

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ KOMISJI ZDROWIA

(NR 136)

z dnia 12 maja 2026 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia Komisji Zdrowia (nr 136)

12 maja 2026 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem poseł **Marty Golbik (KO)**, przewodniczącej Komisji, poseł **Elżbiety Gelert (KO)**, zastępcy przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia (druk nr 2460).

W posiedzeniu udział wzięli: **Tomasz Maciejewski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Marta Maciążek** zastępca dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, **Karina Szewczyk** zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, **Monika Krasińska** dyrektor Departamentu Prawa i Nowych Technologii Urzędu Ochrony Danych Osobowych wraz ze współpracownikami, **Andrzej Sarnowski** dyrektor Pionu Rozwoju SIM i Wdrożeń w Centrum e-Zdrowia, **Anna Drohomirecka** kierownik ds. koordynacji Krajowej Sieci Kardiologicznej w Narodowym Instytucie Kardiologii, **Irena Rej** prezes Izby Gospodarczej „Farmacja Polska”, **Stanisław Maćkowiak** prezes Federacji Pacjentów Polskich, **Mateusz Szamałek** prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, **Grzegorz Rychwalski** wiceprezes Polskiego Związku Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, **Arkadiusz Ujma** wiceprezes Krajowej Rady Fizjoterapeutów, **Tomasz Latos** członek Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego, **Krzysztof Baka** radca prawny Naczelnej Izby Aptekarskiej, **Anna Śliwińska** manager ds. rządowych Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, **Krzysztof Zdobyłak** członek zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska, **Błażej Papiernik** radny rady miasta Koszalin, **Aleksander Łabanowski** asystent przewodniczącej Komisji.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Julia Rychter**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Katarzyna Abramowicz**, **Anna Jakubik** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

Przewodnicząca poseł **Marta Golbik (KO)**:

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia. Stwierdzam kworum.

Witam członków Komisji i zaproszonych gości.

Porządek dzisiejszego posiedzenia, przyjęty przez Prezydium Komisji, przewiduje pierwsze czytanie rządowego projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia (druk nr 2460). Uzasadnia minister zdrowia.

Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Marszałek Sejmu w dniu 22 kwietnia 2026 r. skierował rządowy projekt ustawy o zmianie do Komisji Zdrowia do pierwszego czytania. Przystępujemy do pierwszego czytania projektu ustawy z druku nr 2460.

Przypominam, że zgodnie z art. 39 ust. 1 regulaminu Sejmu pierwsze czytanie obejmuje uzasadnienie projektu przez wnioskodawcę, debatę w sprawie ogólnych zasad projektu oraz pytania posłów i odpowiedzi wnioskodawców. O przedstawienie uzasadnienia do projektu ustawy proszę ministra zdrowia, przedstawiciela wnioskodawców. Jest z nami pan minister Maciejewski. Bardzo proszę.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia **Tomasz Maciejewski**:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo, Wysoka Komisjo, na początek chciałbym podziękować wszystkim państwu, którzy uruchomili proces cyfryzacji systemu ochrony zdrowia. Dzięki państwa pracy w poprzednich latach obecnie jesteśmy na 6. miejscu w Europie, jeżeli chodzi o ucyfrowienie naszego systemu ochrony zdrowia. Jesteśmy bardzo wysoko notowani i dzięki temu możemy kontynuować i rozwijać naszą cyfrową ochronę zdrowia.

Przedkładany projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia stanowi jeden z kluczowych elementów dalszej modernizacji systemu ochrony zdrowia, wynikający z rzeczywistej skali zachodzących zmian w obszarze cyfryzacji. Jest on bezpośrednio

powiązany z realizacją rządowego priorytetu e-zdrowie, którym jest cyfryzacja systemu opieki zdrowotnej. Jednak to, co szczególnie wymaga podkreślenia, to fakt, że prezentowana dzisiaj regulacja jest fragmentem inwestycji w ramach KPO, w szczególności inwestycji D1.1.2, transformacja cyfrowa opieki zdrowotnej. Wszyscy zdajemy sobie sprawę, że jest to inwestycja na historycznym poziomie, która zapewnia Polsce 4,2 mld zł zarówno na rozwój infrastruktury, jak i wdrażanie nowych rozwiązań systemowych w obszarze danych medycznych, diagnostyki oraz organizacji udzielania świadczeń. Jest to realne wsparcie finansowe, na które czekają placówki medyczne udzielające świadczeń w całej Polsce.

Chcę podkreślić, że w ramach tych inwestycji modernizacji infrastruktury centralnej nie skupiliśmy się na aglomeracjach i ośrodkach klinicznych. Dziś w zakresie cyfryzacji najmocniej wspieramy szpitale samorządowe. Szpitale powiatowe uzyskały wsparcie w kwocie 1,25 mld zł, to jest 40% całej puli finansów. Szpitale wojewódzkie w kwocie 1 mld zł, czyli kolejne 30% alokacji. To one najbardziej potrzebowały inwestycji, zmian systemów i wsparcia cyberbezpieczeństwa, które umacniają koordynację opieki nad pacjentem, umożliwiają digitalizację dokumentacji oraz wymianę danych.

Proszę państwa, dziś wszyscy oczekujemy dynamicznego rozwoju usług e-zdrowia, dlatego jednocześnie musimy pozostawać świadomi, że rosnące możliwości wykorzystania danych medycznych w praktyce klinicznej sprawiają, że dalszy rozwój systemu wymaga ich integracji, ujednolicenia oraz stworzenia spójnych zasad funkcjonowania.

Projekt ustawy odpowiada na ten etap, umacnia spójne środowisko cyfrowe dla e-usług w ochronie zdrowia. W tym kontekście szczególne znaczenie nabierają rozwiązania umożliwiające integrację danych o pacjencie i wspieranie procesów diagnostycznych. Rozwój narzędzi opartych na sztucznej inteligencji w ramach jednolitej platformy jest naturalną konsekwencją postępu technologicznego i rosnącej liczby danych diagnostycznych. W tym miejscu wymaga podkreślenia, że infrastruktura, która powstaje w Centrum e-Zdrowia, będzie bezpieczna, transparentna i wyposażona w zweryfikowane, certyfikowane algorytmy AI. Z całą odpowiedzialnością projektujemy system, który ma dać pacjentom i personelowi medycznemu poczucie bezpieczeństwa zarówno co do przetwarzania danych, jak i wiarygodności klinicznej. Rozwiązania, które zostaną udostępnione, nie zastępują decyzji profesjonalisty medycznego, lecz wzmacniają proces diagnostyczny, zwiększając jego powtarzalność oraz dostępność, szczególnie w obszarach o największym zapotrzebowaniu na specjalistyczną wiedzę. Doszpitalnie działanie platformy i wszystkich jej elementów pozostaje nieodpłatne.

Istotnym elementem projektowanej zmiany jest również rozwój modeli opieki zdrowotnej, które wykraczają poza tradycyjny, stacjonarny sposób udzielania świadczeń. Systemy umożliwiające zdalne monitorowanie stanu zdrowia oraz prowadzenie konsultacji między specjalistami są dziś oczekiwanym standardem. Przykłady rynkowe jednoznacznie potwierdzają, że sprzyja to skuteczniejszej koordynacji i zapewnieniu ciągłości opieki. Wszyscy dostrzegamy, że są to dziś bardzo potrzebne elementy zarówno dla komfortu pacjenta, jak i wykorzystania zasobów, które posiadamy w naszym systemie.

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, jeszcze raz chcę podkreślić, że przedstawiany dzisiaj projekt ustawy porządkuje funkcjonowanie kluczowych systemów cyfrowych oraz tworzy stabilne ramy technologiczne i organizacyjne, które umożliwiają ich pełne wykorzystanie w codziennej praktyce. W tym ujęciu cyfryzacja staje się trwałym elementem funkcjonowania ochrony zdrowia i realnie go wzmacnia dla pacjentów i wszystkich jego uczestników.

Mając na uwadze powyższe oraz priorytet wprowadzonych zmian, zwracam się do Wysokiej Komisji z prośbą o dalsze procedowanie przedmiotowego projektu ustawy. O szczegółowe przedstawienie ewentualnych projektowanych systemów i praktycznego funkcjonowania wynikających z artykułów ustawy proszę zastępcę dyrektora Departamentu Zdrowia, panią dyrektor Karolinę Tądel.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora Departamentu e-Zdrowia Ministerstwa Zdrowia Karolina Tądel:

Dzień dobry, Karolina Tądel, Departament Zdrowia.

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, zebrani goście, tak jak przedstawił pan minister, rozwój zdrowia w ostatnich latach stworzył nam silne cyfrowe podstawy do funkcjonowania

systemu ochrony zdrowia. Dzisiaj ten etap, na którym jesteśmy, to doprecyzowanie ról systemowych, zasad przetwarzania informacji medycznej, ale też silne podstawy prawne dla kolejnych, bardziej zaawansowanych usług, które projektujemy.

Co istotne, ustawa nie ma co do zasady zmieniać kierunku tych działań. To, na czym nam dzisiaj zależy, to doprecyzowanie i wzmocnienie tych zapisów, aby te rozwiązania, które są przedstawione w projekcie, mogły zafunkcjonować. Tym samym, szanowni państwo, projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem usług e-zdrowia definiuje dzisiaj nowe systemy teleinformatyczne, wprowadza nowe kategorie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz porządkuje też zasady funkcjonowania systemu informacji w ochronie zdrowia.

Jedną ze zmian, od której chcę zacząć, jest wprowadzenie nowego rodzaju elektronicznej dokumentacji medycznej, karty pacjenta. Dokument wprowadzający zmiany w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. stanowi nowe ujednolicone źródło kluczowych informacji o pacjencie. Można znać ten dokument również pod skrótem Patient Summary. Karta pacjenta jest tym samym dokumentem systemowym, i co istotne, generowanym w oparciu o dane już zgromadzone w systemie informacji w ochronie zdrowia. Jej wprowadzenie nie zmienia zasad funkcjonowania i prowadzenia dokumentacji medycznej. Jest to element uzupełnienia, podsumowania o aktualnym stanie zdrowia pacjenta. Jest to również zgodne z europejskim standardem Patient Summary co do wymiany danych transgranicznych, do którego jako Polska dołączamy. Tym samym karta wspiera ciągłość opieki pomiędzy różnymi systemami, różnymi poziomami tak naprawdę tego systemu, zwiększając bezpieczeństwo nie tylko na poziomie krajowym, ale też w sytuacjach wymagających szybkiego dostępu do danych, gdy pacjent znajduje się poza granicami kraju.

Dodatkowo projekt ustanawia Centrum e-Zdrowia jako krajowy punkt kontaktowy w zakresie opieki transgranicznej. Ma to służyć koordynacji wymiany danych z innymi państwami, ale też zapewnić bezpieczeństwo pacjentom, którzy będą korzystać z systemów opieki zdrowotnej poza granicami Polski. Tym samym tutaj chcę również podkreślić, że Patient Summary i karta pacjenta jest elementem włączania polskiego systemu ochrony zdrowia w bardzo dobrze znany i teraz rozwijający się projekt europejskiej przestrzeni danych dotyczących zdrowia. Jest to istotny komponent, który kraje europejskie przyjęły i mają wspólnie realizować.

Jak już zaczęłam, to rozwinę katalog elektronicznej dokumentacji medycznej, która jest ujęta w ustawie o systemach informacji w ochronie zdrowia. Dostosowujemy go tym samym do współczesnych procesów leczenia i do tego, jak organizowana jest opieka zdrowotna, ponieważ regulacje obejmują nowe wzory tej dokumentacji. Jest to wspomniana przed chwilą karta pacjenta, ale też karta i plan leczenia onkologicznego, znana pod skrótem e-DILO. Myślę, że wszystkim nam znana jest karta opieki kardiologicznej, opis konsultacji udzielanej przez system e-Konsylium, który za chwilę rozwinę, czy też orzeczenia wydawane w ramach medycyny pracy.

Dzięki temu projekt co do zasady wprowadza i udostępnia nowe wzory dokumentacji, tak aby rozszerzać zakres danych dostępnych w systemie, zwiększając też interoperacyjność i możliwość wykorzystania i przetwarzania tych danych w systemie. Ale to, co istotne, chcę teraz przejść do projektu, do tych elementów w projekcie ustawy, które tworzą ramy prawne dla nowoczesnych modeli opieki, w szczególności tej opieki, która ma sprzyjać koordynacji i usprawnianiu ścieżki pacjenta.

Jednym z pierwszych systemów będzie system domowej opieki medycznej jako nowy moduł SIM. Jest to bezpieczne narzędzie do monitorowania stanu zdrowia pacjenta poza placówkami stacjonarnymi. To, co więc istotne, rozwiązanie ma wspierać rozwijanie opieki bliżej pacjenta z wykorzystaniem danych pochodzących z wyrobów medycznych czy też z aplikacji wspierających dobrostan. DOM obejmie pacjentów, którzy borykają się z chorobami przewlekłymi bądź wymagających nadzoru i monitorowania przez lekarzy prowadzących. Rozpocznie się to od pacjentów kardiologicznych i diabetologicznych, dla których znane są modele ich obserwacji. Znane są parametry rejestrowane przez urządzenia, które sprzyjają monitorowaniu stanu pacjenta, takie jak ciśnieniomierz, pulsoksymetr czy narzędzia do pomiaru glukozy. Postrzegamy, że system DOM wzmocni istotnie ciągłość opieki i będzie sprzyjał dostosowaniu świadczeń do indywidualnych potrzeb pacjentów w miejscu zamieszkania, bądź jak najbliżej tego miejsca.

W tym modelu, o którym wspomniałam, w nowoczesnych modelach opieki, jest też system e-Konsylium, który będzie rozwijany, wspierając współpracę specjalistyczną między podmiotami leczniczymi. Rozwiązanie to ma odpowiadać dzisiaj na organizacyjną potrzebę zdalnych konsultacji w ramach systemu publicznego, tak aby wzmocnić koordynację leczenia, ale co ważne

dla pacjentów, rozszerzyć dostęp do wiedzy specjalistycznej niezależnie od miejsca, w którym pacjent się znajdzie i będzie miał udzielane świadczenia. W pierwszej kolejności planowane jest włączenie do e-Konsylium świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii i onkologii, co zostało oczywiście poprzedzone konsultacjami ze środowiskiem i lekarzy, jak i pacjentów.

W przedmiotowym projekcie ustawy następuje również umocowanie prawne funkcjonowania Hurtowni Danych e-Zdrowia, co chcę podkreślić, ponieważ nadane zostaną jednoznaczne ramy prawne, jasno określone cele co do zapewnienia spójności, interoperacyjności i gromadzenia, przetwarzania zbiorów danych, które będą służyły celom prowadzenia analiz, planowania polityki zdrowotnej czy też mapowania potrzeb systemowych w kraju.

W ramach inwestycji prowadzonych w Centrum e-Zdrowia zostanie też udostępnione centrum cyfryzacji dokumentacji medycznej, zapewniające ciągłość dostępu do dokumentacji medycznej i wsparcie procesu cyfryzacji. Skutkiem zmian w projekcie ustawy będzie obowiązywanie jednolitych zasad przechowywania dokumentacji w postaci elektronicznej po zaprzestaniu wykonywania działalności leczniczej przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych.

Jeden z kluczowych elementów w projekcie ustawy, o którym wspomniał również pan minister we wstępie, to Platforma Usług Inteligentnych, czyli narzędzie wspomagające podejmowanie decyzji w oparciu o algorytmy sztucznej inteligencji. Jest to nowy system teleinformatyczny, który umożliwi podmiotom leczniczym udzielającym świadczenia finansowane ze środków publicznych dostęp do certyfikowanych narzędzi i systemów modeli AI w zakresie diagnostyki radiologicznej. Co istotne, umożliwi to automatyzację pewnego zakresu czynności, w tym tworzenia propozycji opisu badania. Platforma ma wspierać personel. Podkreślamy to bardzo mocno. Nie zastępuje go w procesie, nie wyłącza również tych ról obowiązujących w innych przepisach prawa.

Wartym podkreślenia jest to, co również pan minister artykułował, że przygotowywana infrastruktura zapewnia środowisko wyłącznie certyfikowanych algorytmów sztucznej inteligencji, które są dopuszczone na rynek pod reżimem regulacji dla wyrobów medycznych. W pierwszej fazie uruchomienia będzie to dotyczyło takich obszarów jak wykrywanie patologii w tomografii komputerowej klatki piersiowej, wykrywanie zmian niedokrwiennych i krwotocznych w badaniach obrazowych mózgu, diagnostyka zmian pourazowych układu kostnego w RTG, wykrywanie zmian nowotworowych piersi czy też wykrywanie zmian patologii RTG klatki piersiowej. Z perspektywy systemowej platforma ma dzisiaj szczególne znaczenie dla lepszego zarządzania i koordynacji ścieżką pacjenta, również dla czasu oczekiwania na wynik, a tym samym zwiększania jakości świadczeń w systemie, ale też dostępności do wymagającej wyspecjalizowanej wiedzy.

Szanowni państwo, przygotowany projekt ustawy umożliwia nam w tym roku uruchomienie kluczowych usług cyfrowych, o których wspomniał również pan minister, i systemów, które w ramach inwestycji KPO są oczekiwane przez personel, przez pacjentów i przez świadczeniodawców w naszym systemie ochrony zdrowia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Otwieram debatę w sprawie zasad ogólnych projektu ustawy. Proszę o zgłoszenie się. Pan poseł Cieszyński, następnie poseł Piecha.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo, Wysoka Komisjo, panie ministrze, mam pytanie pierwsze, bo o tym pan minister nie wspomniał. Otóż, szanowni państwo, w tym projekcie ustawy jest artykuł, który nie dotyczy e-zdrowia. Jest to artykuł, który dotyczy tego, że zostanie wydłużone o 2 lata funkcjonowanie sieci szpitali w obecnym kształcie. Coś, co obecna większość rządząca wielokrotnie krytykowała. Widzę, że teraz państwo z Platformy Obywatelskiej zaczynają przeglądać tę ustawę. Tak, to tam jest.

Szanowni państwo, mam pytanie: Jaki to ma związek z e-zdrowiem i dlaczego do ustawy... Pan minister bardzo słusznie zauważył, że to był temat, wokół którego takiej politycznej przepychanki do tej pory nigdy nie było. Dlaczego państwo dajecie taką wrzutkę? To jest gigantyczna systemowa kwestia. To jest pytanie o to, czy w przyszłym roku będziemy mieli nową sieć szpitali, tak jak to wynika z obecnych przepisów, czy nie. Dlaczego państwo te sprawy łączycie? Apeluje o to, żeby ten element z tej ustawy usunąć.

Przechodząc do kwestii związanych z e-zdrowiem. Na stronie Centrum e-Zdrowia nie ma informacji o podpisaniu umowy w przetargu na VoiceBota. Chciałem dopytać, czy ta umowa została już podpisana.

Drugi temat: Platforma Usług Inteligentnych. Pani dyrektor o tym bardzo ładnie opowiadała. Natomiast, szanowni państwo, czy prawdą jest, że podłączenie do PUI jest kryterium odbioru tych pieniędzy z KPO dla tych, którzy realizują te projekty? Jeżeli tak, to skoro te przepisy jeszcze nie weszły w życie, to czy gdyby one nie weszły w życie, to czy w ogóle te podmioty mają szansę te pieniądze rozliczyć?

Mam też pytanie o kryteria wyboru ofert w przetargu na PUI, ponieważ wybrano ofertę o 8 mln zł, 24 mln względem 16 mln, droższą od najtańszej. Kryterium, które o tym zdecydowało, był dostęp do większej liczby modeli AI. Wiem, że państwo wyjaśnialiście tutaj artykuł jednego z portali na ten temat, ale chciałem dopytać, czy na pewno liczba modeli, a nie ich jakość, powinna być kryterium. Czy nie jest przypadkiem tak, że te modele bardzo szybko się zmieniają i te, które były dobre na przykład teraz, już za kilka miesięcy mogą nie być takie świetne?

Mam też pytanie, jak państwo zapatrujecie się na fakt, że w tym przetargu wygrała firma Alteris. Ci z państwa, którzy się interesują rynkiem diagnostyki obrazowej, wiedzą, że to jest firma, która należy do firmy Voxel, jednego z wiodących graczy na rynku badań obrazowych. Moje pytanie jest takie, czy nie ma ryzyka, że firma Alteris jako dostawca PUI, czy właściwie firma Voxel jako właściciel firmy Alteris, nie będzie miała lepszego dostępu do informacji na temat tego, jak działa ten system, i czy nie będzie dzięki temu w stanie osiągać przewagi konkurencyjnej na publicznej infrastrukturze?

Mówicie też państwo o projekcie e-Konsylium. Jak to się ma do projektu, który był realizowany przez Instytut Łączności, przez pana dyrektora Jeruzalskiego w latach 2022–2023 i czy to zostało w jakiś sposób wykorzystane?

Mam też pytanie o planowaną pojemność cyfrowego repozytorium danych medycznych. Na ile to wystarczy, na ile elementów dokumentacji i na ile lat państwo prognozujecie, że to wystarczy? Bowiem środowisko lekarskie bardzo często informuje o tym, że są gigantyczne problemy z dostępnością dokumentacji medycznej, bo podmioty nie prowadzą lokalnych repozytoriów w odpowiedni sposób. Jaka jest pojemność tego, co państwo tutaj projektujecie?

Mówili też państwo o kwestiach transgranicznych. Chciałbym się zapytać, ile jest takich operacji transgranicznych rocznie. Proszę o informację za 2025 r. Czy na pewno warto na to wydawać tyle pieniędzy?

Mam jeszcze pytanie o EHDS, bo pani prezes Agencji Badań Medycznych we wczorajszym wywiadzie dla portalu Rynek Zdrowia powiedziała, że w tej sprawie do tej pory niewiele zrobiono i że ona chciałaby jako ABM się tym zajmować. Chciałbym prosić o informację, jaki jest tutaj plan, jeżeli chodzi o relacje pomiędzy ABM a CeZ w tym zakresie. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Poseł Piecha.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Chciałem powiedzieć troszeczkę ogólniej o tych sprawach, ponieważ sprawa związana z tą ustawą ma bardzo szerokie konteksty, pewne konteksty gospodarcze, przetargowe, ochrony danych, dostępu do danych, przewagi konkurencyjnych. Omówił to pan minister Cieszyński.

Natomiast ja wspomnę o tym, że ta idea fix, żeby wszystkie dane o pacjencie były w jednym miejscu i żeby mogli korzystać z nich lekarze, urodziła się w śląskiej kasie chorych jeszcze w 1989 r., bo wtedy była karta, która miała właśnie zawierać wszystkie skonsumowane dane. Przypomnę tutaj dość kontrowersyjnego polityka, jakim jest Andrzej Sośnierz, który to promował. Wtedy brakło jednego: możliwości.

Pierwsze pytanie: Czy ta ustawa daje takie możliwości, żeby wszystkie dane były zbierane w odpowiedni sposób, w odpowiedni sposób analizowane, w odpowiedni sposób magazynowane i strzeżone? Są to przecież dane bardzo wrażliwe. Chyba nie ma bardziej wrażliwych danych niż dane dotyczące zdrowia publicznego, zdrowia całej populacji i każdego z nas z osobna. To są bardzo istotne sprawy, możliwe do wykorzystania w każdym aspekcie.

Ta ustawa wprowadza w zasadzie jedną rzecz. Nie będę już mówił o tej wrzutce dotyczącej sieci szpitali, bo po co w tej ustawie to w ogóle zawierać, skoro brakuje czasu. W tej ustawie nie pracuje się nad tym systemem, nie planuje się żadnych zmian. Odłóżmy to, wyrzućcie to.

Natomiast zostają dwa bardzo ważne aspekty, głównie to jest art. 6 i art. 6 z odpowiednim rozdziałem, który tam jest dołączony. On tu mówi o sztucznej inteligencji. Sztuczna inteligencja jest wykorzystana i była wykorzystywana w różnych sprawach. Taką sztuczną inteligencją w latach 70. w Szwecji byli technicy, którzy oglądali szkiełka cytologii szyjki macicy. Oni po prostu odrzucali pewną pulę badań jako standardowe, a tylko pewne wątpliwe dawali do weryfikacji. To ma działać chyba dość podobnie, bo to nie jest tak, że w diagnostyce obrazowej wszystkie obrazy są czytelne i sztuczna inteligencja, która dysponuje ogromną ilością algorytmów i ogromną ilością możliwości porównania, wszystko wyjaśni.

W medycynie istnieje coś takiego jak błąd pozytywny i błąd negatywny. One mają ogromne konsekwencje, bo jest błąd pozytywny, kiedy stwierdzi się to, czego nie ma, a jeszcze gorszy jest błąd negatywny, że się nie stwierdzi tego, co istnieje. W przypadku choroby nowotworowej, na przykład mózgu, ma to kardynalne znaczenie. Powstaje oczywiście wtedy kwestia, kto ma rozstrzygać i jak to ma być wykorzystywane. Oczywiście mam spore obawy dotyczące tych danych, jak je zbierać itd.

Niepokoї mnie również tempo prac nad tą ustawą, bo pan marszałek Czarzasty, z tego, co wiem, już zapowiedział, że to jest ścieżka pierwsza. Mimo iż nie było jeszcze pierwszego czytania, już przesądził, że nie będzie drugiego czytania. To mnie więc trochę niepokoi, ponieważ to jest materia dość trudna i należałoby się nad pewnymi rzeczami bardziej pochylić. Jest to sprawa bardzo, ale to bardzo specjalistyczna, bo większość z nas na poziomie cyfryzacji aż tak doskonale nie jest przygotowana do tego, żeby te przepisy czytać. Czy to tempo pozwoli wprowadzić ten system bezkolizyjnie? Przypomnę, że nawet najlepsze rozwiązania prawne mogą się szybko przewrócić, jeżeli się stwierdzi jeden błąd, a w służbie zdrowia, w ochronie zdrowia taki błąd będzie hulał we wszystkich mediach natychmiast, o tym, że ktoś się pomylił i dlaczego się tak, a nie inaczej stało. Chyba że ministerstwo zapewnia, że przecież to nie są prace, które trwają tam od dwóch, trzech, czterech miesięcy. One są prowadzone przez wiele lat, żeby budować te systemy bazy danych, algorytmów itd. Wykorzystywane są różne modele. I jest w stanie zapewnić, że dokładnie tak, jak mówi art. 17, jak ustawa wchodzi w życie, to pewne rozwiązania, za wyjątkiem drobnych rzeczy, które wynikają z art. 10, będą hulać.

Jest to dla mnie zasadnicze pytanie, bo czasami wchodzi na swoje konto informacji pacjenta. Przez ostatnie miesiące miałem dość sporo różnych wydarzeń i widzę tam potężne luki. Zastanawia mnie to, dlaczego nie tam pewnych dokumentów, gdzieś wyparowały z tego systemu. Czy ten system akurat te wszystkie błędy, które już dzisiaj są w tym indywidualnym koncie pacjenta, jest w stanie wyeliminować i dopuści system skonsolidowany i wiarygodny, ponieważ rzecz polega na wiarygodności? Byłem zaskoczony, że nie zostały uwzględnione pewne ważne operacje kardiochirurgiczne albo system leków, czy system robionych badań. Jest to wyjątkowo nieczytelne. Być może wynika to z niechlujności danej jednostki, która te dane wprowadzała. Jednak jednostek objętych tą ustawą będzie setki, jeżeli nie setki tysięcy, więc ten niepokój mnie nie opuszcza.

Rozumiem, że przyspieszenie jest z tego powodu, że dynda 4 mld zł, prawda? I dla służby zdrowia jest ważne, żeby to przejąć. Przestrzegam jednak tylko, że błędy we wdrażaniu tego typu rozwiązań mogą być niestety bardzo kosztowne. Powtórzę to pytanie za panem ministrem Cieszyńskim: Czy wprowadzenie tej ustawy albo pewnych systemów, jak chociażby skorzystanie z tej PUI, jest warunkiem w ogóle zaabsorbowania środków pomocowych? Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Poseł Hoc.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Ja też może w takiej kwestii bardziej ogólnej, może nawet refleksyjnej, może po części prowokacyjnej. Mianowicie oczywiście AI w diagnostyce, szczególnie w diagnostyce obrazowej, jest obiecująca. Natomiast rodzi się wiele wątpliwości i też uwag, zastrzeżeń, być może pytań, niektórych może nawet retorycznych, ale pytania zawsze pozostają.

Po pierwsze, w kwestii wiarygodności AI, wiarygodności tych opisów i praktycznie weryfikacji tych opisów. Czy ustawa jednoznacznie określi, że weryfikacją konkretnego opisu będzie lekarz? Oczywiście mam na myśli lekarza ze specjalizacją radiologii czy radiologii obrazowej, specjalista radiologii obrazowej. Czy też puścicie to tak dość luźno na praktycznie wolny rynek i praktycznie ta wiarygodność będzie pod znakiem zapytania?

Następnie bezpieczeństwo danych. Wyobrażam sobie, że bezpieczeństwo danych i prywatność jest tutaj konsekwentna i każdy obywatel w Polsce, każdy pacjent będzie miał pewne możliwości, może zastrzeżenia czy też wątpliwości w aspekcie bezpieczeństwa swoich danych i prywatności.

Efekt czarnej skrzynki, a więc wyjaśnień. Lekarz radiolog czy lekarz klinicysta musi zrozumieć, jak AI doszło do pewnego rozpoznania. Ta czarna skrzynka systemów AI, algorytmów tego nie wyjaśnia albo nie musi wyjaśniać, jak doszło do tego, że na przykład taki dany obraz jest opisany w ten sposób, że nawet klinicysta, nawet lekarz specjalista radiolog nie mógłby o tym pomyśleć. Nie ma zatem wyjaśnień i takiej konkretnej argumentacji, jak to się dzieje.

Oczywiście koszty wdrożenia. Musimy wiedzieć, jakie będą koszty wdrożenia i bieżącej kontroli systemu AI. Natomiast na końcu też jeszcze etyka i aspekty prawne. Kto będzie ponosił odpowiedzialność za opis AI, który nie będzie zweryfikowany albo nie będzie zweryfikowany przez lekarza specjalistę z radiologii czy z diagnostyki obrazowej? Jakie więc będą aspekty prawne? W końcu jeszcze raz ta wiarygodność. Boję się albo mam pewne wątpliwości, jeśli nie będzie ścisłego zapisu, kto weryfikuje ten obraz AI. Chyba że przyjmijemy, że jest ona już tak wszechpotężna, wszechobecna i tak mądra, że praktycznie będziemy się opierać tylko na niej. Jeśli tak zrobimy, to rzeczywiście zajdziemy praktycznie w jakąś nicość, czy też w taką pokretną rzeczywistość.

Jak już jestem przy głosie, to mam jeszcze pytanie do ministerstwa. Oczywiście nie oczekuję dzisiaj odpowiedzi. Natomiast jako lekarze praktykujący, nawet w poradniach endokrynologicznych, spotykamy się z taką kwestią, jeśli chodzi o wykonanie diagnostyki w aspekcie użycia rezonansu magnetycznego i różnego rodzaju implantów. Mam wnioski do pana ministra czy do Ministerstwa Zdrowia, żeby absolutnie wszystkie implanty, które są wszczepiane do organizmu człowieka, miały jednocześnie raport albo taki paszport określający jednoznacznie, że w tego rodzaju implantach może być użyty rezonans magnetyczny, czy też w jakiś sposób są dla niego przeciwwskazaniem. Mówię o wszystkich implantach, nawet o tytanowych haluksach różnego rodzaju, kobaltowych, niklowo-tytanowych, molibdenowych itd., o portach do chemioterapii, o zastawkach mechanicznych serca, o sensorach do ciągłego monitorowania glikemii, endoprotezach stawu kolanowego itd., o śrubach zespalających, implantach ślimakowych, nawet o tatuażach czy makijażach permanentnych. Proszę wydać oficjalne wnioski, oficjalne oświadczenie albo też regulacje, czy rezonans magnetyczny może być wykonywany w tego rodzaju sytuacjach.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy jeszcze jakieś zgłoszenia ze strony parlamentarzystów? Nie widzę.

W takim razie przechodzimy do strony społecznej. Doktor Latos, bardzo proszę.

Członek Polskiego Lekarskiego Towarzystwa Radiologicznego Tomasz Latos:

Dziękuję bardzo. Mam wielki zaszczyt i przyjemność spotkać się z koleżankami i kolegami na posiedzeniu Komisji w trochę innej roli niż kiedyś.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Tak, to nasz dawny przewodniczący.

Członek PLTR Tomasz Latos:

Pani przewodnicząca, panie ministrze, Wysoka Komisjo, mam zaszczyt dzisiaj reprezentować Polskie Lekarskie Towarzystwo Radiologiczne. Jestem lekarzem radiologiem, specjalistą po doktoracie i nie ukrywam, że pewne zapisy, które są w tej ustawie, niepokoją środowisko, stąd też moja obecność na dzisiejszej Komisji. Oczywiście przed Komisją rozmawiałem z panem ministrem i jego współpracownikami. Pewne rzeczy zostały mi wyjaśnione. Tym niemniej jednak uważam, że sprawa jest tak istotna, że warto o pewnych sprawach powiedzieć raz jeszcze, a być może i również namówić ministerstwo do weryfikacji pewnych pomysłów, które są realizowane.

Szanowni państwo, zacznijmy od tego, że wprowadzenie sztucznej inteligencji daje ogromną szansę na nawet radykalne przyspieszenie diagnostyki, jednocześnie nie tracąc na jakości.

Tak, to jest prawda. Dzięki temu jest szansa, że te kolejki się skrócą, że opisy będą szybciej dostępne i to opisy na wysokim poziomie. Tym niemniej trzeba mieć świadomość, że oczywiście jest tu ogromny i błyskawiczny postęp, jednak w dalszym ciągu jesteśmy na pewnym etapie wdrażania tego systemu, korzystania z niego. Posłużę się chociażby własnymi doświadczeniami.

Szanowni państwo, sztuczna inteligencja bardzo często znakomicie mi podpowiada i jest dla mnie takim dodatkowym bezpieczeństwem, żebym czegoś nie przeoczył, nie popełnił jakiegoś błędu. Jednak niestety póki co jeszcze zdarza się tak, że podpowiada rzeczy zupełnie absurdalne i artefakty interpretuje jako guz. Nawet bym to pominął, mając nadzieję, że być może również lekarz nieradiolog by się zorientował. Natomiast jest grupa przypadków, kiedy te sytuacje są wątpliwe, są tak na granicy i kiedy można się zastanawiać, co robić dalej, czy jest tu patologia, czy jej nie ma, ewentualnie jaka jest ta patologia. Tutaj dzięki pomocy również sztucznej inteligencji, ale dzięki wiedzy i doświadczeniu radiologicznemu wiadomo, które przypadki kierować na dodatkowe badania, na dodatkowe metody diagnostyczne.

Tutaj, ponieważ sam zapis w art. 31d brzmi dość niewinnie, w uzasadnieniu brzmi to w moim przekonaniu trochę groźniej... Wymienionych, przynajmniej na początek, jest parę badań, w których ta sztuczna inteligencja będzie szeroko stosowana. Wydaje się, że one wszystkie są przede wszystkim przypisane do radiologów, może w najmniejszym stopniu urazy, jeżeli chodzi w klasycznej radiologii o urazy układu kostnego. Natomiast co do całej reszty, raczej wątpliwości nie ma.

Szanowni państwo, czego się obawiam, czego można się potencjalnie obawiać w przyszłości? Wpisane jest tutaj wykrywanie zmian nowotworowych piersi, czyli mammografia, i potencjalnie sztuczna inteligencja będzie się tym zajmować. Istnieje więc ryzyko, że ktoś nieuprawniony, nieprzygotowany będzie posługiwał się sztuczną inteligencją i będzie wydawał, przedstawiał rozpoznania, nie mając do tego uprawnień.

Powiem, jak to wygląda chociażby w Centrum Onkologii w Bydgoszczy, najpotężniejszym wielkim centrum. Tam jednak nie onkolodzy, tylko lekarze radiolodzy oceniają mammografię. Mówimy teraz bez sztucznej inteligencji. Sztuczna inteligencja pomoże im jeszcze być dokładniejszym, jeszcze lepiej to wszystko oceniać. Jednocześnie tam, gdzie są wątpliwości, mają możliwość kierowania na USG, które sami wykonują. Mają zestawienie dwóch metod diagnostycznych, nie mówiąc oczywiście o kolejnych możliwościach diagnostyki, które można przeprowadzić.

Tego więc się boję. Tutaj dość groźnie brzmi zapis w ust. 2 art. 31d, gdzie mówi się dobrze o elektroradiologach, którzy oczywiście nie wykonują opisów, ale są przy badaniu, planują badania, natomiast mówi się o lekarzach ogólnie. Wiem, że taki bardzo szeroki zapis jest właśnie tu umieszczony świadomie. Moje obawy częściowo zostały rozwiane. Dziękuję panu ministrowi, który powiedział, że będą do tego akty wykonawcze i na poziomie już podwykonawców, czyli poszczególnych szpitali będących na platformie, będą tam przedstawione osoby uprawnione. Tym niemniej jednak ten zapis budzi mój jakiś niepokój. Skoro tutaj jest określony katalog tych stosowanych badań, to nawet jeśli nie można wpisać tam lekarzy radiologów, to chociaż wpisać, jak się wydaje, lekarzy i elektroradiologów niekorzystających, a uprawnionych do korzystania z narzędzi wspomagających. Wtedy będzie wiadomo, że to uprawnienie trzeba w jakiś sposób uzyskać. Albo w sposób ogólny, albo właśnie poprzez dopuszczenie przez ten podmiot, który to będzie realizował.

Szanowni państwo, myślę, że wszyscy państwo też macie świadomość, że jest to trudne i skomplikowane. Dlatego, że jeżeli damy uprawnienia osobom, które będą wyłącznie wierzyć sztucznej inteligencji, to być może za lat kilka będziemy się zastanawiać na poziomie Komisji Zdrowia, tak jak to było w przypadkach receptomatów, co zrobić, kiedy ktoś bez uprawnień nagle dorwie się do diagnostyki, wierząc bezgranicznie w sztuczną inteligencję. Mam nadzieję, że do tego nie dojdzie. Mam nadzieję, że ministerstwo będzie tu trzymało rękę na pulsie. Tym niemniej jednak taki głos niepokoju chciałem przedstawić, ewentualnie apelując o jakąkolwiek korektę w ust. 2 art. 31d, chociażby tylko w tym kierunku, o którym powiedziałem. Uprzejmie dziękuję, kłaniam się.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy.

Bardzo proszę.

Członek zarządu Stowarzyszenia IFIC Polska Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia. Dziękuję bardzo za tę prezentację i przedstawienie rozwiązań, które są zawarte w tej ustawie.

Pani dyrektor szczególnie ciekawie opowiedziała o tym zbiorze różnych rozwiązań, ale chciałbym spytać, jak one ze sobą współpracują i jak z perspektywy pacjenta jego sytuacja rzeczywiście się poprawi. Kiedy pacjenci odczują, że ten system działa lepiej dzięki tym wdrożonym rozwiązaniom, a w szczególności jak zamierzają państwo zagwarantować, że będą one wdrożone na 100%? Jak zrozumiałem, pierwsze na przykład mają być objęte ścieżki kardiologiczna i diabetologiczna dla zapewnienia ciągłości opieki niektórym z tych rozwiązań, ale to są obszary, w których chociażby opieka koordynowana w POZ nie jest jeszcze wdrożona w pełni. Jak teraz upewnić się, że te rozwiązania cyfrowe będą wdrożone na 100%? Jak strategia ministerstwa w obszarze wdrożenia w pełni opieki koordynowanej w tych ścieżkach współgra z tymi rozwiązaniami?

Pani dyrektor wspomniała też, że w ramach platformy będą dostępne certyfikowane modele AI, które mają w jakiś sposób poprawić też koordynację opieki. Tutaj nie do końca zrozumiałem, jak konkretnie ma to wpłynąć na aspekt koordynacji. Druga kwestia: Kto zapłaci za funkcjonowanie i korzystanie z tych modeli? Czy będzie przewidziany jakiś model refundacji? To znaczy, patrząc chociażby na niemiecki model DIGA, trzeba zwrócić uwagę, że te rozwiązania się przyjęły dlatego, że za każdym skorzystaniem z urządzenia tego wyrobu elektronicznego idzie konkretna odpłatność ze strony płatnika publicznego.

Kolejna duża kwestia dotycząca już właśnie niekoniecznie rozwiązań e-zdrowia, tylko tego art. 9, który wydłuża funkcjonowanie sieci szpitali o 2 lata, ponieważ podobnie jak pan poseł Cieszyński niestety też nie rozumiem, w jaki sposób jest to powiązane z e-zdrowiem. Biorąc pod uwagę skalę systemową, bo myślę, że to musimy sobie wszyscy uświadomić, wydłużenie funkcjonowania obecnej sieci szpitali o 2 lata jest to zmiana kalibru kilkadziesiąt razy większego niż te wszystkie propozycje dotyczące e-zdrowia, które są głównym tematem tej ustawy. Sądząc po wpływie na skalę systemu ochrony zdrowia, ta ustawa powinna się nazywać ustawą o wydłużeniu sieci szpitali, a rozwiązania dotyczące e-zdrowia są tylko do niej dodatkiem. Dziwi w tym kontekście, że w ocenie skutków regulacji oszacowano praktycznie na zero wpływ tej zmiany. Czy to znaczy, że państwo uważają, że sieć szpitali w obecnej formule działa tak dobrze, że można ją bezkosztowo i bezproblemowo przedłużyć o 2 lata? Czy ta nowa sieć szpitali byłaby identyczna, gdyby była przeprowadzona według normalnego trybu kwalifikacji, jak ta, która będzie wydłużona? Wtedy jednak po co się bawić w wydłużanie o 2 lata? Zrobmy po prostu od razu na 4 lata kolejną sieć szpitali, a jeśli nie, to jaki będzie tego dodatkowy koszt? Śmiem bowiem twierdzić, że w porównaniu do stanu, gdyby była przeprowadzona normalna kwalifikacja w połowie 2027 r., to mówimy o dziesiątkach miliardów złotych. Pamiętajmy, że wydatki NFZ na samo szpitalnictwo po wyłączeniu programów lekowych to jest 90 mld zł. Tutaj, tak jakby dodatkowym artykułem w ustawie, która dotyczy czegoś zupełnie innego z nazwy, próbuje się dokonać zmiany, która będzie bardzo brzemienna w skutkach.

Dodatkowo chciałem zapytać, czy ministerstwo koordynuje działania pomiędzy różnymi obszarami, ponieważ od pół roku słyszymy, że w czerwcu albo lipcu zostaną zaprezentowane mapy zabezpieczenia świadczeń. Po co, skoro państwo planujecie zabetonować sieć szpitali na dodatkowe 2 lata i nie będzie można jej zmienić? To jak w 2029 r. będzie robiona kolejna zmiana sieci szpitali, to te mapy zabezpieczenia świadczeń będą już nieaktualne. W tym momencie wydaje się to zupełnie nieskoordynowane.

Chciałem spytać, jak państwo łączą te dwie inicjatywy, to znaczy wydłużenie sieci szpitali w obecnej formie o 2 lata i pracę nad mapami zabezpieczenia świadczeń. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy jeszcze jakieś zgłoszenia? Proszę.

Prezes Federacji Pacjentów Polskich Stanisław Maćkowiak:

Dzień dobry, Stanisław Maćkowiak, Federacja Pacjentów Polskich.

Szanowna pani przewodnicząca, szanowny panie ministrze, szanowni państwo, chciałbym zabrać głos na temat systemu e-konsyliów. Szanowni państwo, w ustawie dla chorób rzadkich jest zapis dotyczący tworzenia e-Konsylium. Jeden z ważnych elementów w ogóle opieki dla chorych na choroby rzadkie. Już w tym momencie są prowadzone e-konsylia. Natomiast w momencie,

kiedy zostaną utworzone OECR, czy ośrodki eksperckie, to ta forma e-konsylium będzie jedną z podstawowych form świadczenia. W związku z tym myślę, że to ograniczenie w tym momencie do tych dwóch działów medycznych, onkologii i kardiologii, jeśli chodzi o e-konsylia, budzi nasz pewien niepokój. Chcielibyśmy poprosić o to, żeby w aktach na poziomie rozporządzenia również ująć choroby rzadkie jako ten konieczny dział do tego, żeby sprawę e-konsyliów włączyć już dzisiaj w tę ustawę, żeby była szansa na to, że w momencie, kiedy zostaną określone OECR, a mowa jest o tym, że będzie to w tym roku, ten poziom, ta forma usługi już była możliwa do świadczenia. Bardzo serdecznie o to proszę. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Bardzo proszę.

Radca prawny Naczelnej Izby Aptekarskiej Krzysztof Baka:

Dzień dobry, Krzysztof Baka, radca prawny, Naczelna Izba Aptekarska.

Chcieliśmy prosić o rozszerzenie zmian w art. 5, w którym są uchylone artykuły dotyczące okresu covidowego. Naczelna Rada Aptekarska prosi o to, by uchylić także ust. 5c w art. 19 ust. 5, ponieważ jest to norma, która jest jakąś pozostałością i całkowicie nie jest adekwatna do obowiązującej sytuacji w obszarze szczepień wykonywanych przez apteki.

Otóż przepis ten stanowi, że w przypadku szczepienia na podstawie recepty farmaceutycznej pacjent ponosi jedynie koszt wydania międzynarodowej książeczki szczepień. Tak jednak nie jest. Są takie koszty jak koszt szczepionki, badania kwalifikacyjnego i samego wykonania szczepienia. Czytanie wprost tej normy oznaczałoby, że w zasadzie wykonanie tych szczepień jest niemożliwe.

Jeszcze taka krótka uwaga do art. 2. Tam są zmiany dotyczące „osoby odpowiedzialnej”, która jest napisana małą literą. To budzi duże wątpliwości, więc prosimy, o taką drobną legislacyjną zmianę, żeby to było dużą literą. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Nie widzę więcej zgłoszeń, w takim razie bardzo proszę o udzielenie odpowiedzi.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Po kolei odpowiedzi udzielią przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i agencji przynależnych do resortu zdrowia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

Karolina Tądel, zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Ministerstwa Zdrowia.

Szanowni państwo, pozwolę sobie odnieść się tak sumarycznie do kilku różnych uwag dotyczących zebranych projektów, tak żeby łatwiej nam było przez nie przejść. Pozwolę sobie poświęcić czas na PUI i ten wątek, który dotyczył szpitali i tego, czy faktycznie jest to element rozliczenia dla placówek realizacji inwestycji.

Chcę podkreślić, że już ta ustawa, o której dzisiaj rozmawiamy, jest pierwszym elementem umożliwiającym nam realizację całej tej inwestycji, ale faktem jest, że jeżeli placówki mają dedykowane środki na połączenie się z infrastrukturą, to tym samym jej rozliczenie jest również tożsame z tym, że muszą wykazać to połączenie. Chcę tutaj podkreślić, że naturalnie mając świadomość, jak infrastruktura powstaje, w jakich procesach przetargowych jesteśmy, terminy, które będą dedykowane uruchomieniu systemu i też tym samym umożliwią szpitalom połączenie, zostają przesunięte i zostają zmienione tak, aby każda placówka będąca w ramach inwestycji KPO miała możliwość rozliczenia tego w terminie. Decyzją pana ministra nastąpiła zmiana terminu rozliczenia rzeczowego na 15 lipca, tak żeby te placówki mogły te inwestycje ukończyć. Robimy więc tutaj wszystko, aby każdy, kto realizuje inwestycje, mógł być przyłączony do infrastruktury.

W zakresie przetargów później oddam głos Centrum e-Zdrowia, ale wybrzmiał jeszcze bardzo ważny wątek dotyczący bezpieczeństwa PUI. Chcę to szczególnie podnieść z uwagi na to, że podkreślałam, tak jak pan minister, certyfikowane wyroby, czyli te bezpieczne, zweryfikowane, co ważne, przebadane klinicznie algorytmy... Trzeba tu rozróżnić LLM i systemy AI,

które znamy z nieodpłatnych dostępów, od tych, które są wyrobami dopuszczonymi do środowiska klinicznego, które mają zwalidowane i udowodnione działanie. W wielu publikacjach algorytmy, zwłaszcza w zakresie radiologii, są najlepiej zweryfikowane. Jest ich też najwięcej na rynku, mają najwięcej zastosowań. Są przekrojowe badania. Padła tutaj również populacja szwedzka, to jest bardzo dobry przykład, gdzie wskazano właśnie wykorzystanie algorytmów AI w mammografii. Naszym założeniem dzisiaj jest udostępnienie ich w sposób nieodpłatny szpitalom, które się podłączą do tej platformy, i tym samym umiejscowienie też tego narzędzia w procesie.

To też mocno dotyczy się tego, co padło à propos dostępu lekarzy i elektroradiologów, ponieważ ustawa co do zasady wprowadza ramy techniczne i dostęp do narzędzia. Chcę mocno podkreślić, że ona nie odbiera uprawnień zawodom medycznym, które są już nadane w toku innych aktów prawnych. Szczegółowe działanie na poziomie placówki i organizacja tego, jak i kto będzie miał do tego dostęp, będzie definiowane na poziomie pojedynczej placówki z zabezpieczeniem tego dostępu tak, żebyśmy mieli pewność, kto i w jakim zakresie wysyła, czy odbiera ten rezultat. Tym samym ustawa co do swojej zasady nie będzie tak szczegółowo tego definiowała, bo jest to już określone w systemie.

Padło pytanie o koszty w zakresie PUI. Podkreślę, bo może to nie wybrzmiało, dla nas to jest oczywiste, że platforma, która powstaje, jest systemową infrastrukturą. Jest inwestycją, która ma umożliwić placówkom publicznym nieodpłatny dostęp przez kolejne lata w ramach utrzymania trwałości inwestycji. Tym samym nie wiąże się z kosztami dla placówek, które będą z tego korzystać, będą wysyłać badania do analiz. Tu więc nie mamy takiej analizy, nie mamy takiej konieczności mówić o tym, kto zapłaci za ten system, bo jest on tak pomyślany, żeby umożliwić już tylko przetwarzanie tych danych i jak najlepsze wpisywanie algorytmów w ten proces diagnostyczny, z uwzględnieniem różnych profesji medycznych, które w tym biorą udział. Chcę podkreślić, że będą dedykowane na poziomie placówki i osoby nieuprawnione nie będą mieć wtedy dostępu. Do tego chcę też zapewnić, że to nie będzie wolny dostęp adekwatnie do tego, kto akurat by się zgłosił i chciał mieć do tego dostęp.

Przejdę teraz do kolejnych systemów w zakresie PUI. Miałam nadzieję, że wyczerpaliliśmy kluczowe kwestie o kryteriach przetargowych. Później poproszę Centrum e-Zdrowie, żeby odnieśli się do kilku wątków.

Padły bardzo istotne uwagi do karty pacjenta opieki transgranicznej. Faktem jest, że ta karta powstaje. Proszę państwa, ona na poziomie europejskim będzie wymagana nie tylko od Polski. To nie jest nasz nowy pomysł na to, aby kartę stworzyć. Ona jest elementem opieki transgranicznej, do której dołączają się też inne kraje europejskie. Co istotne, ona jest elementem EHDS, na który wszyscy w Europie się zgodziliśmy.

Co do dokumentów to dzisiaj nie umiemy tego oszacować, ponieważ karta pacjenta jeszcze co do zasady nie funkcjonuje w innych państwach, stąd ten wolumen wymiany nie jest dzisiaj możliwy do określenia, ale możemy spojrzeć na recepty transgraniczne, których wystawionych w Polsce i zrealizowanych za granicą jest 1041. Mijamy świadomość, że nie każda wizyta lekarska kończy się receptą, tym samym tych wizyt, które potencjalnie mogłyby wymagać generowania karty pacjenta, informacji o stanie zdrowia, może być znacznie więcej. W zakresie wymiany tych danych transgranicznych recept też odebraliśmy w zeszłym roku ponad 1000–1093. Tym samym widzimy potrzebę rozwijania takich usług, również w myśl interoperacyjności i wymiany danych.

Co do EHDS odniosę się również do obszaru Agencji Badań Medycznych, która w tym wątku chciałaby wieść prym czy zająć się realizacją. Chcę podkreślić, że Ministerstwo Zdrowia jest jednostką, która będzie implementować w Polsce to rozporządzenie i tym się zajmuje. Chcę zapewnić, że trwają prace nad ustanowieniem organów. Pierwszym kluczowym terminem, który nas tutaj obowiązuje, jest marzec 2027 r., kiedy musimy przedstawić, tak jak wszystkie inne kraje europejskie, jakie to ustanowienie organów będzie. Bierzemy udział w grupach roboczych, w pracach przeróżnych komisji. Jesteśmy na bieżąco z tym, na jakim stanowisku są też inne kraje, więc absolutnie nie jesteśmy dzisiaj w ogonie, jeśli mogą kolokwialnie powiedzieć, tych regulacji, ponieważ wszyscy obecnie pracujemy nad tym, aby te organy dostępu wyznaczyć.

Bardzo ważny jest dla mnie również wątek tej koordynacji opieki. Podkreślałam to i tak planujemy te systemy, aby one faktycznie były wątkiem, który będzie sprzyjał poprawie sytuacji pacjentów – system DOM, o którym wspomniano, czy też kardiologia i diabetologia. Celowo te obszary są tak zdefiniowane, bo proszę zauważyć, że opieka koordynowana jest już w systemie realizowana, ale dzisiaj wychodzimy trochę dalej i patrzymy na to, co dzieje się z pacjentem pomiędzy wizytami, jak możemy wcześniej obserwować zaostrożenia lub sytuacje wymagające

zmiany leczenia. W świetle dowodów z różnych projektów ze świata, benchmarków wykazuje się, że są certyfikowane narzędzia, które już zbierają, rejestrują te dane, pozwalają te sytuacje lepiej ocenić właśnie pod nadzorem profesjonalisty medycznego, który adekwatnie do stanu pacjenta dobiera zakres tych parametrów. Tutaj więc upatrujemy istotne wsparcie, aby pacjent faktycznie mógł pomiędzy wizytami być stale monitorowany i tym samym, żeby ta ścieżka pacjenta była jeszcze płynniejsza w tej opiece koordynowanej.

Co do PUI i tej koordynacji opieki. Myślę, że bardziej skupiłabym się na ścieżce pacjenta i to starałam się podkreślić. Dlatego że ścieżka pacjenta to, po pierwsze, koordynacja, ale też czas, a tutaj platforma usług poprzez to, że jest w stanie wspierać przygotowanie opisów i być może też rozładować pewne przeciążenia w newralgicznych obszarach... Postrzegamy, i też dane światowe to pokazują, że może być realnym wsparciem dla poprawy tej sytuacji.

Co do zakresów e-Konsylium, które też zostało wywołane, zaczynamy od dwóch zdefiniowanych obszarów. Pod to jest przygotowywany system. Naturalnie rozwój tego systemu, tak jak wszystkich innych, proszę państwa, jest w planach. To nie jest dzisiaj zamknięty katalog. Rozporządzenie będzie regulowało, do jakich zakresów to e-Konsylium będzie stosowane. Tym samym dzisiaj nie traktujemy tego jako zamkniętego dokumentu. Systemy, o których dzisiaj mówimy, powstają, zaczynamy je uruchamiać. Będziemy też obserwować ze środowiskiem klinicznym, pacjenckim, jakie dają rezultaty i gdzie jeszcze mogą się sprawdzić.

Tak samo w zakresie DOM postrzegamy, że dużo dodatkowych elementów wykorzystania innowacyjnych narzędzi w systemie będzie mogło mieć miejsce. Mogą być zintegrowane z internetowym kontem pacjenta tak, żeby pacjent naprawdę odczuł to, że ta koordynacja i przepływ danych w systemie, nad którym pracujemy, miały miejsce.

Co do centralnego repozytorium – chcę się też odnieść do tego, na ile ta pojemność wystarczy. Otóż te zlikwidowane podmioty, które już jesteśmy w stanie w systemie rok do roku obserwować, ta ilość jest zaplanowana dokładnie na tę pojemność. Jest to też jednak, jak mówię, bardziej hipotetyczny wątek tego, ile tych podmiotów faktycznie zwróci się do centrum o to, żeby dane mogły być przechowywane w formie elektronicznej.

Na koniec, szanowni państwo, podniosę wątek kosztów i tempa prac. Koszty ujęte w OSR na 10 lat utrzymania to 825 mln, ale chcę podkreślić, że trzeba było przyjąć pewną estymację dla tego projektu, tak jak dla każdego. Mamy świadomość, obserwujemy to nawet teraz rok do roku przy inwestycji KPO, jak bardzo zmieniają się koszty. To, co jest naszym nadrzędnym planem, co też było konsultowane z resortami, to to, że koszty dzisiaj zaplanowane będą rewidowane rok do roku, adekwatnie do zmian cen technologii, ale też do infrastruktury, którą trudno przewidzieć, jak będzie faktycznie wyglądała i ile będzie kosztowała w roku 2035.

Co do tempa i też tego, jak regulujemy pewne systemy... Chcę podkreślić, że dzisiaj tworzymy ramy techniczne i taki zrąb tego, aby pewne systemy były uruchomione. Mamy dedykowane rozporządzenia czy też informacje w BIP, które będą doprecyzowały pewne zakresy i co do zasady usprawniały funkcjonowanie tego, co dzisiaj powstaje, z pełnym założeniem tego, że zbliżamy się do regulacji EHDS, która też dla zakresu przetwarzania danych będzie jeszcze redefiniowała pewne rzeczy. Jesteśmy na to uważni, myśląc jednak o tym, żeby powstały pewne podstawy technologiczne czy również techniczne po to, żeby szpitale mogły zrealizować swoje inwestycje.

Szanowni państwo, to tyle z kluczowych uwag, które starałam się notować. Teraz poproszę o zabranie głosu Centrum e-Zdrowia w zakresie przetargów VoiceBota, czy kryterium oferty wyboru ofert w zakresie PUIA i jeszcze e-Konsylium.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę.

Dyrektor Pionu Rozwoju SIM i Wdrożeń w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Andrzej Sarnowski, Centrum e-Zdrowia.

Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące podpisania umowy na VoiceBota, faktycznie umowa nie została jeszcze podpisana, ale właśnie kończą się kwestie formalne. Otrzymaliśmy informację z Krajowej Izby Odwoławczej o oddaleniu odwołań innych oferentów, więc tutaj jesteśmy na ostatniej prostej, żeby podpisać tę umowę i zrealizować ten przedmiot.

Jeżeli chodzi o PUI i wybór platformy, czyli tak zwanego orkiestratora, wybór był uzależniony od czterech kryteriów: ceny, dodatkowych wymagań oraz liczby obsługiwanych modeli medycznych na 6% i radiologicznych ledwie na 17%. Te wymagania ilościowe miały w założeniach pozwolić na identyfikację potencjału rozwiązania i zapewnić możliwość różnicowania – z jednej

strony pod kątem wydajnościowym, czyli ograniczenia ryzyk związanych z dostawą tego rozwiązania w zakresie technicznym w kwestii możliwości skalowania podczas wykorzystania tego rozwiązania na terytorium czy na potrzeby całej Polski; z drugiej strony pod kątem funkcjonalnym w zakresie możliwości konfiguracji, dodawania kolejnych modeli, ponieważ mówimy o pewnym uniwersalnym rozwiązaniu, do którego będziemy mieli możliwość podłączania kolejnych modeli w przyszłości. To także jest pewna szansa, aby pewne koszty i ryzyka związane w ogóle z realizacją przedsięwzięcia PUI zostały potencjalnie ograniczone przez to, że być może ta konfiguracja, platforma oraz te modele zapewnią nam szybsze tak naprawdę dostarczenie tych usług dla użytkowników.

Ostatnia, trzecia kwestia, związana z e-Konsylium i tym, jak zostało wykorzystane poprzednie rozwiązanie, będące przedmiotem pilotażu. Otóż ta wersja systemu e-Konsylium jest realizowana jako rozbudowa tego rozwiązania, która była w pilotażu, i różni się przede wszystkim kilkoma istotnymi aspektami. Pierwszy to taki, że poprzednie rozwiązanie nie dawało możliwości integracji z systemami gabinetowymi, z których korzystają na co dzień pracownicy medyczni.

Druga kwestia to przygotowanie tego systemu do takiej pełnoskalowej obsługi całego kraju, a nie tylko tutaj w ograniczonym zakresie, chociażby w zakresie pilotażu kilkunastu czy kilkudziesięciu placówek. To również kwestia przygotowania takich uniwersalnych ścieżek i zapewnienia możliwości konfiguracji tego, o czym wspominała pani dyrektor. Teraz startujemy z dwoma pierwszymi obszarami, ale system ma pozwolić na dokładanie kolejnych. To również kwestia dodania takich powiadomień systemowych, aby wzajemnie wymieniać i notyfikować te systemy, ale także integracja z zarówno z systemem P1, gdzie pojawią się dodatkowe możliwości. To jest także kwestia wykorzystania tak zwanych indeksów EDM i możliwości wymiany tej dokumentacji, ograniczenie też ilości czy czasu użytkownika, aby nie przekazywać dodatkowo zbędnej dokumentacji. To także integracja z nowymi rozwiązaniami, których dotyczy ten projekt ustawy, czyli e-DILO i e-Konsylium, które również będą nośnikiem pewnych informacji i są podstawą do tego, żeby takie konsylium było realizowane. W szczególnym wypadku należy tutaj zwrócić uwagę przede wszystkim na onkologię, gdzie w zakresie karty diagnostyki leczenia onkologicznego jednym z etapów jest właśnie konsylium. W ramach ustawy o KSO mamy sytuację, gdzie SOLO1 miałoby realizować konsylia i on musi to realizować wspólnie z SOLO3, więc to narzędzie wychodzi też naprzeciw tym oczekiwaniom i potrzebom, które wynikają też z innych aktów prawnych i ścieżek koordynowanych również w onkologii. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Rozumiem.

Jeszcze ktoś?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

Jeszcze zostaje wątek sieci szpitali. Prosimy Departament Lecznictwa.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę i proszę również o przedstawienie się.

Radca w Departamencie Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia Rafał Bułanowski:

Dzień dobry państwu. Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo, Rafał Bułanowski, Departament Lecznictwa.

Jeśli chodzi o tę zmianę wydłużającą sieć szpitali o 2 lata, to powodem tej zmiany są trwające obecnie procesy restrukturyzacyjne, konsolidacyjne w szpitalnictwie, które zostały zainicjowane ustawą z 5 sierpnia zeszłego roku. Po prostu kierowaliśmy się tym, aby przede wszystkim świadczeniodawcy, szpitale, które obecnie znajdują się w różnych rodzajach procesów właśnie restrukturyzacyjnych, miały jasność co do swojej sytuacji w ramach sieci szpitali. Ta zmiana wychodziła przede wszystkim naprzeciw ich potrzebom. Po prostu są pewne zmiany, które również dotyczą samej sieci szpitali. W ustawie z 5 sierpnia zeszłego roku są między innymi przepisy, które umożliwiają świadczeniodawcom w ramach sieci szpitali dokonać pewnego uelastycznienia swojej działalności w sieci, polegające przede wszystkim na możliwości zamiany na przykład oddziału szpitalnego w ramach pełnej hospitalizacji na hospitalizację planową lub leczenie jednego dnia. W pewnych sytuacjach jest również możliwość zamiany umowy na leczenie szpitalne w danym zakresie na leczenie w ramach opieki długoterminowej stacjonarnej. Te zmiany, których świadczeniodawcy mogą już teraz dokonywać w ramach sieci szpitali, są rozłożone na lata 2025–2029. W tej ustawie z 5 sierpnia zawarty jest również taki mechanizm pomocowy dla szpitali, które

zdecydowały się dokonać takich zmian. On też jest przewidziany na lata 2025–2029. Stąd właśnie propozycja również wydłużenia sieci szpitali o 2 lata, do czerwca 2029 r.

Jeśli chodzi o umiejscowienie tej zmiany właśnie w tej ustawie, miało to po prostu znaczenie pragmatyczne. Chodziło o to, żeby świadczeniodawcy, zwłaszcza ci, którzy obecnie dokonują restrukturyzacji, jak najszybciej mieli jasność co do swojej sytuacji w sieci szpitali. Po prostu był to akurat jedyny procedowany projekt, do którego można było to włączyć. Chciałem też nieśmiało zauważyć, że obecny przepis, który wydłużał sieć szpitali do czerwca 2027 r., również znajduje się w ustawie o zmianie ustawy o chorobach zakaźnych, więc tam też ten przepis został w pewnym sensie dołożony do innej ustawy.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

Szanowni państwo, dodam tu jeszcze, bo może nie wszyscy znają dokładnie zakres inwestycji KPO dla szpitali, ponieważ szpitale, które dzisiaj są objęte alokacją, o której wspominał pan minister, należą do sieci szpitali. Tym samym to też nie jest przypadek, że jest to w tej ustawie. Również dostęp szpitali ujętych w sieci do PUI jest dokładnie z tego zakresu. Tym samym nie są to oderwane od siebie przepisy. Wiąże się to też z ciągłością projektu, więc jest to ze sobą powiązane w ramach realizacji tej inwestycji.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Rozumiem, że... Jeszcze pani, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia Melanie Raczek-Żeromska:

Dzień dobry. Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo, Melanie Raczek-Żeromska, zastępca dyrektora Departamentu Prawnego.

Chciałam jedynie podkreślić, że art. 9 w ustawie, która jest dzisiaj przedmiotem obrad Wysockiej Komisji, był zawarty od samego początku, przeszedł konsultacje, opiniowanie, uzgodnienia i ze strony społecznej nie było do niego zgłaszanych uwag. W związku z powyższym dlatego on się nadal znajduje w projekcie ustawy i jest procedowany.

W zakresie propozycji złożonej przez Naczelną Izbę Aptekarską. Bardzo serdecznie dziękujemy, natomiast ona jest w tym momencie poza zakresem, nie ma takiej poprawki. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Czy to już wszystkie odpowiedzi?

Panie pośle, jedno pytanie, krótka odpowiedź i zakończymy.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Państwo próbujecie nas przekonać, że dodanie tej poprawki ma związek ze zdrowiem. To brawurowe. Pan Rafał powiedział przede mną, że jest to związane właśnie z kwestią tych procesów restrukturyzacyjnych.

O ile się nie mylę, w sieci szpitali dzisiaj mamy około 600 podmiotów. Chciałem zapytać, ile podmiotów obecnie jest na tej ścieżce restrukturyzacyjnej, bo przypomnę, że tutaj mówimy o tym, żeby wstrzymać kwalifikacje do sieci dla wszystkich podmiotów. Chciałem się dowiedzieć, ile to jest. Ostatnie informacje, które miałem, mówiły, że to jest sześć podmiotów, czyli 1% z tejże sieci, ale chciałem prosić o dokładne liczby, bo państwo w ministerstwie...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, to jest proces. Dziękuję.

Bardzo proszę o odpowiedź.

Radca w departamencie MZ Rafał Bułanowski:

Jeżeli chodzi o zmiany dotyczące samej działalności szpitali w sieci, czyli tę restrukturyzację działalności w sieci szpitali, to według danych, które kilka dni temu przekazał nam NFZ, obecnie fundusz rozpatruje około 30 wniosków szpitali dotyczących zamiany pełnego profilu szpitalnego na przykład na leczenie planowe albo na ZOL czy też w ogóle rezygnacji z prowadzenia danego zakresu świadczeń leczenia szpitalnego w ramach sieci. Taka jest obecnie skala, ale nie można wykluczyć, że będą kolejne tego rodzaju wnioski, bo te możliwości świadczeniodawcy mają również w zakresie uzyskania pewnego wsparcia finansowego takiego procesu, jeżeli chodzi o kalkulację ryczału systemu zabezpieczenia. Ta możliwość jest przewidziana do 2029 r. w art. 3 ustawy z 5 sierpnia 2025 r. Stąd też ta koordynacja, jeżeli chodzi o te terminy, jest z tego

względem szczególnie uzasadniona, bo tam też w przepisie przejściowym do ustawy z 5 sierpnia jest mowa o latach 2025-2029.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Panie ministrze, czy jeszcze coś? Czy uznajemy, że runda odpowiedzi jest zakończona? Dziękuję bardzo.

Stwierdzam zakończenie pierwszego czytania i przechodzimy do rozpatrzenia projektu ustawy.

Tytuł ustawy. Czy są uwagi do tytułu? Pan poseł Cieszyński, bardzo proszę.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałbym przyjąć postulat pana Krzysztofa Zdobyłaka i zmienić tytuł ustawy na ustawę o wydłużeniu obowiązywania sieci szpitali z elementami e-zdrowia.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Rozumiem, że ma pan taką poprawkę, tak?

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Mogę przygotować, jeżeli pani...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Nie widzieliśmy jej.

Biuro Legislacyjne, czy możemy głosować od razu?

Lepiej byłoby, panie pośle, mieć przygotowane te poprawki.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Niektóre już są przygotowane w sekretariacie, tak że...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Fajnie byłoby wszystkie od razu.

Dobrze, czekamy, aż pan poseł złoży poprawkę. 10 minut przerwy.

Przy okazji proszę o ponowne zalogowanie się do systemu i o przygotowanie głosowania.

[Po przerwie]

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Bardzo proszę o zajęcie miejsc i proszę o przygotowanie głosowania. Będziemy głosować poprawkę pana posła Cieszyńskiego. Proszę o otwarcie głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki pana posła Cieszyńskiego zmieniającej tytuł ustawy? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Poproszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 25 osób. Za – 10, przeciw – 15. Poprawka nie uzyskała akceptacji Komisji.

Przechodzimy do art. 1. Czy są uwagi do art. 1?

Zmiana nr 1. Nie widzę uwag.

Zmiana nr 2. Czy są uwagi? Nie widzę.

Stwierdzam, że art. 1 i art. 2 zostały rozpatrzone.

Zmiana nr 3. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 3 została rozpatrzona.

Zmiana nr 4.

Do zmiany nr 3, panie pośle, czy do zmiany nr 4?

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Do zmiany nr 4 ppkt a.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałbym prosić o wyjaśnienie, dlaczego karta stażu podyplomowego ma być prowadzona w postaci papierowej, skoro mamy ustawę o e-zdrowiu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, dziękuję.

Bardzo proszę o udzielenie odpowiedzi. Czekamy na przedstawiciela Ministerstwa Zdrowia. Pani przedstawicielka na sekundę wyszła i zaraz wróci.

Dobrze, to przy okazji przerwy upoważnienie dla Biura Legislacyjnego dla wprowadzenia zmian.

Panie pośle Cieszyński, czy możemy pójść dalej? Pani przedstawicielka ministerstwa odpowie później, czy chcemy przed rozpatrzeniem?

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Jeżeli państwo nie wiedzą, z czym przyszli do Sejmu, to proponuję może usunąć ten przepis.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, przedstawicielka ministerstwa, która odpowie zaraz na pytanie, wyszła w tej sekundzie.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Jest pani dyrektor z prawnego, ale dobrze, oczywiście możemy iść dalej. Jestem spokojny.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Możemy iść dalej. Dobra, to pójdziemy dalej i potem, jak pani wróci, to udzielimy odpowiedzi.

Zmiana nr 4 w art. 1 ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 4 została rozpatrzona.

Ppkt c. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że ppkt c został rozpatrzony.

Ppkt d. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że ppkt d został rozpatrzony.

Dobrze, to wróćmy do rozpatrzenia całego.

Przechodzimy do zmiany nr 5. Czy są uwagi do zmiany nr 5? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 5 została rozpatrzona.

Zmiana nr 6. Czy są uwagi do zmiany nr 6? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 6 została rozpatrzona.

Zmiana nr 7. Czy są uwagi do zmiany nr 7? Bardzo proszę, pan poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Tu są zmiany do tego rejestru asystentów medycznych. Chciałbym poprosić o wyjaśnienie, o co tutaj chodzi.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. W jakiej kolejności ministerstwo? W zasadzie dowolnej.

Czy pani z ministerstwa zna pytanie posła Cieszyńskiego do zmiany nr 4 art. 1 ppkt a?

Pan poseł Cieszyński pytał, dlaczego...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Czy mogę sformułować jeszcze raz własnymi ustami?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Tak, proszę, jeszcze raz krótko.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, otóż moje pytanie dotyczyło tego, że mamy ustawę o wprowadzaniu rozwiązań e-zdrowia, tymczasem elektroniczna karta stażu podyplomowego jest w ramach tej ustawy zastępowana kartą stażu podyplomowego prowadzoną w formie papierowej. Chciałbym zrozumieć związek tego z e-zdrowiem.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę włączyć mikrofon.

Główny specjalista w Departamencie Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia Grażyna Głowacka:

Chciałam wyjaśnić, że system monitorowania kształcenia jest jednym z systemów e-zdrowia. Tutaj zrezygnowano z rejestrowania staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów właśnie w tych systemach, ponieważ okazało się, że to jest zbyt skomplikowane i zbyt kosztochłonne w stosunku do korzyści, jakie by z tego płynęły. Same izby lekarskie wnioskowały o to, żeby po prostu, tak jak do tej pory, te rozwiązania pozostały w formie papierowej. Odstąpiono więc

od tego rozwiązania. Ponadto, jak dość często wspomina się już w przestrzeni publicznej, planowane jest skrócenie stażu podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów.

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Co ma karta z tym wspólnego?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, dziękujemy za odpowiedź.

Główny specjalista w departamencie MZ Grażyna Głowacka:

Po prostu koszty tego rozwiązania będą niewspółmierne do korzyści, które tutaj byłyby w związku z tym rozwiązaniem.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Proszę jeszcze o przedstawienie się.

Główny specjalista w departamencie MZ Grażyna Głowacka:

Grażyna Głowacka, Departament Rozwoju Kadr Medycznych Ministerstwa Zdrowia.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Poproszę jeszcze o odpowiedź do zmiany nr 7.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Czy ja mogę zadać tu pytanie właśnie pani, która to tłumaczyła przed chwilą? Bo faktycznie ten zapis jest taki trochę groteskowy. Mówimy o tym, żeby uciekać od papierowej dokumentacji medycznej, od papieru w ogóle, i wie pani, tłumaczenie, że ewentualnie staże mają być skrócone, nijak się nie ma do tego, że ten staż może być i tak prowadzony w formie elektronicznej. Może jakby pani przedstawiła faktycznie, jakie to są koszty w przypadku, kiedy jest to prowadzone w formie papierowej, a jakie w formie elektronicznej. Jeżeli wszystkie zakłady pracy mają i tak przesiąść się na elektronikę, to oni posiadają też ten system. Nie wiem więc, czy akurat to tłumaczenie było takie trafione. Gdyby pani może to rozwinęła bardziej merytorycznie... Tylko dlatego, że to jest droższe? Teraz, o ile droższe? Co to znaczy droższe? Czy państwo to badaliście, czy to jest faktycznie droższe? A jeszcze tłumaczenie, że ma być skrócony staż, to już w ogóle jest nietrafiona odpowiedź. Dziękuję.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Przede wszystkim głównym wnioskodawcą były izby lekarskie i to był główny powód, żeby obecnie utrzymać kartę stażu w wersji niecyfrowej.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Czy tam przypadkiem nie była potwierdzana obecność itd. i prowadzenie tego w systemie elektronicznym generowało tutaj pewne problemy?

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Takowy system nie powstał, więc na razie jeszcze musi powstać.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Wtedy by ich złapali, a papier wszystko wytrzyma.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Papier wytrzyma i papier zmieni, nie? Natomiast to jest dalej bardzo słabe wytłumaczenie, że izby lekarskie tak chciały. Dlatego, że jeżeli tak będzie, to przy każdym tłumaczeniu możemy mówić, że izby lekarskie tak chcą, więc właściwie to wszystko możemy wtedy pod to podciągnąć.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, właśnie przesłałem do sekretariatu Komisji poprawkę usuwającą art. 1 z tej ustawy.

Główny specjalista w departamencie MZ Grażyna Głowacka:

Przepraszam. Mogę jeszcze doprecyzować w odpowiedzi na państwa wątpliwości. Mamy doświadczenia z prowadzeniem w systemie monitorowania kształcenia pracowników medycznych specjalizacji lekarskich i de facto staż jest taką troszkę bardzo minispecjalizacją, która wymagałaby de facto wprowadzenia bardzo podobnych, skomplikowanych rozwiązań.

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Nie trwa pół roku.

Główny specjalista w departamencie MZ Grażyna Głowacka:

Ich wprowadzanie byłoby kłopotliwe i dla podmiotów prowadzących staż, i dla izb lekarskich, i dla samych lekarzy. To jest po prostu niewspółmierne do tego, że staż będzie trwał tylko pół roku i wystarczy, jak lekarz i izby lekarskie będą to dokumentować na karcie. Tutaj koszty byłyby bardzo podobne do tych przy prowadzeniu specjalizacji. Byłoby to skomplikowane rozwiązanie. Konieczne byłoby wdrożenie go w jednostkach, których jest znacznie więcej niż jednostek prowadzących szkolenie specjalizacyjne. Staż musi odbyć każdy lekarz. Specjalizacji, co do zasady, nie musi. Byłoby to więc niewspółmierne koszty do korzyści, jakie by z tego wynikały.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czy możemy prosić o wyliczenia tych kosztów? Na pewno przecież państwo robili jakieś szacunki przed podjęciem takiej decyzji.

Główny specjalista w departamencie MZ Grażyna Głowacka:

Ostatnie szacunki były robione w momencie wprowadzania tego rozwiązania wprowadzanego w 2020 r., kiedy trwała epidemia. Jak wiemy, od tego czasu realia finansowe bardzo się zmieniły i te koszty drastycznie tutaj wzrosły, więc te rozwiązania byłyby na pewno znacznie droższe, niż to było przewidziane wtedy. Tak jak mówię, nie byłoby z tego większych korzyści, wręcz przeciwnie. Obecnie nawet środowisko lekarskie nie jest zadowolone z tych rozwiązań dotyczących specjalizacji. Bardzo narzeka, że te wszystkie procedury rejestracji staży w systemie są dla nich problematyczne, kłopotliwe i trudne do zrealizowania. Dodatkowo, realizacja staży lekarzy i lekarzy dentystów jest weryfikowana przez izby lekarskie, nie tak jak jest to...

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Tak samo można wytłumaczyć dokumentację medyczną. Kiedyś dokumentacja medyczna była wyłącznie na papierze, teraz przesiadamy się na wersję elektroniczną i jest to o wiele trudniejsze do prowadzenia niż prowadzenie stażu u lekarzy, nie?

Główny specjalista w departamencie MZ Grażyna Głowacka:

Taka decyzja została podjęta i jej głównym celem było właśnie obniżenie kosztów, które w naszej ocenie i również w ocenie samorządu lekarskiego są niepotrzebne.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Widzę, że są dyskusje na sali. Bardzo proszę o wyciszenie rozmów, bo jeszcze poprosimy panią dyrektora.

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Czy moglibyśmy już szybciej to robić?

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Trzeba Krysia mądrzej, a nie szybciej.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Jak widać, nie. To jednak jest ustawa.

Bardzo proszę, pani dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Melanie Raczek-Żeromska:

Dziękuję bardzo. Melanie Raczek-Żeromska, Departament Prawny.

Artykuł 1 ma charakter porządkujący. Do 28 lutego 2026 r. mieliśmy podstawę prawną do prowadzenia tych kart staży w postaci papierowej. Po 28 lutym niestety nie możemy tego kontynuować, stąd ten porządkujący art 1.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czyli do 28 lutego, tak? Lutego tego roku? To nie rozumiem.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Znaczy nie będzie tego po prostu. Chodziło o to, że miało zostać elektronicznie, to się nie wydało, to teraz sanujemy to ustawą.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

OK. Rozumiem, że nie jesteśmy jeszcze przygotowani na to, żeby przejść na system elektroniczny.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Więc w całości to wyrzucamy do śmietnika.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

A czy są plany przejścia na system elektroniczny?

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Nie, bo chcą likwidować staż.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Nie chcemy likwidować stażu, natomiast trwa proces dyskusji nad zakresem stażu lekarskiego, lecz to nie likwiduje możliwości powstania systemu i zmian systemu SMK, w ogóle zmian do systemu SMK2.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Bardzo dziękuję, panie ministrze.

Klaryfikując, na ten moment musimy to przedłużyć, bo nie mamy możliwości prowadzenia inaczej tej dokumentacji. Jak rozumiem stanowisko pana ministra, nad stażami będziemy dyskutować zresztą dzisiaj i możliwe jest wprowadzenie systemu elektronicznego. Dobrze, dziękuję bardzo.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, jedno zdanie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, tak czy siak, poprawkę pana posła mamy, więc poproszę o otwarcie głosowania tej poprawki w tym punkcie. Kto jest za przyjęciem poprawki posła Cieszyńskiego? Kto jest przeciw?

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, chciałbym tylko podnieść, że...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Kto się wstrzymał?

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Skoro i tak głosuję, ale to tylko...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Poproszę o wyniki głosowania. Głosowało 24 osoby. Za – 9, przeciw – 15, nikt się nie wstrzymał. Stwierdzam, że poprawka nie przeszła.

Panie pośle, na spokojnie, jeszcze mamy drugie czytanie. Ważne, że ta dyskusja się odbyła i ministerstwo też ma o czym myśleć. Stwierdzam, że rozpatrzyliśmy zmianę nr 4.

Wracamy do zmiany nr 7. Pan poseł Cieszyński zadał pytanie, o co chodzi w zmianie nr 7.

Poproszę o udzielenie odpowiedzi przez ministerstwo. Proszę tylko o przedstawienie się.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Melanie Raczek-Żeromska:

Szanowni państwo, art. 41a na ten moment również obowiązuje w systemie prawnym. Stanowi o tym, i tutaj jest też do tego dookreślona procedura, że lekarz może udzielać upoważnienia do wystawienia elektronicznej dokumentacji medycznej w systemach informacyjnych lub do dokonywania wpisów w tych systemach w imieniu tego lekarza przez inne osoby wykonujące zawód medyczny i czynności pomocnicze. Dodatkowo więc dwie osoby. Jest to odnotowywane również w rejestrze asystentów medycznych.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Stwierdzam tym samym, że rozpatrzyliśmy zmianę nr 7 i rozpatrzyliśmy w ten sposób art. 1.

Przechodzimy do art. 2.

Zmiana nr 1. Bardzo proszę, posłanka Skowrońska.

Posel Krystyna Skowrońska (KO):

Chciałabym zaproponować poprawki. Nie wiem, czy będziemy to procedować jako poprawkę czy upoważnienie dla Biura Legislacyjnego, żeby w ust. 1 dotyczącym prawa farmaceutycznego,

również z dalszymi konsekwencjami, osobę odpowiedzialną wpisać od dużej litery, tak jak to obowiązuje w obecnym stanie prawnym. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękujemy, pani poseł.

Proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Katarzyna Abramowicz:

Dzień dobry, szanowni państwo. Faktycznie, w słowniczku ustawy w pkt 21b mamy definicję osoby odpowiedzialnej i jest to kierownik hurtowni farmaceutycznej albo hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych. Wówczas, jeżeli w ustawie mówimy o tej właśnie osobie, to powinniśmy zapisywać wielką literą. Poprosiłabym jednak państwa ze strony ministerstwa, ponieważ jeżeli faktycznie chodziłoby tylko o tę osobę odpowiedzialną opisaną w słowniczku, to należałoby też wykreślić wyrazy „za prowadzenie hurtowni”, bo to już wynika z samej definicji. Pytanie, czy osoba odpowiedzialna w art. 75 i 83 „za prowadzenie hurtowni” to jest ktoś więcej niż kierownik hurtowni.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Poproszę ministerstwo. Mamy stanowisko? To poproszę o zabranie głosu.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Dobrze, przyjmujemy tę informację od legislatorów Sejmu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czy jesteśmy za przyjęciem? Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Katarzyna Abramowicz:

Prosiłabym o odpowiedź, w którą stronę państwo przyjmujecie. Czy przyjmujemy, że piszemy od dużej? Rozumiem, osoba odpowiedzialna z art. 75 i 83 to ma być kierownik hurtowni, o którym mowa w słowniczku.

Poseł Krystyna Skowrońska (KO):

Tak jest.

Legislator Katarzyna Abramowicz:

To wtedy wielką literą, tak jak w poprawce, i z tą drobną konsekwencją, że wykreślimy też wyrazy „za prowadzenie hurtowni”, bo to już wynika z definicji tej osoby odpowiedzialnej.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Tak, tak jest.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Proponuję przez aklamację.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, to proszę o aklamację. Nie ma sprzeciwu. Dobrze. Stwierdzam, że poprawka posłanki Skowrońskiej została przyjęta.

Art.1. Zmiana nr 2. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 2 została rozpatrzona. Tym samym rozpatrzyliśmy art. 2.

Przechodzimy do art. 3. Zmiana nr 1. Czy są uwagi? Nie widzę. Biuro Legislacyjne, proszę.

Legislator Anna Jakubik:

Dziękuję bardzo. Szanowni państwo, to jest takie ogólne tylko stwierdzenie. Przygotowaliśmy zestawienie uwag legislacyjno-redakcyjnych, przekazaliśmy je pani przewodniczącej do podpisu. W pierwszym miejscu, właśnie w art. 3 w pkt 2, dokonujemy też korekty legislacyjnej. Tych zaproponowanych zmian jest dziewięć. One wszystkie wynikają ze spotkania roboczego, które odbyliśmy z Ministerstwem Zdrowia. Są uzgodnione i wszystkie mają charakter legislacyjno-redakcyjny. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję. Daliśmy upoważnienie, tak?

Czy są jakieś uwagi do zmiany nr 2? Zmiana nr 2 ppkt a. Nie widzę. Biuro Legislacyjne.

Legislator Katarzyna Abramowicz:

Szanowni państwo, w naszym zestawieniu, właśnie w art. 3 pkt 2 jest propozycja korekty wprowadzenia do wyliczenia. To są poprawki, które już przekraczają zakres naszego upoważnienia, ale jeżeli nie będzie sprzeciwu, to może prosimy Komisję o przyjęcie. Może w tych miejscach będę mówić, na czym ta zmiana polega, żeby to było...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Czy jest sprzeciw? Nie ma? Bardzo proszę. Czyli możemy teraz iść dalej, tak?

Legislator Katarzyna Abramowicz:

Tak, dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze.

Ppkt c. Nie widzę uwag. Stwierdzam, że zmiana nr 2 została rozpatrzona.

Zmiana nr 3. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 3 została rozpatrzona.

Zmiana nr 4. Poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałbym poprosić o wyjaśnienia, bo tutaj to się sprowadza do dodania tego pkt 2 w ust. 8, i chciałbym się dowiedzieć, jakie są praktyczne reperkusje tej zmiany. Dlatego że tutaj do tej pory były programy zdrowotne. Chciałem dopytać, o co tutaj chodzi dalej.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Panie ministrze, bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

Ten wątek dotyczy uwagi, która wpłynęła ze strony społecznej na etapie konsultacji i dotyczy wsparcia działań profilaktycznych, tak żebyśmy mogli uzyskiwać informacje nie tylko o tych badaniach, do których pacjent może mieć dostęp, ale też o tych, które wykonał, żeby skuteczniej projektować działania profilaktyczne. Było to więc efektem konsultacji ze stroną społeczną.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana nr 4. Nie widzę uwag.

Zmiana nr 5. Nie widzę uwag.

Zakończyliśmy omawianie art. 3.

Art. 4. Zmiana nr 1. Nie widzę uwag.

Zmiana nr 2. Proszę bardzo, pan poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Tak, tu jest ust. 9. Mówi o tym, co się dzieje z dokumentacją medyczną prowadzoną w postaci elektronicznej w momencie, w której podmiot leczniczy zaprzestaje wykonywania działalności. Chciałbym tutaj poprosić o objaśnienie w praktyce, jaki państwo macie na to pomysł i w jaki sposób pacjent będzie o tym informowany, w jaki sposób to w ogóle będzie przebiegało. Czy państwo macie dzisiaj pomysł na to, w jaki sposób te dane medyczne przekazywać od podmiotu do CeZ? Tak, już stricte technicznie. Przepraszam, że pytam o takie rzeczy, ale to jest jednak bardzo chyba istotne. Czy nie należałoby wydać delegacji w tej sprawie do rozporządzenia, do aktu niższej rangi, żeby można było określić na przykład standard techniczny, w którym to się przekazuje? Przypomnę, że mówimy o danych pacjentów.

Przewodnicząca poseł Elżbieta Gelert (KO):

Myślę, że bardzo dobre pytanie. To się już dzieje, bo przecież sporo podmiotów kończy swoją działalność i gdzieś musi ją oddawać. Na pewno byłoby dobrze, gdyby to było wystandaryzowane.

Panie ministrze, bardzo proszę...

Najpierw kolega Polaczek, poproszę.

Poseł Jerzy Polaczek (PiS):

Chciałem uzupełnić to pytanie pana posła Cieszyńskiego, dokładnie raz jeszcze powtarzając te kwestie standaryzacji w zakresie przesyłania tych danych i sposobu później powiadamiania

pacjenta o tym, gdzie są jego dane medyczne oraz standardów ochrony tych danych w procesie ich przekazywania. Moja ocena też jest tożsama chyba z głosem pani przewodniczącej czy posła Cieszyńskiego. To pytanie do ministra zdrowia: Czy nie istnieje właśnie tutaj obiektywny powód delegacji do wydania rozporządzenia w tym zakresie?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Poproszę ministerstwo.

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Jeżeli chodzi o proces i sposób realizacji tych działań związanych z przekazywaniem dokumentacji medycznej, projekt ustawy zakłada, czy przewiduje, że podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych poinformuje pacjenta przed zaprzestaniem swojej działalności. To ten podmiot ma przekazać tę dokumentację do centrum. Od strony operacyjnej będzie pewnie możliwość przekazania tej dokumentacji i będzie realizowana na dwa sposoby. Można będzie fizycznie przekazać taki nośnik, ale również będzie wystawiony zasób, na który będzie można je przekazać. Akurat mówimy również o elektronicznej dokumentacji medycznej w większości. Z punktu więc widzenia pacjentów dostęp do tej dokumentacji powinien być zapewniony z poziomu aplikacji mojeIKP i IKP. Informacja o tych dokumentach już jest, zmienia się jej miejsce przechowywania i podmiot jest odpowiedzialny za to, żeby zapewnić dostępność tego dokumentu zarówno pacjentowi, jak i kolejnym uczestnikom tego procesu. Została więc przygotowana, dedykowana procedura i ona będzie udostępniona dla każdego podmiotu leczniczego, aby móc się wywiązać i zrealizować tak naprawdę te obowiązki, które dzisiaj spoczywają na tym podmiocie. Dziękuję.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, mam pytanie do Biura Legislacyjnego. Czy mogę?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałem dopytać, jak to się ma do przepisów związanych z ochroną danych osobowych? Mamy tutaj do czynienia z sytuacją, w której pacjent powierzył swoje dane jakiemuś podmiotowi leczniczemu i w tym momencie to się zmienia. Chciałem się dowiedzieć, czy tutaj w związku z tym nie byłoby może wymagane jakieś doprecyzowanie, żeby była jasna podstawa do tego, żeby te dane później w CeZ przetwarzać.

Legislator Katarzyna Abramowicz:

Biuro tak na gorąco nie jest w stanie udzielić takich szczegółów. Musiałybyśmy sobie pogłębić wiedzę.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

A kierunkowo?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Mamy odpowiedź ministerstwa, więc może zaczniemy od tego.

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Na podstawie tego projektu definiujemy, że miejscem przechowywania tej dokumentacji jest system, którego administratorem jest minister zdrowia, a administratorem systemowym jest CeZ. Ustawa daje nam więc podstawę do przetwarzania tych danych. Tak samo jak każda elektroniczna dokumentacja medyczna przechowywana centralnie w systemie informacji medycznej, te dokumenty również będą podlegać tożsamym zasadom, czyli dostęp do nich jest ograniczony. Tylko pacjent ma dostęp, pacjent zapewnia i zarządza dostępem do tej dokumentacji. Zostało to zrealizowane w ten sposób, więc nie ma takich dodatkowych potrzeb regulacji w tym zakresie. Dziękuję.

Posel Elżbieta Gelert (KO):

Myślę, że docelowo trzeba to będzie kiedyś uregulować, bo oczywiście pacjent ma dostęp, ale dokumentację trzeba przetrzymywać czasami 30 lat, czasami 50 lat. Jeżeli, powiedzmy, pacjent umrze, to wtedy rodzina czy osoba upoważniona może żądać i wtedy ona też musi wiedzieć, a może nie wiedzieć. Myślę więc, nie mówię, że w tej ustawie, ale docelowo przekazywanie dokumentacji medycznej o pacjencie powinno być jasno określone.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Czy mogę? Chciałbym dwie rzeczy. Ten dostęp reguluje ustawa o prawach pacjenta. Druga rzecz – był już tu poruszony temat zbliżającego się uregulowania europejskiej przestrzeni danych osobowych. Tam jest wiele zapisów dotyczących zabezpieczania danych medycznych pacjenta, udostępniania i korzystania. One będą zawarte w tych przepisach, bo jesteśmy do tego zobligowani przez unijne rozporządzenie. Dziękuję

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, to stwierdzam, że...

Poseł Piecha, bardzo proszę.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

To jest sprawa jednak kardynalna, co tu dużo mówić. Te dokumenty medyczne mogą być wykorzystane przez różne rzeczy, od prokuratury poprzez systemy Ministerstwa Sprawiedliwości, poprzez systemy odszkodowawcze, ubezpieczeniowe, etc.

Są dwa rodzaje dokumentacji. Rozumiem, że jeden z nich to ten, który w normalnym podmiocie leczniczym ma charakter elektroniczny. Powiedziałem już o tym IKP, gdzie nie ma połowy moich świeżych danych, nie istnieje, czyli póki co ten system nie działa. Robiły to uniwersytety, wcale nie jakiś drobny podmiot. Ten drobny podmiot wydał mi skierowanie na badania, które jest uwzględnione, a ten potężny podmiot, uniwersytet medyczny, już nie bardzo.

Druga sprawa to dokumentacja papierowa. Ona też istnieje. Czy ona ulega spaleniu, czy czemukolwiek? Ona przecież istnieje. W większości poradni mamy założoną, chociażby kartę z jakimiś podstawowymi danymi, z PESEL itd. Wydaje mi się, że przy tej okazji trzeba przynajmniej wspomnieć albo wydelegować odpowiednie wskazówki do rozporządzenia, żeby ogarnąć całość tej dokumentacji, a nie tylko jej część.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Regulują to przepisy w ustawie o prawach pacjenta. Dokumentacja papierowa, zgodnie z tym elementem, jest przekazywana i przejmowana przez izbę lekarską świadczeniodawcy. Jeżeli chodzi o dokumentację elektroniczną, to są te zapisy.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Co ma izba lekarska do podmiotów leczniczych, nie do gabinetów?

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

To są uregulowane przepisy w ustawie o prawach pacjenta, więc ta ustawa o e-zdrowiu nie reguluje ustawy o prawach pacjenta.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Stwierdzam, że zmiana nr 2 została rozpatrzona.

Zmiana nr 3. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 3 została rozpatrzona.

Tym samym rozpatrzyliśmy art. 4.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Przepraszam, jeszcze zmiana nr 3...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę, Biuro Legislacyjne.

Legislator Katarzyna Abramowicz:

Chciałabym tylko zapytać, czy to nasze zestawienie uwag legislacyjno-redakcyjnych mam zgłaszać, czy będą w całości, jeżeli Komisja nie wyrazi sprzeciwu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Już pytałam. Komisja nie wyraziła sprzeciwu, więc przyjmujemy w całości.

Legislator Katarzyna Abramowicz:

Dziękujemy.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Przechodzimy do art. 5. Bardzo proszę, pan poseł Cieszyński, do art. 3.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Do zmiany nr 3 do art. 4, przepraszam, bo...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

To już jesteśmy po tym. Jesteśmy przy art. 5, panie pośle. Przykro mi.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Ale...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czy są uwagi do art. 5? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 5 został rozpatrzony.

Art. 6.

Zmiana nr 1. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że została rozpatrzona.

Ppkt b. Czy są uwagi? Proszę, panie pośle.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Do ppkt a. Chciałbym się dowiedzieć czegoś więcej na temat tego, czym są aplikacje wspierające dobrostan, bo tu jest taka definicja. Prosiłbym o informację.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, dziękuję.

Proszę o odpowiedź.

Posel Bolesław Piecha (PiS):

To jest dla Unii Europejskiej. Nie wiem, czy dobrze przetłumaczone.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

Szanowni państwo, chcę się odnieść do tego, że odwołujemy się do definicji, której nie tworzymy sami, która jest również dostosowana do EHDS, tak jak to zostało zauważone, do innego rozporządzenia. To jest też element systemu DOM, który był opiniowany bardzo uważnie przez stronę społeczną. W tym zakresie też chcieliśmy dać jasną definicję tej aplikacji, tak żeby nie rodziło to obaw co do bezpieczeństwa zbieranych informacji gromadzonych w ramach zakresu DOM.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Przepraszam, bo to nie była odpowiedź na moje pytanie. Czy mógłbym prosić o przykład takiej aplikacji, czy one jeszcze nie istnieją?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję. Są?

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Chociażby w tej definicji Parlamentu Europejskiego.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

Tak. Szanowni państwo, w ramach innowacyjnych narzędzi mamy wyroby medyczne i mamy aplikacje wspierające dobrostan. Na rynku znane są już narzędzia, które rejestrują, czy to nasz ruch, aktywność, które nie są wyrobami medycznymi, ale są aplikacjami, które wspierają dobrostan, monitorowanie i sprzyjają prozdrowotnym zachowaniom, ale nie ingerują w proces diagnostyczny czy też terapeutyczny, więc nie są pod reżimem wyrobu medycznego. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Stwierdzam, że ppkt a został rozpatrzony.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt c. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Tym samym rozpatrzyliśmy zmianę nr 1.

Zmiana nr 2. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 2 została rozpatrzona.

Zmiana nr 3. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że została rozpatrzona.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że została rozpatrzona.

Tym samym rozpatrzyliśmy zmianę nr 3.

Zmiana nr 4. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 4 została rozpatrzona.

Zmiana nr 5. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że ppkt a został rozpatrzony.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt c. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt d. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt e. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Przepraszam. Czy mogę wnioskować o co najmniej jedną sekundę przerwy pomiędzy podpunktami, bo pani przewodnicząca tak szybko czyta, że...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, ale to można przeczytać sobie wcześniej ustawę, uzasadnienie, poczytać o dobrostanie, bo to nie... Teraz pan poseł potrzebuje sekundę.

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Niech mi pani wierzy, że to czytaliśmy.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałbym zadać pytanie do zmiany, do ppkt c, o generowaniu...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Tutaj jest takie coś: „generowanie i udostępnianie na podstawie zindywidualizowanych jednostkowych danych medycznych zawartych w SIM, analiz i raportów służących do oceny stanu zdrowia usługobiorcy oraz stosowanych u niego terapii”. Chciałbym się dowiedzieć, kto będzie miał dostęp do tych raportów i w jaki sposób będzie można to sprawdzić.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Proszę o odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

W treści uzasadnienia w pkt 1 opisujemy narzędzie do analizy zdrowia pacjenta. Jest to tak zwany e-profil pacjenta, który ma umożliwiać agregowanie danych dostępnych już teraz w systemach, które wizualizują realizację recept czy też zdarzeń medycznych. Jest to zdefiniowane dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach też koordynacji i lepszego wizualizowania danych, które są. Stąd nazwane jest to analizami i raportami służącymi do oceny stanu zdrowia, które bazują na danych już zgromadzonych.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Ale przepraszam...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Panie pośle, powoli można się zgłosić, zadać pytania. Bardzo proszę.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałem ponowić to pytanie. Jeżeli pani mówi, że dostęp ma lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, to chciałem poprosić o wskazanie podstawy prawnej i zapytać, czy będę mógł jako pacjent zobaczyć, kto i kiedy uzyskał dostęp do tych danych.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Proszę o odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

To są wymagania w zakresie podstawowej opieki medycznej. Chcę też dodać, że za zgodą pacjenta do e-profilu pacjenta będzie mógł mieć dostęp również inny profesjonalista medyczny, ale tu podkreślamy fakt, że za zgodą, ponieważ pacjent zawsze ma do tego wgląd i to on administruje tym, kto do...

Posel Bolesław Piecha (PiS):

Wie o tym czy nie? Musi udzielić zgody?

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

Jeżeli udziela zgody, to tak.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, wiedzę rękę, jak jest w górze. Bardzo proszę.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Mam bardzo konkretne pytanie. Czy jako pacjent będę widział, kto i kiedy uzyskał dostęp do mojego e-profilu pacjenta? A jeżeli tak, to gdzie będę to widział? To jest pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Jaka jest podstawa prawna do tego, o czym pani dyrektor przed chwilą powiedziała, czyli tego, że to jest tylko dla POZ? Jak pani mówi, że POZ, to znaczy, to jest dla lekarza POZ, dla pielęgniarki POZ, dla położnej POZ, dla całej placówki? Jak to wygląda?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Poproszę o odpowiedź.

Jeszcze strona społeczna ma pytanie, tak? Proszę o przedstawienie się i zadanie pytania.

Kierownik ds. koordynacji Krajowej Sieci Kardiologicznej w Narodowym Instytucie Kardiologii Anna Drohomirecka:

Anna Drohomirecka, Narodowy Instytut Kardiologii. Jestem na zaproszenie pana profesora Banasiaka, czyli konsultanta krajowego do spraw kardiologii. Jestem też jednym z ekspertów, który od dłuższego czasu pracuje wspólnie z CeZ, zarówno przy e-Konsylium, jak i platformie DOM.

Uzyskaliśmy taką odpowiedź, że jeśli chodzi o kwestię dostępu do danych pacjentów, czyli tego, co będzie gromadzone na platformie DOM, będą go mieli lekarze POZ, czyli wszyscy lekarze, którzy mają już dostęp do dokumentacji elektronicznej pacjenta w nieograniczonym zakresie. Natomiast równolegle będą go mieli również lekarze prowadzący chorego w ramach opieki specjalistycznej, którzy zlecają na przykład monitorowanie przez platformę DOM, ponieważ to ma być platforma wspierająca system domowej opieki, czyli lekarz specjalista ma prawo zlecić pacjentowi formę monitorowania i w związku z tym wtedy powinien mieć do tego dostęp.

Zadaliśmy również dokładnie takie pytanie jak pan poseł: Czy pacjent będzie miał dostęp do tego, kto ma nieuprawniony, poza tymi profesjonalistami medycznymi, dostęp do jego danych, tak jak w tej chwili to się dzieje, na przykład w systemie wystawiania zwolnień lekarskich czy tak zwanych ZUS ZLA? Mamy możliwość zobaczenia w profilu, że ktoś się zalogował i takie dane sprawdzał. To jest odpowiedź, którą dostaliśmy na spotkaniach konsultacyjnych z CeZ. Chciałabym więc poprosić o weryfikację, czy jako konsultanci też jesteśmy w tej kwestii dobrze zorientowani.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo proszę o odpowiedź.

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Po pierwsze, dostęp do profilu, o którym mówiła pani dyrektor, ma zespół POZ, czyli lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka i położna, do których jest złożona przez pacjenta deklaracja wyboru. Po drugie, katalog tych pracowników medycznych może być rozszerzony na podstawie zgody, którą wyrazi pacjent w internetowym koncie pacjenta. To jest pierwsza sprawa.

Druga informacja o tym, kto sięgał po moje dane jako pacjenta, jest w tym systemie odnotowywana. Jeżeli ja jako obywatel, pacjent chciałbym uzyskać taką informację, mogę się zwrócić z tym wnioskiem do CeZ jako administratora systemu i wówczas centrum udostępnia taki raport z udostępnienia danych, gdzie jest wyszczególnione w poszczególnych pozycjach, kto, kiedy, do jakiego zasobu, do jakiej informacji miał dostęp i na jakiej podstawie. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Czy możemy uznać tę odpowiedź? Dziękuję. Stwierdzam...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Jeszcze à propos tego, o co tutaj pani pytała, o tych specjalistów, żeby nam to nie umknęło...

Kierownik ds. koordynacji Krajowej Sieci Kardiologicznej w Narodowym Instytucie Kardiologii Anna Drohomirecka:

To jest tak, że jeżeli specjalista ma zlecać nadzór i tę nadzorowaną ścieżkę domowej opieki, czyli tej formy telemonitoringu, to musi mieć do niego dostęp. Założenie więc było takie, że lekarz zlecający ma również do tego dostęp. Jeżeli założymy, że mamy powiązać dane z domu z kartą e-KOK, to de facto powinniśmy mieć możliwość dostępu do tych danych dla każdego profesjonalisty zarejestrowanego i prowadzącego kartę e-KOK.

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Tutaj spieszę już z wyjaśnieniami. Te informacje, które były przetwarzane, dotyczyły tak zwanego profilu pacjenta. Pani mówi o dwóch innych rozwiązaniach technicznych.

Pierwszy to jest DOM, czyli gromadzenie danych z wyrobów medycznych, tych aplikacji wspierających dobrostan, takich zegarków wellbeingowych, rzeczy ewentualnie wpisywanych przez lekarza. Obecnie podstawą gromadzenia tych informacji jest zlecenie, które będzie wystawiał profesjonalista medyczny lub zapisana karta e-KOK. Na tej podstawie, czyli na podstawie zlecenia tego konkretnego lekarza, pacjent będzie uzupełniał te dane. W związku z tym te dane będą dostępne również dla tego lekarza, który wystawił to zlecenie, co również jest ujęte tutaj w projekcie.

Natomiast w przypadku elektronicznej karty opieki kardiologicznej, czyli karty e-KOK, dostęp do wszystkich danych w karcie będzie zapewniony placówkom, które należą do Krajowej Sieci Kardiologicznej, żeby wspierać koordynację, dostęp i nadzór nad pacjentami. Dostęp dla placówek podstawowej opieki zdrowotnej, w której jest zadeklarowany ten pacjent, i ewentualnie do wszystkich innych, do których pacjent wyrazi zgodę na ogólnych zasadach. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Wracamy do pkt f. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Przepraszam. Czy pani przewodnicząca mogłaby mi przypomnieć dokładnie miejsce, w którym się znajdujemy, żebym się nie zgubił? Przepraszam, bo dużo się dzieje.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Strona 14, zmiana f.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Zmiana f. Szanowni państwo, to akurat jest ważna zmiana, bo jeżeli dobrze rozumiem, to jest taka zmiana, która pozwala CeZ wyłączyć, zablokować lekarza. Jeżeli państwo zobaczycie, to jest na podstawie powzięcia podejrzenia na podstawie informacji zgromadzonych w SIM lub od pacjenta, od pracownika medycznego lub organów ścigania o korzystaniu. Mamy tu więc wyłączenie pewnego domniemania niewinności, tylko po prostu decyzją CeZ można wyłączyć dostęp, co w praktyce uniemożliwia takiej osobie wykonywanie pracy.

Członek PLTR Tomasz Latos:

Ciekawe, co na to izba lekarska.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Rozumiem to trochę tak, jak taki przypadek ministra Niedzielskiego, że jeśli są uzyskiwane jakieś dane...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, jemu nikt nie zabronił. To był problem.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

No tak, i że to jest właśnie zapis na taką sytuację, że jeżeli ktoś korzysta z danych, to CeZ może zablokować ten dostęp, żeby ich nie upowszechniać.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Nie, nie, na szczęście. Pani przewodnicząca, jeżeli pani doczyta, to tu jest napisane „usługodawcy lub pracownika medycznego”, a dobrze znam Adama Niedzielskiego i wiem, że nie łączył funkcji ministra zdrowia z byciem usługodawcą i nie jest też pracownikiem medycznym.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Ale skądś pozyskiwał informacje.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

No tak, pozyskiwał.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Zakładam więc, że chodzi dokładnie o taką sytuację.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Nie, pani przewodnicząca. Chodzi o taką sytuację, że dyrektor CeZ mówi lekarzowi X: „odłączamy cię, drogi panie doktorze, od SIM”, czyli w wielu wypadkach uniemożliwiamy mu de facto wykonywanie pracy. I żeby było jasne, absolutnie jestem sobie w stanie wyobrazić sytuację, w których to jest zasadne.

Pytanie jest takie: Czy te instrumenty, które tu są opisane, nie gwarantują odpowiednich uprawnień dla takiego lekarza, bo ktoś może zostać wyłączony z różnych powodów. Dzisiaj możemy sobie tylko wyobrażać, z jakich, a ścieżka odwoływania się od tego w mojej ocenie jest niedostatecznie opisana i dlatego proszę o wyjaśnienie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

OK. Dziękuję.

Bardzo proszę o odpowiedź.

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Jeżeli chodzi o możliwość blokowania, mówimy o blokowaniu czasowym, i dotyczy to zarówno konkretnego numeru prawa wykonywania zawodu, jak i konta podmiotu. W przeszłości mieliśmy takie sytuacje, jak jeszcze pan był wiceministrem zdrowia, gdzie była blokowana na przykład apteka czy numer prawa wykonywania zawodu konkretnego farmaceuty, który próbował sięgać po dane pacjentów. Takie czynności czasem są niezbędne albo po to, żeby bronić czy chronić dane pacjentów, albo na przykład chociażby po to, żeby chronić stabilność działania systemu, na przykład w przypadku, w którym ktoś wgra nowe oprogramowanie, które zagroziłoby stabilności działania czy funkcjonowania systemu wszystkim. Czasem jest bezpieczniej czasowo wyłączyć, odłączyć jedną osobę, aby to funkcjonowanie dalej było możliwe dla pozostałych.

Mówimy tylko o czasowym zablokowaniu. Jeżeli taka praktyka jest realizowana, zazwyczaj realizuje się to najpierw poprzez kontakt z tym podmiotem. Może dochodzić do wielu sytuacji: kradzieży tożsamości, próby wykorzystania czyjegoś podpisu do tego, żeby wystawiać nieprawidłowe recepty itd. Natomiast mówimy nie o permanentnym blokowaniu, tylko o czasowym wystąpieniu takich okoliczności, które są poprzedzone kontaktem z podmiotem albo z tą osobą, próbą ustalenia stanu faktycznego i tej możliwości, aby dokonać takiej czynności. Na pewno nie jest tutaj naszym zamysłem, aby blokować takie rzeczy. Nawet w sytuacji, gdybyśmy czasowo, w przypadku ustalenia chociażby sytuacji kradzieży tożsamości jakiejś osoby, zablokowali dostęp, to oczywiście na wniosek takich osób mamy możliwość od razu odblokowania. To jest pierwsza kwestia.

Druga jest taka, że nawet jeżeli czasowo zablokujemy dostęp do systemu elektronicznego, to istnieje ścieżka w postaci wystawienia chociażby tej recepty w postaci papierowej.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Mam jeszcze takie pytanie, panie dyrektorze. Jeżeli mamy ten case ministra Niedzielskiego, o którym wspomniałam, już się nim posłużę, to czy będzie możliwe, że w momencie, kiedy ktoś publikuje czyjeś dane osobowe, to CeZ blokuje dostęp do danego pacjenta wszystkim, którzy go posiadają, zanim dojdzie do tego, kto wykorzystuje informacje, które ma w systemie, i odblokuje ten dostęp dopiero wtedy, kiedy dojdzie się do tego, kto wykorzystał informacje? Czy będzie widać, kto korzystał z systemu i wydostał jako, zakładam, ostatni w domyśle, i przekazał dalej te informacje?

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Powiedziałbym, że to są dwie inne rzeczy.

To, o co pani pyta, to jest ta kwestia tego raportu, o który państwo tutaj pytali, czyli możliwość weryfikacji na podstawie konkretnej osoby, kto i jakie moje dane przeglądał. W szczególnym wypadku mogłaby pani zobaczyć w takim raporcie, że do tego konkretnego dokumentu,

na przykład numeru recepty, na której jest jakiś konkretny lek, miał dostęp ten pracownik, ten podmiot itd. Taką informację mamy, natomiast ona jest niezależna. Każdy obywatel, pacjent, użytkownik systemu ma prawo dostępu do takiej informacji i można wystąpić z takim wnioskiem. Mam akurat taki wniosek dla siebie, więc mogę go za chwilę pokazać.

Natomiast w odniesieniu do tej konkretnej regulacji mówimy o tym, aby tak naprawdę czasowo wstrzymać możliwość korzystania z systemu jakiejś konkretnej osobie albo placówce, jeżeli widzimy możliwość wyrządzenia jakiejś takiej istotnej szkody związanej z funkcjonowaniem czy działaniem systemu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Moje pytanie bardziej dotyczyło sytuacji, w której nie wiemy, kto wykorzystał te informacje, a wiemy, czyjego pacjenta.

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Nie, tutaj mówimy o tym, że blokowaniu podlegają nie dane pacjenta, tylko blokowaniu podlega dostęp do korzystania z systemu osobie lub placówce, czyli tak naprawdę czasowo odbieramy jej możliwość korzystania z tego systemu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, dziękuję.

Poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Szanowni państwo, chciałbym tylko zwrócić uwagę na to, że jest tryb odwoławczy do ministra zdrowia i tam jest wskazany termin działania dla ministra zdrowia. Pierwsza rzecz to jest korzystanie z systemu w sposób niezgodny z przepisami prawa, ale druga to jest wystąpienie zagrożenia dla bezpieczeństwa przetwarzania tych danych.

Wszyscy zdajemy sobie sprawę z tego, że to jest bardzo szeroka przesłanka. W związku z tym pytanie jest takie: Dlaczego zatrzymujemy opisywanie tego trybu odwoławczego na etapie ministerstwa? Przypomnę, że w sprawach, chyba dużo bardziej błahych niż odcięcie lekarza od możliwości faktycznego wykonywania zawodu, chociażby w procedowanej właśnie ustawie w sprawie recept ogranicza się możliwości wystawiania ich w papierze, to jednak w przypadku trybu dostępu do informacji publicznej w ustawie jest termin instrukcyjny 30 dni. Tutaj nie ma żadnych tego typu wytycznych i ścieżki odwoławczej od negatywnej decyzji ministerstwa, gdzie, przypomnę, przesłanką może być zagrożenie dla bezpieczeństwa przetwarzania tych danych, czyli to może być, proszę państwa, wszystko. To znaczy, ktoś może powiedzieć, że widział komputer, gdzie jest dostęp do systemu pacjenta, który znajduje się w otwartym miejscu publicznym i to jest ewidentne zagrożenie dla przetwarzania tych danych.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję, panie pośle. Jak rozumiem, niepokój pana posła dotyczy takich nieprzyjemnych doświadczeń. Czyli co, jeśli osobą ujawniającą dane osobowe jest minister zdrowia, a drogą odwoławczą minister zdrowia...

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Nie, zupełnie nie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Rozumiem to tak, że jeżeli ostatnią instancją jest minister zdrowia, to jeśli to minister ujawnia dane osobowe, to jest problem.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Zupełnie nie. Bardzo chciałbym wspólnie z panią przewodniczącą złożyć taki projekt, wtedy on na pewno przejdzie, żeby w IKP były widoczne informacje, kto uzyskiwał dostęp do naszych danych bez składania wniosku do CeZ. Przygotuję go, pani przewodnicząca zaopiniuje, złożymy razem. Super projekt, ale to dotyczy...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Ciekawe. Dobrze, czekamy teraz na odpowiedź.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Ale to dotyczy czegoś zupełnie...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Drogi odwoławczej.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, już mówiąc zupełnie wprost, będzie lekarz, który z jakiegoś powodu podpadnie ministrowi zdrowia w dowolnym momencie konfiguracji. Tutaj można bardzo łatwo zgłosić anonimowo, że jest zagrożenie dla przetwarzania danych. CeZ wyłącza, minister nie uwzględnia takiego odwołania i taka osoba jest de facto pozbawiona prawa wykonywania zawodu i nie ma...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, to rozumiem, panie pośle, tylko krótsze pytania.
Proszę o odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Melanie Raczek-Żeromska:

Przepis ten w naszej ocenie jest dostatecznie doprecyzowany poprzez ust. 3j i 3k, określające najdłuższe terminy, trzydniowe, natomiast nie później niż te 3 dni na to postępowanie wyjaśniające. Należy też tutaj wskazać, że postępowanie, które regulujemy, nie zabiera prawa wykonywania zawodu poszczególnemu lekarzowi, odbiera jedynie ten dostęp. Tak jak wskazywał też pan dyrektor, zawsze jest możliwość do czasu wyjaśnienia tej sprawy wydania tej recepty pacjentowi w postaci papierowej. Kwestie bezpieczeństwa są nadrzędne również z perspektywy danych osobowych...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze.
Panie pośle.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Pani w żadnym wypadku nie może pozbawić lekarza prawa do wykonywania zawodu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle Cieszyński, sekundę, bo widzę, że pan włącza mikrofon.
Uważam, że ta droga rozumowania posła można podważyć każdy przepis. Jeżeli ma pan poprawkę, to przejdźmy do poprawki, jeżeli nie, to nie. Nie chciałabym jednak, żebyśmy w nieskończoność toczyli dyskusji. Rozumiem pana wątpliwości, a zarazem rozumiem również, że czasowe wyłączenie dostępu jest po to, żeby sprawdzić, czy ktoś wykorzystał te dane osobowe, i mieć możliwość odwołania się do ministra zdrowia. Hipotetyzowanie, że ktoś będzie miał konflikt z ministrem zdrowia, można naprawdę wszędzie wsadzić. Są izby lekarskie, które mają dbać o lekarzy, więc przejdźmy dalej. Zgłasza pan poprawkę albo nie. Nie chcę w nieskończoność prowadzić tej dyskusji.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, możliwe, że po prostu nie potrafię tego wytłumaczyć w taki zrozumiały sposób. Mam tylko jeszcze ostatnią prośbę do ministerstwa, żeby opisać na osi czasu kolejne punkty, kto, kiedy i w jaki sposób podejmuje decyzję, do kogo są one zaskarżalne i jakiego terminu na ich rozpatrzenie możemy się spodziewać.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Ale to jest w ustawie.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Nie, pani przewodnicząca. To jest właśnie jest moje pytanie, co się dzieje w sytuacji, w której minister nie uwzględnia wniosku, który jest de facto skargą na działania dyrektora CeZ powołanego przez tego samego ministra.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, to teraz rozumiem.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Co dalej?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Co dalej, w sytuacji, kiedy minister nie przyjmie odwołania? Pytanie do ministerstwa.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Melanie Raczek-Żeromska:

Odpowiadając na pytanie pana posła, po ust. 3d dodaje się ust. 3d do 3k i one precyzują nam postępowanie w tym zakresie. To postępowanie w ramach zidentyfikowania takiej działalności wymagającej czasowego ograniczenia będzie również dokumentowane. Tutaj mamy część wspólną w ust. 3h, która mówi o tym, że będą to co najmniej notatki służbowe, korespondencja, zapisy z systemów teleinformatycznych.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Czy możemy rozpatrzyć artykuł i pan poseł złoży poprawkę w drugim czytaniu, jak będzie ją miał?

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, przepraszam. Zadaję naprawdę konkretne pytania i one dotyczą naprawdę ważnych spraw.

Szanowna pani dyrektor, pytam o przypadek opisany w ust. 3j. Co się dzieje w sytuacji, w której złożę wniosek do ministra, a minister się do niego nie przychyli? Co dalej z moimi możliwościami wykonywania zawodu medycznego w zakresie dostępu do SIM? Do jakiego sądu, do kogo mogę się odwołać? Prosiłbym o wyjaśnienie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Tak, bardzo poproszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Melanie Raczek-Żeromska:

Ma tu zastosowanie Kodeks postępowania administracyjnego.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, dziękuję.

Informuję przy okazji, że o godz. 16.00 musimy bezwzględnie zakończyć Komisję, ponieważ wchodzi kolejna, więc możliwe, że ustawy nie uda się rozpatrzyć.

Ppkt f został rozpatrzony.

Przechodzimy do zmiany nr 6. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że podpunkty zostały rozpatrzone.

Ppkt c. Czy są uwagi? Nie widzę.

Stwierdzam, że zmiana nr 6 została rozpatrzona.

Zmiana nr 7. Ppkt a. Poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, mam pytanie, ponieważ że tu jest napisane coś takiego: „usługodawcy, podmioty prowadzące rejestry medyczne (...) są obowiązani zapewniać zgodność systemów teleinformatycznych z minimalnymi wymaganiami technicznymi zamieszczanymi w Biuletynie Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie 9 miesięcy od dnia ich zamieszczenia”. Po pierwsze, prosiłbym o uzasadnienie, dlaczego to jest termin 9 miesięcy. Z czego to wynika? Czy to wynika z doświadczeń tutaj CeZ w tym zakresie? Po drugie, skąd podmiot ma wziąć środki na zapewnienie?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Proszę o udzielenie odpowiedzi. Krótsze pytania, panie pośle, bardzo proszę, bo jesteśmy ograniczeni czasowo.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, pytania są merytoryczne. Rozmawiamy o ważnych rzeczach.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Jasne, ale da się je zadawać krócej, a pan poseł musi do wszystkiego wygłosić elaborat.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Co chwilę, jak zadam pytanie, to nikt nie rozumie, więc staram się pracować nad sobą.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dalej to nie wychodzi. Jestem przekonana, że jak pytania byłyby krótsze, to byłyby logiczniejsze.

Proszę o udzielenie odpowiedzi, panie dyrektorze.

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Wspomniana regulacja dotyczy wymagań dla dostawców wyrobów medycznych, aby dostosowali swój system i mogli przekazywać te dane do systemu DOM.

Ta liczba tych 9 miesięcy odpowiada dzisiejszej regulacji dotyczącej tak zwanych minimalnych wymagań technicznych w zakresie integracji systemów. Tam jest ujęta informacja, że od publikacji tych zmian dostawcy mają 9 miesięcy, więc to jest tak naprawdę wykorzystanie tego samego czasu. Poza tym musimy zapewnić jakąś minimalną ilość czasu, aby od ich ogłoszenia placówki miały możliwość dostosowania się do nich.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Stwierdzam, że ppkt a został rozpatrzony.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Tym samym zmiana nr 7 została rozpatrzona.

Zmiana nr 8. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że została rozpatrzona.

Zmiana nr 9. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że została rozpatrzona.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że są rozpatrzone.

Ppkt c. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt d. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Tym samym rozpatrzyliśmy zmianę nr 9.

Zmiana nr 10. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt c. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Tym samym została rozpatrzona zmiana nr 10.

Zmiana nr 11. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 11 została rozpatrzona.

Zmiana nr 12. Pan poseł Cieszyński.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Do zmiany nr 12, czyli kwestii systemu DOM, chciałbym poprosić o wyjaśnienie, skąd bierze się zakres danych, które są przetwarzane w tym systemie i czy on na pewno jest wystarczający.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę o krótką odpowiedź.

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Zakres danych został określony w projekcie. Przede wszystkim, tak upraszczając, można powiedzieć, że tam będą gromadzone informacje o pomiarach medycznych, czyli puls, ciśnienie, waga, wzrost, dane z pulsoksymetru i pomiary poziomu glukozy we krwi. To oczywiście na start i ten zakres danych będzie wynikał przede wszystkim z zaleceń lekarza. Tak jak już ktoś zadał pytanie, lekarz decyduje o objęciu opieką takiego pacjenta. Wskazuje, jakie pomiary powinny być gromadzone, z jaką częstotliwością, i pacjent plus producent wyrobu medycznego przekazuje te informacje.

Dodatkowo, tak jak już było wspomniane, w przypadku objęcia pacjenta opieką kardiologiczną w ramach Krajowej Sieci Kardiologicznej, jak będzie wystawiona karta e-KOK, domyślnie też dla takiego pacjenta będą gromadzone dane dotyczące właśnie chociażby pulsu i ciśnienia. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Stwierdzam, że zmiana nr 12 została rozpatrzona.

Zmiana nr 13. Ppkt a. Nie ma uwag. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt b. Czy są uwagi?

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Przepraszam, ale przed chwilą podniosłem rękę, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę, panie pośle.

Zmiana nr 13. Ppkt b. Bardzo proszę, panie pośle.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Nim pani przeszła do kolejnej zmiany, to podniosłem rękę, bo chciałem dopytać jeszcze w tej nieszczęsnej zmianie nr 12. Jest ust. 6, który mówi o tym, że dane są przechowywane w systemie DOM przez okres 5 lat. Jak to koresponduje z terminami przechowywania dokumentacji medycznej? Wydaje mi się, że to są dane bardzo podobne.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę o odpowiedź.

Dyrektor pionu w Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Tych danych nie traktujemy jako dokumentacji medycznej. One służą monitorowaniu stanu zdrowia pacjenta i później informacje na ich podstawie, zostaną przeniesione do dokumentacji medycznej, która jako taka ma swoje terminy. Stąd ta regulacja, biorąc też pod uwagę liczbę pacjentów i ilość gromadzonych danych, też pewne ograniczenie czasowe w zakresie ich przetwarzania i też z czasem spadku ważności tych informacji.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Strona społeczna, bardzo proszę. Proszę o przedstawienie się i zabranie głosu.

Dyrektor Departamentu Prawa i Nowych Technologii Urzędu Ochrony Danych Osobowych Monika Krasieńska:

Monika Krasieńska, Urząd Ochrony Danych Osobowych.

Szanowna pani przewodnicząca, UODO skierował uwagę odnoszącą się do systemu DOM. Ta uwaga, jak i inne przedstawione pani przewodniczącej w piśmie z 28 kwietnia 2026 r. zachowuje swoją aktualność, gdyż niewątpliwie w związku z podjęciem i wprowadzeniem szeregu istotnych zmian przez resort zdrowia w tej ustawie udoskonalających rozwiązania dedykowane ochronie danych osobowych, istnieje również jeszcze szereg przepisów, które wymagają pogłębionej analizy.

Należy do nich między innymi przepis dotyczący DOM w obszarze chociażby zidentyfikowania wszystkich danych, które mają się tam znajdować i mają być przetwarzane, w szczególności tych danych, które są związane z użytkowaniem prywatnych urządzeń użytkowników. Z uwagi na ryzyko profilowania i przetwarzania danych osobowych w sposób zautomatyzowany, ta kwestia powinna być dodatkowo przeanalizowana, także w związku z bezpieczeństwem danych, które są w ten sposób pozyskiwane. Ten obszar zatem polecamy dodatkowej analizie, zachowując absolutnie tutaj swoją opinię, przedstawiając swoją opinię jako organ ekspercki.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Ministerstwo odniosło się do tych uwag. Mam nadzieję, że urząd te informacje z ministerstwa otrzymał.

Bardzo proszę.

Kierownik ds. koordynacji Krajowej Sieci Kardiologicznej w Narodowym Instytucie Kardiologii Anna Drohomirecka:

Wróćę do tej opinii dotyczącej właśnie ochrony danych osobowych i urządzeń medycznych czy niemedycznych. Było to związane również z tym, że w sytuacji, w której dopuszczamy do użytkowania i przekazywania jako formę powiązanych danych, na podstawie których będą podejmowane decyzje dotyczące procesu terapeutycznego, lekarz, który te dane widzi i ogląda, powinien mieć wgląd, czy są to dane z wyrobu medycznego, czyli w tym momencie może podejmować decyzje, tak jak w oparciu o wyroby medyczne.

Druga opcja – jeżeli są to wyroby niemedyczne, czyli na przykład smartwatche czy ciśnieniomierze, które nie mają certyfikacji, to są traktowane równolegle jako dane zgłoszone przez pacjenta i na poziomie aplikacji, czy na poziomie samego systemu informatycznego musimy mieć możliwość rozróżnienia, z jakiego źródła te dane pochodzą. Stąd właśnie kwestia związania z podawaniem informacji dotyczących urządzeń, które te dane przekazują.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Proszę ministerstwo o odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

Bardzo słusznie, że te uwagi padają, bo one w toku konsultacji były przez nas również uwzględniane. Proszę zauważyć, że to, jak te dane będą gromadzone, ma jasną informację, kto je zamieścił, czy to jest placówka, czy to jest wyrób medyczny, czy też pacjent.

W przypadku aplikacji wspierających dobrostan, które nie są wyrobem medycznym, to pacjent udziela zgody na przekazanie danych do systemu. Tym samym te kategorie, które padły, są przez nas zaopiekowane właśnie w toku konsultacji. Staraliśmy się to zaopiekować również w ramach intensywnych konsultacji z UODO.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Wracamy do rozpatrywania ustawy. Rozpatrzyliśmy zmianę nr 13.

Zmiana nr 14. Poseł Cieszyński. I tak już poszliśmy dalej, niż pan poseł się wcześniej zatrzymał.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Przepraszam, pani przewodnicząca, ale podnosiłem rękę przy art. 11.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Chce pan dalej do art. 13?

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Nie, pani przewodnicząca, do zmiany nr 12.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Właśnie, a już ją rozpatrzyliśmy.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, bo to jest naprawdę bardzo ważna sprawa.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Panie pośle, oddaję panu głos. Natomiast powiedziałam już wcześniej, zanim pan zabrał głos, że zmiana nr 12 została rozpatrzona. Daję panu głos, oczywiście, ale zaznaczam, że jesteśmy w zmianie nr 13. Bardzo proszę.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Szanowni państwo, nie wiem, czy wszyscy na tej sali zdają sobie z tego sprawę, że art. 11e, to jest zmiana nr 12, przewiduje powołanie Hurtowni Danych e-Zdrowia. To jest, szanowni państwo, takie miejsce, tu jest wprost napisane, gdzie przez kilkadziesiąt lat będą przechowywane wszystkie dane z systemów e-zdrowia. Jeżeli chodzi o kwestie zabezpieczenia, mamy też świadomość tego, że tak jak w przypadku dostępu do danych w SIM, to możecie państwo wystąpić do pana dyrektora Sarnowskiego z prośbą o informację, kto tam miał do tego dostęp.

Czy wszystkie przetworzenia w ramach tej Hurtowni Danych e-Zdrowia też będą tym objęte? Mam pewne doświadczenie w pracy z takimi narzędziami i mogę państwu powiedzieć, że nie, bo to są narzędzia dla analityków. Jaki jest cel tego, żeby tworzyć taką hurtownię, gdzie to będzie połączone po PESEL-u?

Mam też pytanie do parlamentarzystów z większości, czy na pewno potrzebujemy takiego narzędzia w sytuacji, o której mówiła sama pani przewodnicząca. Dlatego że wtedy się wszyscy nadzialiśmy na to, co się dzieje, kiedy ktoś uzyska nieautoryzowany dostęp do takich danych medycznych. Informacje z raportów wygenerowanych w tej hurtowni danych będą mogły być przekazywane bardzo szeroko. Dlatego apeluję, bo o ile się nie mylę, tu mogę się mylić, ale to proszę ministerstwo o odpowiedź, na podstawie innych ustaw dostęp do danych w SIM mają służby i wszystkie prokuratury.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, panie pośle, krócej tylko.

Poseł Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, ale to pani formacja mówiła o rejestrze ciąży. Mówiliście o tym.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Tylko pan poseł, naprawdę... Dobrze.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Teraz to wszystko będzie w tej hurtowni danych. Mam pytanie, jak to będzie wyglądało.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę o odpowiedź.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Melanie Raczek-Żeromska:

Ustęp 5 precyzuje, że te dane będą wykorzystywane wyłącznie w celu zapewnienia spójności analiz i wprowadzanych danych historycznych z innych systemów. Natomiast ust. 7 tego artykułu precyzuje, komu te dane będą ewentualnie przekazywane, udostępniane. To są podmioty administracji publicznej. Jest to AOTMiT, GIF, NFZ, GIS oraz inne podmioty, które są upoważnione do przetwarzania tego typu danych. Natomiast sam cel przetwarzania jest zawężający i precyzyjnie określony w ust. 5.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Bardzo krótko, proszę.

Dyrektor departamentu UODO Monika Kasińska:

Szanowna pani przewodnicząca, polecamy lekturze ten przepis z punktu widzenia także zgodności z przepisami ochrony danych osobowych, albowiem UODO, jeśli chodzi o Hurtownię Danych e-Zdrowie, miał tutaj dużo wątpliwości związanych z zapisami, zwłaszcza w kontekście zakresu pozyskiwanych danych i celów, a także doprecyzowania, z jakich źródeł te dane są pozyskiwane i w jakich celach są udostępniane. Czy te cele nie są zbyt ogólne? Jest tutaj mowa też o innych podmiotach upoważnionych na podstawie odrębnych przepisów, czyli jakich konkretnie? Czy tutaj jednak udostępnianie tak wielu najwrażliwszych danych osób fizycznych nie powinno podlegać jakiejś dodatkowej analizie? Zwracamy na to uwagę.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Posłanka Dąbrowska-Banaszek.

Posel Anna Dąbrowska-Banaszek (PiS):

Też jeszcze do tego punktu. W pkt 4 mamy, że w ramach przeprowadzonych konsultacji medycznych jest sporządzona karta konsultacji oraz opis konsultacji medycznej. To pomijam, ale może być także nagrany dźwięk lub obraz przeprowadzonej konsultacji medycznej. Co dalej z udostępnianiem takiego obrazu i dźwięku?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, zaraz oddam odpowiedź ministerstwu.

Mam dobrą wiadomość dla posła Cieszyńskiego. Ustaliliśmy z sekretariatem, że zrobimy tak: zmienimy porządek dzienny, bo nie skończymy tego teraz. Zmienimy porządek dzienny kolejnej Komisji Zdrowia o godz. 17.30, będziemy kontynuować prace nad tą ustawą i będziemy mieli salę do rana, panie pośle.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

W przerwie jeszcze głosowanie, ale oczywiście to fantastyczna wiadomość.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Zrobimy oczywiście przerwę na głosowania na sali sejmowej, ale Komisja będzie mogła trwać, ile pan będzie chciał. Ministerstwo z radością przyjęło tę informację, parlamentarzyści również. Pan poseł Cieszyński ewidentnie chce popracować nad tym tematem.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Bardzo przepraszam.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Proszę bardzo. Pan poseł Giziński.

Posel Włodzisław Giziński (KO):

Proszę pozwolić na jednak poważną uwagę. Nie poddawajmy się jakimś rodzajom strajku włoskiego. System ochrony zdrowia nie służy temu, żeby komukolwiek szkodzić. Gromadzenie dokumentów, gromadzenie badań jest potrzebne chociażby po to, żeby robić

badania retrospektywne. A jak ktoś będzie chciał rzeczywiście zrobić jakiegoś wiceministra w chorobę psychiczną czy coś takiego... O czym my dyskutujemy? Tracimy czas przy naprawę ważnych potrzebach ochrony zdrowia.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję, panie pośle, za tę uwagę.
Bardzo proszę, ministerstwo.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Melanie Raczek-Żeromska:

Odnosząc się do uwagi zgłoszonej przez panią dyrektora z UODO, chciałam podkreślić, że w samym raporcie nie będą przetwarzane, nie będą ujawnione dane, również takie, które będą miały PESEL. Dane, które są identyfikowane po PESEL, będą służyły przygotowaniu analiz i raportów, natomiast one nie będą częścią tych raportów. Tak jak też wczoraj wskazywaliśmy na spotkaniu roboczym, i to także wybrzmiało w piśmie, które przekazaliśmy również pani przewodniczącej Komisji, dokonujemy szerokiego przeglądu w związku z wdrożeniem rozporządzenia EHDS i będzie szereg innych regulacji, które będą wdrażały te rozwiązania. Obecnie wdrażamy, że tak powiem, pionierskie rozwiązania również w tym zakresie. Jeżeli te przepisy będą tego wymagały, to w toku zidentyfikowanych procesów i problemów z nimi związanych, doregulowania, doszczegółowienia, będziemy oczywiście robili to w toku wdrożenia rozporządzenia o EHDS.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.
Przechodzimy do zmiany nr 14.

Poseł Anna Dąbrowska-Banaszek (PiS):

Jeszcze proszę odpowiedzieć na moje pytanie.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, proszę odpowiedzieć.

Poseł Anna Dąbrowska-Banaszek (PiS):

Chodzi o konsultacje medyczne, w czasie których jest sporządzona karta konsultacji, opis konsultacji medycznej, a także może być nagrany dźwięk lub obraz przeprowadzonej konsultacji medycznej. Czy to będzie udostępniane dalej?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Karolina Tądel:

Chcemy wyjaśnić, że nagranie dźwięku lub obrazu nie jest elementem tożsamym ze sporządzoną kartą czy opisem konsultacji. Nie będzie przekazywane poza uczestników spotkania, którzy biorą w nim udział. Stąd ta odrębna regulacja, też czasu przechowywania, która nie służy temu, aby udostępniać ją tożsamo z dokumentacją medyczną.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo.

Zmiana nr 14. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt c. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Zmiana nr 15. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Rozpatrzyliśmy zmianę nr 15.

Zmiana nr 16. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Rozpatrzyliśmy zmianę nr 16.

Zmiana nr 17. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 17 została rozpatrzona.

Zmiana nr 18. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że została rozpatrzona.

Zmiana nr 19. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Rozpatrzyliśmy zmianę nr 19.

Zmiana nr 20. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 20 została rozpatrzona.
Zmiana nr 21. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.
Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.
Rozpatrzyliśmy zmianę nr 21.
Zmiana nr 22. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że została rozpatrzona.
Zmiana nr 23. Czy są uwagi? Bardzo proszę, poseł Cieszyński.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Tutaj zgłosiliśmy wspólnie z kolegami parlamentarzystami poprawkę dotyczącą art. 31d ust. 2 pkt 1. Chodzi o to, żeby dostęp do tego miały wyłącznie osoby uprawnione.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Dziękuję i proszę o przygotowanie głosowania.
Kto jest za przyjęciem poprawki posła Cieszyńskiego, Hoca i Piechy?

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Pani przewodnicząca, a stanowisko ministerstwa?

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Przepraszam. Stanowisko ministerstwa?

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Przypominam, że to stanowisko przedstawialiśmy już wcześniej.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję bardzo, czyli negatywne.
Tak, odpowiadam, to jest ta poprawka. Kto jest za przyjęciem tej poprawki? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.
Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 18 osób. Za – 7, przeciw – 11, nikt się nie wstrzymał.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Chciałem zgłosić jako wniosek mniejszości.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Dziękuję bardzo.
Stwierdzam, że zmiana nr 23 została rozpatrzona.
Zmiana nr 24. Ppkt a. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.
Ppkt b. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.
Ppkt c. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.
Tym samym rozpatrzyliśmy zmianę nr 24.
Zmiana nr 25. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że została rozpatrzona.
Tym samym rozpatrzyliśmy art. 6.
Art. 7. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 7 został rozpatrzony.
Art. 8. Zmiana nr 1. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że została rozpatrzona.
Zmiana nr 2. Czy są uwagi? Poseł Cieszyński? Nie widzę. Stwierdzam, że zmiana nr 2, a tym samym art. 8 został rozpatrzony.
Art. 9. Poseł Cieszyński.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Zgłosiłem poprawkę, której sensem jest usunięcie tego art. 9. Przypomnę, to jest artykuł, który do ustawy o e-zdrowiu, o cyfryzacji, dorzuca artykuł o tym, żeby wydłużyć kwalifikację...

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Tak, panie pośle, już o tym bardzo dużo dyskutowaliśmy w debacie ogólnej.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

Zawsze jednak warto uzasadnić, żeby nie było wątpliwości, pani przewodnicząca.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze, dziękujemy bardzo.
Poproszę stanowisko rządu do poprawki posła Cieszyńskiego.

Podsekretarz stanu w MZ Tomasz Maciejewski:

Tak jak powiedzieliśmy, jest to niezbędne dla możliwości utrzymania projektu.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Bardzo dziękuję.

Proszę o otwarcie głosowania. Kto jest za przyjęciem poprawki pana posła Cieszyńskiego? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Dziękuję.

Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 19 osób. Za – 7, przeciw – 12, nikt się nie wstrzymał. Stwierdzam, że poprawka posła Cieszyńskiego nie uzyskała poparcia.

Posel Janusz Cieszyński (PiS):

To musimy zgłosić wniosek mniejszości.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dobrze. Dziękuję bardzo.

Czy są jeszcze jakieś uwagi do art. 9? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 9 został rozpatrzony.

Art. 10. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 10 został rozpatrzony.

Art. 11. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 11 został rozpatrzony.

Art. 12. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 12 został rozpatrzony.

Art. 13. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 13 został rozpatrzony.

Art. 14. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że został rozpatrzony.

Art. 15. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 15 został rozpatrzony.

Art. 16. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 16 został rozpatrzony.

Art. 17. Czy są uwagi? Nie widzę. Stwierdzam, że art. 17 został rozpatrzony.

Przechodzimy do głosowania nad całością projektu ustawy. Kto jest za przyjęciem całości ustawy z przyjętymi poprawkami? Kto jest przeciwko? Kto się wstrzymał?

Proszę o podanie wyników głosowania. Głosowało 18 osób. Za – 11 osób, przeciw – 7, nikt się nie wstrzymał. Stwierdzam, że ustawa została przyjęta przez Komisję.

Musimy jeszcze wybrać jeszcze posła sprawozdawcę. Proponuję, żeby posłem sprawozdawcą została posłanka Anna Sobolak. Czy wyraża zgodę?

Posel Anna Sobolak (KO):

Wyrażam zgodę.

Przewodnicząca poseł Marta Golbik (KO):

Dziękuję.

Czy są jakieś inne propozycje? Nie widzę. Czy ktoś jest przeciwny tej propozycji? Nie widzę. Stwierdzam, że posłanka Anna Sobolak została sprawozdawcą projektu ustawy.

Na tym wyczerpaliśmy porządek dzienny posiedzenia Komisji. Zamykam posiedzenie Komisji.