

X kadencja



KANCELARIA SEJMU

Biuro Komisji Sejmowych

**Komisja
Zdrowia**

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **PODKOMISJI DO SPRAW ORGANIZACJI
OCHRONY ZDROWIA
(NR 5)
z dnia 25 czerwca 2024 r.**

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia

– podkomisji stałej do spraw organizacji ochrony zdrowia (nr 5)

25 czerwca 2024 r.

Podkomisja stała do spraw organizacji ochrony zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**, przewodniczącej podkomisji, i posła **Fryderyka Kapinosa (PiS)**, zastępcy przewodniczącej podkomisji, rozpatrzyła:

– informację w sprawie cyfryzacji w ochronie zdrowia – stan aktualny, perspektywy rozwoju i możliwe zagrożenia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Jakub Adamski** dyrektor Departamentu Współpracy w Biurze Rzecznika Praw Pacjenta, **Wojciech Demediuk** dyrektor Departamentu Innowacji Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Maciej Gabarski** p.o. zastępca dyrektora Departamentu Informatyki Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wraz ze współpracownikiem, **Robert Gregulski** zastępca dyrektora Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, **Tomasz Jeruzalski** dyrektor Centrum e-Zdrowia ze współpracownikiem, **Pamela Krzypkowska** dyrektor Departamentu Badań i Innowacji Ministerstwa Cyfryzacji wraz ze współpracownikiem, **Marcin Czyżewski** specjalista kontroli państwowej w Departamencie Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli, **Karol Dowgiało** kierownik projektu w Centralnym Ośrodku Informatyki, **Bożena Janicka** prezes Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Ewa Jankowska**, **Edyta Kocyk**, **Katarzyna Kot-Nowak** i **Paweł Łangowski** eksperci Pracodawców RP, **Monika Pintał-Ślimak** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Konrad Grzeszczak** skarbnik Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, **Marian Witkowski** wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, **Marek Wleklík** ekspert Izby Gospodarczej „Farmacja Polska” oraz **Grzegorz Wrona** sekretarz Naczelnej Rady Lekarskiej ze współpracownikiem.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański** oraz **Monika Zołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł **Józefa Szczurek-Żelazko (PiS)**:

Dzień dobry państwu. Witam państwa bardzo serdecznie. Pozwolimy sobie rozpocząć posiedzenie podkomisji do spraw organizacji ochrony zdrowia. Witam wszystkich członków podkomisji, szanownych państwa posłów. Witam zaproszonych gości. Na podstawie listy obecności stwierdzam kworum.

Szanowni państwo, porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji w sprawie cyfryzacji w ochronie zdrowia – stan aktualny perspektywy rozwoju i możliwe zagrożenia. O przedstawienie tej informacji poprosimy przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia.

Chcę jeszcze państwa poinformować, w ślad za informacją z poprzedniego posiedzenia podkomisji, że abyśmy mogli zakończyć prace nad tym szerokim tematem kadr medycznych w systemie ochrony zdrowia czekamy na ostateczne stanowisko czy też raport Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Do dnia dzisiejszego, jak państwo z sekretariatu mnie informowali, nie mamy żadnej takiej informacji. W związku z tym będziemy czekać do następnego posiedzenia. Kolejne posiedzenie przewidujemy na początku lipca

i mam nadzieję, że może będziemy mieli jakieś wstępne informacje dotyczące raportu z wizytacji Polskiej Komisji Akredytacyjnej. Prawdopodobnie również Ministerstwo Zdrowia przedstawi nam informację, o którą prosiliśmy, czyli strategię w zakresie rozwoju kadr medycznych, perspektywę na kilkanaście lat, jak będzie wyglądała ta perspektywa z punktu widzenia potrzeb dotyczących kadr medycznych. Te tematy kadrowe chcielibyśmy zamknąć w pierwszym półroczu prac podkomisji.

Czekając na te materiały pozwoliłam sobie z programu, który został zgłoszony panu marszałkowi, zaproponować państwu na dzisiejsze posiedzenie dyskusję na temat cyfryzacji w ochronie zdrowia – temat bardzo ważny, sygnalizowany zarówno przez tych, którzy odpowiadają za system, że jest istotny i wymaga pewnych korekt czy modelowania, jak i przede wszystkim ze strony kadr medycznych, tych, którzy pracują na tym organizmie. Oni również mają sporo uwag. Dlatego uznaliśmy, że ten temat jest bardzo ważny i dlatego też dzisiejsze posiedzenie będzie poświęcone właśnie kwestii cyfryzacji w ochronie zdrowia.

Oczywiście po przedstawieniu informacji na ten temat przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia zachęcam państwa do dyskusji, do komentowania, przedstawiania własnych doświadczeń. Dla nas, i myślę że dla wszystkich, którzy słuchają dzisiejszego posiedzenia podkomisji, będą to bardzo ważne informacje.

W takim razie, przechodząc do procedowania, bardzo proszę przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia o przedstawienie informacji szanownej podkomisji. Kto z państwa? Bardzo proszę o przedstawienie się do protokołu.

Dyrektor Departamentu Innowacji Ministerstwa Zdrowia Wojciech Demediuk:

Dzień dobry. Wojciech Demediuk, dyrektor Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia. Chciałbym zacząć od przedstawienia przedstawicieli.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Po mojej prawej stronie, Tomasz Jeruzalski, dyrektor Centrum e-Zdrowie i pan dyrektor Sarnowski, zastępca dyrektora Ce-Z. Panowie są tutaj dlatego, że pewnie w dużej mierze utożsamiamy cyfryzację w obszarze zdrowia z tymi wszystkimi centralnymi systemami, które na co dzień znamy, albo takimi, o których wiemy już i wiecie państwo, że je rozwijamy, ale to nie jest jakby całość tematów związanych z cyfryzacją, nad którymi pracujemy. Dlatego też po mojej lewej stronie pan Hubert Życiński, który jest zastępcą dyrektora Departamentu Innowacji w Ministerstwie Zdrowia.

Chcielibyśmy rozpocząć od trochę szerszego przyjrzenia się tematowi. Jeśli będą konkretne pytania, to oczywiście służymy odpowiedziami. Chciałbym jednak, żebyśmy to potraktowali trochę szczerzej, żebyśmy opowiedzieli trochę o tematach związanych z telemedycyną, nad którymi pracujemy, trochę o zagadnieniach związanych ze sztuczną inteligencją, na które mamy jakieś pierwsze pomysły, a gdy mówimy o sztucznej inteligencji, to trochę o danych, bo na czymś te sztuczne inteligencje muszą się uczyć.

Mamy też nowe prawo unijne, które najprawdopodobniej z końcem tego roku, a właściwie skutecznie wejdzie dwa lata po przyjęciu rozporządzenia – mowa tutaj o europejskiej przestrzeni danych o zdrowiu – które nas zobowiązuje do pewnych działań, które będą miały wpływ i na pacjentów, i na badania medyczne. W tej pierwszej części będziemy bowiem mówić trochę o transgraniczności, o tym, że te recepty, które mamy, mogą być realizowane nie tak jak dzisiaj, tylko w niektórych krajach Unii Europejskiej, ale faktycznie w całej Europie, o tym, że informacja o pacjencie, o jego chorobach, będzie szła za pacjentem niezależnie od tego, w jakim kraju Unii Europejskiej, ale też o drugim aspekcie, takim, gdzie te dane będą i te źródła danych będą zbierane, inwentaryzowane i na potrzeby badań medycznych – co jest bardzo ważne – będą mogły być wykorzystywane. Tak więc w tej pierwszej części o szersze przedstawienie tematu prosiłbym dyrektora Życińskiego, a później przejdziemy do tej części, która będzie związana Ce-Z i pytaniami.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Oczywiście. Bardzo proszę panie dyrektorze.

Zastępca dyrektora Departamentu Innowacji MZ Hubert Życiński:

Dziękuję. Pani przewodnicząca, szanowni państwo, bardzo dziękujemy za zaproszenie. To jest dla nas świetna okazja do tego, żeby zaprezentować nasz dorobek i naszą wizję, którą realizujemy w resorcie, rozwoju cyfrowej transformacji i sektora ochrony zdrowia, która, jak pokazują doświadczenia ostatnich lat, ma istotne znaczenie.

Zacznę od tego, że chciałbym powiedzieć i podkreślić, że nadrzędną rolę w systemie ochrony zdrowia ma pacjent i pacjentocentryczność. Te nasze rozwiązania, nowoczesna technologia, która jest wykorzystywana w procesie transformacji ochrony zdrowia, to jest po to, aby zwiększyć jakość, dostępność i bezpieczeństwo realizowanych procedur medycznych.

Wspominałem o historii, bo jesteśmy doświadczeni przez wydarzenia pandemii, które wymusiły rozwój rozwiązań zdalnych i upowszechniły te rozwiązania, ustanowiły taki nowy standard procedury cyfrowej, która jest akceptowana na równi z procedurą stacjonarną. Dzięki naszemu dotychczasowemu dorobkowi, dzięki takim usługom jak e-recepta czy e-skierowanie, mogliśmy w lepszy sposób zapewnić ciągłość opieki naszym pacjentom.

Nieustająco Ministerstwo Zdrowia działa na rzecz tych usług cyfrowych i uzupełnia ich katalog. Działamy na rzecz rozwoju Internetowego Konta Pacjenta, jego mobilnej wersji, czyli mojegoIKP. Dążymy do rozwoju Domowej Opieki Medycznej, czyli takiej platformy telemedycznej, Portfela Aplikacji Zdrowotnych. Ja te hasła będę rozwijał troszeczkę później, w czasie tego wystąpienia. Efektem całościowym wprowadzenia naszych rozwiązań cyfrowych jest zmiana modelu postrzegania dostarczania procedur w systemie ochrony zdrowia.

To jest po coś. To znaczy, naszą wizją dominującą jest system proaktywny, system prewencyjny. Taki system, który angażuje pacjenta w zarządzanie własnym zdrowiem i ten upodmiotowiony pacjent wyposażony w zestaw indywidualnych danych o zdrowiu jest elementem systemu i ponosi także część odpowiedzialności za zarządzanie własnym zdrowiem. Podejmuje także decyzje w sposób bardziej poinformowany.

Szanowni państwo, zacznę od rozwinięcia tego skrótu Portfel Aplikacji Zdrowotnych. To jest taka propozycja, którą Ministerstwo Zdrowia rozwija w zakresie mZdrowia, czyli w zakresie aplikacji zdrowotnych. To jest katalog aplikacji, który chcemy oferować pacjentom nieodpłatnie. Katalog aplikacji, który jest dla pacjentów bezpieczny, skuteczny i odpowiada ważnym problemom klinicznym pacjentów.

Rozpoczęliśmy to rozwiązanie w formie pilotażu. Obecnie pracujemy nad tym, by rozszerzyć ten nasz katalog aplikacji o aplikacje wytwarzane przez nas dzięki funduszom europejskim w rozwoju cyfrowym, dzięki którym będziemy w stanie doprowadzić do sytuacji, w której będziemy mieli co najmniej kilkanaście aplikacji w tym portfelu. Trzeba wiedzieć, że oprócz tych aplikacji, które są oferowane nieodpłatnie za pośrednictwem systemów dystrybucyjnych dwóch kluczowych platform, oprogramowania systemów mobilnych czyli Androida i iOS-a, ten system Portfel Aplikacji Zdrowotnych wypracował swój własny system certyfikacji aplikacji pod względem bezpieczeństwa informacji, pod względem skuteczności klinicznej i pod względem wartości dodanej dla pacjenta.

Telemedycyna, o której wspominał pan dyrektor, to też jest jedna z dziedzin, czy jeden z obszarów, w który inwestujemy – w cudzysłowie – dużo uwagi i troski. Dotychczas w ramach pilotażu, w ramach Domowej Opieki Medycznej, tej platformy telemedycznej, o której wspominałem, zrealizowaliśmy kilka pilotaży takich urządzeń, jak elektroniczny stetoskop, opaska telemedyczna, zdalna spirometria.

Niedawno, bo 30 kwietnia, zakończyliśmy pilotaż rozwiązania SmartDoktor, czyli takiego rozwiązania, które jest wielofunkcyjne. Pozwala na diagnostykę osób ze schorzeniami górnych dróg oddechowych, głównie młodzieży. Mamy w planach oczywiście dalsze pilotaże, takie jak nowoczesne urządzenia do realizacji zdalnego badania EKG.

W zakresie telemedycyny chcę powiedzieć, że niedawno również zakończyliśmy projekt realizowany z funduszy norweskich, razem z naszym partnerem Norweskim Centrum Badań nad Zdrowiem w Tromsø. Ten projekt dorobił się kilku modeli telemedycznych, które zostały opracowane we współpracy ekspertów polskich i norweskich, w takich dziedzinach jak kardiologia, geriatryka, psychiatryka, położnictwo, diabetologia i choroby przewlekłe.

W zakresie opieki paliatywnej opracowaliśmy raport na temat stanu telemedycyny w kontekście europejskim w tej dziedzinie, a celem nadrzędnym tego projektu było poszerzenie zakresu procedur telemedycznych. To jest też taki nasz nadrzędny cel – nasz, Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Innowacji w szczególności – jeśli chodzi o telemedycynę. Owoce tego projektu, czyli te modele, które wskazałem, zostały wybrane i poddane dalszej ocenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. To są modele w dziedzinie kardiologii, położnictwa i psychiatryki.

Sztuczna inteligencja – kolejny obszar, o którym chciałbym krótko powiedzieć. Na pewno państwo sztuczną inteligencję kojarzycie z różnych doniesień medialnych, ale także z własnego doświadczenia. Sztuczna inteligencja jest takim obszarem, który chce wkroczyć szeroko w świat, także nasz, w świat ochrony zdrowia. Te rozwiązania do tego się nadają przy odpowiednim zastosowaniu.

My jako Ministerstwo Zdrowia identyfikujemy istotny potencjał takich rozwiązań i chcemy także postawić na rozwój co najmniej dwóch usług opartych na narzędziach sztucznej inteligencji. Jedną z nich jest narzędzie wspomagające analizę stanu zdrowia pacjenta, a druga, to jest system wspomagania decyzji diagnostycznych i klinicznych. Jedno z tych narzędzi będzie kierowane bezpośrednio do pacjentów, drugie do kadry medycznej. Oba będą korzystały ze sprawdzonych i skutecznych algorytmów sztucznej inteligencji.

W Departamencie Innowacji jesteśmy cały czas otwarci na innowację szeroko pojętą, jeżeli chodzi o ochronę zdrowia. W tym celu realizujemy takie formaty, jak Zespół ds. Innowacji. Zespół innowacji jest takim miejscem, które skupia ekspertów z różnych instytucji sektora publicznego, także uczelni wyższych, ale też przedstawicieli podmiotów leczniczych. To grono koncentruje się na analizowaniu informacji dotyczących innowacyjnych rozwiązań w naszym kraju, możliwych do ewentualnego stosowania w procesie transformacji cyfrowej. Ja mówię tutaj o różnego rodzaju rozwiązaniach technologicznych w zakresie wyrobów medycznych, czasem jest to też oprogramowanie służące celom podstawowym diagnostyki i leczenia, ale także takie oprogramowanie backoffice, które optymalizuje pracę podmiotu leczniczego w tym zakresie.

Tych rozwiązań, szanowni państwo, jest naprawdę dużo. Prowadzimy specjalny rejestr innowacji, który w tej chwili ma około 200 wpisów. Prowadzimy także Mapę Innowacji, która jest takim geograficznym wyobrażeniem rozmieszczenia tych innowacji do nas zgłaszanych. Prowadzimy też otwarty kanał komunikacji umożliwiający zgłaszanie do Ministerstwa Zdrowia innowacji poprzez specjalny formularz onlinowy.

Mówiąc państwu o tych sposobach komunikacji z Departamentem Innowacji czy z Ministerstwem Zdrowia w zakresie innowacji, nie sposób pominąć też takiego formatu, który realizujemy w zakresie telemedycyny. Powinienem o nim wspomnieć nieco wcześniej. To jest Telemedyczny Okrągły Stół, który jest naszym sposobem na komunikowanie się i współpracę z przedstawicielami szeroko pojętego sektora telemedycznego w naszym kraju. To jest sektor, który składa się z przedstawicieli spółek, firm, które mają innowacyjne propozycje w zakresie telemedycyny, ale także organizacji pozarządowych, fundacji i kluczowych interesariuszy sektora publicznego, z którymi działamy na rzecz tego, by telemedycynę rozwijać, a poprzez rozwój telemedycyny rozumiemy jakby zwiększanie liczby procedur w koszyku świadczeń.

Zamykam już ten obszar telemedycyny i chciałbym przejść do podstawowego obszaru, który nas dotyczy, który jest przedmiotem naszego szczególnego zainteresowania. To są dane o zdrowiu. Oczywiście w każdym z tych obszarów moglibyśmy się tutaj rozwijać i wskazywać szczegółowe informacje, natomiast o danych chciałbym powiedzieć krótko.

Chciałbym powiedzieć, że jest to kręgosłup sektora e-zdrowia. Jest to podstawowy nasz zasób, który jest niezwykle cenny, dlatego też wymaga szczególnych starań, żeby był odpowiednio zabezpieczony. Mają państwo na pewno świetną świadomość rosnących zagrożeń z tytułu zmieniającej się sytuacji zewnętrznej, politycznej. My też jesteśmy odbiorcami tych działań czy tych dążeń do destabilizacji funkcjonowania różnych systemów. Staramy się temu zapobiegać.

Dane, oczywiście oprócz tego aspektu związanego z bezpieczeństwem, mają swój podstawowy charakter związany z napędzaniem wszystkich systemów i usług, którymi zarządzamy, które oferujemy. Dane są też podstawą do dalszego rozwoju, bo trzeba wiedzieć, że bardziej skomplikowane operacje na danych, bardziej skomplikowane operacje predykcyjne czy takie związane z wykorzystaniem sztucznej inteligencji, są związane z dużym zasobem danych, z jednej strony, które mamy w systemie, w hurtowni danych, a z drugiej strony, z odpowiednimi narzędziami, które do tego mają służyć. Tak więc rozwojem i zabezpieczeniem jednego i rozwojem drugiego także się zajmujemy.

Dane mają także swój wymiar legislacyjny czy polityczny. Byliśmy przez 2 lata wiodącym resortem odnośnie do negocjowania projektu rozporządzenia w zakresie europejskiej przestrzeni danych o zdrowiu. To jest pierwsza przestrzeń w ramach strategii o danych, która powstała w Unii Europejskiej. Jeśli chodzi o tę przestrzeń o zdrowiu, wszystko na to wskazuje, że to rozporządzenie zostanie opublikowane pod koniec tego roku lub w pierwszym kwartale 2025 r. i wprowadzi dość dużo zmian w zakresie pierwotnego i wtórnego przetwarzania danych. Pierwotne przetwarzanie danych to jest takie przetwarzanie danych, które wykorzystujemy do procesów diagnostycznych i procesów leczenia, a to wtórne przetwarzanie danych to jest takie, które wykorzystywane jest przez odpowiednie instytucje do badań i rozwoju, i też badań i rozwoju wyrobów medycznych, produktów leczniczych i różnego rodzaju innowacji, które na końcu wracają do nas, do pacjentów.

Europejska przestrzeń danych o zdrowiu – tutaj też chciałbym krótko powiedzieć – to jest wersja jakby 2.0 dotychczasowej współpracy w ramach Unii Europejskiej w zakresie e-zdrowia. Współpracy, która w dotychczasowej swojej obowiązującej formie nie ma charakteru obowiązkowego, co za pośrednictwem wejścia w życie tego rozporządzenia się zmieni. Zmieni się też zakres i ilość danych, które będziemy wymieniać w procesie transgranicznym, jak również będziemy zobowiązani do tego, by usługi transgraniczne tworzyć, utrzymywać, oddawać i uczestniczyć w tej wymianie.

Do tych usług należy e-recepta czy dokument realizacji recepty, czy też karta pacjenta, wypis ze szpitala, badania laboratoryjne. Chcę uspokoić, że poszczególne zapisy europejskiej przestrzeni danych o zdrowiu wchodzi w różnych przestrzeniach czasowych, więc w tym pierwszym rzucie, jeżeli chodzi o e-receptę i dokument realizacji recepty, to w sensie także transgranicznym jesteśmy zabezpieczeni, ponieważ jesteśmy częścią infrastruktury informatycznej unijnej „MyHealth@EU” co oznacza, że aktywnie wspieramy tę usługę już teraz.

Szanowni państwo, przejdę do rozwoju e-usług, o którym zacząłem mówić. Jedną z tych e-usług, bardzo oczekiwaną, oprócz skróconej Karty Zdrowia Pacjenta, czyli Patient Summary, jest e-rejestracja, której pilotaż planujemy na trzeci kwartał tego roku. To jest usługa, która jest dość złożona, jeżeli chodzi o techniczny punkt widzenia. Pracujemy intensywnie nad tym, by pilotaż w zakresie kardiologii, programów profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi uruchomić trzecim kwartale. Projekt rozporządzenia wdrażającego ten program pilotażowy znajduje się w konsultacjach publicznych, a projekt ustawy, który jest przewidziany do wejścia w życie w drugim kwartale 2025 r., znajduje się obecnie w konsultacjach wewnętrznych.

Szanowni państwo, bez danych nie będzie elektronicznej dokumentacji medycznej, bez elektronicznej dokumentacji medycznej nie będzie skutecznej wymiany tych danych i podążania dokumentacji za pacjentem. Działamy na rzecz rozwoju elektronicznej dokumentacji medycznej w sposób ciągły. W sposób szczególny także przewidyujemy rozwój elektronicznej dokumentacji medycznej w ramach KPO. Obecnie mamy 12 rodzajów dokumentacji medycznej liczymy na to, że tej dokumentacji będzie coraz więcej

i będzie ona skutecznie wymieniana w ramach naszej podstawowej infrastruktury informatycznej w polskim e-zdrowiu, czyli w ramach systemu P1.

Nasze zamierzenia w zakresie rozwoju i w zakresie procesu transformacji cyfrowej są ujęte w „Programie rozwoju e-Zdrowia w Polsce na lata 2022-2027”. Ten program obejmuje swoim zakresem takie zagadnienia jak cyfrowa transformacja kluczowych obszarów interwencji, deinstytucjonalizacja opieki, wzmocnienie poziomu dojrzałości świadczeniodawców – to jest bardzo ważnym aspektem – rozwój telemedycyny i mZdrowia, dostęp do danych medycznych, zastosowanie sztucznej inteligencji, rozwój usług backoffice'owych i wsparcie bezpiecznej działalności w zakresie przetwarzania informacji.

Pokrótkę streściłem państwu te elementy. Chciałbym wrócić nieco do podstawowej infrastruktury informatycznej, czyli do systemu e-zdrowie P1, który tworzy architekturę systemu e-zdrowia. Zawiera on także systemy dziedzinowe, rejestry medyczne, systemy wspomagania profilaktyki i leczenia.

Ten system P1 jest systemem, który będzie dalej rozwijany w ramach działalności Centrum e-Zdrowia. Ce-Z będzie beneficjentem między innymi funduszy europejskich na rozwój cyfrowy. Dzięki tym funduszom takie funkcjonalności jak elektroniczna karta ciąży, elektroniczna karta zdrowia dziecka, e-zlecenia na badania laboratoryjne, dalsze narzędzia dotyczące profilaktyki zdrowotnej, będą rozwijane w tym systemie i zasilą katalog realizowanych w ramach tego systemu funkcjonalności.

Chciałbym, szanowni państwo, wspomnieć jeszcze nieco o Krajowym Planie Odbudowy. W skrócie, ta inwestycja, którą realizujemy w ramach Krajowego Planu Odbudowy, będzie obejmowała zasilenie sztuczną inteligencją takich właśnie usług jak narzędzia analizy stanu zdrowia pacjenta czy też narzędzie służące do wspomagania decyzji klinicznych i diagnostycznych. Będziemy dążyć do stworzenia centralnego repozytorium danych medycznych. Będziemy dążyć do utworzenia centrum bezpieczeństwa sektora ochrony zdrowia w Centrum e-Zdrowia i jak wskazywałem, rozwijać elektroniczną dokumentację medyczną.

Chciałbym jeszcze na koniec lub prawie na koniec wspomnieć o działaniach z obszaru cyfryzacji realizowanych przez Agencję Badań Medycznych. Agencja Badań Medycznych organizowała i rozstrzygnęła konkurs na tworzenie Regionalnych Centrów Medycyny Cyfrowej. To są takie miejsca, które służą rozwojowi infrastruktury i możliwości badawczych w zakresie rozwiązań cyfrowych, w zakresie pozyskiwania, strukturyzowania, przechowywania i przetwarzania danych medycznych. Te centra są lokowane przeważnie w centrach akademickich, także w naszym kraju, i ich zadaniem jest przyczynienie się do rozwoju rozwiązań IT z zakresu medycyny cyfrowej. To jest jakby dopełnienie w danej tej inwestycji, którą także realizujemy z poziomu Ministerstwa Zdrowia.

Zagadnienie, które jest obiecujące, interesujące a jednocześnie wymaga szczególnej troski, to jest zarządzanie danymi genetycznymi i przetwarzanie danych genetycznych. W Unii Europejskiej istnieją inicjatywy, które koncentrują wokół siebie państwa członkowskie. Jedną z takich jest „1+Milion Genomes”, która ma na celu bezpieczne udostępnienie danych genetycznych pochodzących z sekwencjonowania genomu w populacji europejskiej i rozwinięcie metod badawczych w zakresie dekodowania tego genomu, tych danych w kontekście profilaktycznym, w kontekście chorób rzadkich i w kontekście spersonalizowanego leczenia. Naszym dążeniem, ponieważ jako kraj nie jesteśmy aktywnym członkiem, jest dołączenie do tej inicjatywy. Mamy obecnie status obserwatora.

Chcę powiedzieć, że dane genetyczne, ponieważ są istotnym elementem składowym tej układanki e-zdrowia, łączą się także z europejską przestrzenią danych o zdrowiu. Dane genetyczne są jednym z zespołów danych, które mają być przeznaczone do udostępniania w zakresie badań i rozwoju we wtórnym sposobie przetwarzania.

Szczególną troską obejmowaliśmy te dane genetyczne w procesie negocjacyjnym i doprowadziliśmy jako państwo członkowskie do uzyskania dodatkowego zapisu o możliwości dodatkowego zabezpieczania tych danych, ponieważ odnośnie do zasady dane służące wtórnemu przetwarzaniu są zanonimizowane lub speudonimizowane. Natomiast jeżeli chodzi o ten zespół danych – precyzyjnie dane genetyczne – przedstawia on sobą relatywne wyzwanie w procesie anonimizacji, dlatego cieszymy się szczególnie, że dodatkowe zabezpieczenia będą mogły być wprowadzone w przetwarzaniu tych danych.

Szanowni państwo, to z lotu ptaka nasze działania, które realizujemy wraz z jednostkami nadzorowanymi.

Szanowna pani przewodnicząca w piśmie zapraszającym wskazywała także na wyzwania, które powinniśmy zidentyfikować w zakresie e-zdrowia i telemedycyny. Te wyzwania są uniwersalne. Chcę powiedzieć o kilku.

Na pewno powinniśmy być biegli w tym, by w sposób optymalny dobrze projektować i wdrażać usługi cyfrowe, tak by odpowiadały istotnym potrzebom grup docelowych, czyli były atrakcyjne i poprzez to mogły być szybko przyjmowane i funkcjonowały zgodnie z założeniami. Na pewno jest istotne zapewnienie odpowiednich zasobów w procesie transformacji cyfrowej ochrony zdrowia. Ten proces musi być zasilany kadrowo, merytorycznie, technicznie, finansowo.

Musimy te nasze prowadzone działania dostosowywać do dynamicznie zmieniającej się sytuacji. Tutaj oczywiście mówimy o sytuacji rynkowej, ale także mówimy o zmieniającej się technologii, mówimy o zmieniającej się sytuacji w zakresie choćby cyberbezpieczeństwa. Oczywiście w tym zakresie szczególnego znaczenia nabierają czynniki zewnętrzne, związane z otoczeniem gospodarczym czy politycznym, w tym sytuacja w związku z wojną na Ukrainie.

Wyzwaniem na pewno jest, jak sobie państwo zdajecie sprawę, odpowiednia regulacja, odpowiednie ramy regulacyjne, jeśli chodzi o nowoczesne technologie. Często jest tak, że rozwój tych technologii jest dynamiczny i on jakby wyprzedza możliwości regulacyjne. Dlatego, jeśli chodzi o wprowadzanie tej najnowocześniejszej technologii w kontekście systemowym, trzeba zachowywać daleko idącą ostrożność.

I ostatnia rzecz, ostatnie wyzwanie, o którym chciałbym powiedzieć, to jest tempo, czyli dynamika wprowadzanych zmian. Dynamika musi być optymalna, to znaczy, jakie są możliwości absorpcji danego działania i jakie są też możliwości rynku. To także trzeba brać pod uwagę z punktu widzenia instytucji, która projektuje te usługi i te zmiany. Dziękuję bardzo za uwagę. Zatrzymam się w tym miejscu.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy jeszcze ktoś z państwa uzupełniająco, czy w tej chwili, na tym etapie...?

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Oczekujemy na pytania. Chętnie odpowiemy.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Jasne. Dziękuję bardzo za te bardzo szczegółowe informacje o tak dużym stopniu skomplikowania technicznego, bo myślę, że większość z nas funkcjonuje czy też funkcjonowało, albo jest zaangażowanych w system ochrony zdrowia i zajmujemy się trochę inną perspektywą w tym obszarze. Cyfryzacja jest tematem nowym. Bez niej nie wyobrażamy sobie poprawy jakości usług medycznych, ale z drugiej strony też wiemy – zresztą pan to tu podkreślił – jakie zagrożenia niesie ze sobą. Tutaj bardzo istotne jest to, o czym pan powiedział – kwestia zabezpieczenia i odpowiedniej legislacji, bo te dane szczególnie wrażliwe są udostępniane i to jest niezwykle ważne, żeby właśnie ten proces legislacyjny szedł co najmniej równoległe do całego procesu ucyfrowienia ochrony zdrowia. Tak więc bardzo serdecznie dziękuję.

Rozpoczynamy dyskusję. Czy ktoś z państwa posłów chciałby zabrać głos? Bardzo proszę, pan poseł Patryk Wicher.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Szanowna pani przewodnicząca, przepraszam za spóźnienie, ale niestety inne obowiązki uniemożliwiły przybycie na czas. Natomiast wracając do obiegu EDM-u – elektronicznej dokumentacji medycznej – i nie tylko, ten proces wbrew pozorom już trwa kilka lat. Faktycznie wdrażamy te systemy w poszczególnych placówkach medycznych, SPZOZ-ach, szpitalach, NZOZ-ach i nie tylko. Ja osobiście też w swojej placówce wdrażałem elektroniczny obieg dokumentacji, a później częściowo też elektroniczną dokumentację medyczną. Podstawą był jednak brak środków na budowę nowoczesnych serwerowni dobrze zabezpieczonych i przygotowanych, z dobrymi nadzorami nie wewnętrznymi,

bo zawsze był informatyk, zawsze był ktoś od bezpieczeństwa informacji, ale jednak ze wsparciem profesjonalnym, zewnętrznym.

Moi drodzy państwo, może nie wiecie, ale eksperci wiedzą – mówię to do kolegów posłów czy państwa, którzy nas słuchają – że co do zasady w placówce powinny być dwie serwerownie. Jedna główna, druga zapasowa, w razie gdyby coś się stało, i najlepiej w przeciwległej części budynku, czyli z zupełnie innymi węzłami informatycznymi, co tak naprawdę podwaja koszty funkcjonowania. To jest takie modelowe rozwiązanie.

Oczywiście z siły tych serwerowni, gdyby one były spięte w systemie, można korzystać. Można je wykorzystywać do przemnażania mocy, gromadzenia danych, można umawiać się ze szpitalami nawzajem, że jeden szpital trzyma kopię zapasową drugiego, zaś ten jego, żeby jeszcze bardziej to zabezpieczać. Ta chmura też powinna działać idealnie, czy też, żeby obniżyć koszty, powinniśmy według mnie budować duże centra nadzorowane, państwowe, które mogłyby być trzy, budowane przez instytucje mundurowe czy też przez cywilne – to już jest wtórne. Taki system serwerowni zapasowych, które by gromadziły te dane.

Natomiast my cały czas mamy problem, a szczególnie pacjenci mają problem, z tym, że kiedy osoba starsza idzie od jednego lekarza, do drugiego, to wlecze się z teczkami dokumentów ze sobą, ponieważ cały czas nie mamy elektronicznej dokumentacji medycznej. Cały czas pokutuje to że do P1, do systemu, do platformy, nie ma dostępu na przykład lekarz prywatny. Skoro pacjent idzie do niego, prywatnie mu płaci, to znaczy że wyraża zgodę, żeby go zbadał, ergo, miał dostęp do dokumentacji, a jego lekarz rodzinny też chce wiedzieć, co zalecił prywatnie lekarz pierwszy, drugi, trzeci, czwarty, bo później okazuje się, że pacjent ma zdublowane leczenie, podobne leki. Później musimy wprowadzać przeglądy apteczne, żeby farmaceuci przeglądali leki, bo się okazuje, że są sprzeczne działania leków albo pacjent jest przeleczony, w cudzysłowie, bo Polacy tak mają, że jesteśmy przeleczeni, za dużo tabletek zażywamy generalnie rzecz ujmując. Zatem, moi drodzy państwo, tego nie unikniemy, dopóki lekarz nie będzie widział pełnej dokumentacji medycznej.

To jest naprawdę nietrudne. Ja nie mówię o badaniach obrazowych, które dużo ważą i potrzeba by całego systemu. Ja mówię o podstawowych informacjach o stanie zdrowia – opisy, aktualizacje, zalecenia, leki, bo później się okazuje, że pacjenci nie zażywają leków, nie wykupują recept, one przepadają w systemie. Tak więc, moi drodzy państwo, to są dość proste rozwiązania. Dzisiaj jeszcze przy sztucznej inteligencji, która tak naprawdę sama może stworzyć sieć nadzoru nad tymi elementami...

Przecież słyszeliśmy o przypadku w Polsce, gdzie sztuczna inteligencja – oczywiście to było nielegalne – obsługiwała pacjentów przez telefon, wydawała zalecenia lekarskie – w wiadomościach bodajże 2, 3 dni temu mieliśmy taką informację – i wystawiała recepty. Oczywiście jest to niedopuszczalne, ale sztuczna inteligencja zaczyna już być na tyle sprawna, że choć nie powinna zastępować lekarzy czy systemu, powinna być wsparciem, jak tutaj słusznie pan powiedział.

Na przykład, już lata temu Brytyjczycy pracowali nad systemem wgrywania milionów zdjęć raka płuc do systemu. Okazuje się, że ten system dzisiaj, po bodajże 15 latach wgrywania i dopracowywania... To teraz będzie krócej trwało, bo sztuczna inteligencja jest na innym poziomie. Tam trzech lekarzy oceniało każde zdjęcie, z tego co pamiętam. To było o 5% bardziej skuteczne niż każdy z lekarzy, który badał to zdjęcie, łącznie z tym, że wykrywano potencjalnego raka, który powstawał w późniejszym czasie, a którego nie było do końca widać, tylko były załączki w komórkach pewnego układu komórkowego. Tak więc, moi drodzy, takie wsparcie jest idealne. Czy też w robotach da Vinci, czy nie. Roboty już wyeliminowały trzęsienia rąk czy różne błędy, ponieważ jest ta stabilizacja, kiedy operuje się robotycznie. Tak więc to też, moi drodzy państwo, będzie się rozszerzało.

Generalnie rzecz biorąc, kończąc moją wypowiedź, chodzi mi o to, że po pierwsze, powinien powstać jednak fundusz wsparcia i bardzo przemyślany system, czy budować w każdej placówce po dwie serwerownie, czy jednak koncentrować się na centralnych serwerowniach, ale bardzo zabezpieczonych, bo mamy cyberwojnę, ataki hybrydowe,

mamy asymetryczność konfliktu. W związku z tym, pod tym względem musiałyby to być bardzo chronione obiekty, bo to są dane wrażliwe, lekowe.

Czyli, po pierwsze, czy państwo pracują nad takim systemowym rozwiązaniem gromadzenia danych. Po drugie, czy w ogóle trwają prace nad platformą, która by sprzęgła tych wszystkich lekarzy, nawet komercyjnych. Mamy to Indywidualne Konto Pacjenta, może tam gromadziłyby się te dane. Nie wiem, to już jest dla mnie technicznie wtórna sprawa. Oczywiście oprócz opisu leków są też badania krwi, badania obrazowe. Obrazówki są gorsze, bo to już wymaga dużej przestrzeni magazynowania. Jednak, moi drodzy państwo, wszystko jest przed nami. Technika się zmienia.

Przepraszam za zbyt długie to moje wystąpienie, ale myślę, że to są takie problemy, przed którymi stoimy i mam nadzieję, że nam wspólnie, ponad podziałami, uda się je rozwiązać, bo przyspieszy to pracę lekarzom, usprawni też zdrowie pacjenta, ograniczy niepotrzebne leczenie, wpłynie na jakość życia, szybkość wykrywania różnych chorób i sprawność przepływu informacji. Można byłoby też diagnozować pacjenta za granicą, gdyby ten lekarz miał na kliknięcie pełną dokumentację o pacjencie, a nie, że trzeba zbierać później, gdy ktoś jedzie na operację zagranicą, latać po wszystkich lekarzach, których miał w życiu, co zajmuje kilka miesięcy, bo ten zlikwidował, ten umarł, ten zamknął praktykę. Różne sytuacje się zdarzają i nieraz te dokumenty po 10, 15 latach po prostu giną. Tak więc, moi drodzy państwo, to na razie tyle i bardzo dziękuję za to, że mogłem zabrać głos.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo za ten ważny głos praktyka, bo rozumiem, że pan poseł tutaj z własnego doświadczenia zarządzania zakładem te uwagi czy komentarze nam przedstawia. Tak więc bardzo cenny głos, Bardzo serdecznie dziękuję.

Czy ktoś z państwa posłów? Bardzo proszę.

Poseł Fryderyk Kapinos (PiS):

Pani przewodnicząca, Wysoka Podkomisjo, szanowni państwo, ja odnośnie do wypowiedzi pana posła Patryka Wichera. Byłem pewien, że na Internetowym Koncie Pacjenta znajdę wyniki badań krwi. Poszedłem na badania. Pani mnie pyta, czy takie badanie miałem zrealizowane. Szukam, no nie ma. Jest tutaj dużo różnych informacji, a przecież takie dane można naprawdę zaciągnąć. Musiałem mieć jeszcze raz to badanie robione. Raz, że koszty, dwa, że klucze. Pewnie bardzo łatwo jest to zrobić, zrealizować, wprowadzić, żeby na tym Internetowym Koncie Pacjenta były te nawet podstawowe badania, bo to można zrobić z dnia na dzień.

Jeszcze mam takie pytanie. Jak jest z wdrożeniem tych systemów do powszechnego użytku, o których pan mówił? I drugie. W jaki sposób system e-rejestracji przyczynił się do skrócenia kolejek do specjalistów i w jaki sposób przyczyni się do skrócenia kolejek do specjalistów? Wiemy też, że te kolejki są nieodwoływane. Ludzie czekają dość długo na wizytę, a potem nie przychodzą. Inni pacjenci mają z tym problem, bo mogliby skorzystać z wizyty u specjalisty. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa posłów? Bardzo proszę.

Poseł Ewa Szymanowska (Polska2050-TD):

Ja o tej rejestracji właśnie, żeby też w systemie było widać, żeby pacjent nie mógł się umawiać do kilku lekarzy tej samej specjalizacji z tym samym skierowaniem. To jest olbrzymi problem, bo niestety pacjenci tak robią. Nie odwołują później tej wizyty, a ktoś czeka.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Jeszcze pan poseł Wicher chciałby komentarz...

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Ale tylko dopowiedzenie odnośnie do tej sytuacji. W rehabilitacji to już zrobiliśmy wiele lat temu. Weszły AP-Kolce. AP-Kolce wywaliły wszystkie dublujące się po peselu... Tak więc rozwiązanie jest, tylko pora AP-Kolce wprowadzić do systemu powszechnego

i one uporządkują już brak dublowania. Mamy przeciwiczone, według mnie bardzo dobrze działające, tylko trzeba rozszerzyć jego funkcjonalności. To tyle.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. To może po tej serii pytań poproszę państwa o komentarz czy odpowiedzi na te pytania, a potem będziemy kontynuować dyskusję.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Dziękuję za te pytania. Zostało poruszonych wiele różnych wątków a ja spróbuję je jakoś pogrupować.

Pogrupowałbym je w sposób taki, że pierwsze, to są rzeczy związane z elektroniczną dokumentacją medyczną, gromadzeniem danych z elektronicznej dokumentacji medycznej i dostępem pacjentów albo lekarzy do tejże dokumentacji medycznej. Ja za chwilę powiem o tym, jakie są nasze plany i gdzie my teraz jesteśmy. Poproszę kolegów z Ce-Z, żeby opowiedzieli o potencjalnych, obecnych i przyszłych możliwościach dostępu lekarza POZ i lekarza specjalisty do tych danych.

I trzeci aspekt z takich dużych, odnośnie do których padały pytania, to jest temat związany szeroko z cyberbezpieczeństwem widzianym z perspektywy podmiotów leczniczych, czy to POZ czy to szpitali. Tutaj po prostu poproszę Huberta Życińskiego o krótką informację o tych projektach, które realizowaliśmy w zakresie cyberbezpieczeństwa i będziemy realizować i jeszcze o e-rejestracji, bo odnośnie do badań, o których mówimy, to ja za chwilę powiem o tym, bo to jest forma dokumentacji medycznej.

Ogólnie to sytuacja wygląda tak, że my uważamy ciągle i nieustająco, że budowanie elektronicznej dokumentacji medycznej to jest nasze kluczowe wyzwanie, jedno z najważniejszych wyzwań, które mamy w tym centralnym obszarze e-zdrowia. To się składa jakby z dwóch elementów.

Po pierwsze, to jest to, że chcemy w dalszym ciągu budować nowe dokumenty, to znaczy, żeby postępowała cyfryzacja. To mamy w tej chwili zaadresowane w programie KPO i to będziemy realizować z KPO i 18 dokumentów medycznych w połowie 2026 r. będziemy mieli wdrożone w rozumieniu wdrożenia i możliwości obsługi tego na platformie P1. To niestety nie oznacza, że te wszystkie dokumenty będą w 100-procentach raportowane i przesyłane do platformy P1, bo to jest drugi problem, z którym my dzisiaj się spotykamy.

Czyli problem na dzisiaj wygląda tak, że mamy już część dokumentów wdrożonych i system P1 potrafi je obsługiwać i nawet podmioty medyczne powinny raportować i przekazywać do platformy P1 te dokumenty, ale niestety, tak się nie dzieje. Nie dzieje się tak z powodów takich, że nie ma systemu penalizacji nieprzekazywania takich informacji. Mamy więc stan taki, który jest zastany i również będziemy go w ramach naszych działań związanych z KPO i z danymi... Bo na koniec rozliczamy się tam wskaźnikami, a wskaźniki mówią o tym, ile tych dokumentów medycznych będziemy mieli w systemach. Drugi zakres działania jest więc taki, że chcemy uszczelnić działania w punkcie styku naszych systemów w rozumieniu tych, które są przygotowane i utrzymywane przez Ce-Z, z systemami z rynku, czyli tymi systemami szpitalnymi albo systemami gabinetowymi, żeby ta informacja, że tak powiem, automatycznie się dystrybuowała.

Często bywa tak, że na przykład ktoś ma swój stary system szpitalny. Mówimy o tym, że mamy wielu dużych dostawców, którzy w miarę się dopasowują do zmian prawa i mamy trochę tych małych, którzy się dopasowują tak sobie. No taki najprostszy przykład, to karta wypisu ze szpitala. Ta karta wypisu ze szpitala może być już dzisiaj przesyłana do naszych systemów z podpisem elektronicznym, a nasz dokument elektroniczny wymaga podpisu elektronicznego, chociażby najprostszego tego z ZUS. Jeżeli więc są stare systemy, które tego nie mają, to lekarze przygotowują to cyfrowo. To znaczy, nikt tego nie pisze w Wordzie ani na maszynie do pisania, tylko robi to w większości w jakichś systemach, które nie mają możliwości podpisania, a potem drukuje, przystawia pieczętkę, podpisuje się, jeden dokument wydaje pacjentowi, a drugi dokument idzie do archiwów.

Są to takie problemy, nad którymi będziemy pracować. W tej chwili mamy taki plan, żeby albo działając poprzez dostawców oprogramowania, albo z punktu

widzenia podmiotów leczniczych, doprowadzić do tego, żeby przekazywanie danych do Ce-Z nie wymagało dodatkowego nakładu pracy. Czyli, żeby ktoś nie musiał przepisywać, kopiować z jednego miejsca w drugie, tylko żeby te dane, po zapisaniu w systemach szpitalnych, których my nie dostarczamy, które dostarczają podmioty rynkowe, automatycznie przekazywano do systemu P1. Dopiero połączenie tych dwóch rzeczy, czyli wprowadzenie nowych typów dokumentów medycznych, tak że na koniec mamy ich mieć 18, o ile dobrze pamiętam, oraz to, żeby one były zasilane...

Ja miałem dokładnie taką samą sytuację. Jakież było moje zdziwienie... Jeszcze wtedy nie pracowałem w Ministerstwie Zdrowia, ale niedługo przedtem skorzystałem z bardzo dobrego programu „Profilaktyka 40+”. Później na moim IKP oczywiście mogłem zobaczyć szczegółowo, jakie badania miałem zlecone, i to była tylko informacja o zdarzeniu medycznym, ale wyników już nie. To jest ten kierunek, w którym my na pewno podążamy, jest on zaadresowany, i o ile dość dobrze panujemy nad tym, jakie dokumenty i typy dokumentów medycznych potrafimy wprowadzić, o tyle wprowadzenie penalizacji za nieprzekazywanie tych danych najbardziej dotknie małe podmioty, bo te duże sobie poradzą.

Te duże podmioty mają dużych dostawców, duzi dostawcy mają zwykle podpisane umowy, takie że zobowiązują do dopasowania swoich rozwiązań informatycznych dla szpitali do obowiązującego prawa. Problem będzie z tymi małymi. Tam penalizacja na koniec dnia skończy się tym, że w jakiś sposób z pieniędzy publicznych i tak będziemy musieli to jakby dofinansować, bo koszt tej zmiany i tak wejdzie na koniec w koszt świadczenia medycznego.

Zatem ta sytuacja nie jest prosta, ale my uważamy, że osiągnięcie pewnej masy krytycznej spowoduje to, że pacjenci sami będą się domagali, żeby te dane były... Bo na dzisiaj, jeżeli ktoś patrzy w moje IKP i tych danych nie ma, i nie jest tym jeszcze bardzo zainteresowany, to przyjmuje, że to jest stan normalny, że tak powinno być i – tak jak poseł tutaj mówił – chodzi z tymi papierami, niestety. Natomiast, jeżeli osiągniemy pewien próg, gdybyśmy nawet to, że dzisiaj mamy 30% odwrócili, że 30% nie mamy, to jeżeli 70% pacjentów może chodzić bez papierów i ma w każdym momencie dostęp do tych informacji... O tym, czy lekarz POZ i lekarz specjalista będą mieć dostęp, to zaraz koledzy powiedzą, ale jeśli te dane są już w systemie, to ci pozostali będą musieli do tego dołączyć. To jest nasza strategia, którą w tej chwili chcemy również realizować, podpierając się funduszami KPO, żeby pomóc w uzyskaniu tych danych. Teraz poprosiłbym Ce-Z...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, ale może krótki komentarz do tego, ponieważ rzeczywiście widzimy, że te systemy, które są użytkowane przez różne podmioty lecznicze, są bardzo różne. To też świadczy o tym, że każdy sobie jakoś radził i zapewniał sobie jakiś system, który w miarę możliwości miał ułatwić funkcjonowanie tej jednostki i ułatwić sprawozdawczość. Jednak to doprowadziło do takiej sytuacji, że te inicjatywy oddolne nie były kompatybilne z tymi ogólnopolskimi czyli generalnymi rozwiązaniami. Tu jakby te systemy się rozjechały. I to jest podstawowa rzecz, żeby w tej chwili to wszystko w jakiś sposób scalić, bo rzeczywiście jest to problem.

Ja też mam własne doświadczenia w tym zakresie, że wprowadzono... I to wydatkowano spore środki publiczne na ucyfrowienie dokumentacji medycznej czy w ogóle wprowadzenie i po jakimś czasie okazuje się, że ona nie spełnia jakichś wymogów. Oczywiście umowy z firmami przewidywały to, ale wiemy, że tak nie do końca, bo tutaj naprawdę nie wiadomo było, jakie będą te dokumenty przez rząd, ministerstwo uznane za te, które są obowiązkowe w tej dokumentacji medycznej.

Myślę, że to jest problem, bo w tej chwili w systemie wszyscy pracownicy – lekarze, pielęgniarki – wszyscy przedstawiciele zawodów medycznych narzekają na nadmiar tej pracy administracyjnej. Nieważne, czy to pisze się ręcznie czy wstuka się w komputer, to pochłania najwięcej pracy. Często przepisuje się właśnie z jednego modułu do drugiego i to wymaga dużego zaangażowania. Myślę, że to jest to wyzwanie, nad którym trzeba się pochylić, żeby w jakiś sposób to ujednolicić, spiąć, żeby rzeczywiście nie tylko

ta wiedza z różnego rodzaju gabinetów, ale też dane kodowane przez różnego rodzaju specjalistów były widoczne. Wtedy ten proces leczenia były o wiele prostszy i dla pacjenta bardziej przejrzysty.

Mam jeszcze takie pytanie. Rozumiem, że panowie będą jeszcze na ten temat mówić, ale tu już pojawiła się ta kwestia. To co pan poseł Wicher wspomniał, o tym wsparciu podmiotów leczniczych w tę infrastrukturę. Wiemy oczywiście, że ważne są różnego rodzaju programy, moduły, o które można rozbudowywać tę infrastrukturę informatyczną, ale de facto brakuje serwerowni fizycznie, odpowiedniego pomieszczenia, bo przecież musi to spełniać odpowiednie wymogi itd. To są kolosalne pieniądze. Jeżeli na to nałożą się jeszcze inne wydatki, to takie małe podmioty mogą sobie z tym nie poradzić. Czy w związku z tym Ministerstwo Zdrowia widzi możliwość wsparcia właśnie tych nakładów w tę infrastrukturę techniczną, taką, którą będzie można wykorzystać? Dziękuję.

Poseł Fryderyk Kapinos (PiS):

Czy macie państwo taką wiedzę, ile podmiotów nie jest przygotowanych do przekazywania tych danych? Procentowo.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Panie dyrektorze, szanowni państwo, my cały czas pracujemy nad reformą, zmianami w uzdrowiskach. Ostatnio z paniami konsultantami krajowymi doszliśmy do wniosku na przykład, że lekarze nie chcą wystawiać skierowań do uzdrowisk, ponieważ za dużo czasu im to zajmuje i zniknęły nam skierowania. I co się okazało? Gdy panie konsultant zasiadły do tego dokumentu okazało się, że on jest archaiczny. Co z tego, że zrobiliśmy elektroniczne skierowania, jeśli tam są takie dane, które są zupełnie niepotrzebne lekarzom?

Lekarzom wystarczy, żeby lekarz w uzdrowisku miał P-jedynkę i zwykle, podstawowe skierowanie, które wystawiałoby się w 10 sekund, i już ktoś idzie do uzdrowiska. A dzisiaj musi kilka minut wklepywać wyniki badań krwi, moczu, których nikt nie potrzebuje na chwilę obecną. Lekarz, który przyjmuje w uzdrowisku, potrzebuje tylko dostępu do P-jedynki, co jest proste, i zwykłego, prostego skierowania.

Jedna rzecz. Właśnie, gdy będą państwo robili te 18 dokumentów, niech siadą konsultanci krajowi i branża, niech przejrzą te dokumenty, tak jak to zrobiły panie konsultant przy skierowaniu do uzdrowisk, czy one są przystające do dzisiaj, czy wszystkie dane są potrzebne. I druga sprawa, aby zaczytywały się niektóre dane, na przykład wypis ze szpitala, żeby, kiedy ordynator wypisuje, czy lekarz prowadzący, pewne rzeczy automatycznie się zaczytywały. Na przykład, żeby nie musiał już wklepywać wyników badań, tylko żeby one same zaczytywały się do tego wypisu, żeby nie musiał powtarzać pewnych czynności. Czy jest możliwy taki automatyzm między dokumentami?

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Oddaję państwu głos.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Poproszę kolegów, żeby opowiedzieli trochę o tym, w jaki sposób potencjalnie możemy mieć dostęp – lekarz POZ i lekarz specjalista. Opowiemy chwilę o tym, co planujemy w zakresie dofinansowania podmiotów leczniczych, żeby zapewnić bezpieczeństwo. Ja powiem tylko, że w tym zakresie jesteśmy raczej dalecy od tego, żeby ujednolicić te systemy. Każdy ma swoją specyfikę działania i na dzisiaj, w naszej ocenie, dobrze, że tak jest. Nie jest dobre to, że mimo iż Centrum e-Zdrowia publikuje na bieżąco informację o interfejsach... Mamy legislację dotyczącą wdrożenia kolejnych dokumentów i mamy obowiązek, ale niepenalizowany, związany z przekazywaniem tych danych. To są te tematy.

Odnośnie do tego, że każdy ma inne rozwiązania, ministerstwo działa w tym zakresie. O informację na ten temat poproszę od Huberta Życińskiego, a ja na koniec odpowiem, bo padło jeszcze pytanie o centralną e-rejestrację.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę. I proszę o przedstawienie się do protokołu.

Dyrektor Centrum e-Zdrowia Tomasz Jeruzalski:

Oczywiście. Tomasz Jeruzalski, dyrektor Centrum e-Zdrowia. Szanowna pani przewodnicząca, szanowna podkomisjo, szanowni zebrani, zanim jeszcze oddam głos dyrektorowi z Centrum e-Zdrowia, który odpowiada za P-jedynkę, kilka dodatkowych informacji, żebyśmy mieli w miarę wyrównaną wiedzę, jeśli chodzi między innymi o oprogramowanie i dostawców.

To jest tak, że na naszym rynku – tak jak tutaj dyrektor przed chwilą wspomniał – jest wielu dostawców oprogramowania, którzy dostarczają oprogramowanie do placówek medycznych, szpitali, przychodni, które mają zapotrzebowanie na oprogramowanie zgodnie z potrzebami danej jednostki, szpitala, przychodni itd. My ze swojej strony robiąc centralne rozwiązania przygotowujemy, przykładowo teraz zaplanowaną e-rejestrację, przy czym zawsze trzeba mieć na uwadze, że my robimy centralne rozwiązanie, przygotowujemy API do naszego rozwiązania, publikujemy standardy, mówimy o interfejsach, przedstawiamy interfejsy. Żeby to w sumie w pełni zagrało, oczywiście dostawcy oprogramowania do placówek medycznych, szpitali, muszą się zintegrować i dostosować, żeby w pełni funkcjonować w tym obszarze.

Oczywiście jeżeli jestem szefem jakiejś placówki, to dla mnie najlepiej, jeżeli mam jedno programowanie, które wspiera wszystkie moje procesy, które jest najbardziej dla mnie dopasowane. Dlatego też nie zawsze korzystają bezpośrednio z naszych centralnych rozwiązań, ale dostosowują swoje systemy do integracji z naszymi. To troszeczkę mówię w nawiązaniu do zbierania tej dokumentacji medycznej, przesyłania do nas i też różnych elementów, które z tym są związane. Chciałem zrobić tylko wprowadzenie odnośnie do funkcjonowania tego naszego rynku oprogramowania i dokumentacji medycznej, a w dalszej części poproszę dyrektora Centrum e-Zdrowia odpowiedzialnego za P-jedynkę o uzupełnienie informacji.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Pionu do Spraw Rozwoju SIM i Wdrożeń Centrum e-Zdrowia Andrzej Sarnowski:

Dzień dobry. Andrzej Sarnowski, zastępca dyrektora Centrum e-Zdrowia. Odnosząc się wprost do przytoczonych kwestii dotyczących chociażby tego, że lekarz pracujący w ramach świadczeń komercyjnych nie ma dostępu do danych zgromadzonych w systemie, chciałbym wyprowadzić ewentualnie z błędu. Chodzi o to, że w systemie centralnym mamy dane niezależnie od tego, czy one pochodzą z systemu publicznego czy z systemu komercyjnego. Te dane, dzięki temu, że są zgromadzone centralnie, mogą być udostępniane zarówno podmiotom i pracownikom medycznym pracującym komercyjnie, jak i publicznie. To, na jakich zasadach mają dostęp do danych, regulują przepisy. Tu mogę podać pięć najczęściej funkcjonujących.

Pierwsza kwestia zasadnicza jest taka, że pacjent w dużej mierze decyduje o tym, kto ma dostęp do jego danych. Dzięki Internetowemu Kontu Pacjenta w postaci aplikacji webowej lub aplikacji mobilnej, on samodzielnie może zarządzać dostępem do danych. Może wskazać konkretnego pracownika medycznego albo konkretny podmiot leczniczy, wskazać okres, za jaki te dane mogą być dla niego dostępne. Wówczas placówka zyskuje dostęp do tych danych.

Druga, to jest kwestia dostępu dla autora oraz innych pracowników medycznych systemowej placówki w ramach kontynuacji leczenia. Następnie mamy również ten tryb ratowanie życia oraz, w przypadku lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jest przewidziany właśnie specjalny rodzaj uprawnienia dla tego lekarza rodzinnego, dostęp do kompletu danych, które są zgromadzone w systemie. On bez dodatkowej zgody może zyskać dostęp do pełnych naszych danych. I to ma miejsce.

Możemy o tym mówić w odniesieniu do danych o receptach, czyli mówię tutaj o receptach elektronicznych i o realizacjach recept papierowych. Pewnym wyłączeniem są leki OTC, które nie są na receptach, no i leki z programów lekowych, których dokumentacja jest w ramach prowadzonego odrębnie systemu SMPT.

Jeżeli chodzi o zdarzenia medyczne, czyli tak naprawdę historię kontaktów pacjenta z systemem ochrony zdrowia, gdzie mamy odnośnie do zasady informacje o rodzaju tego zdarzenia, czy to jest hospitalizacja, porada, wizyta, badanie, mamy zaraportowaną informację o jednostce rozpoznania oraz o procedurach. Te dane, tak jak tutaj wskazywał dyrektor, składają się na zdarzenie medyczne. To, czy one są dostępne czy nie, zależy jedynie od placówki czy sprawozda je do systemu, a o wszystkim innym decydują te polityki uprawnień, o których wspominałem.

Natomiast jeżeli chodzi o samą elektroniczną dokumentację medyczną, no to tutaj pierwsza zasadnicza kwestia jest taka, że aby zaraportować właśnie informację o tej dokumentacji elektronicznej, musi być zdarzenie medyczne. Do tego zdarzenia medycznego przesyła placówka informację o tym, że powstał taki elektroniczny dokument medyczny, jakiego on jest rodzaju i gdzie jest dostępny. Z praktycznego punktu widzenia oznacza to mniej więcej tyle, że jeżeli ja prowadzę na przykład podmiot leczniczy i u siebie w systemie gromadzę tę dokumentację, ona jest zgromadzona u mnie w systemie, natomiast do systemu centralnego trafia informacja, że jest taki dokument. Wówczas jako pacjent czy inny pracownik medyczny zyskuję, po pierwsze, wiedzę o tym i możliwość sięgnięcia po te dane dzięki mechanizmom dostępnym w systemie. Natomiast, tak jak tu było podkreślane, warunkiem jest to, że te informacje są sprawozdane.

I w uzupełnieniu do tego, co też tutaj wskazywał pan dyrektor, chociażby ten przywołany przykład 40+, to też jest takim elementem, który miał mobilizować placówki do tego, żeby zwiększyć poziom raportowania. Chodzi o to, że świadczenia, które są rozliczane w ramach tego programu, wymagają zaraportowania informacji o zdarzeniach medycznych i zaraportowania informacji o wyniku. I nawet jeżeli – tutaj był podany ten przykład – brakowało tego wyniku badania, to Narodowy Fundusz Zdrowia nie zapłacił takiemu świadczeniodawcy za wykonanie tych badań tak długo, jak długo nie pojawił się komplet tych wyników. Mamy więc też takie pierwsze rodzaje usług, w ramach których ten element tak jakby jest wymagany i on też sprawia, że coraz więcej tych danych zaczyna się pojawiać. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś z państwa jeszcze?

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Jeszcze informacja na temat tego, bo padło pytanie, w jaki sposób Ministerstwo Zdrowia wspiera podmioty lecznicze w zakresie budowania własnej infrastruktury i cyberbezpieczeństwa.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Hubert Życiński:

Dziękuję bardzo. Hubert Życiński ponownie. Zanim o cyberbezpieczeństwie, chciałbym jeszcze kilka komentarzy w zakresie dostępności danych, w zakresie IKP i w zakresie naszego podejścia do tego.

Panie pośle, Internetowe Konto Pacjenta jest naszym frontowym rozwiązaniem i miejscem, w którym te dane mają się docelowo znaleźć, o ile tylko te dane w systemie się znajdują. To trochę zależy od podmiotów i trochę też zależy oczywiście od dostępności usług. Takim podstawowym dossier pacjenta, z którym pacjent powinien podróżować, jest Patient Summary, czyli karta pacjenta.

Patient Summary ma dwa wymiary. Ma wymiar krajowy i wymiar transgraniczny. W tym drugim wymiarze będziemy zobligowani do tego, wkrótce już, żeby te dane wymieniać. To znaczy, jeżeli pan poseł wybierze się gdzieś za granicę do państwa członkowskiego Unii Europejskiej, to wówczas ten lekarz – mam nadzieję, że tak nie będzie, ale jeżeli by się tak zdarzyło – który będzie pana musiał zobaczyć, zobaczy dotyczące pana streszczenie, kartę pacjenta u siebie w systemie i jeszcze w swoim języku powinien to zobaczyć. Takie są założenia po prostu, że przez centralny serwer przechodzi informacja, jest tłumaczona na język tego lekarza, który o tę informację poprosił.

Wracając do Internetowego Konta Pacjenta i produktu frontowego, 18,5 mln kont to jest nasz wielki sukces i chcę powiedzieć o tych sukcesach trochę, bo tutaj wskazujemy na pewne braki, jakby słusznie. Dziękujemy za te uwagi i komentarze, bo one są słuszne i notujemy je. Sami też jesteśmy... Kierunki i tematy. My każdą taką konstruktywną uwagę bierzemy, szczególnie od osób, które znają system i wiedzą, co poprawiać.

Chcę wskazać, że płyną też pozytywne sygnały w tym znaczeniu, że tak jak wskazywałem, jest 18,5 mln tych kont. Program „Cyfrowa dekada” to jest taki program europejski, który dąży do tego, żeby pewien koszyk świadczeń był taki sam – nie mówię tutaj o świadczeniach tylko zdrowotnych – koszyk usług był taki sam w państwach członkowskich i wszystkie państwa je rozwijały. Tam też jest obszar zdrowia.

W tym obszarze zdrowia, szanowni państwo, jesteśmy jednym z liderów, jeżeli chodzi o portal pacjencki, jeżeli chodzi o IKP i dostęp do informacji dotyczących tych kontaktów z ochroną zdrowia, ponieważ notujemy wyniki powyżej średniej unijnej, tej średniej całkowitej. To nie jest częsty przypadek, jeżeli chodzi o jakiekolwiek rankingi cyfryzacyjne, DESI czy inne rankingi, w których to Polska staje. Chciałbym więc to powiedzieć.

Chciałbym też powiedzieć, że naszymi doświadczeniami w zakresie rozwoju Internetowego Konta Pacjenta mieliśmy przyjemność ostatnio dzielić się z Austrią także w ramach europejskiego twinningu. Przedstawiciele Austrii przyjechali do nas, do Centrum e-Zdrowia i słuchali prelekcji na temat tego, jak podchodzimy do rozwoju tych funkcjonalności w IKP. To zamykając wątek IKP.

Przechodząc do wątku cyberbezpieczeństwa, w zakresie cyberbezpieczeństwa dzieją się różne rzeczy. Wspominałem tutaj o KPO i o inicjatywie Centrum Operacji Cyberbezpieczeństwa, która będzie realizowana w Ce-Z. To jest rzecz taka bardziej sektorowa, a bardziej dla podmiotu. Wraz z Ministerstwem Cyfryzacji i Narodowym Funduszem Zdrowia dążymy do tego, żeby dystrybuować środki od 300 do 900 tys., w przypadku operatorów usług kluczowych 1350 tys. – takie są przynajmniej plany – na budowę infrastruktury informatycznej, na tworzenie kopii zapasowych, na odtworzenie po awarii lub ataku na system cyberbezpieczeństwa i możliwy będzie także audyt bezpieczeństwa, którego koszt będzie jakby zwrócony czy realizacja tego kosztu będzie też możliwa. To jest takie kluczowe działanie.

Działamy także na rzecz rozbudowania możliwości reagowania na incydenty w ramach Centrum e-Zdrowie. To jest bardzo ważne także w kontekście podmiotu, choć nie wprost w rozwoju infrastruktury, ale w pomocy temu podmiotowi w zaradzeniu skutkom tej złej działalności, incydentu lub ataku. Też pracujemy nad wieloletnim programem cyberbezpieczeństwa w sektorze ochrony zdrowia. To byłyby moje uwagi. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Dziękuję. Jeszcze pan uzupełnia, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Tak, albowiem obiecałem jeszcze informację na temat centralnej e-rejestracji. Najpierw status pilota, tego, gdzie dzisiaj jesteśmy. Właściwie zakończyliśmy konsultacje społeczne. Zebraliśmy uwagi. Uwagi uwzględniliśmy, zakończyliśmy też uzgodnienia międzyresortowe albo właściwie je kończymy, no bo dzisiaj już odnieśliśmy się do tych ministerstw, które zgłosiły nam uwagi z informacją o tym, w jaki sposób zostały uwzględnione. Liczymy na to, że ten proces uzgodnień właściwie już w tym tygodniu się zakończy.

Następne kroki, które będą w pilotażu e-rejestracji, to jest oczywiście wejście w życie rozporządzenia. Na bazie tego rozporządzenia będą nabory dla podmiotów świadczących usługi w zakresie kardiologii oraz dla tych działań związanych z mammografią i cytologią, o których tutaj wspominaliśmy. Pilotaż jest skonstruowany w sposób taki, że udział jest dobrowolny, ale jednocześnie z informacją taką, że my pracujemy już nad rozwiązaniem i nad tzw. roll-outem tego rozwiązania, czyli jakby nieuchronnością wprowadzenia centralnej e-rejestracji.

Za chwilę powiem, dlaczego to jest ważne i dlaczego... Może od razu powiem. Bo mieliśmy już jeden pilotaż, który się nie udał. Na posiedzeniu Komisji Zdrowia też byliśmy pytani, dlaczego ten nowy pilotaż miałby nam się udać, a ten stary nam

się nie udał. Otóż, ten pierwszy się nie udał z prostych powodów. Po pierwsze, to była wyłącznie próba sprawdzenia, czy takie rozwiązanie zadziała.

Jak już powiedziałem, większość podmiotów leczniczych używa własnych systemów. Jeżeli używa własnych systemów, to znaczy, że mają swój moduł do tego, żeby umawiać pacjentów i żeby tą kolejką pacjentów u siebie zarządzać. Wprowadzenie drugiej obok, bez informacji takiej, że na pewno to wdrożymy nie spowodowało w owym okresie, żeby komercyjni dostawcy rozwiązań w obszarze systemów szpitalnych dostosowali się do tych naszych zmian. I pomimo, że wtedy już był możliwy interfejs do tego, żeby można było to robić, nie było jakby takiej chęci, bo też nie było takiej komunikacji. Na koniec okazało się, że bardzo niewiele podmiotów przystąpiło, a ci, którzy przystąpili do tego poprzedniego pilotażu, po pierwszych próbach zrezygnowali, ponieważ wymagało to dość dużej pracy i utrzymywania dwóch kalendarzy.

Dzisiaj jesteśmy w innym miejscu i dzisiaj komunikujemy już odpowiednio wcześniej, po pierwsze, że tę centralną e-rejestrację wdrożymy. Ci, którzy przystąpili do pilotażu, będą mogli zrobić to pierwsi. To oczywiście nie będzie big bang – zaraz powiem o tej centralnej e-rejestracji.

Po drugie, prowadzimy spotkania – głównie koledzy z Ce-Z – z dostawcami systemów szpitalnych i sprawdzamy gotowość tych podmiotów do podłączenia się do naszych systemów. Z tego, co wiem – proszę mnie poprawić – jeden raportuje, że jest gotowy, a przynajmniej kilku tych największych mówi o tym, że już są blisko. To oznacza, że przeprowadzimy pilotaż i jest duża szansa na to, że będą jakieś wnioski. Wniosek z poprzedniego pilotażu był tylko taki, że nic nie można było wywnioskować, bo było bardzo niewiele podmiotów chętnych, żeby te rejestracje można było...

Przewodnicząca poseł Józefa Szczurek-Żelazko (PiS):

Przepraszam, że przerwę. Panie dyrektorze, ja na momencik muszę wyjść, ponieważ mam ważną sprawę. Tutaj pan przewodniczący będzie kontynuował przewodzenie tym obradom i oczywiście mam nadzieję, że uda mi się tu jeszcze wrócić. Dziękuję.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Skracając tę opowieść o pilocie, bo chciałbym też powiedzieć o rozwiązaniu docelowym, pilotaż zakończymy w pierwszym kwartale przyszłego roku. Pewnie będą jakieś wnioski dotyczące realizacji, które zechcemy jeszcze uwzględnić w zmianach legislacyjnych. Niestety, wprowadzenie centralnej e-rejestracji jest długim procesem legislacyjnym, bo wymaga zmian w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia. To jest troszeczkę dłuższy proces niż proces związany z rozporządzeniem, na bazie którego będziemy prowadzić tę centralną e-rejestrację.

Jakie mamy założenia? Główne są takie, po pierwsze, o czym tutaj dzisiaj była mowa, że pacjent nie będzie próbował rejestrować się w kilku miejscach, nie będzie próbował zajmować kolejki w wielu miejscach. Po drugie, będzie miał łatwą możliwość – zbliżoną do tej w niektórych podmiotach prywatnych, gdzie dzisiaj państwo już mają możliwość sprawdzania – że będzie istniała możliwość prostego odwołania wizyty. Będą istniały możliwości – bo na dzisiaj w Internetowym Koncie Pacjenta albo w moimIKP mamy wszystkie dane dotyczące numerów telefonów – że pacjent będzie informowany o zbliżającej się wizycie i o tym, że może zrezygnować, jeżeli nie może.

Głównie to ma znaczenie wtedy, kiedy wiemy, że pacjent czeka ponad rok, na przykład, na taką wizytę. To może się sporo zmienić. Jeżeli pacjent tego nie potwierdzi...

Na pewno też system centralnej e-rejestracji spowoduje równość w dostępie do świadczeń. To oznacza oczywiście, że system wskaże ten podmiot medyczny, w którym oczekiwanie jest najkrótsze w takiej kolejności, w jakiej pacjenci będą się zapisywali. Ale oczywiście będzie możliwość taka, że jeżeli pacjent zechce do tej konkretnej przychodni, do tej konkretnej placówki, albo jeżeli będą raportowane takie dane, że to nie jest tylko na poziomie placówki ale konkretnych lekarzy, bo to również system będzie umożliwiał, będzie mógł się zapisać w kolejkę do konkretnego lekarza z pełną świadomością, że tam oczekiwanie może być dłuższe niż w tym najkrótszym momencie.

Pozostaje jeszcze kwestia taka, o której dzisiaj jakby trudno jest mówić, ale jeżeli znajdziemy jeszcze jakiś system, w którym będziemy w stanie dopingować pacjentów,

żeby faktycznie, jeżeli nie będą korzystali z tej wizyty, ją odwoływali... To właściwie problem wydaje się związany z takim dość trudnym zarządzaniem kalendarzami – dlatego mówię w liczbie mnogiej, że to w każdym podmiocie oddzielnie... Na pewno to powinno się wyrównać i na pewno ten czas oczekiwania powinien być skrócony. Być może nie we wszystkich przypadkach, gdy faktycznie ktoś zechce się dostać do jakiegoś uznanego specjalisty i jest gotów poczekać dłużej, no to wtedy może czekać dłużej. Nie wiem, czy to jest odpowiedź na pytanie, czy...

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Bardzo proszę, pan poseł Patryk Wicher.

Poseł Patryk Wicher (PiS):

Panie dyrektorze, nie będę zagadywał, bo jest późna pora i pewnie wszyscy chcą odpocząć, natomiast jedna rzecz. Bardzo mnie to cieszy, ponieważ analogiczne rozwiązania wypracowaliśmy w ramach zespołu do spraw leczenia uzdrowiskowego w tamtej kadencji. Teraz to kontynuujemy. Tylko jedna taka uwaga. Niech ta kolejka do danego lekarza specjalisty nie będzie nieograniczona, to znaczy, że ktoś się wpisze, bo chce czekać 1,5 roku, bo może nie dożyć. Czasami lepiej iść do mniej popularnego, ale zacząć leczenie, a w przyszłość do innego i przeżyć. Tu bym ograniczył kolejki, żeby do danego lekarza czy do danego podmiotu, jednak nie dłużej niż na przykład rok. Później nie można, tylko trzeba wybrać inną kolejkę, gdzie jest wcześniej, bo zrobimy takie kominy, że do jednego ludzkiego będą chcieli czekać 2 lata, 1,5 roku, a do drugiego...

Ja mam taki przykład z życia wzięty. Dwa szpitale małopolskie. Kobieta do mnie przyszła spanikowana, że nie może oddychać – POChP i nie tylko. Ledwo tomna, zalane płuca, częste zapalenia płuc i nam mówi, że w uniwersyteckim szpitalu powiedzieli, że zrobią jej brachyterapię dopiero za pół roku. NFZ ma taką stronę – wtedy było to ukryte, trzeba było to wiedzieć – gdzie się wklepuje świadczenie, tylko z nią jest ten problem, że świadczeniodawcy niestety tego nie aktualizują. Dlatego też jest z tym duży problem. Znalazłem i szpital w Proszowicach. Przyjął tę kobietę w ciągu dwóch tygodni. Czyli miała do wyboru, czekać pół roku – saturacja zaniżona, problem z oddychaniem, ciągłe zapalenia płuc – czy iść...

W opinii publicznej to może nie jest uniwersytecki szpital, tylko jakiś powiatowy, ale wykonał tę samą czynność. Zrobił to wysłnienie i ta pani jest teraz pacjentką ciągle tegoż, bo przy POChP, bez jednego płuca itd, musi mieć ciągle to leczenie, ten zabieg się powtarza. Proszę zauważyć, jaka jest odległość między Proszowicami a Krakowem. Rzut beretem, można powiedzieć. Pół roku – 2 tygodnie. I naprawdę, jeśli to wyrównamy centralną e-rejestracją i nie zrobimy zbyt dużych kominów, to może to wyrównać tę sytuację bardzo sprawnie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan dyrektor, bardzo proszę.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

To chciałbym jeszcze odpowiedzieć. Tak, system to wyrówna i wprowadzenie czy tak zwany roll-out centralnej e-rejestracji będzie przebiegał w sposób taki, że wszystkie podmioty z danej specjalizacji, którą się będziemy zajmować, będą miały obowiązek udostępniania swoich kalendarzy. Centralny system będzie wiedział o wolnych miejscach i będzie podpowiadał pierwsze wolne miejsca. Jeżeli się okaże, że będzie to na bardzo długi okres do przodu, i wyobrażam sobie sytuację taką, że w jakimś obszarze ten czas po zapełnieniu już tych wszystkich dołków jest dalej bardzo długi, to będziemy przekazywać informację, że we wszystkich placówkach nie ma miejsc i pacjent zostanie poinformowany o tym, kiedy te miejsca będą.

To, jak rozumiem – proszę mnie poprawić – będzie parametryzowane w zależności od tego... No, zobaczymy w pilotażu, bo chcemy sprawdzić, jak to będzie działało w pilotażu. Na pewno to wyrównamy. Natomiast to nie będzie tak, że to będą wszystkie specjalizacje, które będą wprowadzone big bangiem w pierwszym kwartale przyszłego roku. Zaczynamy teraz od umówień pierwszorazowych w kardiologii. Jeśli pacjent kontynuuje swoje leczenie, to zwykle umawia się bezpośrednio u tego samego lekarza, a jeśli chce trafić do innego lekarza, to wraca do tej kolejki, bo oczywiście może nie chce kontynuować u tego lekarza. Jednak to, że lekarz umawia się na wizyty kontynuowane, będzie już widoczne centralnie. Czyli on będzie już zajmował kolejne tak zwane sloty, czyli tę przestrzeń, gdzie mamy pół godziny przewidziane dla pacjenta, czasami może mniej, w zależności od tego, w jakiej specjalizacji będzie, więc to też nie będą uniwersalne kolejki. W zależności od tego, ile trwa badanie i ile dana jednostka nam raportuje, tak tym będziemy mogli zarządzać.

Będziemy również obsługiwać takie możliwości, gdzie faktycznie... Czasami bywa też tak, że przy okazji szpitala są również pacjenci, którzy zwykle wszyscy są umawiani na dzisiaj na godzinę 7 rano i oni są bardzo szczęśliwi, jeśli dostaną się tam do specjalisty. Oni bardzo chętnie posiedzą do 17., a wtedy, kiedy specjalista ma czas, to ich przyjmie. Takie rzeczy też będziemy musieli obsłużyć. Tak więc to jest dosyć skomplikowane rozwiązanie. Będziemy je wdrażać specjalizację po specjalizacji, ale już kolejne specjalizacje będą wchodziły na mocy rozporządzenia ministra zdrowia.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Ja myślę, że nie tylko dana placówka umawia na siódmą, ale też pacjenci umówieni na cały dzień dość często przychodzą na siódmą rano. To działa też w drugą stronę, nie tylko w jedną. Bardzo proszę. I bardzo proszę się przedstawić.

Członek Zespołu roboczego do spraw transformacji w ochronie zdrowia Naczelnej Rady Lekarskiej Krzysztof Zdobyłak:

Krzysztof Zdobyłak, ekspert Naczelnej Rady Lekarskiej do spraw transformacji systemu ochrony zdrowia. Mówiąc o transformacji mam też na myśli transformację cyfrową. Myślę, że jesteśmy tutaj wszyscy bardzo wdzięczni za to bardzo szczegółowe omówienie tego, co się dzieje. Ja miałbym 3 pytania na troszkę wyższym poziomie ogólności, tak żeby to może uporządkować. Są też takie podstawy, o które trzeba zawsze zadbać. Prawda?

Myślę więc, że po pierwsze, bardzo dobrze, że mamy zdefiniowany jasny cel tych działań cyfryzacyjnych w ochronie zdrowia, czyli ta pacjentocentryczność i poprawa sytuacji pacjenta. Satysfakcja pacjenta jest oczywiście największym problemem naszego systemu, a dokładnie brak tej satysfakcji, natomiast częściowo wynika ona także z drugiej największej bolączki, czyli braku przepływu informacji w systemie ochrony zdrowia. Przepływu nie tylko od placówek do rejestrów centralnych, ale także przepływu – jak już zostało troszkę wspomniane – pomiędzy systemami, rejestrami i organami administracji.

Zatem pierwsze pytanie, czy w chwili obecnej jesteśmy przekonani, że systemy, które istnieją, już w pełni rozmawiają ze sobą, są połączone i wymieniają się danymi... Na przykład, jednym z systemów, o którym państwo wspominać w tym materiale, jest System Statystyki w Ochronie Zdrowia. On został uruchomiony od tego roku w nowej odsłonie. Pytanie, czy to oznacza też częściowo automatyzację przekazywania informacji, czy to jest po prostu odnowione narzędzie do manualnego wpisywania danych.

Co jeszcze jest bardzo dobre i godne pochwalenia, to identyfikacja rzeczywiście tych wyzwań i ryzyk. Kluczowe tutaj wydaje się być to ryzyko, które państwo wskazaliście, czyli zapewnienie odpowiednich zasobów zarówno w warstwie kadrowej, jak i merytorycznej dla transformacji cyfrowej.

Rzeczywiście wydaje się, że jeszcze troszkę więcej potrzeba tych kompetencji transformacyjnych, skalowania, zarządzania zmianą, bo dużo razy usłyszeliśmy tutaj o pilotażach i ten nasz system pilotażami stoi. Pytanie, czy mamy wypracowane mechanizmy ich skalowania na 100% systemu, co się dzieje w tym obszarze i jak te kompetencje planują państwo osiągnąć i upewnić się, że ten system będzie systemem jednej prędkości i to zawsze tej najwyższej. To jest drugie pytanie.

I myślę, że oprócz tych kompetencji warto też pamiętać o tym, że samo stworzenie systemu IT, czyli oprogramowania, to jest dopiero początek. Do tego trzeba mieć jeszcze umiejętność obsługi tego systemu przez jego użytkowników końcowych, odpowiedni system szkoleń, odpowiednie też zachęty, żeby te systemy były używane. Infrastrukturę, o której już też było trochę tutaj mówione, ale także pewność, że mamy tam dane, że one są wykorzystywane i że użytkownicy czują, że nie wypełniają tych systemów na darmo, że nie jest to dla nich kolejne obciążenie biurokratyczne, ale rzeczywiście ułatwiające im w ostatecznym rozrachunku życie. I – to jest trzecie pytanie – czy dla każdego realizowanego projektu i tworzonego systemu w sensie oprogramowania te wszystkie czynniki są uwzględniane i są także częścią tego planu jego wdrożenia później. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję. Bardzo proszę pana. Proszę się przedstawić.

Ekspert Pracodawców RP Paweł Łangowski:

Oczywiście. Bardzo dziękuję. Paweł Łangowski, przewodniczący Podzespołu do spraw ochrony zdrowia przy Radzie Dialogu Społecznego i ekspert Pracodawców RP. Ja bardzo dziękuję za tę państwa dzisiejszą obszerną prezentację. Wsłuchiwałem się z uwagą, bo słyszałem ją już drugi raz, ponieważ ostatnie posiedzenie podzespołu właśnie tego dotyczyło. Natomiast wsłuchując się dwukrotnie nie usłyszałem niektórych elementów.

Bardzo dużo państwo mówili o zakresie prac, które państwo planują, o poszczególnych systemach, które państwo chcieliby wdrożyć czy za środki z KPO, czy za środki własne ministerstwa, natomiast brakuje mi tam dwóch rzeczy. Tutaj bardzo trafnie państwo zdiagnozowali zarówno potrzeby, jak i cele, które chcą państwo osiągnąć, tylko nic nie wspomnieli państwo o kamieniach milowych i czasie, czyli, kiedy państwo chcieliby to osiągnąć i kiedy państwo będą pewni, że już to osiągnęli. To determinuje to, czy to będzie projekt, którego doczekamy, czy to będzie projekt, którego – podobnie jak ustawy o jakości – niektórzy z nas nie dożyją. Myślę, że to determinuje też to, w jaki sposób powinniśmy rozmawiać o tym, czy ten projekt idzie we właściwym kierunku, czy nie.

Tak jak pan dyrektor wspominał, myślę, że chyba nie ma tutaj wątpliwości, czy poprzedni pilotaż poszedł we właściwym kierunku. Jeśli kilkanaście podmiotów do niego się zapisało, to znaczy, że był on na tyle atrakcyjny, że jednak nie wzbudził szerokiego zainteresowania. Pytanie, czy wnioski z tych pilotaży przełożą się na plan kolejnych tematów. To byłoby moje pierwsze pytanie.

Drugie pytanie. Jeśli chodzi o cyberbezpieczeństwo, to tak jak pan przewodniczący... Jeszcze wracając na sekundę może do IKP, to w kontekście IKP czy dysponują państwo danymi odnośnie do tego, ile procent użytkowników IKP, którzy kiedykolwiek zalogowali się, loguje się do tego systemu danego miesiąca, bo ja osobiście jestem zalogowany w IKP i pamiętam, że ostatni raz, kiedy tam się logowałem to było wtedy, kiedy musiałam pokazać certyfikat covidowy. Teraz już nie pokazuję certyfikatu covidowego i między Bogiem a prawdą nie mam innego powodu do logowania się do IKP. W związku z tym, po co jest ten system w momencie, kiedy... I teraz pytanie do państwa. Czy użytkownicy z niego korzystają i ile procent użytkowników zarejestrowanych w IKP każdego miesiąca chociaż raz na 30 dni do niego się loguje, i w jakim celu? To można sprawdzić po tym, co oni robią w tym systemie.

W związku z tym mamy tendencję do tego, żeby dyskutować dużo o tym, jakie rozwiązania funkcjonują, jak je udoskonalic, czego jeszcze potrzebujemy i ile by to kosztowało, tylko tak właściwie, po co nam to rozwiązanie. Jaką ono ma pełnić funkcję? To jest druga część.

Natomiast jeśli chodzi o cyberbezpieczeństwo, to pytanie, czy państwo podjęli jakieś kroki albo planują jakieś kroki w kontekście tego, w jaki sposób wyrównać poziom, bo jak wiemy, część szpitali inwestuje grube miliony złotych w budowanie serwerów, a później nie mają osób, które mogłyby obsłużyć te serwery. Stoją systemy, które są firewallami i innymi rozwiązaniami, podczas gdy nie ma żadnych kompetentnych osób w szpitalu ani też nie ma środków w tym szpitalu, żeby po prostu opłacić licencję za programowanie w kolejnych miesiącach i to oprogramowanie – hardware czy software – staje się bezużyteczne. Teraz pytanie, czy państwo w tych środkach z KPO przeznaczonych

na cyfryzację zawarli także proces kontynuacji instytucjonalnej funkcjonowania tych systemów.

Jeśli chodzi jeszcze o kwestię cyfryzacji i tego, co państwo planują, to pytanie tak naprawdę o mechanizm... Była dyskusja odnośnie do przekazywania dokumentacji medycznej, braku penalizacji. Oczywiście prywatne podmioty – nie będę mówił, jaki podmiot ja reprezentuję – przekazują te dane, natomiast problem faktycznie leży w skali. Jeśli mały podmiot medyczny miałby zainwestować grube miliony tylko po to, żeby przekazywać dane medyczne, no to wiadomo, że w te kompetencje nie zainwestuje. Pytanie, czy są przewidziane rozwiązania dla małych podmiotów i dla dużych podmiotów po to, żeby wyrównać te szanse, jeśli chodzi o przekazywanie danych medycznych, bo inaczej tego problemu niestety nie rozwiążemy.

I ostatnie pytanie. Czy wyciągnęli państwo może jakieś wnioski odnośnie do strategii, które przyjął poprzedni zarząd Departamentu Innowacji, bo przed nami Telemedyczny Okrągły Stół. Pamiętam doskonale stół, który nie był telemedyczny, ale był okrągły i pana poprzednik na pytanie, że są dostępne na rynku rozwiązania i nie trzeba płacić ponownie za wymyślenie tych rozwiązań, wystarczy je po prostu zakupić, powiedział że Ministerstwo Zdrowia oczekuje, że te rozwiązania zostaną przekazane przez producentów za darmo, bo nie oczekują, że producenci będą pobierać jakiekolwiek środki za to, żeby państwo polskie mogło korzystać z ich własności intelektualnej albo efektów ich pracy. Teraz ostatnie moje pytanie brzmi, czy państwo zmienili swoje postrzeganie tego tematu. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję za tak szczegółowe pytania. Bardzo proszę panią.

Ekspert Pracodawców RP Katarzyna Kot-Nowak:

Dzień dobry państwu. Katarzyna Kot-Nowak, ekspert, Pracodawcy RP. Ja bardzo serdecznie dziękuję za udział w dzisiejszym bardzo cennym dla mnie spotkaniu, dlatego że chciałam skierować do państwa pytanie odnośnie do medycyny szkolnej. Dzisiaj jeden z posłów mówił bardzo dużo na temat tego, że nie ma przepływu informacji między lekarzem a lekarzem opieki prywatnej i innym podmiotem, natomiast chciałabym uświadomić, że pielęgniarki szkolne mają pod swoją opieką 4,4 mln uczniów. To są dane z Instytutu Matki i Dziecka za rok 2021/2022.

Jednym z przykładów, który bym tylko przytoczyła, jest to, że jeśli chodzi o nagłe zachorowania w tym samym okresie, liczba udzielonych porad wynosiła 2,714 mln. Nie będę mówiła tutaj o wszystkich poradach, które są udzielane, natomiast wszystkie te dane tak naprawdę lądują na papierze. Dzisiaj pielęgniarki szkolne pracują na papierze, w wyniku czego trudno jest tutaj mówić o sprawowaniu właściwej opieki nad uczniem, nad dzieckiem, szczególnie przewlekłe chorym i niepełnosprawnym, bo nie ma przepływu informacji między lekarzem, pielęgniarką a rodzicem.

Moje kluczowe pytanie jest takie. Chciałabym zapytać o pilotaż, który był podobno przeprowadzony w 2023 r. Do kogo on był skierowany? Jaka była skala i jakie były efekty z punktu widzenia wprowadzenia tego systemu? Proszę bowiem mieć na uwadze, że medycyna szkolna w dużej mierze opiera się na małych podmiotach, o czym dzisiaj była mowa. Niestety, w ich przypadku postawienie serwera w gabinecie w szkole jest po prostu nierealne, więc jedynym sensownym rozwiązaniem jest po prostu raportowanie do P-jedynki. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Proszę bardzo. Pani najpierw. Proszę się przedstawić.

Ekspert Pracodawców RP Edyta Kocyk:

Dzień dobry. Edyta Kocyk, ekspert Pracodawców RP i założycielka i prezes spółki telemedycznej SiDLY. Ja mam pytanie do pana dyrektora z Ministerstwa Zdrowia.

10 lat temu założyłam firmę w Polsce. Produkt, w zasadzie opaski telemedyczne systemu teleopieki stworzyłam od zera. Na dzisiaj mamy 60 tys. pacjentów starszych, czyli seniorów, objętych usługą teleopieki i naprawdę codziennie ratujemy osoby, które po prostu wejdą do domu upadną, nie mają pomocy, bo nie ma nikogo. Dzięki temu,

że mają usługę teleopieki, opaskę medyczną, nie leżą 8 godzin na ziemi, nie muszą trafić później do szpitala. Holistyczne podejście pod kątem oszczędności w ramach teleopieki jest naprawdę duże. Niestety jeszcze nie patrzy się tak w Polsce, ale może coś się zmieni, na co bardzo liczę.

Mam dwa pytania. Pierwsze, o pilotaże w związku z telemedycyną. Ja miałam realizowany program pilotażu, który był dla mnie bardzo trudny, dlatego że nie uwzględniał absolutnie procedur związanych ze świadczeniem usługi teleopieki. Było tak, jak tutaj przed chwilą powiedział pan. Było przekazanie hardware'u i podłączenie do systemu bez takiego know-how, które buduje medtech, no i firmy telemedyczne w zakresie systemów. Uważam więc, że można to troszeczkę poprawić, kiedy właśnie ta współpraca z firmami, które dostarczają rozwiązania, będzie szersza i będzie się korzystało z pełnej wiedzy, bo tu nie chodzi tylko o hardware, ale o procedury, o system, o kompleksowe rozwiązania.

Moje pytanie jest właśnie w zakresie rozwoju telemedycyny. Powiedział pan dyrektor, że telemedycyna będzie w zakresie trzech obszarów – położnictwo, psychiatria i kardiologia, a w Polsce mamy 10 mln seniorów. Czy jest projektowana telemedycyna, rozwiązania i finansowanie telemedycyny w obszarze pacjenta geriatrycznego, w obszarze pacjenta starszego?

Tak ad vocem powiem jeszcze, że rok temu założyłam spółkę w Mediolanie, we Włoszech. Tam wchodzi program PNRR, który jest odpowiednikiem naszego KPO i jednym z pierwszych wskaźników jest 800 tys. pacjentów objętych teleopieką. Telemedycyna jest naprawdę twardo wskazana jako jeden z ważniejszych aspektów, więc trochę mi brakuje tutaj... To znaczy, jest duże zawężenie obszaru telemedycznego, chyba że nie. Chyba że właśnie jest inaczej. Proszę więc tutaj o informację, czy jest uwzględniony ten obszar pacjenta geriatrycznego, w ogóle geriatрії i pacjenta starszego.

Drugie moje pytanie, i w ogóle takie moje spostrzeżenie w ramach całej branży medtechowej w Polsce. Finansowana byłam, tak jak wiele medtechów w Polsce, z NCBR-u, dofinansowywana z różnych środków publicznych. Byłoby świetnie, gdyby Polska mogła skorzystać na tych rozwiązaniach, które mają polskie medtechy, a na dzisiaj to we Francji mam szybką ścieżkę refundacyjną. W ramach KPO i na przykład FEnIKS-a jest finansowana telemedycyna, ale zakup urządzeń bez świadczenia usług, które nie są refundowane. Czyli w Polsce praktycznie żadne rozwiązania telemedyczne pod kątem usługi nie będą finansowane i nie będą mogły być wdrażane w ramach chociażby FEnIKS-a do POZ-u.

Jest to duże wyzwanie dla całej branży, ponieważ można nabyć hardware, ale nie można nabyć usług, które nie są refundowane, a nie mają refundacji innowacyjne wyroby, innowacyjne usługi i za tym nie ma świadczeń. Widzimy więc duże zagrożenia jako innowacje telemedyczne, że musimy szukać jak najszybciej tych alternatyw na innych rynkach, a tego byśmy nie chcieli. Chcielibyśmy, żeby Polska wykorzystała te szanse finansowania, które teraz są przed nami, żeby polskie medtechy mogły się rozwijać. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę. Jeszcze pan tam na końcu prosi o głos. Proszę się przedstawić.

Skarbnik Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Konrad Grzeszczak:

Konrad Grzeszczak, skarbnik Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych. Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, w kontekście EDM w laboratoriach i środków z KPO, to my jako społeczność diagnostów laboratoryjnych jak najbardziej dostrzegamy tę istotność i tutaj dziękujemy, że państwo także. Ale tu również zgodzę się z panem z Pracodawców RP, że ważne jest bezpieczeństwo. Bezpieczeństwo z dwóch stron – to, że państwo stworzą centrum, to że państwa połączenie będzie bezpieczne. Ważne jest także to, że te dane, które będą wychodzić z danych laboratoriów czy szpitali, także będą odpowiednio zabezpieczone w kontekście – co tutaj zostało powiedziane – badania genomu ludzkiego, genomu naszych polskich pacjentów. Pytanie brzmi więc,

czy państwo myślą o tym, aby te dane, które wychodzą do państwa, także były odpowiednio zabezpieczone.

Dodatkowo dostrzegamy istotność dla pacjentów i systemu ochrony zdrowia w zakresie przekazywania danych o wynikach badań laboratoryjnych, o tym, co tutaj pan przewodniczący w którymś momencie powiedział, że fajnie, jeśli by te dane znalazły się w naszych rejestrach, były widziane dla danego pacjenta, ale także dla lekarzy. Czy w tym zakresie widzą państwo zagrożenie w przekazywaniu danych? Chodzi mi tutaj dokładnie o to zapytanie, o którym pan dyrektor powiedział. Czy dane zapytanie, które państwo będą wysyłać do laboratoriów, będzie z odpowiednią odpowiedzią czy dana nazwa danego badania, na przykład glukozy, będzie identyczna we wszystkich laboratoriach? Czy widzą państwo to zagrożenie? To jest właśnie to moje pytanie, bo wcale ta sama nazwa we wszystkich laboratoriach nie jest niestety na dzisiaj identyczna. Oczywiście izba w tym zakresie jak najbardziej jest chętna do pomocy. Cała izba, na czele z panią prezes. Jednak interesuje nas, czy już dzisiaj widzą państwo to zagrożenie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę panią. Dziękuję.

Prezes Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia Bożena Janicka:

Dziękuję bardzo za zaproszenie. Bożena Janicka, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, przede wszystkim podstawowa opieka zdrowotna, o której już dzisiaj było dużo mowy.

Ja o bardziej przyziemnych rzeczach. Oczywiście chcę podziękować za informację, która budziła wątpliwość na wielu spotkaniach, o tak zwanym Centralne Repozytorium Danych Medycznych. To bardzo ważne, że państwo weźmiecie to na siebie, ale czy w tym kierunku dalej nie powinny być regionalne, wojewódzkie centra, które również powinny gromadzić. Z jednej strony, żeby oczywiście zbierać więcej danych od nas, ale z drugiej strony, żeby stanowić pewne zabezpieczenie, bo chyba szybciej się atakuje nawet najlepiej zabezpieczone centrum niż rozproszone dane. Tak więc tu warto o tym myśleć, żeby dane były rozproszone.

Oczywiście – bardzo krótko – zgadzam się z przedmówcami. To jest kwestia, jak wpłynąć na to, żeby dane były gromadzone gdzieś na zewnątrz i żeby przysłowiowa higienistka, czy moja pielęgniarka, czy mój lekarz, nie musieli – a mamy bardzo rozdrobnione podmioty w podstawowej opiece zdrowotnej – tworzyć wielkiej serwerowni. Była już mowa o zabezpieczaniu, ja dołożę jeszcze klimatyzację, bo serwery się przegrzewają, lata mamy takie, jakie mamy. Jest tu kwestia, jak zabezpieczyć tak zwany program zewnętrzny.

Może więc warto rozważyć rzecz, którą od kilku lat już powtarzamy. Ja rozumiem, że są różni dostawcy w różnym zakresie, ale tak jak jest w ZUS – można skorzystać z jednego darmowego programu. Może tu warto również pochylić się na tym, żeby był jakiś program, który z jednej strony będzie ujednolicony. Ja nie mówię, że ma wyciąć programy innych dostawców, ale będzie ujednolicony, będzie tym darem dla tych małych placówek, o których tu jest często mowa, żeby one nie musiały budować całych repozytoriów swoich danych, ich zbierania. Z drugiej strony, żeby ewentualnie wyposażać zbieranie danych w chmurze od tych małych, żeby ich odbarczyć od tej jednej części. Bardzo dobrze, że myślicie państwo o centralnych, ale może warto zejść w dół.

Bardzo wiele było powiedziane – dynamika itd, zabezpieczenie danych. Sami mieliśmy do czynienia z próbami włamań i wiemy, jak często to jest. To jest ważne, żeby zabezpieczyć szczególnie podwójne dane.

Przechodząc do spraw bardzo przyziemnych. Dziękuję posłowi za ruszenie sprawy sanatorium, ale apeluję do państwa. Sprawa sanatoriów to jest nie tylko to, że tu jest bezsens wielu rzeczy. Ja widzę w codziennej pracy bezsens zbierania wielu danych lub gromadzenia. Dam przykład, który chyba niestety miał negatywny wpływ na wyszczepialność w HPV.

Nie wiem, czy państwo wiecie, ale żebym ja, lekarz POZ – bo jestem lekarzem rodzinnym, prowadzę swoją działalność, swój własny NZOZ – zaszczepiła dziecko z „chodu”, muszę mu tworzyć harmonogram, wpisać go w rejestrację i dopiero go szczepić.

Apelowaliśmy o uproszczenia. Przychodzi, na przykład z bilansem, młody człowiek. Ja nie mam czasu ani moja pielęgniarka w tym momencie, a to nie jest mój dzień, ale to nie jest problemem, bo szczepionka leży obok w gabinecie. Potem mi się zapomni, bo mi się zapomni, pielęgniarka próbuje wprowadzić na drugi dzień. Może już prowadzić tylko jako historię. Uproszczenie do potęgi entej, szczególnie szczepień. Apeluję o to, żebyśmy mogli te szczepienia naprawdę znacząco uprościć, bo jest to dramatem.

Nie ma tu pewnie izby aptekarskiej, ale jest problem szczepień w aptekach. Ja słyszę od tych kolegów, że nie będą tego robić, bo nie można tego rozliczyć, nie można sprawozdawać, nie można tego załatwić. Tak nie powinno być. Uproszczenie do potęgi entej przekazywania tych danych. Połączenie jednolitego systemu z NFZ, bo jeżeli ma mi to rozliczyć NFZ, to ja nie powinnam bezpośrednio na P1 do NFZ, a spójność danych w ogóle to jest kolejna rzecz...

I tu po raz kolejny – bo ja zajmuję się tematem ponad 20 lat – to jest kwestia chociażby przekazywania różnych sprawozdań. Przepraszam, dlaczego ja sprawozdaję porady do NFZ, a do końca stycznia mam wysłać kolejny załącznik do ewidencji porad. No, to jest chore. Apelujemy od lat 20 o spójność danych. Jeśli daję porady do NFZ, to potem muszę do ewidencji do GUS dzielić to na kobiety, mężczyzn, dzieci do lat 6 itd. Chore. Chore, przepraszam. Myślałam, że systemy informatyczne dawno to rozwiążą. Na dzisiaj tego nie ma.

Mówiłam o P1, mówiłam o szczepieniach. Szanowni państwo, rzeczy przyziemne – dawkomaty. Państwo wiecie, o czym mówię. Jeżeli ktoś nie wie, to kwestia całej walki o to, żeby „unormalnić” dawki w dawkomatach. Na dzisiaj wymaga się – nie do końca, bo powyżej tej recepty miesięcznej... W tej chwili na szczęście jest 120 dni. Od 121 dnia już bezwzględnie musi być opatrzone – długość stosowania i dawka. Dawka – apelowaliśmy o to, żeby utrzymać krople, jednostki, kapsułki. Nie można nagle zmieniać ludziom, że ja mam do oka im łać – kolega się śmieje – 0,04 ml płynu. No, to jest chore. Nim państwo wywróciacie coś w systemie, zapytać praktyków na dole. Mi będzie ciężko to liczyć, a wytłumaczyć pacjentom, to jest dramat.

Mam nadzieję, że od 1 lipca albo przed 1 lipca, bo jeszcze nie jestem z firmami informatycznymi umówiona, nie będzie kolejnego wezwania do pani minister o kolejne przesuwania tego. Może od razu przesunemy to na przyszły rok i dopracujemy, żeby to miało ręce i nogi. Dawki leków dla pacjentów muszą być jasne i czytelne.

Jeszcze jedna rzecz, o którą, że tak powiem, walczę przez ostatnich parę lat, szczególnie w kontekście kar, które zostały nałożone na lekarzy. Kary za leki, których oni nie zjedli, nie sprzedali, dali pacjentom i okazało się po latach – bo ostatnie kontrole sięgały nawet 2014 r. – że lekarz nienależnie zaznaczył refundację.

Po pierwsze, oczekujemy zdjęcia refundacji z lekarzy. Druga rzecz, od co najmniej roku słyszę o tak zwanej automatyzacji refundacji. Nie wiem, co będzie to znaczyło. Ostatnia rozmowa z panią minister, to do końca czerwca będzie automatyzacja refundacji. Nie wiem, co to znaczy. My chcemy leczyć a nie możemy odpowiadać za stosowane leczenie czy też refundację, która dla jednego leku potrafi być w pięciu, sześciu zakresach. To jest chore. Oczywiście część należy do państwa jako informatyków, część do ministerstwa, bo nie dopuszczalne jest przyjmowanie takowych refundacji, żeby jeden lek był w pięciu zakresach. No, ktoś musi to robić.

Szanowni państwo, oczywiście kwestia bezpieczeństwa dla pacjenta, przekazywania. Jako lekarz POZ bardzo czekam, żebym mogła wreszcie otrzymać badania diagnostyczne mojego pacjenta a nie czekać na jego papiery, które przyniesie, nie mówiąc o wypisie. Uśmiechałam się, bo na przykład u mnie wypis ze szpitala jest po trzech, czterech dniach. Pacjent przynosi mi karteczkę i mówi – ale niech mi pani to zapisze, bo doktor powiedział, że dopiero za 4, 5 dni będzie wypis. Szanowni państwo, zderzamy się z rzeczywistością. Tu dynamika nie wymusi niczego.

Natomiast już na koniec powiem państwu – pan poseł również mówił o rehabilitacji. Akurat to znam, bo prowadzę rehabilitację i diagnostyczną, i zabiegową, i powiem z czym się w „kolcach” zderzamy. Pacjent nie ma telefonu i mi mówi, że on mi nie przekaże. On jest sam, rodzinę ma na przykład w Niemczech albo w Stanach, a ja dostaję teraz wezwania z NFZ, pewnie pan poseł też, że nie dotrzymuję „kolców”,

bo nie przekazuję numeru telefonu. Albo mam stacjonarne, które funkcjonują, albo nie mam wcale. To już takie bardzo przyziemne, ale dotyczy to naszych pacjentów. Ja nie wiem, w jaki sposób mam temu pacjentowi pomóc. Natomiast to są takie przyziemne rzeczy, na które też trzeba nie tylko z pozycji Unii Europejskiej, że tam będzie, ale też tego naszego polskiego Kazia, który nie będzie i nie chce zaglądać do Internetowego Konta Pacjenta, jest zbulwersowany numerami i receptami na 3-6 miesięcy, bo on te numery i tak zgubi. Tutaj mamy zderzenie z rzeczywistością i oczywiście z tym, jakie mamy kadry, ale o tym już państwo wiecie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy pan dyrektor odpowie na...?

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Bardzo dużo pytań.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Bardzo dużo szczegółowych pytań, myślę też, że bardzo ważnych.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Odpowiedź na ostatnie pytanie. My tutaj mamy bardzo dużo tematów, bo one są związane z kwestią rozliczenia NFZ, raportowaniem w dwa miejsca, kwestią związaną z dawkowaniem leków, z refundacjami leków w zależności od tego, na jakie przypadki chorobowe one są, mówiąc kolokwialnie, zapisywane – ja tutaj zaraz poproszę kolegów – no i sporo rzeczy dotyczących tego, jak działa platforma. Ja bym chciał tylko bardzo ogólnie, zanim przekażę głos kolegom z Centrum e-Zdrowia – informacja na temat komunikatów i przedłużenia, to chyba w czasie, jak tu jesteśmy na spotkaniu, też się pojawiła.

Bardzo ogólnie, to my sobie zdajemy sprawę z tego, że często lekarze są w sposób nieuzasadniony obciążeni pracą związaną z tym, że coś przekazują na platformę P1, a coś muszą przekazać do NFZ i często są to rzeczy, które albo się dublują, albo czasami są rozbieżne, albo w inny sposób tę samą informację musimy przekazywać.

To znaczy, nie da się tego wszystkiego wysprzątać od razu. Na dzisiaj jesteśmy zorganizowani w sposób taki, że mamy jedno forum architektów, w którym są architekci IT od strony Ministerstwa Zdrowia, od strony Centrum e-Zdrowia, które jest gospodarzem tego forum. Mamy tam też architektów IT ze strony NFZ. Jakby wszystkie nowe rozwiązania, które w tej chwili są opiniowane i wszystkie nowe projekty, które są w tej chwili realizowane, mają wspólne forum architektów, które ma zapewnić to, żeby nie było redundancji rozwiązań, żeby na koniec lekarze nie musieli dwa razy podejmować tych samych działań, a czasami one nawet bywają sprzeczne.

Do tej pory mieliśmy problem taki, że poszczególne instytucje, takie jak NFZ, prowadziły rozwój IT zupełnie niezależnie i zupełnie niezależnie było to robione po stronie Ministerstwa Zdrowia, a potem się okazywało, że pojawiły się dwa systemy, które w różny sposób adresują ten sam temat i wymagana jest dodatkowa praca. Zatem tak, wiemy, że są takie sytuacje.

Nie mamy na dzisiaj sił i środków na to, żeby spróbować to wszystko posprzątać. To jest proces, który będzie długotrwały i to jest proces, że my dzisiaj zapobiegamy nowym tego typu sytuacjom i stopniowo wyprostujemy pewne działania. To jest tak mniej więcej, że na takim forum, jeżeli pojawia się nowy projekt, to jeśli na przykład chce to robić Ministerstwo Zdrowia, a po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia jest podobny projekt w obszarze, no to wtedy, jeżeli faktycznie jest konflikt, to w tym konflikcie ta rada ma dojść do porozumienia, w jaki sposób to będzie zrobione, żeby to było jednolite rozwiązanie.

Za chwilę o tych szczegółach dotyczących P1. Tutaj też dyrektora Życińskiego poproszę, żeby odniósł się do tych pytań, które są związane z telemedycyną.

Bardzo ogólnie na pytanie takie, czy my tylko mówimy, że zrobimy, czy zrobimy. To było takie główne pytanie – do człowieka, który czuje, że dużo zer i jedynek jest w jego DNA, czyli do człowieka z branży IT. Tak, wszystkie zadania, które na dzisiaj planujemy, mają harmonogramy i mają zdefiniowane zakresy, które zostaną wdrożone.

Niestety jednak, chcę powiedzieć z góry, że pozostaje taka część zadań, o których też mówimy dzisiaj w sposób taki, że chcemy i będziemy dążyć, i one nie są bardzo skwantyfikowane. One głównie dotyczą danych. To jest ten obszar, w którym mówimy tak, że albo będziemy stosować kary, których naprawdę nie chcemy stosować, albo będziemy stosować zachęty. Tak więc, jeśli chodzi o kary, a szczególnie gdy są srogie, wydaje się, że osiągniemy to szybko, tylko nie wiemy, czy to jest właściwy kierunek. Zatem główna rzecz, którą na dzisiaj możemy tylko szacować, a nie jest to naszym zobowiązaniem, no bo gdy mówimy o tym, że rozbudujemy system w jakimś terminie, pojawia się nowe funkcjonalności i mamy na to finansowanie, mamy na to harmonogram, mamy potwierdzone zasoby do realizacji tego, no to oczywiście jak w każdym projekcie IT coś może się przesunąć. Ale tak, planujemy to bardzo dokładnie, a w zakresie danych planujemy to w sposób bardziej miękkiej. Niestety, możemy tylko szacować, jakie poziomy nasze konkretne działania będą przynosiły.

Żeby się odnieść do tych samych pytań dotyczących pomocy małym, bo też nam wydaje się kluczowe, że duzi sobie poradzą. Głównie sobie poradzą z tym, że ich rozwiązania lokalne IT dostarczone przez dużych dostawców być może są drogie, ale zmiany tych rozwiązań są dostarczane do wszystkich użytkowników w tym samym czasie, więc rozkładając w całości one nie są takie drogie. Jeżeli ktoś ma faktycznie dedykowane rozwiązania, no to wtedy tak... My nad tym pracujemy.

Jeżeli chodzi o kwestię wyposażenia i sprzętu, to w tym zakresie realizowaliśmy do końca poprzedniego roku na przykład dwa projekty, które my roboczo nazywamy POZ 1 i POZ 2. To były projekty, w których dosprzętowiliśmy – że użyję takiego słowa – albo dofinansowaliśmy, albo Ministerstwo Zdrowia kupowało sprzęt dla tych mniejszych podmiotów, żeby osiągnąć odpowiednie poziomy również bezpieczeństwa. Takie projekty więc prowadzimy.

Pytanie o to, czy rozważamy stworzenie systemów dla mniejszych podmiotów. Stoimy na stanowisku, że rozwiązania kompleksowe dla podmiotów leczniczych to jest domena rynku i chcielibyśmy, żeby to były rozwiązania komercyjne. Jednak jest zawsze jakieś ale i to ale jest takie, że wyobrażamy sobie takie praktyki lekarskie, gdzie jest tylko pojedynczy lekarz, i on nie będzie budował swoich rozwiązań, a musi skorzystać z tych obowiązków, które nakłada państwo, albo z tych rozwiązań związanych na przykład z e-receptą. Do takich zastosowań mamy więc takie systemy typu gabinet.gov, który jest takim systemem, że jeżeli ktoś nie ma swojego systemu to może uczestniczyć w tym „ucyfryzowanym” świecie ochrony zdrowia. W tym kierunku będziemy szli i nie chcemy tutaj nic zmieniać.

Pytanie, czy szanujemy własność intelektualną i czy zmieniliśmy podejście. Tak, szanujemy własność intelektualną. Ja osobiście tego podejścia nie zmieniłem, ale trudno jest mi mówić o tym, o czym mój poprzednik mówił. Ja nawet nie byłem uczestnikiem tych spotkań, ale tak, nie mamy takich pomysłów, że kogoś, kto coś wytworzył – jest to jego własność intelektualna – będziemy w jakikolwiek sposób przymuszać do tego, żeby to oddawał albo zabierać mu tę własność.

To są te rzeczy, które zapamiętałem. W szczegółach może za chwilę dyrektor Życiński, ale poprosiłbym najpierw o odpowiedź na pytanie dotyczące tych rzeczy, które są związane ze schematami dawkowania.

Nie potrafimy niestety odpowiedzieć dzisiaj wprost na to pytanie, które było związane z automatycznymi refundacjami. Tak, my oczywiście potrafimy to oprogramować i to zrobimy, ale nie potrafimy dzisiaj odpowiedzieć na tym spotkaniu na temat polityki lekowej państwa, więc proszę wybaczyć, że raczej powiemy o tym, jakie mechanizmy dzisiaj przygotowujemy do tego, żeby to nie było uciążliwe dla lekarzy.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Bardzo proszę.

Zastępca dyrektora Ce-Z Andrzej Sarnowski:

Jeżeli chodzi o wspomniane tutaj kwestie dotyczące strukturyzacji, w dniu dzisiejszym pojawił się komunikat na stronach Ministerstwa Zdrowia, który mówi z jednej strony o przesunięciu tego terminu obowiązku z 1 lipca na 1 sierpnia, natomiast z drugiej strony

też prostuje pewne informacje, które pojawiały się w przestrzeni publicznej, dotyczące tego, że wprowadzane są pewnego rodzaju ograniczenia, jeżeli chodzi o sposób zapisania informacji o dawkowaniu recept. Pojawił się też filmik, że z poziomu na przykład wspomnianej tutaj aplikacji gabinet.gov istnieje możliwość dawkowanie insuliny w jednostkach międzynarodowych, dawkowania kropli do oczu w kroplach i w całych opakowaniach, maści w całych opakowaniach, w tabletkach itd. Te działania służą do tego, żeby pokazać, że takie możliwości system daje i żeby wymagać też tego od swoich dostawców oprogramowania, no bo skoro my jesteśmy w stanie to dać, to dostawcy też. Pytanie tylko, w jakim terminie te elementy zostaną udostępnione, więc właśnie ten komunikat jest ważny z punktu widzenia wyczyszczenia pewnych nieprawdziwych informacji, które pojawiają się w przestrzeni publicznej.

Korzystając z okazji, padały tu jeszcze kwestie dotyczące widzenia się systemów. Tak, te prace tak naprawdę postępują. Oczywiście tych systemów i funkcjonalności jest naprawdę dużo, więc na pewno przy okazji modyfikacji i zmian staramy się ujednolicić te rzeczy i ograniczyć tę ilość sprawozdawanych informacji. To jest pewien proces, który jest na pewno w obszarze zainteresowania i też kładziemy nacisk na to, żeby dążyć do optymalizacji tych procesów.

Padła też informacja, że gromadzimy dane, czy wykorzystujemy je i tak samo w kontekście systemu statystyki ochrony zdrowia. Tak naprawdę, jeżeli chodzi o statystyki medyczne, to z jednej strony jest odświeżenie, ale z drugiej, tak jak wspomniałem, następuje optymalizacja pewnych procesów. Raportujemy dane o zdarzeniach medycznych. W ubiegłym roku zrezygnowano ze sprawozdawania MZ-55, jeżeli chodzi o infekcje górnych dróg oddechowych. To jest też pewnego rodzaju kierunek, który pokazuje, że im więcej będzie danych, tym bardziej będziemy mogli rezygnować z pewnych rzeczy.

W pierwszej części dyskusji mówiliśmy o tym, jak mało jeszcze podmiotów raportuje i jak one są niekompletne. Chcielibyśmy zrezygnować ze sprawozdawania pewnych informacji, ale nie mamy ekwiwalentu w postaci kompletu zaraportowanych danych w postaci zdarzeń medycznych. W związku z tym, no to są narzędzia połączone, to są jakby komplementarne względem siebie zadania i tutaj trzeba pracować nad tym, żeby każdy z tych obszarów był zagospodarowany.

Pani prezes przywoływała temat rejestracji HPV. Były zapowiedzi dotyczące pewnego rodzaju uwolnienia tych założeń i obostrzeń dotyczących zaraportowanych informacji o wizycie w kontekście e-rejestracji i rozliczenia samego szczepienia. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Franciszek Kąkol (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz pan dyrektor.

Zastępca dyrektora departamentu MZ Hubert Życki:

Dziękuję bardzo. Ja może zacznę od pani prezes i od przysłowiowego Kazia. Chciałbym powiedzieć, że tak jak mamy do czynienia przysłowiem z Kaziem, który nie wykorzystuje rozwiązań cyfrowych, tak rzeczywistość nasza jest zróżnicowana. To znaczy, mamy różne grupy odbiorców i te grupy w swojej przeważającej większości jednak egzystują w świecie cyfrowym i załatwiają sprawy związane z różnymi obszarami aktywności i życia w tym świecie. Te rozwiązania są obecne i oczekiwania tych grup w stosunku do ochrony zdrowia, która powinna doszusać jakby do innych dziedzin życia w zakresie cyfryzacji, także są obecne. Zatem ten krajobraz naszych odbiorców jest zróżnicowany.

Chcę jednak powiedzieć, że absolutnie nikogo nie wykluczamy z możliwości skorzystania z usług, ponieważ usługi cyfrowe mają być czymś dodatkowym, uzupełnieniem, ułatwieniem, stanowić wartość dodaną do tradycyjnego sposobu realizacji procedur. Tak więc osoby, które nie mają możliwości, ochoty, umiejętności, chęci skorzystania z rozwiązań cyfrowych, mają do dyspozycji kanały tradycyjne. W ten sposób projektowane są nasze usługi. W e-recepcie możemy taką receptę wydrukować i nią się posługiwać. Nie ma konieczności, żeby korzystać z tych usług, choć one ułatwiają, oszczędzają, optymalizują zasoby, środki finansowe, oszczędzania konieczności podróży do podmiotu, na przykład.

Jeśli chodzi o rozwiązania telemedyczne, to dziękujemy za te uwagi i spostrzeżenia. Tak jak wskazałem, staramy się trafiać do wszystkich grup docelowych w ramach projektu norweskiego, który wskazałem jako przykład naszych działań w tym zakresie. Wybraliśmy trzy dominujące, najbardziej obiecujące modele, które były wytworzone w ramach tego projektu, co nie oznacza, że nie możemy wytwarzać czy zastanawiać się nad wdrożeniami w przypadku także innych specjalizacji czy geriatrycznych, czy jakichś innych.

W zakresie opieki paliatywnej, która również dotyczy tego obszaru, projekt pokazał, że wiedza na ten temat i ilość zastosowań w tym zakresie jest znikoma. Rynek nie odpowiedział na możliwość stworzenia takiego modelu telemedycznego i możliwość przeprowadzenia pilotażu. W związku z tym w zakresie opieki paliatywnej wytworzyliśmy raport.

Odnosnie do opasek, mieliśmy doświadczenia w zakresie domowej opieki medycznej i wykorzystania opasek w ramach jednego z pilotaży. Reakcje uczestników tego pilotażu na opaski telemedyczne, na ich wykorzystanie, były zróżnicowane. Można wysnuć taką tezę, że użytkowanie, konfigurowanie tych urządzeń było dla użytkowników kłopotliwe. Dla użytkowników takich, którzy są właśnie seniorami.

Funkcjonalności z opasek telemedycznych, po części w zakresie możliwości lokalizacji czy wykrycia upadku, są takimi funkcjonalnościami, które powinny być adresowane także przez opiekę społeczną, nie tylko opiekę zdrowotną. Chciałbym więc tu też podkreślić, że przeznaczenie tego typu urządzeń jest zróżnicowane. Jednocześnie nasze działania w zakresie telemedycyny dążą do tego, by zwiększyć liczbę procedur realizowanych w ramach koszyka świadczeń, i ma pani tutaj rację, w zakresie usług, ponieważ taka procedura musi być usługą i urządzeniem. Do tego zmierzamy. Do tego też został powołany Telemedyczny Okrągły Stół i działamy na rzecz taką, żeby zwiększyć liczbę tych procedur. Kolejne spotkanie Telemedycznego Okrągłego Stołu odbędzie się 28 czerwca w piątek i będzie to okazja, by zastanowić się wspólnie – wspólnie, powtarzam – nad agendą, która będzie prowadziła do rozszerzenia tego koszyka procedur, bo to jest wysiłek nie tylko wielu departamentów po stronie Ministerstwa Zdrowia, ale także głównych interesariuszy tej branży.

Chciałbym jeszcze odnieść się do sformułowania jednego z panów – przepraszam, nie potrafię w tej chwili zidentyfikować – twierdzącego czy pytającego, po co jest Internetowe Konto Pacjenta. Ja powiem, jak ja rozumiem Internetowe Konto Pacjenta, bo każdy ma oczywiście swoje zdanie subiektywne na ten temat i też skala korzystania z tego rozwiązania zależy od tego, jakie funkcjonalności apelują czy są stosowne, czy zasadne w kontekście danego użytkownika.

Na Internetowym Koncie Pacjenta jest dużo funkcjonalności. Jest ich coraz więcej. Są elektroniczne recepty, jeżeli taką się otrzymało, gdy poszło się do lekarza, elektroniczne skierowania. Jest historia leczenia. Jest plan leczenia. Można się umówić na szczepienie. Są dane kontaktowe podstawowej opieki zdrowotnej. Są dane dotyczące karty EKUZ, gdy wyjeżdża się za granicę – to jest też dosyć pomocne. Jest taka „przypominajka” zażywania leków, jeżeli się jakiś zażywa, jeżeli nie, no to oczywiście nie jest to zasadne. Jest skaner ulotki leku, którą można po prostu zeskanować i z opakowania odczytać. To znaczy aplikacja może odczytać te leki. Są certyfikaty, właśnie covidowy czy w zakresie testu, funkcjonalności, które mają już coraz mniejsze znaczenie. I to jest w obszarze e-zdrowia. To jest pierwszy podstawowy komponent.

A drugi ważny komponent, to jest profilaktyka. W tej profilaktyce jest na przykład licznik kroków, jest ankieta profilaktyki 40+. Jest program profilaktyczno-treningowy „8 tygodni dla zdrowia”, są dane dotyczące diet i nawodnienia, i są quizy wiedzy w zakresie profilaktyki. Zatem oferta tego Internetowego Konta Pacjenta jest szeroka. Jest stale poszerzana. Zachęcam do korzystania. Jeżeli zdrowie nasze jest dla nas kwestią istotną, można tutaj sporo ciekawych informacji na ten temat znaleźć. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy są jeszcze jakieś pytania? Bardzo proszę.

Ekspert Pracodawców RP Katarzyna Kot-Nowak:

Przepraszam, ja bym chciała dopytać jeszcze o ten pilotaż dotyczący medycyny szkolnej. Do kogo on był skierowany i jakie są wnioski z tego pilotażu? To jest naprawdę bardzo kluczowy temat patrząc przez pryzmat tego, że pielęgniarki...

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Pani już mówiła na ten temat, więc wiemy już wszystko. Nie przedłużajmy.

Ekspert Pracodawców RP Katarzyna Kot-Nowak:

Dobrze. Przepraszam.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Jeszcze pani jedno pytanie, tylko krótkie proszę.

Prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych Monika Pintal-Ślimak:

Dzień dobry. Monika Pintal-Ślimak, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych. Ja chciałabym dopytać w kontekście tego harmonogramu wdrożenia prac, o którym państwo mówili. Na kiedy planowane jest wdrożenie programu „e-Krew – Informatyzacja publicznej służby krwi” z racji tego, że jest to niezwykle istotne z punktu widzenia finansów publicznych, bo w tej chwili, szanowni państwo, jedno centrum krwiodawstwa pomiędzy województwami i nie mamy informacji na temat statutu serologicznego pacjentów. Ten program jest jak najbardziej zasadny, a w kontekście ewentualnego zagrożenia wojną to jest szczególnie istotne. Dlatego, po pierwsze, chciałam o to dopytać.

Po drugie, państwo tutaj mówicie o gabinetach lekarskich. Chciałabym zwrócić uwagę na to, dlaczego program „Profilaktyka 40+”, o którym wszyscy wiemy, jest tak słabo realizowany. Z tego względu, że medyczne laboratoria diagnostyczne, które są publiczne i nie stać ich było na wdrożenie tego podłączenia z P-jedynką, żeby móc mieć ten program finansowany, nie mogły wziąć w nim udziału. To dotyczy większości szpitali powiatowych, małych laboratoriów. To jest szczególnie istotne. Na to zwracamy uwagę jako Izba już od roku. Jeżeli dałoby się to usprawnić, gdyż jest zapowiedziane, że program będzie realizowany do końca roku a może i dłużej, to bardzo byśmy prosili, aby takie możliwości były dla laboratoriów mniejszych a nie tylko dla laboratoriów sieciowych, które właściwie w tej chwili przejęły ten rynek, jeżeli chodzi o profilaktykę 40+.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Dziękuję bardzo. Bardzo proszę, panie dyrektorze.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Przyjmujemy tę ostatnią prośbę. Chwilę o projekcie e-krew. Projekt e-krew jest teraz na etapie takim, że w Białymstoku kończymy powoli wdrożenie. Wiemy o tym, jakie mamy możliwości. Mniej więcej plan wdrożenia projektu e-krew we wszystkich na dzisiaj dwudziestu kilku – już nie pamiętam – RCKiK-ach będzie przebiegał mniej więcej w taki sposób, że będzie około sześciu takich, po zakończeniu do tego pierwszego wdrożenia, bo sporo się nauczyliśmy w Białymstoku... Jednocześnie mamy możliwości zasobowe do tego, żeby wprowadzić jednocześnie w 6 kolejnych, i taki proces trwa około pół roku. Jeżeli więc mówimy o tym harmonogramie i wtedy, kiedy my to skończymy, to mniej więcej można to sobie policzyć. Jest to spowodowane tym, że każde takie regionalne centrum krwi korzysta z innego oprogramowania, więc to wdrożenie nie jest powtarzalne jeden do jednego. My wprowadzamy unifikację. Wiemy też o tym, że część z funkcjonalności tych systemów, które dzisiaj są w tych centrach, będzie zachowanych w starych systemach, dlatego że my nie pokrywamy tej części komercyjnej działalności RCKiK-ów, które one dzisiaj prowadzą. Ale z punktu widzenia bezpieczeństwa i zarządzania tak wygląda ten harmonogram. Czyli kończymy już Białystok i rozpoczynamy działania równolegle w sześciu kolejnych RCKiK-ach. Ja teraz nie pamiętam dokładnie harmonogramu. To oczywiście jest przygotowane, natomiast taki jest plan, że mniej więcej trwa to pół roku, jeżeli dobrze pamiętam i mniej więcej sześć RCKiK-ów w tym samym czasie możemy realizować.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

O medycynę szkolną.

Dyrektor departamentu MZ Wojciech Demediuk:

Tak. Niestety, nie potrafię odpowiedzieć na to pytanie dotyczące tego pilotażu. Wydaje się, że to było...

Zastępca dyrektora Ce-Z Andrzej Sarnowski:

Jeżeli chodzi o sam pilot medycyny szkolnej, to skupiał się właśnie na aspektach związanych z prowadzeniem dokumentacji medycznej. Dotyczyło to dwóch rodzajów dokumentów – karty zdrowia ucznia, czyli pewnego rodzaju dokumentacji wewnętrznej, którą prowadzi pielęgniarka w szkole i karty badania profilaktycznego ucznia, czyli tak zwanych bilansów, których część jest uzupełniana w postaci wywiadów pozyskanych od rodzica częściowo, częściowo pielęgniarki i częściowo przez lekarza w ramach pilotażu. Skupialiśmy się stricte na aspektach technicznych związanych z funkcjonowaniem, czyli z tym, żeby przenieść tak naprawdę ten wzór informacji, które są gromadzone na bilansie z postaci papierowej na elektroniczną, na stworzeniu usług, które umożliwiłyby przekazanie tych informacji właśnie do systemu centralnego, udostępnienie tych informacji w ramach procesu. Chodziłoby o to, żeby pielęgniarka mogła sprawozdać te informacje do systemu P1, a później z tego systemu P1 można było pobrać i uzupełnić pozostałą część.

Tak naprawdę to było clou związane z przebiegiem tego procesu, uzupełnianiem, zapoznaniem się z danymi. Natomiast, tak jak też w ramach różnych wniosków z realizacji i pilotażu czy jakichś sugestii, odrębnie są do zaadresowania kwestie związane później z wykorzystaniem tych danych. Chodzi o to, że dzięki temu będziemy gromadzić informacje o tych bilansach na poziomie krajowym czy regionalnym, samorządowym. Będzie można tak jakby umożliwić porównanie tej informacji o tej populacji w poszczególnych grupach wiekowych, wykorzystać je, zarówno przez samorząd, ale też na poziomie tworzenia jakichś planów czy projektów po stronie Ministerstwa Zdrowia. Tutaj ten pilot był stosunkowo wcześniej od strony technicznej, natomiast odrębnie już są przygotowane przepisy. Ten obowiązek wprowadzenia przypada na rok 2027, więc jest dużo czasu na przygotowanie, ale także, jeżeli chodzi o tę drugą część, może stricte niezwiązaną z prowadzeniem działalności leczniczej tylko bardziej o charakterze strategicznym, na wykorzystanie tych danych, przygotowywanie raportów i spożytkowanie ich w inny sposób. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Franciszek Kapinos (PiS):

Widzimy, że dużo zostało zrobione, a dużo jeszcze jest przed nami. Bardzo dziękuję za szczegółową dyskusję. Bardzo ważną dyskusję. Myślę, że to nie pierwsze i nie ostatnie spotkanie na temat cyfryzacji.

Nie zgadzę się z panem, który mówił na temat Internetowego Konta Pacjenta. Ja wchodzę na to Internetowe Konto Pacjenta, bo już w pewnym wieku się wchodzi, patrzy się i chce się widzieć te wyniki. No i oczywiście powinna być poszerzana ilość tych informacji, żebym ja mógł jako pacjent popatrzeć, jaki miałem wyniki rok, 2, 3 czy 4 lata temu, bo dzisiaj już zdecydowana większość pacjentów jest światłych i trudno tutaj powiedzieć, żeby wszystkich do tych Kazików podciągnąć. Tak więc bardzo dziękuję wszystkim za to spotkanie. Pani przewodnicząca prosiła, żeby przeprosić, ale nie dała rady przyjechać. Następne spotkanie na temat kadr medycznych będzie na następnym posiedzeniu Sejmu, na które państwa również serdecznie zapraszam.

Zamykam posiedzenie podkomisji do spraw organizacji ochrony zdrowia.