEZOZ, ale jednocześnie zakłada maksymalną automatyzację i przekazywanie danych bezpośrednio ze szpitalnych systemów informatycznych. Zmiana ta, dotyczy wyłącznie usługodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej. Z uwagi na brak dostępnych danych, nie wskazano kosztów integracji po ich stronie. 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 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. Niezależnie od powyższego wdrożenie EPS, 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 narzędzi 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. W przypadku pozostałych podmiotów wskazanych w pkt 4 nie przewiduje się ponoszenia przez nie kosztów uruchomienia i utrzymania systemu EPS lub dostępem do niego (bezkosztowy dostęp do systemu EPS będzie realizowany z poziomu przeglądarki internetowej). W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna, zakres informacji oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☐ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☒ inne: zapewnienie dostępu do aktualnych danych dla poszczególnych szczebli zarządzania	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
Zakres danych przekazywanych do EPS częściowo pokrywa się z danymi już przekazywanymi przez usługodawcę do SEZOZ, w związku z powyższym nowa regulacja nie spowoduje znacząco większego obciążenia administracyjnego. Projektowana zmiana zwiększa katalog raportowanych danych w porównaniu do systemu SEZOZ, ale jednocześnie zakłada maksymalną automatyzację i przekazywanie danych bezpośrednio ze szpitalnych systemów informatycznych. Zmiana ta, dotyczy wyłącznie usługodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej.		

W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna, zakres informacji oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian.

Ponadto, dane gromadzone w systemie SEZOZ, staną się danymi EPS, co nie spowoduje konieczności ponownego uzupełniania przekazanych już danych, a stosowane formularze zostaną zachowane. Jednocześnie będą one odświeżone pod kątem „user experience”, co ułatwi wprowadzanie danych. Będzie to szczególnie wartościowe dla podmiotów nie posiadających rozbudowanych systemów informatycznych (POZ i AOS).

Należy również uwzględnić fakt, że wprowadzony proces automatyzacji gromadzenia i przekazywania danych bezpośrednio ograniczy sprawozdawczość wykonywaną dotychczas przez personel świadczeniodawców.

9. Wpływ na rynek pracy

Nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne
☐ sytuacja i rozwój regionalny
☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe

☐ demografia
☐ mienie państwowe
☒ inne: dane osobowe

☒ informatyzacja
☒ zdrowie

Omówienie wpływu

Zakres danych przekazywanych do EPS częściowo pokrywa się z danymi już przekazywanymi przez usługodawcę do SEZOZ, w związku z powyższym nowa regulacja nie spowoduje znacząco większego obciążenia administracyjnego.

Projektowana zmiana zwiększa katalog raportowanych danych w porównaniu do systemu SEZOZ, ale jednocześnie zakłada maksymalną automatyzację i przekazywanie danych bezpośrednio ze szpitalnych systemów informatycznych. Zmiana ta, dotyczy wyłącznie usługodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju całodobowe i stacjonarne świadczenia opieki zdrowotnej.

W odniesieniu do pozostałych usługodawców, w szczególności udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna, zakres informacji oraz sposób i częstotliwość ich przekazywania pozostanie bez zmian.

Ponadto, dane gromadzone w systemie SEZOZ, staną się danymi EPS, co nie spowoduje konieczności ponownego uzupełniania przekazanych już danych, a stosowane formularze zostaną zachowane. Jednocześnie będą one odświeżone pod kątem user experience, co ułatwi wprowadzanie danych. Będzie to szczególnie wartościowe dla podmiotów nie posiadających rozbudowanych systemów informatycznych (POZ i AOS).

Należy również uwzględnić fakt, że wprowadzony proces automatyzacji gromadzenia i przekazywania danych bezpośrednio ograniczy sprawozdawczość wykonywaną dotychczas przez personel świadczeniodawców.

Wprowadzenie jednolitej w skali kraju Ewidencji Potencjału Świadczeniodawców umożliwi monitorowanie:

- 1) dostępności łóżek szpitalnych oraz umożliwienie zgłoszenia zapotrzebowania na łóżko przez jednostki systemu PRM (dyspozytorów medycznych lub wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego);
- 2) zasobów pracowników medycznych;
- 3) dostępności wyrobów medycznych (kluczowego sprzętu medycznego, m.in. CT, MRI, RTG, USG, respiratory);
- 4) infrastruktury (w odniesieniu do obiektów związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej);
- 5) w szczególności w zakresie jej dostępności, stanu, instalacji i elementów wyposażenia),
- 6) dostępności środków ochrony indywidualnej;
- 7) zasobów gazów medycznych.

Ponadto, w celu ułatwienia dostępu, w systemie będą prezentowane informacje dotyczące zapasów krwi i jej składników gromadzone w systemie e-Krew.

W systemie będą gromadzone również 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.

Będzie także stanowić wsparcie procesu decyzyjnego (w warstwie raportowo-analitycznej) oraz reagowania w sytuacjach kryzysowych. Pozwoli również na zbudowanie referencyjnej bazy

	danych dla poszczególnych szczebli zarządzania, a w efekcie na uproszczenie procesu raportowania przez świadczeniodawców do różnych podmiotów (CZK, wojewoda, marszałek województwa, Ministerstwo Zdrowia, NFZ, itp.) z jednoczesnym zapewnieniem kompletności i jakości danych. System będzie także umożliwiać wskazanie zapotrzebowania na łóżka szpitalne przez jednostki systemu PRM, co wpłynie na podniesie jakości opieki przedszpitalnej. Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych, w zakresie identyfikatora pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302).
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2027 r. Projektowana 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.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Bieżący monitoring. Realizacja zadań sprawozdawczych przez system w każdym z województw. Objęcie systemem wszystkich świadczeniodawców w kraju.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
Ocena skutków dla ochrony danych (DPIA – Data Protection Impact Assessment)	