

UZASADNIENIE

Pandemia COVID-19 wywołana przez koronawirusa SARS-CoV-2 pokazała jak niska jest jakość i efektywność raportowania danych będących w posiadaniu świadczeniodawców dotyczących zasobów bezpośrednio związanych z możliwością udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do szybkiego podejmowania decyzji przez Ministra Zdrowia i reagowania w oparciu o aktualne dane w sytuacji kryzysowej. Wiele informacji przekazywanych było przez świadczeniodawców drogą telefoniczną lub mailową z wykorzystaniem dokumentów docx, pdf czy xlsx. W przypadku systemów teleinformatycznych, dane wprowadzano ręcznie, a w niektórych obszarach kilka razy dziennie z uwagi na konieczność aktualizacji sprawozdanych danych. Powodowało to obciążenie dodatkowymi zadaniami personelu świadczeniodawców, a także konieczność zatrudnienia nowych pracowników lub skierowania do realizacji tych zadań żołnierzy Wojsk Obrony Terytorialnej.

Należy także wskazać, że tożsame merytorycznie zestawienia opracowywane były dla różnych podmiotów poszczególnych szczebli zarządzania Państwem, co powodowało dodatkowe obciążenie personelu, w tym także medycznego, a także powodowało publikowanie nieporównywalnych wyników z uwagi na czas (godzinę) wygenerowania poszczególnych wskaźników. Przeprowadzone przez Sieć Badawczą Łukasiewicz badania potwierdziły zarówno mnogość dublowanych zestawień i raportów, jak również konieczność przekazywania ich praktycznie przez cały dzień. Ta sytuacja przekładała się również na jakość sprawozdawanych danych, a tym samym na procesy decyzyjne.

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.

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.

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, lądowiska, 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 łózkach 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 świetle powyższego, podjęto decyzję o stworzeniu centralnego systemu teleinformatycznego Ewidencja Potencjału Świadczeniodawcy (EPS), którego celem jest zapewnienie możliwości monitorowania zasobów usługodawców w czasie rzeczywistym (w sposób zautomatyzowany), w szczególności w zakresie infrastruktury, łóżek szpitalnych, pracowników medycznych, wyrobów medycznych, środków ochrony indywidualnej, gazów medycznych oraz możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (częściowym lub

całkowitym) w celu zapewnienia wsparcia procesu decyzyjnego oraz możliwości reagowania w sytuacjach kryzysowych przez Ministra Zdrowia i organy terenowej administracji rządowej oraz podejmowania działań planistycznych w ramach Krajowego Planu Zarządzania Kryzysowego i przygotowań obronnych. System ma także umożliwiać zgłoszenie zapotrzebowania na łóżka szpitalne przez jednostki systemu PRM.

Zakłada się wprowadzenie jak najszerzej automatyzacji przekazywania danych przez połączenie z systemami teleinformatycznymi usługodawców, co pozwoli na pozyskiwanie danych w czasie rzeczywistym (lub do niego zbliżonym) oraz pozwoli na odciążenie personelu w obszarze zadań sprawozdawczych. Z drugiej strony, powstanie bazy danych o charakterze referencyjnym, pozwoli na korzystanie przez wszystkie szczeble zarządzania z informacji o tym samym poziomie aktualności.

Z perspektywy świadczeniobiorcy, wdrożenie systemu pozwoli na poprawę jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych (m.in. przez zapobieganie odmowom przyjęcia pacjenta w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć oraz ograniczenie przewożenia pacjenta pomiędzy szpitalami, zapewnienie diagnostyki oraz leczenia odpowiedniego do stanu pacjenta), a także na podniesienie jakości procesu decyzyjnego w ochronie zdrowia w zakresie potencjału usługodawcy i poprawy jakości udzielanych świadczeń.

W EPS nie będą gromadzone i przetwarzane dane medyczne dotyczące usługobiorców.

Projektowana ustawa zakłada, że System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia (SEZOZ), staje się z dniem 1 stycznia 2027 r. systemem EPS. Dane zgromadzone w systemie SEZOZ stają się z tym dniem danymi systemu EPS.

Zakłada się, że projekt ustawy wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.

Procedowana zmiana zakłada także wygaszenie przekazywania przez usługodawców informacji dotyczących hospitalizacji pacjentów z COVID-19, w tym danych klinicznych, oraz łóżek przeznaczonych dla pacjentów z COVID-19 do Rządowego Centrum Bezpieczeństwa. Zakres ten dodano do ustawy w czasie pandemii COVID-19, przy czym przeznaczony do tego moduł systemu teleinformatycznego nie został uruchomiony, a termin rozpoczęcia przekazywania przez usługodawców danych do Rządowego Centrum Bezpieczeństwa jest wciąż przekładany. Biorąc pod uwagę aktualną sytuację epidemiczną, zaprojektowane rozwiązanie nie znajduje już uzasadnienia.

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. W związku z tym, przeprowadzono ocenę skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na rozwój mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw wykonujących działalność leczniczą.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt ustawy nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektu umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.