

## POLSKIE TOWARZYSTWO INFORMATYCZNE

Zarząd Główny, al. Solidarności 82A m. 5, 01-003 Warszawa, tel.: + 48 22 838 47 05, tel./fax: + 48 22 636 89 87, e-mail: [pti@pti.org.pl](mailto:pti@pti.org.pl),  
[www.pti.org.pl](http://www.pti.org.pl)

Adres korespondencyjny: ul. Puławska 39 lok. 4, 02-508 Warszawa

W/4651/ZG/15

Warszawa, 23 sierpnia 2015 r.

**PAN POSEŁ  
TOMASZ LATOS**  
Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejm RP

*Stanowmy Panie Posle*

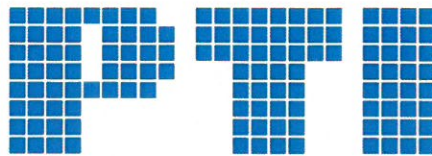
### **UWAGI POLSKIEGO TOWARZYSTWA INFORMATYCZNEGO DO PROJEKTU USTAWY O ZMIANIE USTAWY O SYSTEMIE INFORMACJI W OCHRONIE ZDROWIA ORAZ NIEKTÓRYCH INNYCH USTAW.**

Polskie Towarzystwo Informatyczne pragnie zwrócić uwagę Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej na działania legislacyjne Ministra Zdrowia dotyczące *ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw*, które w ocenie naszych ekspertów naruszają porządek legislacyjny, zagrażają ekonomicznie systemowi ochrony zdrowia, uniemożliwiają wprowadzenie telemedycyny, oraz spowodują długoletni brak narzędzi, które mogłyby być używane transgranicznie w systemach ochrony zdrowia.

#### **I. Stan faktyczny**

Jak wynika z informacji zamieszczonej na stronach RCL oraz Sejmu, Prezes Rady Ministrów, w dniu 23 lipca 2015 roku przedłożył pismem zn. RM 10 – 65 – 14 projekt ustawy, o której mowa z projektami rozporządzeń przewidzianymi do wydania na podstawie tej ustawy radykalnie różniące się nie tylko od wersji będącej przedmiotem konsultacji społecznych jeszcze pod koniec 2014 roku, ale także tej, która jak wynika z projektu podpisanego przez Podsekretarza Stanu Piotra Warczyńskiego przesłanego pismem MZ PR-WL.0214.25 2015.KZ(5) [54704/15 dopisano ręcznie] z dnia 29 czerwca 2015r., była przewidziana do dalszego procedowania legislacyjnego. Również autopoprawka przesłana pismem PR-WL.0214.25.2015.KZ(9) z dnia 6 lipca 2015 świadczyła jednoznacznie o zamiarze procedowania zmodyfikowanej, ale zasadniczo zgodnej z treścią ustaleń wypracowanych w trakcie konsultacji społecznych.

W tym momencie trzeba zaznaczyć, że przedmiotem wspomnianej radykalnej zmiany było całkowite usunięcie wszystkich zapisów dotyczących Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, Karty Specjalisty Medycznego oraz Karty Specjalisty Administracyjnego. Zważywszy na argumenty ekonomiczne, które przedstawiało w poprzedniej wersji Oceny Skutków Regulacji samo Ministerstwo Zdrowia, działanie to należy ocenić jako absolutnie szokujące i nie można przejść nad taką zmianą do porządku dziennego. Należy zastanowić się co takiego wydarzyło się w ciągu kilku dni, że Ministerstwo Zdrowia radykalnie zmieniło zdanie i usunęło z zapisów ustawy podstawę prawną projektu, który od wielu lat z ogromnym wysiłkiem przy ciągle zmieniających się stanowiskach decydentów prowadził Narodowy Fundusz Zdrowia. Wspomniana autopoprawka MZ z dnia 15 lipca 2015 r.,



## POLSKIE TOWARZYSTWO INFORMATYCZNE

Zarząd Główny, al. Solidarności 82A m. 5, 01-003 Warszawa, tel.: + 48 22 838 47 05, tel./fax: + 48 22 636 89 87, e-mail: [pti@pti.org.pl](mailto:pti@pti.org.pl),  
[www.pti.org.pl](http://www.pti.org.pl)

Adres korespondencyjny: ul. Puławska 39 lok. 4, 02-508 Warszawa

podpisana przez Podsekretarza Stanu Piotra Warczyńskiego **nie zawiera jakiegokolwiek uzasadnienia**, tak jakby pismo dotyczyło drobnego szczegółu procedowanej ustawy. Usunięcie zapisów dotyczących kart krypto-procesorowych które miały być wydane w imieniu własnym i Ministerstwa Zdrowia powoduje nie tylko negatywny skutek ekonomiczny (jak szacowało samo Ministerstwo Zdrowia na podstawie ostrożnych założeń dotyczących skali oszustw i wyłudzeń polegających na sprawozdawaniu niewykonanych, bądź wykonanych innej osobie świadczeń, która nie miała do nich prawa ze środków finansowanych publicznie, **NFZ mógłby uzyskać z tytułu uruchomienia projektu ok. 650 mln PLN rocznie** – patrz zapisy OSR przed wprowadzeniem autopoprawki II), ale także pozbawia osoby wykonujące zawody medyczne narzędzia o wysokim poziomie bezpieczeństwa (najwyższym wg Rozporządzenia Rady Europy i Parlamentu Europejskiego eIDAS) mogącym służyć do uwierzytelnienia w europejskich systemach informatycznych oraz równie mocnego, bo zrównanego pierwotnym projektem ustawy z podpisem własnoręcznym, narzędzia do składania podpisu elektronicznego pod dokumentacją medyczną. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że wyjątkowo skromnie potraktowana telemedycyna (przewidziano ją tylko w zmianie ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej), która mogłaby być źródłem znaczących oszczędności dla systemu ochrony zdrowia i powodować podniesienie komfortu pacjentów traci tym samym odpowiednio silne narzędzie do uwierzytelnienia obu stron takiego świadczenia medycznego, pacjenta i specjalisty medycznego. Bez identyfikacji na odpowiednim poziomie bezpieczeństwa nie można mieć pewności, że po drugiej stronie łączy jest konkretny pacjent, a z drugiej konkretny specjalista medyczny (brak tak zwanego wzajemnego uwierzytelnienia). Dodatkowo należy wskazać, że nawet tak skromnie zdefiniowana telemedycyna jak poniżej w aktualnej wersji projektu:

**Art. 15.** W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, 1491 i 1877) wprowadza się następujące zmiany:

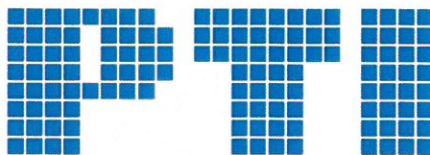
1) w art. 4 w ust. 2 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

*„7) pełnienie służby na stanowiskach służbowych w Ministerstwie Obrony Narodowej oraz w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną;”;*

2) w art. 11 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

*„1. Pielęgniarka i położna wykonują zawód, z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.”;*

nie została zdefiniowana poprawnie zgodnie ze sztuką legislacji, gdyż czynność techniczna wskazująca na systemy teleinformatyczne (dotycząca niewątpliwie społeczeństwa – pacjenci) powinna powodować udzielenie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia delegacji do wydania rozporządzenia w tej sprawie, a ponadto samo rozporządzenie w tej sytuacji powinno podlegać notyfikacji w krajach Unii Europejskiej (system teleinformatyczny dotyczący społeczeństwa). Można mieć tylko nadzieję, że ta uwaga nie stanie się przyczyną usunięcia i tych zapisów z projektu ustawy.



## POLSKIE TOWARZYSTWO INFORMATYCZNE

Zarząd Główny, al. Solidarności 82A m. 5, 01-003 Warszawa, tel.: + 48 22 838 47 05, tel./fax: + 48 22 636 89 87, e-mail: [pti@pti.org.pl](mailto:pti@pti.org.pl),  
[www.pti.org.pl](http://www.pti.org.pl)

Adres korespondencyjny: ul. Puławska 39 lok. 4, 02-508 Warszawa

### II. Zagrożenia

1. Utrata środków finansowych przez NFZ lub jego następców prawnych przewidzianych do finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych rządu 650 mln za każdy rok.
2. Brak narzędzia do składania podpisu elektronicznego przez pacjenta i specjalistę występującego w imieniu świadczeniodawcy.
3. Brak narzędzia do składania podpisu elektronicznego pod dokumentacją medyczną lub wysoki koszt jednostkowy jego pozyskania na rynku (podpis kwalifikowany zakupiony w firmach komercyjnych).
4. Brak możliwości komplementarnego zastąpienia przez Profil Zaufany (po uzyskaniu jego zgodności ze standardami bezpieczeństwa) podpisu przewidzianego do umieszczenia na Karcie Specjalisty Medycznego ze względu na jego ograniczenia wydajnościowe (PZ był przewidziany jako środek mający być substytutem podpisu elektronicznego umieszczonego na KSM do momentu wydania wszystkim specjalistom KSM-a).
5. Możliwość użycia podpisu kwalifikowanego służącego do składania oświadczeń woli w procesach służących do identyfikacji elektronicznej, niezgodnie z definicją i przeznaczeniem podpisu kwalifikowanego, na co wielokrotnie zwracało uwagę Ministerstwo Gospodarki.
6. Brak narzędzia identyfikacji elektronicznej, które mogłoby być notyfikowane na spełnienie wymogów poziomu HIGH (najwyższego, wymaganego we wszystkich krajach Unii Europejskiej na dostęp do danych medycznych od momentu wejścia w życie obligatoryjności notyfikacji systemów zaufania elektronicznego), **w tym blokowanie rozwoju telemedycyny**.
7. Negatywny odbiór społeczny wynikający z faktu wieloletniej akcji informacyjnej skierowanej przede wszystkim do środowisk medycznych, w celu przezwyciężenia potencjalnych obaw przed nadmierną uciążliwością i kosztami rozwiązania.

### III. Uzasadnienie

#### Ad 1.

W trakcie wieloletnich prac przygotowawczych Narodowy Fundusz Zdrowia zebrał wiele analiz dotyczących szacowanego poziomu nieuzasadnionego wydatkowania środków finansowych w ochronie zdrowia (nie tylko publicznej) w skali świata (przede wszystkim kraje UE i USA). Bazując na tych danych (przykładowo Francja, która używa już kart mikroprocesorowych drugiej generacji Sesam Vitale szacuje poziom tych strat na ok 5% całorocznego budżetu przeznaczanego w tym kraju na ochronę zdrowia!) przyjęto bardzo ostrożnie, że w Polsce wprowadzenie systemu kartowego mogłoby uchronić rocznie tylko 1% budżetu rocznego NFZ, to jest ok. 650 mln PLN (jako 1% od 65 mld PLN). Wszystkie te argumenty przytoczyło samo Ministerstwo Zdrowia w pierwotnej wersji Oceny Skutków Regulacji będącego załącznikiem do projektu ustawy. Należy zważyć, bazując na informacji pochodzącej z konferencji prasowej Ministra Zdrowia, że ponowny (już trzeci !) powrót do koncepcji połączenia elektronicznego dowodu osobistego z kartami KUZ, KSM i ew. KSA ma wszystkie słabości jakie już w dniu 10 lutego 2012 roku przedstawił zespół ekspertów MSW w piśmie



## POLSKIE TOWARZYSTWO INFORMATYCZNE

Zarząd Główny, al. Solidarności 82A m. 5, 01-003 Warszawa, tel.: + 48 22 838 47 05, tel./fax: + 48 22 636 89 87, e-mail: [pti@pti.org.pl](mailto:pti@pti.org.pl),

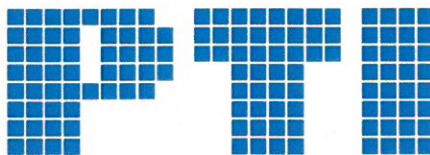
[www.pti.org.pl](http://www.pti.org.pl)

Adres korespondencyjny: ul. Puławska 39 lok. 4, 02-508 Warszawa

„Analiza przygotowań dotyczących wprowadzenia dowodów osobistych”. Analiza ta była podstawą zasadniczego zwrotu w projekcie pl.ID, przerywając bieg już toczącego się postępowania o zamówienie publiczne na dostawę niespersonalizowanych blankietów i jednoznacznej rekomendacji KRMC co do odrębnego trybu wydania dowodu osobistego i całego systemu kart w ochronie zdrowia. W omawianym w tym rozdziale aspekcie kosztów dotyczy to długotrwałości procesu wymiany dowodów osobistych, co pokazała dobitnie ostatnia masowa akcja wymiany tych dokumentów. Zakładając niezwykle optymistycznie, że nowy dokument (elektroniczny dowód osobisty) byłby gotowy do produkcji seryjnej już w 2017 roku, to proces jego wymiany zakończyłby się prawdopodobnie gdzieś w okolicach 2027 roku (lub nieznacznie wcześniej). Oznacza to szacowaną stratę dla systemu ochrony zdrowia w wielkości 12 x 650 mln PLN, co daje astronomiczną kwotę **7 mld 800 mln PLN**. Tymczasem NFZ wdrożył już w ramach projektu RUM II Infrastrukturę Klucza Publicznego zdolnego wydać 120 mln certyfikatów X.509, co zostało potwierdzone odpowiednimi testami. Podana liczba certyfikatów wynika z założenia, że Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego będzie posiadała 3 certyfikaty (przy wolumenie uprawnionych rządu 38 mln osób) oraz Karta Specjalisty Medycznego będzie posiadała w zasadzie dwa certyfikaty (przy wolumenie ok. 0,5 mln osób), przy czym niektórzy specjaliści będą posiadać specjalny certyfikat CVC umożliwiający bezpieczny dostęp do danych ratunkowych pacjenta, o ile dany pacjent będzie je na swojej karcie posiadał. Ponadto NFZ zrealizował szereg prac doradczych, w tym przygotował po dialogu technicznym z potencjalnymi wykonawcami Specyfikację Istotnych Warunków Zamówienia. Rezultat tych prac pozwoliłyby Funduszowi na natychmiastowe ogłoszenie zamówienia publicznego na wybór konsorcjum podmiotów (obligatoryjnego wg założeń – dwa podmioty dla uniknięcia potencjalnego dyktatu monopolu) które miałyby za zadanie dostarczyć w założonym w SIWZ cyklu spersonalizowane karty, w pierwszej kolejności KSM. **Do ogłoszenia postępowania brakowało jedynie pełnej podstawy prawnej** (zwłaszcza dla KSM i KSA), niezwykle zastanawiające jest, że podstawę tą usunięto w takim trybie i w takim pośpiechu. Biorąc pod uwagę fakt wydatkowania wielu milionów złotych (projekt był realizowany za rekomendacją KRMC i pisemną zgodą Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia Pana Sławomira Neumanna na podstawie zatwierdzonych założeń projektu ustawy) istnieje zagrożenie straty wydatkowanych już przez NFZ środków publicznych (dyscyplina wydatków publicznych). Zadania własne NFZ bowiem z całą pewnością nie wymagają tak rozbudowanego funkcjonalnie i posiadającego wskazaną wydajność Infrastruktury Klucza Publicznego.

### Ad 2.

W obecnym brzmieniu Art.1 omawianej ustawy dotyczącego ustawy o systemie informacji w podpunkcie 13) dotyczącego art. 17 ust.3 wprowadzono zmiany które pozwalają używać pracownikom medycznym do czynności przewidzianych w ustawie jedynie bezpiecznego podpisu elektronicznego weryfikowanego przy pomocy ważnego kwalifikowanego certyfikatu, bądź podpisu potwierdzonego profilem zaufanym ePUAP. Skutkiem powyższego (czyli usunięcia zapisów dotyczących KSM) jest konieczność poniesienia znaczących kosztów przez świadczeniodawców z powodu konieczności zakupu na rynku bezpiecznego podpisu potwierdzonego kwalifikowanym certyfikatem, co z pewnością ucieszy firmy komercyjne, ale obciąży budżet świadczeniodawców jednorazowo kwotą ok. 200 PLN, a co kolejne dwa lata 100 PLN na każdego pracownika medycznego z tytułu konieczności odnowienia ważności certyfikatu.



## POLSKIE TOWARZYSTWO INFORMATYCZNE

Zarząd Główny, al. Solidarności 82A m. 5, 01-003 Warszawa, tel.: + 48 22 838 47 05, tel./fax: + 48 22 636 89 87, e-mail: pti@pti.org.pl,  
[www.pti.org.pl](http://www.pti.org.pl)

Adres korespondencyjny: ul. Puławska 39 lok. 4, 02-508 Warszawa

### Ad 3.

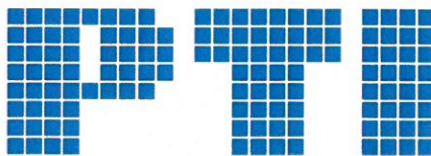
Drugie, alternatywne narzędzie w postaci podpisu potwierdzonego profilem zaufanym, jak wspomniano wcześniej, **nie będzie w stanie obsłużyć pełnego lub znaczącego wolumenu świadczonych usług**, wobec niepokojących ciągle informacji dotyczących faktycznego działania systemu ePUAP, a dokładnie jego rzeczywistej wydajności. Podkreślamy ponownie, że według posiadanych informacji miało to być narzędzie przejściowe do wydania wszystkich Kart Specjalisty Medycznego, w pierwszej kolejności dostarczanej lekarzom. Zakładamy przy tym, że wszelkie zmiany niezbędne do usunięcia zagrożeń bezpieczeństwa zostaną wykonane w terminie pozwalającym na użycie tego narzędzia w założonym terminie. Tymczasem była realna szansa aby pierwsze Karty Specjalisty Medycznego pojawiły się już w drugim kwartale 2016 roku. Szansę tę wycofaniem zapisów dotyczących KSM (oraz pozostałych kart) zniweczono, istnieje jednak ciągle szansa ich przywrócenia, co pozwoliłoby na wydanie KSM tylko z jedno-dwumiesięcznym opóźnieniem, uwzględniając terminy zakończenia prac Sejmu obecnej kadencji. Warto tu wskazać, że według pierwotnych założeń ustawa miała być przyjęta przez Sejm już w lipcu 2015 roku.

### Ad. 4

W wielu miejscach obecnie procedowanej ustawy pojawia się zapis wskazujący na proces quasi-uwierzytelnienia z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu potwierdzonego kwalifikowanym certyfikatem. Określenie to jest w najwyższym stopniu mylące, bo może być zinterpretowane jako możliwość wykorzystania bezpiecznego podpisu potwierdzonego kwalifikowanym certyfikatem (służącego zgodnie z ustawą o podpisie elektronicznym do potwierdzania oświadczeń woli) do procesu identyfikacji elektronicznej. Otóż, jak wynika z dyskusji wielu ekspertów w skali kraju, teoretycznie byłoby możliwe wydawanie odrębnego podpisu potwierdzonego kwalifikowanym certyfikatem, ale posiadającym ustawiony inny znacznik w tak zwanym słowie atrybutów, wskazujący, że jego przeznaczeniem jest właśnie podpisywanie tzw. biletów (*ticketing*) lub wyzwań (dane przygotowane przez stronę transakcji sprawdzającą autentyczność osoby) w celu potwierdzenia tożsamości osoby, która chce to udowodnić (własną tożsamość). Jednak trzeba wyraźnie zaznaczyć, że byłby to odrębny podpis elektroniczny wydany przez Centrum posiadające status kwalifikowanego, co w praktyce **spowodowałoby podwojenie kosztów**, o których mowa w punkcie Ad 2.

### Ad.5

Jedną z dwóch najważniejszych funkcjonalności wszystkich kart przewidzianych do wydania w ramach projektu RUM II była funkcja identyfikacji elektronicznej. Funkcja ta została tak zaprojektowana od strony technicznej, aby karta w nią wyposażona była w stanie spełnić aktualnie zdefiniowane wymagania poziomu HIGH (najwyższy przewidziany w aktach wykonawczych rozporządzenia Rady Europy i Parlamentu Europejskiego). W związku z zapytaniem Komisji Europejskiej w 2014 roku o zamiary poszczególnych państw, co do notyfikacji posiadanych lub przewidzianych do wprowadzenia narzędzi identyfikacji elektronicznej (notyfikacji mają podlegać wyłącznie systemy aspirujące do poziomu SUBSTANTIAL i HIGH) Polska zgłosiła system kart oparty na KSM i KUZ jako przewidziany do notyfikacji na poziomie HIGH oraz Profil Zaufany jako narzędzie identyfikacji elektronicznej przewidziany do notyfikacji na poziomie SUBSTANTIAL (narzędzie to nie ma szans być notyfikowane na wyższym poziomie bezpieczeństwa). Zważywszy na fakt, że nawet



## POLSKIE TOWARZYSTWO INFORMATYCZNE

Zarząd Główny, al. Solidarności 82A m. 5, 01-003 Warszawa, tel.: + 48 22 838 47 05, tel./fax: + 48 22 636 89 87, e-mail: [pti@pti.org.pl](mailto:pti@pti.org.pl),  
[www.pti.org.pl](http://www.pti.org.pl)

Adres korespondencyjny: ul. Puławska 39 lok. 4, 02-508 Warszawa

małe kraje tzw. Nowej Europy mają po kilka, a nawet kilkanaście narzędzi identyfikacji elektronicznej opartych o mocne kryptograficzne metody (na przykład Estonia), Polska pozostaje absolutnym outsiderem w Europie, co nie pozostaje bez wpływu na spostrzeganie jej pozycji przez inne kraje Unii Europejskiej.

Brak silnego narzędzia, które mogłoby służyć do identyfikacji elektronicznej na wysokim poziomie bezpieczeństwa oznacza szczególnie dla personelu medycznego brak możliwości dostępu do jakiegokolwiek bazy danych wrażliwych (medycznych) umieszczonych poza granicami Polski, chyba że specjalista ten (najczęściej lekarz) zarejestruje się i pozyska takie narzędzie z kraju który je posiada. Szczególną uwagę należy zwrócić na tworzone aktualnie rozporządzenie Rady Europy i Parlamentu Europejskiego „*Privacy Data Protection Act*” ( rozporządzenie obowiązywać będzie wprost w całej Unii Europejskiej) które przewiduje aż cztery poziomy wrażliwości danych, przy czym nie ma wątpliwości że dane medyczne zostaną zakwalifikowane do kategorii najbardziej wrażliwych (*High Sensitive Data* ). Mając na uwadze że Polska kontynuując projekt wydania kart, a w szczególności wydając KSM już w 2016 roku byłaby w stanie spełnić wymagania obu omawianych tu rozporządzeń należałoby bezwzględnie przywrócić zapisy dają podstawę legislacyjną do ich wprowadzenia.

### Ad.6

Wiele wysiłku zarówno ze strony Ministerstwa Zdrowia jak i NFZ włożono w wielomiesięczny dialog z wszystkimi obecnie działającymi samorządami zawodów medycznych. Celem tego dialogu było:

- a) Przekonanie specjalistów medycznych o przydatności i niezbędności posiadania takiego narzędzia. Warto zaznaczyć że w wielu przypadkach (farmaceuci) samorzady domagały się same uwzględnienia ich w procesie wydania KSM.
- b) Zmniejszeniu obaw o obciążenie kosztami i dodatkowymi obowiązkami poszczególnych grup zawodowych.
- c) Uzgodnienie roli KSM jako dokumentu potwierdzającego prawa wykonywania zawodu.

### Podsumowanie

Przytoczony powyżej szeroki wachlarz argumentów pochodzących z obszaru prawnego, technicznego, organizacyjnego i wizerunkowego a przede wszystkim finansowego wskazuje, że decyzja i sposób jej udokumentowania o wycofaniu zapisów dotyczących KUZ, KSM, KSA jest niewłaściwa, rodzi długotrwałe skutki i zagraża porządkowi państwa, narusza też zasady dialogu ze społeczeństwem.

*Z poważaniem*

PREZES  
Polskiego Towarzystwa Informatycznego  
Prof. dr hab. inż. Marian Noga