



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-0610-138-25

Druk nr 1609

Warszawa, 29 lipca 2025 r.

Pan
Szymon Hołownia
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

Donald Tusk

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 19a:

a) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) świadczeniobiorcy zgłaszającemu się po raz pierwszy w celu uzyskania danego świadczenia opieki zdrowotnej:

- a) w przypadku przyjęcia w dniu zgłoszenia – termin udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia,
- b) posiadającemu prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – termin udzielenia świadczenia ustalony w sposób, o którym mowa w art. 47c ust. 4 albo 4a,
- c) innemu niż wymieniony w lit. a i b – termin udzielenia świadczenia wynikający z listy oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1a albo ust. 12 pkt 1, albo ust. 12 pkt 2, albo termin udzielenia świadczenia wyznaczony w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w art. 23c ust. 1;”

b) w ust. 4:

– w pkt 3:

– – lit. b i c otrzymują brzmienie:

„b) oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisanego na listę oczekujących na udzielenie świadczenia albo któremu wyznaczono termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne oraz ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637 i 779.

rejestracji, o której mowa w art. 23c ust. 1, albo którego umieszczono w centralnym wykazie oczekujących na wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, prowadzonym dla świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, zwanym dalej „centralnym wykazem oczekujących”,

- c) oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 12 pkt 1, albo któremu wyznaczono termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, albo którego umieszczono w centralnym wykazie oczekujących,”

– – lit. g otrzymuje brzmienie:

„g) oczekujący objęty opieką kardiologiczną na podstawie elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej, o której mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779) – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 12 pkt 2, albo któremu wyznaczono termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, albo którego umieszczono w centralnym wykazie oczekujących.”,

- c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, w harmonogramie przyjęć nie wpisuje się informacji, o której mowa w ust. 4 pkt 2 lit. b.”;

- 2) w art. 20:

- a) w ust. 2 w pkt 3 lit. h otrzymuje brzmienie:

„h) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej służący do komunikacji ze świadczeniobiorcą lub osobą trzecią, za pośrednictwem której dokonano zgłoszenia, w celu zapewnienia komunikacji ze świadczeniobiorcą,”

- b) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących na udzielenie świadczenia, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy także przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia na wcześniejszy. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia na wcześniejszy, świadczeniodawca informuje o możliwości zmiany terminu następnego świadczeniobiorcę z listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.”,

c) ust. 10d otrzymuje brzmienie:

„10d. Fundusz informuje w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących na udzielenie świadczenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 23 ust. 2a.”,

d) w ust. 12 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

- „1) diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;
- 2) opieką kardiologiczną, o której mowa w art. 2 pkt 12 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej.”;

3) w art. 23:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej;”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, Fundusz oblicza co miesiąc dla każdej listy oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzonej przez świadczeniodawcę zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1, z wyłączeniem list, o których mowa w art. 20 ust. 12,

odrębnie dla każdej grupy oczekujących, wyodrębnionej ze względu na kryteria medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, na podstawie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, przekazywanego i obliczanego przez świadczeniodawców zgodnie z przepisami wydawanymi na podstawie art. 190 ust. 1.”,

- c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Fundusz informuje świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.”,

- d) uchyla się ust. 4–5,

- e) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Świadczeniodawca, na umotywowany wniosek Prezesa Funduszu, jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie inne niż określone w ust. 9 informacje dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w ust. 1 i 2 oraz w art. 20.”,

- f) ust. 8–10 otrzymują brzmienie:

„8. Prezes Funduszu tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2.

9. Prezes Funduszu udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 8, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną.

10. Prezes Funduszu przekazuje na bieżąco informacje, o których mowa w ust. 8, do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”,

- g) dodaje się ust. 12 w brzmieniu:

„12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, mając na uwadze konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.”;

- 4) po art. 23b dodaje się art. 23c–23i w brzmieniu:

„Art. 23c. 1. Centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, wspólnie dla wszystkich świadczeniodawców udzielających tych świadczeń.

2. Dla świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, nie prowadzi się list oczekujących na udzielenie świadczenia.

3. W celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca jest obowiązany:

- 1) udostępniać w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramy przyjęć prowadzone zgodnie z art. 19a wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, za okres określony w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 2, nie dłuższy jednak niż 5 lat, oraz informacje o:
 - a) sposobie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej – w bezpośrednim kontakcie z świadczeniobiorcą lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,
 - b) miejscu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,
 - c) obsługiwanych przez świadczeniodawcę kodach obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych i obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych,
 - d) udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom w podziale na przedziały wiekowe ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1;
- 2) aktualizować na bieżąco udostępniane harmonogramy przyjęć, o których mowa w pkt 1, oraz dostępne terminy udzielenia świadczenia;
- 3) przekazywać do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dane usługobiorców, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, g, i, n oraz o tej ustawy.

4. W celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca może przekazywać do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia:

- 1) informację o imieniu i nazwisku pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej oraz o jego identyfikatorze, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 2) inne dane umożliwiające dokonanie zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 1.

5. Centralny wykaz oczekujących zawiera dane:

- 1) ze zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 1;
- 2) o kryteriach wybranych przez świadczeniobiorcę, o których mowa w art. 23e ust. 6, w tym imię i nazwisko oraz identyfikator pracownika medycznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

6. Przy ustalaniu kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz dla świadczeniobiorców objętych opieką kardiologiczną, o której mowa w art. 2 pkt 12 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej:

- 1) nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie art. 20 ust. 11;
- 2) uwzględnia się terminy udzielania świadczeń określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d obejmujących świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

7. Dane, o których mowa w ust. 3 pkt 1, oraz dane zawarte w centralnym wykazie oczekujących i w zgłoszeniu centralnym, o którym mowa w art. 23e ust. 1, są przekazywane Funduszowi w celu:

- 1) kontrolowania prawidłowości realizacji przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w ust. 3;
- 2) rozliczania kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) rozpatrywania wniosków świadczeniobiorców, o których mowa w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1.

8. Dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia

publikuje na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, informacje o:

- 1) liczbie świadczeniobiorców objętych centralną elektroniczną rejestracją:
 - a) wpisanych w harmonogramie przyjęć,
 - b) umieszczonych w centralnym wykazie oczekujących
- według stanu na ostatni dzień miesiąca, w podziale na świadczeniobiorców wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11;
- 2) prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej;
- 3) możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym ze wskazaniem informacji o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom w podziale na przedziały wiekowe ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1.

9. Prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej jest obliczany i raz dziennie aktualizowany przez administratora systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dla każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, odrębnie dla każdej grupy oczekujących, wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, mając na uwadze charakter danych gromadzonych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji oraz konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.

Art. 23d. 1. Centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Do prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, nie stosuje się przepisów art. 23.

Art. 23e. 1. Podstawą do wyznaczenia terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji w przypadku świadczeniobiorcy zgłaszającego się do świadczeniodawcy po raz pierwszy w celu uzyskania danego świadczenia opieki zdrowotnej jest oświadczenie świadczeniobiorcy dokonane osobiście lub za pośrednictwem osoby trzeciej o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia opieki zdrowotnej, zwane dalej „zgłoszeniem centralnym”.

2. Zgłoszenie centralne obejmuje:

- 1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b–f oraz h;
- 2) dane, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. n oraz o ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jeżeli dotyczy;
- 3) dane zawarte w skierowaniu, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581), a w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 59aa ust. 2, także kod dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2, oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, albo klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1;
- 4) unikalny numer identyfikujący karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, datę wydania decyzji o założeniu karty i rozpoznanie, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. b, g oraz k ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, oraz odpowiedni etap diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1, jeżeli dotyczy;
- 5) unikalny numer identyfikujący elektroniczną Kartę Opieki Kardiologicznej, o której mowa w art. 40 ust. 1 pkt 6 lit. i ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej, jeżeli dotyczy;
- 6) informację o kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, ustalonej na podstawie skierowania, jeżeli dotyczy, albo o kryteriach medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 i 15;

- 7) inne istotne do przyjęcia zgłoszenia centralnego dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy.

3. Zgłoszenia centralnego można dokonać:

- 1) za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w dowolnym czasie albo
- 2) bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście lub telefonicznie, w dniach i godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę, albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej.

4. Zgłoszenia centralnego na diagnostykę onkologiczną lub leczenie onkologiczne udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego dokonuje się w sposób, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, u świadczeniodawcy udzielającego takich świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną w rozumieniu art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej – również za pośrednictwem infolinii onkologicznej, o której mowa w art. 20 ust. 1 tej ustawy.

5. Zgłoszenia centralnego można dokonać wyłącznie w sposób określony w ust. 3 pkt 2 w przypadku:

- 1) wystawienia skierowania w przypadkach, o których mowa w art. 59aa ust. 3;
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 57 ust. 2 pkt 8–14;
- 3) rejestracji osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy.

6. Przy dokonywaniu zgłoszenia centralnego świadczeniobiorca samodzielnie albo za pośrednictwem osoby trzeciej może określić kryteria, które dotyczą w szczególności:

- 1) terminu udzielenia świadczenia;
- 2) świadczeniodawcy, u którego chciałby uzyskać świadczenie opieki zdrowotnej;
- 3) zakresu terytorialnego, w jakim chciałby uzyskać świadczenie opieki zdrowotnej – z uwzględnieniem województwa, miasta lub odległości od wskazanej lokalizacji;
- 4) pracownika medycznego, który ma udzielić świadczenia opieki zdrowotnej;
- 5) sposobu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli świadczeniodawca umożliwia wybór takiego kryterium;

6) posiadania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.

7. Kryteria, o których mowa w ust. 6, mogą być modyfikowane przez świadczeniobiorcę samodzielnie albo za pośrednictwem osoby trzeciej, albo świadczeniodawcę, po dokonaniu zgłoszenia centralnego.

8. W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, u którego:

- 1) wyznaczono termin udzielenia świadczenia albo
- 2) wystawiono skierowanie.

9. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 8, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, albo, o których mowa w art. 20 ust. 13 i 15, zmienia określoną w zgłoszeniu centralnym kategorię medyczną świadczeniobiorcy, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, oraz wyznaczony termin udzielenia świadczenia. W przypadku świadczeniobiorcy umieszczonego w centralnym wykazie oczekujących zmienioną kategorię medyczną, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, uwzględnia się przy ustalaniu kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.

10. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 1, zgłoszenia centralnego można dokonać na podstawie tylko jednego skierowania na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, czy świadczeniobiorcy wystawiono więcej niż jedno skierowanie na to świadczenie opieki zdrowotnej.

11. Jeżeli świadczeniobiorca dokona zgłoszenia centralnego w sposób, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, w czasie braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, z przyczyn nieleżących po stronie świadczeniodawcy, niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do tego systemu świadczeniodawca wyznacza świadczeniobiorcy termin udzielenia świadczenia albo umieszcza go w centralnym wykazie oczekujących – gdy wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, nie jest możliwe.

Art. 23f. 1. Centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona z wykorzystaniem narzędzia asystenta głosowego.

2. Nagrania dźwięku lub transkrypcja nagrania uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem narzędzia asystenta głosowego zawierające dane, o których mowa art. 7 ust. 1a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza wyłącznie w celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji.

3. Nagrania dźwięku lub transkrypcja nagrania uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem narzędzia asystenta głosowego zawierające dane, o których mowa art. 7 ust. 1a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przechowuje się przez okres nie dłuższy niż 3 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane.

4. Przetwarzanie danych głosowych narzędzia asystenta głosowego nie może prowadzić do identyfikacji lub weryfikacji tożsamości świadczeniobiorcy na podstawie cech biometrycznych głosu i nie może być wykorzystywane do analizy cech osobowościowych, stanu emocjonalnego lub stanu zdrowia świadczeniobiorcy. Narzędzie asystenta głosowego nie utrzuwa ani nie wykorzystuje wzorców głosowych służących do identyfikacji lub weryfikacji danych biometrycznych w rozumieniu art. 4 pkt 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1, z późn. zm.³⁾).

Art. 23g. 1. Termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji jest wyznaczany świadczeniobiorcy z uwzględnieniem:

- 1) prawa świadczeniobiorcy do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany, zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11;

³⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE. L 74 z 04.03.2021, str. 35.

- 3) kryteriów medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 i 15;
- 4) kryteriów, o których mowa w art. 23e ust. 6;
- 5) daty dokonania zgłoszenia centralnego;
- 6) daty zgłoszenia przez świadczeniobiorcę na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli zgłoszenie zostało dokonane przed umożliwieniem przez świadczeniodawcę dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszeń centralnych, o których mowa w art. 23e ust. 1;
- 7) terminów udzielania świadczeń określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d obejmujących świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

2. Termin udzielenia świadczenia wyznaczony świadczeniobiorcy przed umożliwieniem przez świadczeniodawcę dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszeń centralnych, o których mowa w art. 23e ust. 1, staje się terminem udzielenia świadczenia w centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1.

3. Jeżeli wyznaczenie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia nie jest możliwe w momencie dokonania zgłoszenia centralnego, świadczeniobiorca zostaje umieszczony w centralnym wykazie oczekujących oraz otrzymuje informację o prognozowanym terminie udzielenia świadczenia.

4. W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia termin ten zostaje wyznaczony świadczeniobiorcom umieszczonym w centralnym wykazie oczekujących.

5. Świadczeniobiorcy kontynuującego leczenie nie umieszcza się w centralnym wykazie oczekujących. W przypadku świadczeniobiorcy kontynuującego leczenie termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji wyznacza świadczeniodawca, u którego jest kontynuowane leczenie, zgodnie z planem leczenia świadczeniobiorcy. Świadczeniobiorca kontynuujący leczenie może samodzielnie lub za pośrednictwem osoby trzeciej odwołać wyznaczony przez świadczeniodawcę termin udzielenia świadczenia. Ponowne wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia lub jego zmiana wymaga bezpośredniego uzgodnienia ze świadczeniodawcą.

6. Termin udzielenia świadczenia wyznaczony świadczeniobiorcy może zostać zmieniony przez:

- 1) świadczeniobiorcę osobiście lub za pośrednictwem osoby trzeciej lub

2) świadczeniodawcę w przypadku:

- a) zmiany przez świadczeniodawcę kwalifikacji świadczeniobiorcy do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, w przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia,
- b) konieczności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością,
- c) wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z harmonogramu przyjęć prowadzonego przez świadczeniodawcę.

7. Świadczeniobiorca otrzymuje powiadomienie o:

- 1) wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji albo umieszczeniu w centralnym wykazie oczekujących;
- 2) zmianie terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, w tym o zmianie albo rezygnacji z tego terminu dokonanych przez świadczeniobiorcę oraz o zmianie terminu udzielenia świadczenia dokonanej przez świadczeniodawcę.

8. Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę o przyczynie zmiany terminu udzielenia świadczenia, a w przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 2 lit. a – także o zmienionej kwalifikacji do kategorii medycznej.

9. W przypadku zmiany terminu, o której mowa w ust. 5 pkt 2, świadczeniodawca proponuje świadczeniobiorcy inny termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy, a jeżeli nie jest to możliwe – świadczeniobiorca zgłaszający się po raz pierwszy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej zostaje umieszczony w centralnym wykazie oczekujących, z zachowaniem kolejności jego zgłoszenia.

10. Do rezygnacji z wyznaczonego terminu udzielenia świadczenia lub do wycofania zgłoszenia centralnego stosuje się odpowiednio przepis art. 23e ust. 3.

11. W przypadku niezgłoszenia się w ustalonym terminie udzielenia świadczenia świadczeniobiorca podlega skreśleniu z harmonogramu przyjęć i centralnego wykazu oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się w ustalonym terminie nastąpiło z powodu siły wyższej. Przepis art. 20 ust. 10f stosuje się odpowiednio.

12. W przypadku skreślenia świadczeniobiorcy z harmonogramu przyjęć prowadzonego przez wybranego świadczeniodawcę i centralnego wykazu oczekujących, w wyniku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej albo zakończenia przez świadczeniodawcę wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na dany zakres świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) świadczeniodawca zwraca oryginał skierowania świadczeniobiorcy – w przypadku skierowania w postaci papierowej;
- 2) w celu ponownego użycia skierowania w postaci elektronicznej zmienia się status skierowania w Systemie P1, a zmiana ta jest realizowana przez:
 - a) System P1 – w przypadku rezygnacji z udzielenia świadczenia dokonanej przez świadczeniobiorcę za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - b) świadczeniodawcę – w przypadkach innych niż określony w lit. a.

13. W przypadku zakończenia wykonywania przez świadczeniodawcę umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca przenosi świadczeniobiorcę umieszczonego w harmonogramie przyjęć do centralnego wykazu oczekujących z uwzględnieniem daty dokonania zgłoszenia centralnego.

Art. 23h. 1. Świadczenie opieki zdrowotnej jest umieszczane w przepisach wydanych na podstawie ust. 2 pkt 1, na podstawie analizy przeprowadzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia uwzględniającej liczbę oczekujących i czas oczekiwania na udzielenie tego świadczenia oraz warunki, jakie muszą być spełnione w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej objęte centralną elektroniczną rejestracją,
 - 2) okres, za który są udostępniane harmonogramy przyjęć, prowadzone zgodnie z art. 19a, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia,
 - 3) sposób powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i zmianach tego terminu oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych informacji dotyczących tego świadczenia opieki zdrowotnej
- mając na uwadze zagwarantowanie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, zapewnienie bezpieczeństwa i integralności danych przetwarzanych na potrzeby

centralnej elektronicznej rejestracji oraz specyfikę realizacji świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją.

Art. 23i. W przypadku umieszczenia świadczenia opieki zdrowotnej w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, świadczeniodawca jest obowiązany do:

- 1) udostępnienia w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramów przyjęć prowadzonych zgodnie z art. 19a, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujących okresy udzielania tego świadczenia od dnia następującego po dniu ich udostępnienia, w terminie 5 miesięcy od dnia umieszczenia tego świadczenia;
 - 2) umożliwienia dokonywania przez świadczeniobiorców zgłoszeń centralnych w terminie 6 miesięcy od dnia umieszczenia tego świadczenia.”;
- 5) użyte w art. 42d w ust. 6 w pkt 3, w art. 42f w ust. 4 w pkt 2 w lit. d, w art. 42i w ust. 5 w pkt 2 w lit. d, w art. 42j w ust. 4 w pkt 2 w lit. d oraz w art. 87a w ust. 1 w pkt 4 w lit. b wyrazy „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10” zastępuje się wyrazami „obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych”;
- 6) w art. 42f w ust. 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
- „1) dołącza się:
- a) dokumentację medyczną, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym – tłumaczenie tej dokumentacji na język polski, które nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego,
 - b) oświadczenie wnioskodawcy o:
 - wpisie świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek, na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia, ze wskazaniem świadczeniodawcy prowadzącego tę listę – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, na które są prowadzone listy oczekujących, albo
 - dokonaniem zgłoszenia centralnym w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, oraz umieszczeniu świadczeniobiorcy w centralnym wykazie

oczekujących lub wyznaczeniu terminu udzielenia świadczenia u wybranego świadczeniodawcy;”;

7) w art. 47c:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 2, albo ze zgłoszeń centralnych – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1.”;

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Osoba posiadająca prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej zgłaszająca się po raz pierwszy w celu uzyskania danego świadczenia opieki zdrowotnej może być wpisana tylko do jednego harmonogramu przyjęć prowadzonego przez jednego świadczeniodawcę.”;

c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, jeżeli udzielenie tego świadczenia nie jest możliwe w dniu dokonania zgłoszenia centralnego świadczeniodawca, do którego świadczeniobiorca się zgłosił, wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonego przez niego harmonogramu przyjęć. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w okresie 7 dni roboczych od dnia dokonania zgłoszenia centralnego.”;

8) w art. 59b w ust. 1:

a) po pkt 5 dodaje się pkt 5a i 5b w brzmieniu:

„5a) płeć i datę urodzenia świadczeniobiorcy;

5b) adres miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy;”;

b) po pkt 6 dodaje się pkt 6a–6f w brzmieniu:

„6a) nazwę zakładu leczniczego podmiotu leczniczego oraz 14-cyfrowy numer REGON usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jeżeli dotyczy;

- 6b) nazwę i niepowtarzalny kod identyfikujący jednostkę organizacyjną zakładu leczniczego w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy;
- 6c) nazwę i niepowtarzalny kod identyfikujący komórkę organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy;
- 6d) kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy;
- 6e) adres miejsca wystawienia skierowania;
- 6f) numer umowy z Funduszem, w ramach wykonania której skierowanie zostało wystawione;”,
- c) pkt 7 otrzymuje brzmienie:
„7) imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie oraz imię i nazwisko osoby upoważnionej do wystawienia skierowania, jeżeli dotyczy;”,
- d) pkt 9 otrzymuje brzmienie:
„9) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie;”,
- e) w pkt 13 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 14–16 w brzmieniu:
„14) oznaczenie rodzaju badania lub leczenia, na które kieruje się świadczeniobiorcą, z zastosowaniem obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych lub rodzaju konsultacji;
- 15) informacje dodatkowe dla osoby realizującej skierowanie lub dla świadczeniobiorcy, jeżeli mogą okazać się istotne w procesie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;

- 16) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę wystawienia skierowania oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.”;
- 9) w art. 106 w ust. 10 w pkt 5 skreśla się wyrazy „i 4”;
- 10) po art. 154 dodaje się art. 154a w brzmieniu:
- „Art. 154a. 1. W przypadku stwierdzenia niewykonania przez świadczeniodawcę obowiązku, o którym mowa w art. 23i pkt 1, Fundusz wstrzymuje płatności należności z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej objętych tym obowiązkiem.
2. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, Fundusz finansuje świadczeniodawcy wyłącznie świadczenia opieki zdrowotnej realizowane z wykorzystaniem centralnej elektronicznej rejestracji zgodnie z art. 23c ust. 1–7, art. 23d, art. 23e ust. 1–5 i 8–11 oraz art. 23g, art. 23h ust. 1 i art. 23i oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 23h ust. 2.”;
- 11) w art. 188 w:
- a) ust. 1:
- pkt 12 otrzymuje brzmienie:
„12) przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia;”;
 - w pkt 13 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 14 w brzmieniu:
„14) obsługi centralnej elektronicznej rejestracji.”;
- b) ust. 4 w pkt 35 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 36 i 37 w brzmieniu:
- „36) niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501 z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ram interoperacyjności, na podstawie art. 12 ust. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 235 z 09.09.2015, str. 1, z późn. zm.⁴⁾);
- 37) jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”;

⁴⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 28 z 04.02.2016, str. 18.

12) art. 188e otrzymuje brzmienie:

„Art. 188e. 1. Prezes Funduszu jest obowiązany do prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych w celu:

- 1) dokonywania oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego oraz oceny badań i kwalifikacji świadczeniobiorców do grup ryzyka;
- 2) rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w związku z realizacją programów zdrowotnych;
- 3) monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz stanu zdrowia świadczeniobiorców w związku z realizacją programów zdrowotnych;
- 4) prowadzenia profilaktyki zdrowotnej, w szczególności przez informowanie świadczeniobiorców o możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń mających na celu profilaktykę zdrowotną;
- 5) dokonywania oceny skuteczności i jakości programów zdrowotnych;
- 6) umożliwienia monitorowania dalszego postępowania ze świadczeniobiorcami objętymi tymi programami.

2. Elektroniczny system monitorowania programów zdrowotnych, o którym mowa w ust. 1, jest częścią Systemu Rejestru Usług Medycznych – „RUM – NFZ”, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

3. W elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych mogą być przetwarzane dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 i art. 188a, oraz informacje dotyczące wykształcenia świadczeniobiorcy.

4. Dane oraz informacje, o których mowa w ust. 3, są przekazywane do elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych przez świadczeniodawców lub mogą być przekazywane przez świadczeniobiorców za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

5. Bazę danych osobowych zasilających elektroniczny system monitorowania programów zdrowotnych stanowi Centralny Wykaz Ubezpieczonych.

6. Dostęp do danych przetwarzanych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych mają:

- 1) Fundusz;

- 2) minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 3–5, jeżeli obowiązek ich realizacji wynika z przepisów prawa, programów polityki zdrowotnej lub programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;
- 3) świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 4, w zakresie przekazywanych przez nich danych;
- 4) jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 4;
- 5) Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o których mowa w ust. 1 pkt 3, 5 i 6;
- 6) świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4 i 6, oraz celów wskazanych w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

7. Dane oraz informacje, o których mowa w ust. 3, mogą być udostępniane, na podstawie pisemnej umowy, podmiotom biorącym udział w realizacji programów polityki zdrowotnej lub programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3–5.

8. Fundusz przekazuje do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dane oraz informacje, o których mowa w ust. 3, pozwalające na dokonywanie oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego, w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania zgłoszenia centralnego na świadczenie opieki zdrowotnej realizowane w ramach programu zdrowotnego.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750, 905 i 924) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 96a w ust. 1 w pkt 3:
 - a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„dane dotyczące osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty oraz osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy:”;

- b) lit. a–c otrzymują brzmienie:
 - „a) imię (imiona) i nazwisko osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty oraz imię (imiona) i nazwisko osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,
 - b) kwalifikacje zawodowe, w tym posiadany tytuł zawodowy, osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty, oraz osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,
 - c) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – w przypadku osoby wystawiającej receptę,”
 - c) po lit. c dodaje się lit. ca w brzmieniu:
 - „ca) identyfikator osoby upoważnionej, o którym mowa w art. 17c ust. 5a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – w przypadku osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,”
 - d) lit. d otrzymuje brzmienie:
 - „d) adres poczty elektronicznej lub numer telefonu wraz z prefiksem międzynarodowym do kontaktu z osobą wystawiającą receptę lub z osobą upoważnioną do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,”;
- 2) w art. 96b w ust. 1:
- a) pkt 7 i 8 otrzymują brzmienie:
 - „7) imię (imiona) i nazwisko osoby wystawiającej receptę oraz imię i nazwisko osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy;
 - 8) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, osoby wystawiającej receptę,”
 - b) po pkt 8 dodaje się pkt 8a w brzmieniu:
 - „8a) tytuł zawodowy osoby wystawiającej receptę oraz osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,”
 - c) pkt 9 otrzymuje brzmienie:
 - „9) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej do kontaktu z osobą wystawiającą receptę lub z osobą upoważnioną do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,”
 - d) w pkt 15 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 16–18 w brzmieniu:

- „16) poziom odpłatności produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy;
- 17) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy;
- 18) informacje dodatkowe dla osoby wydającej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny lub informacje dodatkowe dla pacjenta dotyczące zaleceń zdrowotnych związanych z jego stosowaniem.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302 i 779) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 7:

- a) w ust. 1 w pkt 14 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 15 i 16 w brzmieniu:

„15) prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

16) dokonywanie oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego, w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na świadczenie realizowane w ramach programu zdrowotnego.”,

- b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. W systemie, o którym mowa w ust. 1, na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w art. 23c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są przetwarzane dane:

- 1) o których mowa w art. 23c ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) zawarte w centralnym wykazie oczekujących, o którym mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 3) zawarte w zgłoszeniu centralnym, o którym mowa w art. 23e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1b. System, o którym mowa w ust. 1, umożliwia generowanie przez administratora tego systemu raportów z działania centralnej elektronicznej rejestracji dla:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) usługodawcy – w zakresie jego działalności;
- 4) usługobiorcy – za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1.”;

- 2) w art. 7a w ust. 1 w pkt 17 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 18 w brzmieniu:

„18) dokonanie zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 tej ustawy.”;

- 3) w art. 7b w ust. 3 wyrazy „art. 14 ust. 2 pkt 1 lit. a–e, h, ib oraz o” zastępuje się wyrazami „art. 14 ust. 2 pkt 1 lit. a–e, ib oraz o”;

- 4) w art. 12 w ust. 1 w pkt 12 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 13 i 14 w brzmieniu:

„13) prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

14) dokonywania oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego, w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na świadczenie realizowane w ramach programu zdrowotnego.”;

- 5) w art. 15:

- a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

- „3. Dane do Centralnego Wykazu Usługobiorców, w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i, m–o oraz u–v, są obowiązani przekazywać płatnicy, o których mowa w art. 2 pkt 9 lit. a.”,
- b) w ust. 4c wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Dane do Centralnego Wykazu Usługobiorców, w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i, n oraz o, są obowiązani przekazywać:”,
- c) ust. 5a otrzymuje brzmienie:
„5a. Podmioty, o których mowa w ust. 3 i 4c, są obowiązane przekazywać dane, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i, n oraz o, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia uzyskania informacji o uprawomocnieniu się orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności lub powstaniu uprawnienia albo jego zmiany lub utraty, jeżeli takie dane posiadają.”;
- 6) w art. 22 ust. 6 otrzymuje brzmienie:
„6. System RUM – NFZ udostępnia SIM dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1–3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dane dotyczące realizacji recept na leki refundowane, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, o których mowa w art. 45a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, oraz dane przetwarzane w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych, o których mowa w art. 188e ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozwalające na dokonywanie oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego, w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania zgłoszenia centralnego na świadczenie realizowane w ramach programu zdrowotnego.”;
- 7) w art. 30 w ust. 2 w pkt 2 wyrazy „art. 14f ust. 1, art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1, art. 16p ust. 6 i art. 16x ust. 1–4” zastępuje się wyrazami „art. 14f ust. 1, art. 16p ust. 6 i art. 16x ust. 1–4”;
- 8) w art. 35 w ust. 1 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej u usługodawcy, na podstawie upoważnienia udzielonego przez tego usługodawcę:

- a) u którego została wytworzona elektroniczna dokumentacja medyczna zawierająca dane osobowe lub jednostkowe dane medyczne usługobiorcy lub
- b) na którego zlecenie zostało udzielone świadczenie opieki zdrowotnej lub została zrealizowana procedura medyczna, lub
- c) realizującego świadczenia opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.”;

9) w art. 40 w ust. 5 wyrazy „art. 24 ust. 4–6” zastępuje się wyrazami „art. 24 ust. 5 i 6”.

Art. 4. Do dnia umożliwienia przez świadczeniodawcę dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszeń centralnych, o których mowa w art. 23e ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wyznaczanie świadczeniobiorcy terminu udzielania świadczenia, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, odbywa się na dotychczasowych zasadach.

Art. 5. 1. Prognozowany czas oczekiwania, o którym mowa w art. 23 ust. 2a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jest obliczany po raz pierwszy w sierpniu 2026 r.

2. Przy obliczaniu po raz pierwszy prognozowanego czasu oczekiwania, o którym mowa w art. 23 ust. 2a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jest wykorzystywany bazowy prognozowany czas oczekiwania ustalony zgodnie z wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie ust. 3.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, mając na uwadze zapewnienie prawidłowego sposobu dokonania obliczenia, o którym mowa w ust. 1 i 2.

Art. 6. Informacje, o których mowa w art. 23c ust. 8 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, minister właściwy do spraw zdrowia publikuje na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie

informacji w ochronie zdrowia, po raz pierwszy w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.

Art. 7. Recepty wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy realizuje się zgodnie z przepisami dotychczasowymi.

Art. 8. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r., z wyjątkiem art. 1 pkt 2 lit. c, pkt 3 i 4 w zakresie art. 23f, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2026 r.

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, zwany dalej „projektem ustawy”, zakłada dokonanie nowelizacji w:

1) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;

2) ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą – Prawo farmaceutyczne”;

3) ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o SIOZ”.

Celem projektu ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania, zwanego dalej „centralną elektroniczną rejestracją”. W założeniu projektodawcy system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych założeń będzie służyć wprowadzenie elektronicznych rozwiązań centralnych takich jak przede wszystkim scentralizowany system zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz centralnie prowadzony wykaz oczekujących na ich udzielenie, wspólny dla wszystkich świadczeniodawców, zwany w funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy o SIOZ, zwanym, dalej „IKP”, poczekalnią.

Centralna elektroniczna rejestracja na początkowym etapie jej funkcjonowania będzie dotyczyć tylko części zakresów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie ambulatoryjnym, które zostaną wymienione w przepisach wydanych na podstawie projektowanego art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Świadczenie opieki zdrowotnej będzie umieszczane w ww. przepisach wykonawczych na podstawie analizy przeprowadzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia uwzględniającej liczbę oczekujących i czas oczekiwania na udzielenie tego świadczenia i warunki, jakie muszą być spełnione w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej. Sposób uzyskania świadczenia oznacza czynności w procesie umawiania oraz wymagania niezbędne do spełnienia, aby wizyta została zrealizowana. Dla różnych zakresów świadczeń wymagania te mogą być inne. Zatem włączenie

nowych zakresów świadczeń do centralnej elektronicznej rejestracji będzie wymagało każdorazowo uwzględnienia tych wymogów. Świadczenia opieki zdrowotnej wymienione w ww. przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach będą wyłącznie świadczeniami gwarantowanymi w rozumieniu art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach, gdyż tylko takie są finansowane ze środków publicznych.

Zgłaszanie na świadczenia opieki zdrowotnej i wyznaczenie świadczeniobiorcom terminów udzielania świadczeń nie objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie się odbywać na dotychczasowych zasadach. Planuje się, że katalog świadczeń opieki zdrowotnej i ich zakresów objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie sukcesywnie rozszerzany. Od dnia 1 stycznia 2026 r. projektowanym rozwiązaniem w pierwszej kolejności zostaną objęte świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach kardiologii, a także świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz programu profilaktyki raka piersi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Wybór zakresu świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją w 2026 r. wynika z kontynuacji programu pilotażowego, który stanowił etap przygotowawczy do wdrożenia tej usługi w skali całego kraju. Powyższe zakresy świadczeń objęte programem pilotażowym obejmują świadczenia w obszarach, które są priorytetowe dla polityki zdrowotnej ze względu na charakter i wagę świadczeń opieki zdrowotnej, a także ze względu na możliwości weryfikacji procesu zapisywania na terminy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

Planuje się, że kolejne świadczenia opieki zdrowotnej będą dodawane sukcesywnie. Jak wskazano powyżej, świadczenia opieki zdrowotnej będą umieszczane w ww. przepisach, na podstawie analizy uwzględniającej liczbę oczekujących i czas oczekiwania na udzielenie danego świadczenia oraz warunki, jakie muszą być spełnione w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej.

Prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji będzie się odbywać przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ. W tym celu świadczeniodawcy będą obowiązani udostępniać w tym systemie w całości swoje harmonogramy przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia dotyczącymi świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją. Centralna elektroniczna rejestracja na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listę oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzoną dotychczas osobno przez każdego świadczeniodawcę.

Centralna elektroniczna rejestracja będzie dotyczyć świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom zgłaszającym się po raz pierwszy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie. Podkreślenia wymaga, że świadczeniobiorcy kontynuujący leczenie nie będą umieszczani w centralnym wykazie oczekujących. Analogicznie jak w obecnie funkcjonującym modelu świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie termin udzielenia świadczenia będzie wyznaczać świadczeniodawca, u którego leczenie jest kontynuowane, zgodnie z planem leczenia świadczeniobiorcy. Wyznaczony świadczeniobiorcy termin w ramach kontynuacji leczenia, świadczeniodawca będzie wpisywał do swojego harmonogramu przyjęć udostępnionego w centralnej elektronicznej rejestracji prowadzonej w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ.

Podstawą do wyznaczenia terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji w przypadku świadczeniobiorcy zgłaszającego się do świadczeniodawcy po raz pierwszy w celu uzyskania danego świadczenia opieki zdrowotnej jest oświadczenie świadczeniobiorcy złożone osobiście lub za pośrednictwem osoby trzeciej o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia opieki zdrowotnej. Co istotne w jego ramach dokonujący zgłoszenia centralnego może określić kryteria dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej, które ma zostać udzielone świadczeniobiorcy.

Projekt ustawy ponadto stanowi, że termin udzielenia świadczenia wyznaczony świadczeniobiorcy przed umożliwieniem przez świadczeniodawcę dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszeń centralnych, o których mowa w art. 23e ust. 1 ustawy o świadczeniach, staje się terminem udzielenia świadczenia w centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 tej ustawy. Regulacja ma charakter gwarancyjny i jest korzystna dla świadczeniobiorców. Dotyczy ona zarówno np.: planowych operacji chirurgicznych, wizyty u lekarza specjalisty, jak i wizyty w podstawowej opiece zdrowotnej w celu wykonania szczepienia ochronnego – a więc wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od tego czy zgodnie z ustawą o świadczeniach jest obecnie obowiązek prowadzenia w zakresie danego świadczenia opieki zdrowotnej harmonogramu przyjęć zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach.

W projekcie ustawy przewidziano dwa podstawowe sposoby dokonywania zgłoszenia centralnego. Po pierwsze możliwe to będzie na dotychczasowych zasadach, tj. bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków

komunikacji elektronicznej, po drugie przy wykorzystaniu funkcjonalności IKP. Ponadto w przypadku odwołania wizyty przez świadczeniobiorcę, zgłoszenie centralne będzie mogło zostać dokonane za pośrednictwem narzędzia asystenta głosowego (voicebot).

Zgodnie z projektowanym rozwiązaniem zgłoszenie centralne obejmuje dane niezbędne do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej:

- 1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b–f i lit. h ustawy o świadczeniach;
- 2) dane, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. o i lit. n ustawy o SIOZ, jeżeli dotyczy;
- 3) zawarte w skierowaniu, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581), a w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach, także kod dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, albo klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach;

- 4) unikalny numer identyfikujący karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, data wydania decyzji o założeniu karty i rozpoznanie, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. b, g oraz lit. k ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) oraz odpowiedni etap diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach, jeżeli dotyczy (przez odpowiedni etap rozumie się etap diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego określony w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do przepisów wydanych na podstawie ww. art. 190 ust. 1, albo etap diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego określony w tabeli nr 5 załącznika nr 3 do przepisów wydanych na podstawie tego przepisu);

- 5) unikalny numer identyfikujący elektroniczną Kartę Opieki Kardiologicznej, o której mowa w art. 40 ust. 1 pkt 6 lit. i ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779), jeżeli dotyczy;

- 6) informację o kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach, ustalonej na podstawie skierowania, jeżeli dotyczy, albo, o kryteriach medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 i 15 ustawy o świadczeniach;

7) inne istotne do przyjęcia zgłoszenia centralnego dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy.

Zakres danych, o których mowa w ww. pkt 7, odnosi się do stanu zdrowia lub specyfiki świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku danych dotyczących stanu zdrowia świadczeniobiorca sam decyduje o ewentualnych dodatkowych danych, które poda podczas dokonywania zgłoszenia centralnego. Natomiast dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej są to dane ściśle powiązane z udzielanym świadczeniem i są niezbędne do prawidłowego umówienia się na świadczenie opieki zdrowotnej. Zakres informacji, które są niezbędne do ujęcia w zgłoszeniu centralnym, obejmuje m.in. informację:

- 1) o sytuacji nagłej związanej z ratowaniem życia;
- 2) o charakterze wizyty (np. wizyta historyczna, która jest wprowadzana np. w związku z awarią systemu, wizyta w ramach kontynuacji leczenia w innym podmiocie, po leczeniu szpitalnym);
- 3) że wizyta dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej objętych Krajową Siecią Onkologiczną lub Krajową Siecią Kardiologiczną;
- 4) o rodzaju schematu świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu profilaktycznego;
- 5) o miejscu udzielenia świadczenia (np. świadczenie opieki zdrowotnej udzielone w szkole);
- 6) o rodzaju preparatu wykorzystywanego w ramach wykonywania szczepienia.

Jednocześnie na diagnostykę onkologiczną lub leczenie onkologiczne udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zgłoszenia centralnego dokonuje się wyłącznie bezpośrednio u świadczeniodawcy udzielającego takich świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną w rozumieniu art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej – również za pośrednictwem infolinii onkologicznej, o której mowa w art. 20 ust. 1 tej ustawy. Powyższe wynika z konieczności realizacji kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą objętym diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, opartej o jednakowe standardy i wysoką jakość.

W wyniku ww. zmian w art. 20 ustawy o świadczeniach było konieczne dokonanie zmiany porządkującej w ust. 12:

- 1) pkt 1 tego artykułu (dodanie wyrazów „na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego”);
- 2) pkt 2 – w celu zachowania spójności z ustawą z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej.

W wyniku dokonania zgłoszenia centralnego, bez względu na wybór sposobu jego dokonania, świadczeniobiorcy zostanie wyznaczony termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. Przy jego wyznaczaniu będzie uwzględniana kolejność zgłoszenia oraz kryteria dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej. Świadczeniobiorca otrzyma potwierdzenie wyznaczenia konkretnego terminu udzielenia świadczenia. Świadczeniobiorca otrzyma również potwierdzenie w przypadku zmiany terminu lub rezygnacji z niego. Jeżeli wyznaczenie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej nie będzie możliwe w wyniku dokonania zgłoszenia centralnego świadczeniobiorca zostanie umieszczony w centralnym wykazie oczekujących prowadzonym dla danego świadczenia opieki zdrowotnej.

Każde ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach centralnej elektronicznej rejestracji w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, będzie objęte centralnym wykazem oczekujących, wspólnym dla wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczenia opieki zdrowotnej. W przedmiotowym wykazie będą umieszczani świadczeniobiorcy zgłaszający się do świadczeniodawcy po raz pierwszy, w celu wyznaczenia terminu udzielenia świadczenia, którym wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia w momencie zgłoszenia nie będzie możliwe. Centralny wykaz oczekujących na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 4 ustawy o świadczeniach, prowadzone dotychczas osobno przez każdego świadczeniodawcę. W konsekwencji powyższego, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, obowiązek sporządzania list oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 4 ustawy o świadczeniach, nie będzie znajdował zastosowania. Wykaz ten będzie zawierał dane świadczeniobiorców, którym nie został wyznaczony termin.

Celem tego rozwiązania jest zwiększenie transparentności i koordynacji dostępności świadczeń w skali ogólnokrajowej oraz zapewnienie efektywnego zarządzania terminami w sytuacjach, gdy nie można przypisać terminu w momencie zgłoszenia świadczeniobiorcy do centralnej elektronicznej rejestracji. Wykaz będzie wykorzystywany do ustalania kolejności udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, którym nie został jeszcze wyznaczony termin udzielenia świadczenia. Świadczeniobiorcy umieszczeni w centralnym wykazie oczekujących z chwilą wyznaczenia terminu świadczenia lub rezygnacji, zostaną z niego wykreśleni.

Jednocześnie zmiana statusu może wynikać m.in. ze kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11.

Co istotne, prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji (jak i centralnego wykazu oczekujących, która jest narzędziem do jej prowadzenia) będzie musiało odbywać się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Świadczeniobiorca pozostanie w centralnym wykazie oczekujących do czasu pojawienia się dostępnego wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej spełniającego kryteria dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej określone przez zgłaszającego się. Przy dokonywaniu centralnej elektronicznej rejestracji będzie możliwe określenie kryteriów dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie terminu lub świadczeniodawcy, u którego świadczenie to ma zostać udzielone. Określenia kryteriów świadczenia opieki zdrowotnej, podobnie jak samego zapisu na świadczenie może dokonać świadczeniobiorca lub osoba trzecia. Rozwiązania przyjęte w projekcie ustawy są w tym aspekcie ukierunkowane na powielenie obecnie funkcjonującego stanu prawnego i jednocześnie na zapewnienie świadczeniobiorcy elastyczności w zakresie zgłoszeń na świadczenie opieki zdrowotnej, np. umożliwienie ich dokonywania przez osoby bliskie, a ponadto za pośrednictwem pracowników medycznych. Zakres kryteriów określonych przez świadczeniobiorcę lub osobę trzecią obejmuje w szczególności:

- 1) termin udzielenia świadczenia;
- 2) świadczeniodawcę, u którego chciałby uzyskać świadczenie opieki zdrowotnej;
- 3) zakres terytorialny, w jakim chciałby uzyskać świadczenie opieki zdrowotnej – z uwzględnieniem województwa, miasta lub odległości od wskazanej lokalizacji;
- 4) pracownika medycznego, który ma udzielić świadczenia opieki zdrowotnej;
- 5) sposób udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli świadczeniodawca umożliwia wybór takiego kryterium;
- 6) posiadanie prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.

W przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 ustawy o świadczeniach zostaną określone:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej objęte centralną elektroniczną rejestracją;

2) okres, za który są udostępniane harmonogramy przyjęć, prowadzone zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia;

3) sposoby powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i zmianach tego terminu oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych informacji dotyczących tego świadczenia opieki zdrowotnej.

W wyniku dokonania zgłoszenia centralnego przy wykorzystaniu jednego z dwóch wymienionych powyżej sposobów, świadczeniobiorcy będzie wyznaczany możliwie najbliższy termin udzielenia świadczenia. Przy jego wyznaczaniu będą uwzględniane:

1) prawo świadczeniobiorcy do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej;

2) kategoria medyczna, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany, zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach;

3) kryteria medyczne, o których mowa w art. 20 ust. 13 i 15 ustawy o świadczeniach;

4) kryteria, o których mowa w art. 23e ust. 6 ustawy o świadczeniach;

5) data dokonania zgłoszenia centralnego;

6) data zgłoszenia przez świadczeniobiorcę na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli zgłoszenie zostało dokonane przed umożliwieniem przez świadczeniodawcę dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszeń centralnych, o których mowa w art. 23e ust. 1 ustawy o świadczeniach;

7) terminy udzielania świadczeń określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach obejmujących świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Świadczeniobiorca otrzyma potwierdzenie wyznaczenia konkretnego terminu. Potwierdzenie to świadczeniobiorca otrzyma również w przypadku zmiany lub rezygnacji z wyznaczonego terminu.

W przypadku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, przepisy art. 23 ustawy o świadczeniach nie znajdują zastosowania. Z uwagi na odmienny sposób prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia utrzymywanie obowiązków informacyjnych określonych w tym przepisie i ciążących na świadczeniodawcach

byłoby niezasadne. Bezpośredni dostęp świadczeniobiorców do informacji o wolnych terminach udzielenia świadczenia u poszczególnych świadczeniodawców będzie zapewniony w IKP. Dodatkowo w centralnej elektronicznej rejestracji zostanie wykorzystane narzędzie asystenta głosowego (voicebot), wdrażane w ramach projektu realizowanego ze środków Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności, zwanego dalej „KPO”, (projekt „e-zdrowie KPO” w ramach inwestycji D.1.1.2). Narzędzie asystenta głosowego będzie realizowało połączenia do tych świadczeniobiorców, którzy nie mają możliwości odbioru wiadomości SMS, w następujących przypadkach:

- 1) powiadomienie o umówieniu, odwołaniu, zmianie terminu wizyty;
- 2) przypomnienie o wizycie (np. 2 dni przed wizytą i 1 dzień przed wizytą);
- 3) powiadomienie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących.

W tym miejscu należy wskazać, że celem strategicznym KPO jest odbudowa potencjału rozwojowego gospodarki, utraconego w wyniku pandemii oraz wsparcie trwałej konkurencyjności gospodarki i wzrost poziomu życia społeczeństwa w dłuższym horyzoncie czasowym. Realizacja działań w ramach KPO przez ministra właściwego do spraw zdrowia ma na celu poprawę efektywności systemu ochrony zdrowia, dostępności oraz jakości świadczeń zdrowotnych. Działania te są skoncentrowane na wdrażaniu odpowiednich reform i inwestycji, przyczyniających się do osiągnięcia wyznaczonego celu.

Z wprowadzanych projektem ustawy zmian wynika, że podczas połączenia z asystentem głosowym świadczeniobiorca będzie mógł odwołać lub zmienić termin wizyty już umówionej. Celem wdrożenia tego rozwiązania jest zaoferowanie usług wzmacniających komunikację i interakcję świadczeniobiorcy w obszarze zapisu na świadczenia opieki zdrowotnej z wykorzystaniem usług centralnej elektronicznej rejestracji, w szczególności w przypadku świadczeniobiorców wykluczonych cyfrowo. Nagrania dźwięku lub transkrypcja uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem narzędzia asystenta głosowego zawierające dane, o których mowa art. 7 ust. 1a ustawy o SIOZ, będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 3 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane. Okres ten dotyczy tylko nagrań dźwięku lub transkrypcji w ramach ww. narzędzia asystenta głosowego. Nie będzie natomiast takiego obowiązku ustawowego w stosunku np.: do rozmowy telefonicznej świadczeniobiorcy ze świadczeniodawcą – tak jak to jest w obecnym stanie prawnym. W związku z pojawiającymi się wątpliwościami, w szczególności ze strony Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,

czy w ramach narzędzia asystenta głosowego będą przetwarzane dane biometryczne, została wprowadzona regulacja, zgodnie którą, takie przetwarzanie nie będzie miało miejsca (głos nie będzie wykorzystywany do identyfikacji osoby).

W przypadku, gdy wyznaczenie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia u wybranego świadczeniodawcy nie będzie jednak możliwe w momencie dokonania zgłoszenia centralnego, świadczeniobiorca zostanie umieszczony w centralnym wykazie oczekujących prowadzonym dla danego świadczenia, który będzie stanowić wykaz osób oczekujących na propozycję terminu udzielenia świadczenia, prowadzony wspólnie dla wszystkich świadczeniodawców udzielających danych świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją. Przydział propozycji terminu udzielenia świadczenia będzie następował zgodnie z kolejnością dokonywania zgłoszeń centralnych oraz przy uwzględnieniu prawa świadczeniobiorcy do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej i kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach (Kategoria ta może być modyfikowana w toku oczekiwania przez świadczeniobiorcę na udzielenie świadczenia, o ile zmianie ulegnie stan zdrowia świadczeniobiorcy. Taka modyfikacja jest brana pod uwagę przy ustalaniu kolejności świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących.). Świadczeniobiorca będzie pozostawał w wykazie od momentu dokonania zgłoszenia centralnego do czasu pojawienia się dostępnego wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, spełniającego kryteria dotyczące świadczenia określone przez zgłaszającego się oraz gdy termin ten zostanie zaakceptowany przez świadczeniobiorcę. W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia termin ten zostaje wyznaczony świadczeniobiorcom umieszczonym w centralnym wykazie oczekujących. Zasada ta gwarantuje uwzględnienie kolejności udzielania świadczeń zgodnie z terminem zgłoszenia się świadczeniobiorcy w celu uzyskania danego świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku gdy wykorzystanie tego terminu nie jest możliwe, termin ten może zostać umówiony na ogólnych zasadach, tj. z wykorzystaniem IKP lub za pośrednictwem świadczeniodawcy.

Projektowana zmiana ustawy o świadczeniach dostosowuje obecnie obowiązujące przepisy do rozwiązań centralnej elektronicznej rejestracji oraz wprowadza obowiązki:

- 1) udostępniania w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, harmonogramów przyjęć prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, za okres, o którym mowa w przepisach

wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach, nie dłuższy jednak niż 5 lat, oraz informacje o:

a) sposobie udzielenia świadczenia – w bezpośrednim kontakcie z świadczeniobiorcą lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;

b) miejscu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej;

c) obsługiwanych przez świadczeniodawcę kodach obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych i obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;

d) udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom w podziale na przedziały wiekowe ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

2) aktualizacji na bieżąco udostępnianych harmonogramów przyjęć, o których mowa w ww. pkt 1, oraz dostępnych terminów udzielenia świadczenia;

3) przekazywaniu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, danych usługobiorców, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, g, i, n oraz o tej ustawy.

Dodatkowo świadczeniodawca w celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca może przekazywać do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ:

1) informację o imieniu i nazwisku pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej oraz o jego identyfikatorze, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy o SIOZ;

2) inne dane umożliwiające dokonanie zgłoszenia centralnego.

Zgodnie z przepisami projektu ustawy (dodawany do ustawy o świadczeniach art. 23c ust. 3 pkt 1) świadczeniodawcy, dla świadczeń opieki zdrowotnej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, mają obowiązek przekazać swoje harmonogramy przyjęć (w tym listy oczekujących na udzielenie świadczenia) do centralnej elektronicznej rejestracji. Oznacza to, że świadczeniobiorcy, którym przed dniem wejścia w życie projektu ustawy został wyznaczony termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, zachowują ten termin po włączeniu danego świadczenia do centralnej elektronicznej rejestracji.

Dodatkowo art. 23c ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach wprowadza obowiązek przekazania do centralnej elektronicznej rejestracji dostępnych terminów udzielenia świadczeń. Oznacza to obowiązek przekazania wszystkich wolnych (dostępnych dla świadczeniobiorcy) terminów udzielania świadczeń.

Mając na względzie istotne znaczenie dokumentu skierowania dla realizacji procesu elektronicznej rejestracji świadczeniobiorców na świadczenia opieki zdrowotnej, w ramach projektu ustawy proponuje się także zmodyfikowanie zakresu danych znajdujących się w informacji o wystawionym e-skierowaniu, o której mowa w art. 59b ust. 1 ustawy o świadczeniach. Zakres zmian przewiduje m.in. uzupełnienie danych skierowania o informacje dodatkowe dla osoby realizującej skierowanie lub dla świadczeniobiorcy przykładowo obejmujące niestandardowe informacje niezbędne do prawidłowej realizacji świadczenia. Zmiana ta jest zorientowana na dostosowanie ww. informacji do nowych rozwiązań wprowadzanych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji. Ponadto z uwagi na rodzajową pokrewność elektronicznej postaci obu dokumentów, projektodawca zaproponował zaktualizowanie także zakresu danych, jakie obejmuje informacja o wystawionej receptce elektronicznej, o której mowa w art. 96b ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne. Ze zmianami tymi został też skorelowany zakres danych zawartych na receptce elektronicznej, co zostało zaproponowane w art. 2 pkt 1 lit. a–d projektu ustawy wprowadzającym zmiany do art. 96a ust. 1 pkt 3 ustawy – Prawo farmaceutyczne.

Jednocześnie zmiana skutkująca koniecznością podania kodów procedur wg ICD-9 i rozpoznań wg obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych w harmonogramach przyjęć jest niezbędna dla prawidłowego przypisania skierowania do zgodnego ze skierowaniem harmonogramu przyjęć. Centralna elektroniczna rejestracja zapewnia bowiem automatyczny mechanizm wyszukania wolnych terminów wizyt dla świadczeniobiorcy. Wyszukanie takich wizyt następuje na podstawie parametrów wskazanych w skierowaniu (tj. kodu komórki oraz ww. kodów). Taki mechanizm zapewni bardziej precyzyjne przypisanie wolnego terminu świadczeniobiorcy, zgodnego ze skierowaniem przy uwzględnieniu organizacji udzielania świadczeń przyjętej przez świadczeniodawcę (tj. danych wprowadzonych w grafikach). W tym celu jest niezbędne poszerzenie katalogu informacji zawartych w skierowaniu. Ponadto w celu umożliwienia wyszukania przez świadczeniobiorcę świadczenia realizowanego przez wybranego pracownika medycznego, świadczeniodawca udostępnia harmonogramy przyjęć wraz z informacją o imieniu i nazwisku pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej

oraz jego identyfikatorze, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy o SIOZ. Świadczeniodawca podaje takie dane w harmonogramie przyjęć w przypadku, gdy prowadzi harmonogram o takim zakresie danych.

Dodatkowo, w celu zapewnienia ogólnodostępnej informacji dla świadczeniobiorców, dla świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, minister właściwy do spraw zdrowia będzie publikować na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z IKP (pacjent.gov.pl), dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją informacje o:

1) liczbie świadczeniobiorców objętych centralną elektroniczną rejestracją:

- a) wpisanych w harmonogramie przyjęć,
- b) umieszczonych w centralnym wykazie oczekujących

– według stanu na ostatni dzień miesiąca, w podziale na świadczeniobiorców wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach;

2) prognozowanym czasie oczekiwania, o którym mowa w art. 23c ust. 9 ustawy o świadczeniach;

3) możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym ze wskazaniem informacji o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom w podziale na przedziały wiekowe ustalone między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą zgodnie z brzmieniem przepisów wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Prognozowany czas oczekiwania, o którym mowa w art. 23c ust. 9 ustawy o świadczeniach, będzie obliczany przez administratora systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy SIOZ, do każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, odrębnie dla każdej grupy oczekujących, wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach, aktualizowanym raz dziennie.

Prawidłowe funkcjonowanie centralnej elektronicznej rejestracji będzie opierało się na bieżącym udostępnianiu i aktualizowaniu przez świadczeniodawców w centralnej elektronicznej rejestracji, prowadzonej w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, prowadzonych przez siebie harmonogramów przyjęć wraz z

dostępny terminami udzielenia świadczenia na świadczenia opieki zdrowotnej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

W związku z powyższym w projektowanych przepisach ustawy o świadczeniach przewidziano wprowadzenie dwóch obowiązków dla świadczeniodawców, których realizacja będzie kluczowa dla obligatoryjnego wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji oraz jej prawidłowego prowadzenia. Pierwszy z tych obowiązków dotyczy udostępnienia przez świadczeniodawców w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, harmonogramów przyjęć, prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmującymi okresy udzielania tych świadczeń od dnia następującego po dniu ich udostępnienia i dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, w terminie 5 miesięcy od dnia umieszczenia tego świadczenia w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Drugi z nich dotyczy zapewnienia przez świadczeniodawców możliwości dokonywania przez świadczeniobiorców zgłoszeń centralnych w terminie 6 miesięcy od dnia umieszczenia tego świadczenia w ww. przepisach. Celem takiego rozwiązania jest podział na etapy procesu dostosowania przez świadczeniodawców ich systemów informatycznych oraz właściwa organizacja zadań przed pełnym uruchomieniem centralnej elektronicznej rejestracji. Jednocześnie do dnia zapewnienia przez świadczeniodawcę możliwości dokonywania zgłoszeń centralnych, wyznaczanie świadczeniobiorcy terminu udzielania świadczeń będzie się odbywać na dotychczasowych zasadach.

Celem projektowanej nowelizacji art. 20 i art. 23 ustawy o świadczeniach jest zapewnienie świadczeniobiorcom bardziej przejrzystej, spójnej i wiarygodnej informacji dotyczącej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Dotychczasowe mechanizmy, polegające na udostępnianiu przez świadczeniodawców informacji o pierwszym wolnym terminie, okazały się w praktyce niewystarczające i często prowadziły do dezinformacji. Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że w wielu przypadkach informacje przekazywane przez świadczeniodawców ulegają szybkiemu zdezaktualizowaniu, co prowadzi do rozbieżności między publikowanymi danymi dotyczącymi pierwszego wolnego terminu, a rzeczywistą dostępnością świadczeń w momencie kontaktu świadczeniobiorcy ze świadczeniodawcą. Taka sytuacja może prowadzić do dezorientacji świadczeniobiorców, niezadowolenia i zgłaszania skarg. Weryfikacja aktualności danych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest istotnie utrudniona ze względu na ich dużą skalę, dynamikę zmian oraz konieczność angażowania znacznych zasobów organizacyjnych.

W związku z powyższym proponuje się zastąpić publikację informacji o pierwszym wolnym terminie i średnim czasie oczekiwania, jedną informacją o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia. W celu uniknięcia wad związanych z dotychczasowymi rozwiązaniami zdecydowano, że:

- 1) informacja ta będzie prezentowała nie konkretny termin udzielenia świadczenia, który bardzo szybko się dezaktualizuje, ale przewidywany czas, w jakim świadczeniobiorca powinien uzyskać świadczenie;
- 2) informacja ta będzie ustalana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co zagwarantuje jednolitość, porównywalność i jakość danych na terenie całego kraju, niezależnie od sposobu prowadzenia harmonogramów przez poszczególnych świadczeniodawców;
- 3) podstawą tej informacji będą dane już sprawozdawane przez świadczeniodawców w ramach istniejących obowiązków w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach – zarówno z harmonogramów przyjęć, jak i z list oczekujących na udzielenie świadczenia, co ograniczy ich obciążenie administracyjne.

Sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej zostanie określony w przepisach wydanych na podstawie art. 23 ust. 12 ustawy o świadczeniach.

Wprowadzane rozwiązanie jest zgodne z kierunkiem rozwoju systemu informacji w ochronie zdrowia i stanowi element zwiększania transparentności i efektywności zarządzania dostępnością świadczeń.

Obecnie ustawa o świadczeniach przy określaniu obowiązku stosowania Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, odwołuje się do jej konkretnej rewizji (dziesiątej). Ze względu na planowane w najbliższej przyszłości wdrożenie kolejnej, jedenastej rewizji i możliwość ewentualnych dalszych zmian, proponuje się zastąpić odesłaniem do obowiązującej ww. Klasyfikacji, bez wskazywania konkretnej rewizji. W związku z powyższym uniknie się konieczności zmian przepisów przy kolejnych zmianach tej Klasyfikacji.

W celu wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji jest niezbędne również uwzględnienie zmian w art. 188 i art. 188e ust. 4 ustawy o świadczeniach.

Projekt ustawy wprowadza w tym zakresie następujące zmiany w związku z objęciem centralną elektroniczną rejestracją programu profilaktyki raka szyjki macicy i programu profilaktyki raka

piersi oraz koniecznością integracji systemu P1 i SIMP (system Narodowego Funduszu Zdrowia - system dostępowy świadczeniodawcy):

- 1) aktualizacja celów wskazanych w art. 188e ust. 1 ustawy o świadczeniach;
- 2) aktualizacja struktury systemów Narodowego Funduszu Zdrowia w art. 188e ust. 1a ustawy o świadczeniach;
- 3) rozszerzenie zakresu danych przetwarzanych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych w art. 188e ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- 4) źródłem danych przekazywanych do elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych są systemy świadczeniodawców lub dane te mogą być przekazywane przez świadczeniobiorców za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy o SIOZ w art. 188e ust. 3 ustawy o świadczeniach;
- 5) rozszerzenie liczby podmiotów uprawnionych do dostępu do danych przetwarzanych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych o Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie, który zgodnie z ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej pełni funkcję Krajowego Ośrodka Monitorującego, oraz o świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej w art. 188e ust. 4 ustawy o świadczeniach.

Ponadto, mając na uwadze cel wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji, przewiduje się nałożenie sankcji niezbędnych dla wyegzekwowania tych obowiązków. Projektowany art. 154a ustawy o świadczeniach zakłada nałożenie sankcji na świadczeniodawców w przypadku niewywiązywania się przez nich z obowiązków wskazanych w ustawie o świadczeniach związanych z prowadzeniem centralnej elektronicznej rejestracji. Zgodnie z tym przepisem w przypadku:

- 1) stwierdzenia niewykonania przez świadczeniodawcę obowiązku, o którym mowa w art. 23i pkt 1 ustawy o świadczeniach, Narodowy Fundusz Zdrowia wstrzyma płatności należności z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej objętych tym obowiązkiem;
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, Narodowy Fundusz Zdrowia będzie finansował świadczeniodawcy wyłącznie świadczenia opieki zdrowotnej realizowane z wykorzystaniem centralnej elektronicznej rejestracji zgodnie z art. 23c ust. 1–7, art.

23d, art. 23e ust. 1–5 i 8–11 oraz art. 23g, art. 23h ust. 1 i art. 23i ustawy o świadczeniach oraz przepisami wydanymi na podstawie art. 23h ust. 2 tej ustawy.

Wszystkie ww. przepisy są kluczowe dla prawidłowego – zgodnego z art. 23d ust. 1 ustawy o świadczeniach – funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji. Świadczeniodawcy są elementem centralnej elektronicznej rejestracji, bez których projektowana regulacja nie będzie właściwie działać. Dla przykładu nie mogą oni prowadzić list oczekujących na udzielenie świadczenia w momencie, kiedy na dane świadczenie opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy zgłaszają się w ramach centralnej elektronicznej rejestracji (art. 23d ust. 2 ustawy o świadczeniach).

Projekt ustawy zakłada również wprowadzenie stosownych zmian w ustawie o SIOZ będących konsekwencją prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ. W związku z powyższym wykaz funkcjonalności systemu określony w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ oraz katalog celów przetwarzania danych przez system, o którym mowa w art. 12 ust. 1 ustawy o SIOZ, zostaną rozszerzone. Natomiast art. 7a ust. 1 ustawy o SIOZ zostanie uzupełniony o nową funkcjonalność IKP, polegającą na umożliwieniu dokonywania za jego pośrednictwem zgłoszenia centralnego w ramach centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

Projekt ustawy przewiduje możliwość generowania przez administratora systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, zdrowia raportów z działania centralnej elektronicznej rejestracji dla ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawcy – w zakresie jego działalności oraz świadczeniobiorcy – za pośrednictwem IKP. Rozwiązanie to przyjęto, mając na uwadze, że administrator tego systemu jest podmiotem wskazanym ustawowo do pełnienia takiej roli.

Zaproponowane zostały zmiany w art. 35 ustawy o SIOZ, które mają na celu zapewnienie dostępu do danych osobom wykonującym czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej u usługodawcy, na podstawie upoważnienia udzielonego przez tego usługodawcę.

Projekt ustawy zakłada również wprowadzenie zmian w ustawie o SIOZ polegających na dostosowaniu obowiązujących przepisów ustawy o SIOZ do zmian w innych ustawach. Przedmiotowe zmiany zostały ujęte w art. 3 pkt 3, 7 i 9 projektu ustawy. I tak obecnie art. 7b ust. 3 ustawy o SIOZ zawiera odesłanie do art. 14 ust. 2 pkt 1 lit. h ustawy z dnia 11 lutego

2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2024 r. poz. 1576, z późn. zm.), który został uchylony. Natomiast w art. 30 ust. 2 pkt 2 ustawy o SIOZ znajdują się odesłania do art. 16 ust. 10 i art. 16g ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.), które również zostały uchylone. Podobnie art. 40 ust. 5 ustawy o SIOZ odsyła do art. 24 ust. 4–6 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, a ust. 4 został uchylony.

Projekt ustawy wprowadza także zmianę ustawy – Prawo farmaceutyczne polegającą na rozszerzeniu zakresu danych na elektronicznych receptach o dane o osobach upoważnionych do wystawiania recept (asystentów medycznych), a także na rozszerzeniu danych w papierowej informacji o wystawionej receptce o dane dotyczące odpłatności produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, kodu uprawnień dodatkowych świadczeniobiorcy oraz informacji dodatkowych dla osoby wydającej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny lub dla świadczeniobiorcy. Większy zakres informacyjny tych dokumentów powinien ułatwić świadczeniobiorcy realizację recepty. Z uwagi na te zmiany zaproponowano także regulację przejściową, zgodnie z którą recepty wystawione przed dniem wejścia w życie ustawy realizuje się zgodnie z przepisami dotychczasowymi.

Podkreślić należy, że projekt ustawy zawiera propozycje deregulacyjne. Projekt ustawy zawiera rozwiązania ujęte w fiszce MZ-7-161 w ramach projektu SprawdzaMY, który jest realizowany przez Radę Ministrów wraz ze stroną społeczną.

W ramach programu pilotażowego realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1207, z późn. zm.) były testowane rozwiązania w zakresie centralnej elektronicznej rejestracji. Obecnie centralna elektroniczna rejestracja funkcjonuje w formie ogólnopolskiego programu pilotażowego realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1212, z późn. zm.). Realizacja ww. programów pilotażowych umożliwiła przeprowadzenie oceny rozwiązań wdrażanych w projekcie ustawy. Program pilotażowy realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z

zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pozwolił na weryfikację podstawowych procesów i funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji oraz potwierdził, że jedynym rekomendowanym sposobem realizacji tej usługi jest bezpośrednia integracja systemu gabinetowego z systemem centralnej elektronicznej rejestracji. Pilotaż realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. pozwolił dotychczas przeanalizować procesy i funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji, które nie zostały zweryfikowane podczas pierwszego programu. Potwierdził również poprawność przyjętych głównych założeń funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji oraz możliwości wdrożenia tego rozwiązania dla wszystkich zakresów świadczeń. Należy jednak zastrzec, że rozwiązanie to na dalszym etapie programu pilotażowego, o którym mowa powyżej, będzie modyfikowane głównie w zakresie poprawy ergonomii korzystania oraz usprawnienia wymiany danych pomiędzy systemami zgodnie uwagami użytkowników.

Zgodnie z treścią projektu ustawy prognozowany czas oczekiwania, o którym mowa w art. 23a ust. 2 ustawy o świadczeniach, zostanie po raz pierwszy obliczony w sierpniu 2026 r. Przy jego obliczaniu zostanie wykorzystany bazowy prognozowany czas oczekiwania ustalony zgodnie z wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 3 projektu ustawy. Natomiast informacje, o których mowa w art. 23c ust. 8 ustawy o świadczeniach, minister właściwy do spraw zdrowia publikuje po raz pierwszy w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. Powyższe terminy obliczenia i publikacji prognozowanych czasów oczekiwania wynikają z konieczności zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.

Przewiduje się, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2026 r, z wyjątkiem przepisów art. 1 pkt 2 lit. c, pkt 3 i 4 w zakresie art. 23f ustawy o świadczeniach, które wejdą w życie z dniem 1 lipca 2026 r. Z dniem 1 stycznia 2026 r. zostanie utworzona centralna elektroniczna rejestracja na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Wprowadzenie narzędzia asystenta głosowego w późniejszym terminie jest podyktowane koniecznością dostosowania i przetestowania tego narzędzia. Jednocześnie wydłużenie czasu na udostępnianie przez Narodowy Fundusz Zdrowia informacji świadczeniobiorcom o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wynika z konieczności przygotowania tego rozwiązania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zgodnie z założeniami projektodawcy w okresie pomiędzy datą wejścia w życie ustawy a dniem, kiedy to prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki

zdrowotnej, które zostaną wymienione w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, stanie się obligatoryjne, wyznaczanie świadczeniobiorcom terminów udzielania tych świadczeń może odbywać się na zasadach dotychczasowych – według wyboru świadczeniodawcy – albo w ramach centralnej elektronicznej rejestracji. Wyznaczenie okresu przejściowego jest podyktowane po pierwsze dążeniem do zapewnienia świadczeniodawcom odpowiedniego okresu czasu na dostosowanie się do wprowadzanego nowego rozwiązania, w tym dostosowania systemów informatycznych, a po drugie ma zapewnić zachowanie ciągłości reguł wyznaczania terminów udzielania świadczeń u świadczeniodawców uczestniczących w trwającym obecnie programie pilotażowym centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów profilaktyki zdrowotnej.

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

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

Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych. W związku z tym przeprowadzono ocenę skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.

Projekt ustawy będzie miał wpływ na mikro-, małych, średnich i dużych przedsiębiorców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej należących do zakresów objętych centralną elektroniczną rejestracją na świadczenia opieki zdrowotnej. Wejście w życie projektu ustawy poprawi proces obsługi zgłoszeń i tzw. kolejkowania świadczeniobiorców oczekujących na

udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, co przełoży się na usprawnienie funkcjonowania świadczeniodawców. Świadczeniodawcy będą zobligowani do udostępniania za pośrednictwem centralnej elektronicznej rejestracji harmonogramów przyjęć wraz dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, przyjmowania zgłoszeń centralnych i wyznaczania terminów świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektu ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu: Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw	Data sporządzenia: 18.07.2025 r.
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące: Ministerstwo Zdrowia	Źródło: Inicjatywa własna
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Minister Zdrowia	Nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD169
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: Pan Wojciech Demediuk – Dyrektor Departamentu e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, mail: dep-ez@mz.gov.pl , nr tel. 48 22 634 96 18	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Obecnie funkcjonuje rozproszony model przyjmowania zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapisów świadczeniobiorców oczekujących na wyznaczenie terminu udzielania danego świadczenia opieki zdrowotnej w tzw. kolejkach. Zgłoszenia są kierowane do świadczeniodawców, którzy prowadzą własne listy oczekujących na udzielenie świadczenia, które obejmują tylko świadczeniobiorców zapisanych na świadczenie u danego świadczeniodawcy. Jednocześnie świadczeniobiorca nie może wpisać się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy, co ma zapobiegać tworzeniu tzw. sztucznych kolejek na świadczenia opieki zdrowotnej. Funkcjonujące rozwiązanie nie zapewnia świadczeniobiorcom dostępu do wszystkich dostępnych w danym czasie terminów udzielenia świadczenia, a tym samym nie gwarantuje im uzyskania danego świadczenia w możliwie najwcześniejszym terminie.

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

Celem projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania, zwanego dalej „centralną elektroniczną rejestracją”. W założeniu projektodawcy system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych rozwiązań będzie służyć wprowadzenie scentralizowanego systemu zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz centralnie prowadzonego wykazu oczekujących na ich udzielenie, wspólnego dla wszystkich świadczeniodawców, zwanego w funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, zwanym dalej „IKP”, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o SIOZ”, centralnym wykazem oczekujących. Centralna elektroniczna rejestracja na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listy oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzone dotychczas osobno przez każdego świadczeniodawcę. Centralna elektroniczna rejestracja na początkowym etapie jej funkcjonowania będzie dotyczyć tylko części świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie ambulatoryjnym, które zostaną określone w przepisach wydanych na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w projektowanych przepisach nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”. Zgłaszanie na świadczenia opieki zdrowotnej i wyznaczenie świadczeniobiorcom terminów udzielenia świadczeń nie objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie się odbywać na dotychczasowych zasadach. Planuje się, że przepisy wydane na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach będą sukcesywnie uzupełnianie o kolejne świadczenia opieki zdrowotnej. Od dnia 1 stycznia 2026 r. projektowanym rozwiązaniem zostaną w pierwszej kolejności objęte świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach kardiologii, a także świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz programu profilaktyki raka piersi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Świadczenie opieki zdrowotnej jest umieszczane w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, na podstawie analizy uwzględniającej liczbę oczekujących i czas oczekiwania na udzielenie tego świadczenia oraz warunki, jakie muszą być spełnione w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej. Prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji będzie się odbywać przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ. W tym celu świadczeniodawcy będą obowiązani udostępniać w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, w całości swoje harmonogramy przyjęć, prowadzone zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, dotyczące świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją. Ponadto, każde ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach centralnej elektronicznej rejestracji w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, będzie objęte centralnym wykazem oczekujących, wspólnym dla wszystkich świadczeniodawców udzielających wybranego świadczenia opieki zdrowotnej. W wykazie będą umieszczani świadczeniobiorcy zgłaszający się do świadczeniodawcy po raz pierwszy, którym wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w momencie zgłoszenia nie będzie możliwe. Centralny wykaz oczekujących na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 6 ustawy o świadczeniach, prowadzone dotychczas osobno przez każdego świadczeniodawcę.

Centralna elektroniczna rejestracja będzie dotyczyć świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom zgłaszającym się po raz pierwszy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie. Analogicznie jak w obecnie funkcjonującym modelu świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej będzie wyznaczać świadczeniodawca, u którego leczenie jest kontynuowane, zgodnie z planem leczenia świadczeniobiorcy. Wyznaczony termin świadczeniodawca będzie następnie wpisywał do swojego harmonogramu przyjęć udostępnionego w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ. Podkreślenia wymaga, że świadczeniobiorcy kontynuujący leczenie nie będą umieszczani w centralnym wykazie oczekujących.

W przypadku świadczeniobiorców zgłaszających się po raz pierwszy na świadczenie opieki zdrowotnej, podstawę do wyznaczenia terminu jego udzielenia będzie stanowić natomiast zgłoszenie centralne składane przez świadczeniobiorcę. Zgłoszenie centralne stanowi oświadczenie świadczeniobiorcy o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia złożone przez niego samego lub osobę trzecią (w imieniu świadczeniobiorcy). W ramach zgłoszenia będzie możliwe określenie kryteriów dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej, które ma zostać udzielone świadczeniobiorcy.

W projekcie ustawy przewidziano dwa podstawowe sposoby dokonywania zgłoszenia centralnego. Po pierwsze będzie to możliwe na dotychczasowych zasadach, tj. bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, po drugie przy wykorzystaniu funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy o SIOZ.

W wyniku dokonania zgłoszenia centralnego, bez względu na wybór sposobu jego dokonania, świadczeniobiorcy zostanie wyznaczony termin udzielenia świadczenia. Przy jego wyznaczaniu będzie uwzględniana kolejność zgłoszenia oraz kryteria dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej, określone w jego ramach. Jeżeli wyznaczenie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia u wybranego świadczeniodawcy nie będzie możliwe w wyniku dokonania zgłoszenia centralnego, świadczeniobiorca zostanie umieszczony w centralnym wykazie oczekujących danego zakresu świadczeń. Świadczeniobiorca pozostanie w centralnym wykazie oczekujących od momentu dokonania zgłoszenia centralnego do czasu pojawienia się dostępnego wolnego terminu udzielenia świadczenia spełniającego kryteria dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej określone przez zgłaszającego się. Przy dokonywaniu centralnej elektronicznej rejestracji będzie możliwe określenie kryteriów dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie terminu, lokalizacji lub świadczeniodawcy, u którego świadczenie to ma zostać udzielone. Określenia kryteriów świadczenia opieki zdrowotnej, podobnie jak samego zapisu na świadczenie może dokonać świadczeniobiorca lub osoba trzecia (w jego imieniu). Rozwiązania przyjęte w projekcie ustawy są w tym aspekcie ukierunkowane na powielenie obecnie funkcjonującego stanu prawnego i jednocześnie na zapewnienie świadczeniobiorcy elastyczności w zakresie zgłoszeń na świadczenie opieki zdrowotnej np. umożliwienie ich dokonywania przez osoby bliskie, a ponadto za pośrednictwem pracowników medycznych.

Świadczeniobiorca otrzyma potwierdzenie wyznaczenia konkretnego terminu udzielenia świadczenia. Świadczeniobiorca otrzyma również potwierdzenie w przypadku zmiany terminu lub rezygnacji z niego. Dodatkowo wdrożenie w ramach centralnej elektronicznej rejestracji narzędzia asystenta głosowego (voicebot) przypomni o zbliżającej się wizycie, potwierdzi obecność pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełoży lub anuluje wizytę (wycofa zgłoszenie centralne i dokona nowego zgłoszenia). Celem tego rozwiązania jest zaoferowanie usług wzmacniających komunikację i interakcję świadczeniobiorcy w obszarze zapisu na świadczenia opieki zdrowotnej z wykorzystaniem usług centralnej elektronicznej rejestracji. Nagrania dźwięku lub transkrypcja nagrania uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem narzędzia asystenta głosowego zawierające dane, o których mowa art. 7 ust. 1a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 3 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane. Narzędzie asystenta głosowego (voicebot), wdrażane jest w ramach projektu realizowanego ze środków Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności „KPO” (projekt „e-zdrowie KPO” w ramach inwestycji D.1.1.2).

W przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 zostaną określone:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej objęte centralną elektroniczną rejestracją;
- 2) okres, za który są udostępniane harmonogramy przyjęć, prowadzone zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia;
- 3) sposoby powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i zmianach tego terminu oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych informacji dotyczących tego świadczenia opieki zdrowotnej.

Dodatkowo, w celu zapewnienia ogólnodostępnej informacji dla świadczeniobiorców, dla świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia będzie publikować na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „.gov.pl” powiązanej z IKP (pacjent.gov.pl), dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją informacje o:

- 1) liczbie świadczeniobiorców objętych centralną elektroniczną rejestracją:
 - a) wpisanych w harmonogramie przyjęć prowadzone zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach,
 - b) umieszczonych w centralnym wykazie oczekujących
- według stanu na ostatni dzień miesiąca, w podziale na świadczeniobiorców wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach;
- 1) prognozowanym czasie oczekiwania, o którym mowa w ust. 9;
- 2) możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym ze wskazaniem informacji o udzielaniu świadczeń

opieki zdrowotnej dzieciom w podziale na przedziały wiekowe ustalone między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą zgodnie z brzmieniem przepisów wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Prognoszony czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej obliczany będzie przez administratora systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy SIOZ, dla każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, odrębnie dla każdej grupy oczekujących, wyodrębnionych ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 tej ustawy, aktualizowanym raz dziennie.

Projekt ustawy zakłada również wprowadzenie stosownych zmian w ustawie o SIOZ będących konsekwencją prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ. W związku z powyższym wykaz funkcjonalności systemu określony w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, oraz katalog celów przetwarzania danych przez system, o którym mowa w art. 12 ust. 1 ustawy o SIOZ, zostaną rozszerzone. Natomiast art. 7a ust. 1 ustawy o SIOZ zostanie uzupełniony o nową funkcjonalność IKP, polegającą na umożliwieniu dokonywania za jego pośrednictwem zgłoszenia centralnego w ramach centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie projektowanego art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

Projekt ustawy przewiduje możliwość generowania przez administratora systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, raportów z działania centralnej elektronicznej rejestracji dla ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniodawcy – w zakresie jego działalności oraz świadczeniobiorcy – za pośrednictwem IKP. Rozwiązanie to przyjęto, mając na uwadze, że administrator tego systemu jest podmiotem wskazanym ustawowo do pełnienia takiej roli.

Zaproponowane zostały zmiany w art. 35 ustawy o SIOZ, które mają na celu zapewnienie dostępu do danych osobom wykonującym czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej u usługodawcy, na podstawie upoważnienia udzielonego przez tego usługodawcę.

Projekt ustawy wprowadza także zmianę do ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750, z późn. zm.), polegającą na rozszerzeniu zakresu danych na elektronicznych receptach o dane o osobach upoważnionych do wystawiania recept (asystentów medycznych), a także na rozszerzeniu danych w papierowej informacji o wystawionej receptce o dane dotyczące odpłatności produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, kodu uprawnień dodatkowych pacjenta oraz informacji dodatkowych dla osoby wydającej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny dla pacjenta. Większy zakres informacyjny tych dokumentów powinien ułatwić pacjentowi realizację recepty.

Natomiast w art. 23i ustawy o świadczeniach o przewidziano wprowadzenie dwóch obowiązków dla świadczeniodawców, których realizacja będzie kluczowa dla obligatoryjnego wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji oraz jej prawidłowego prowadzenia. Pierwszy z tych obowiązków dotyczy udostępnienia przez świadczeniodawców w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, harmonogramów przyjęć, prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujących okresy udzielania tych świadczeń od dnia następującego po dniu ich udostępnienia i dotyczących świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją, w terminie 5 miesięcy od dnia od dnia umieszczenia tego świadczenia w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1. Drugi z nich dotyczy zapewnienia przez świadczeniodawców możliwości dokonywania przez świadczeniobiorców zgłoszeń centralnych w terminie 6 miesięcy od dnia umieszczenia tego świadczenia. Celem takiego rozwiązania jest podział na etapy procesu dostosowania przez świadczeniodawców ich systemów informatycznych oraz właściwa organizacja zadań przed pełnym uruchomieniem centralnej elektronicznej rejestracji. Jednocześnie do dnia zapewnienia przez świadczeniodawcę możliwości dokonywania zgłoszeń centralnych, wyznaczanie świadczeniobiorcy terminu udzielania świadczeń będzie się odbywać na dotychczasowych zasadach.

Ponadto, zgodnie z dodawanym art. 154a ustawy o świadczeniach, konsekwencją niedopełnienia przez świadczeniodawców obowiązku integracji z centralną elektroniczną rejestracją będzie wstrzymanie finansowania tych świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, Fundusz finansuje świadczeniodawcy wyłącznie świadczenia realizowane z wykorzystaniem centralnej elektronicznej rejestracji. Ustawa przewiduje również możliwość wykorzystania narzędzia asystenta głosowego (voicebot), przede wszystkim w celu wsparcia osób wykluczonych cyfrowo. Narzędzie asystenta głosowego (voicebot) będzie realizowało połączenia do tych świadczeniobiorców, którzy nie mają możliwości odbioru wiadomości SMS, w następujących przypadkach:

- 1) powiadomienie o umówieniu, odwołaniu, zmianie terminu wizyty;
- 2) przypomnienie o wizycie (np. 2 dni przed wizytą i 1 dzień przed wizytą);
- 3) powiadomienie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących.

Podczas połączenia z asystentem głosowym (voicebot) świadczeniobiorca będzie mógł odwołać lub zmienić termin wizyty już umówionej.

Oczekiwanym efektem wejścia w życie projektu ustawy jest:

- 1) zoptymalizowanie wykorzystania zasobów w ochronie zdrowia przez zmniejszenie liczby nieodwoływanych przez świadczeniobiorców terminów świadczeń i odciążenie świadczeniodawców w zakresie czynności administracyjnych związanych z prowadzeniem list oczekujących na udzielenie świadczenia i harmonogramów przyjęć, prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, oraz obsługą powiadomień do i od świadczeniobiorców;
- 2) zwiększanie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców (przez publiczne udostępnienie wiarygodnej i na bieżąco aktualizowanej informacji o wolnych terminach udzielenia świadczeń i efektywniejsze zarządzanie terminami wizyt);

- 3) zapewnienie transparentnego zarządzania harmonogramami przyjęć, prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, i centralnym wykazem oczekujących (przez częściowe przejęcie przez system informatyczny prowadzenia ww. harmonogramów przyjęć oraz zapewnienie świadczeniobiorcom łatwego dostępu do informacji o wolnych terminach);
- 4) zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości łatwego i szybkiego znalezienia wolnego terminu udzielenia świadczenia, zapisania się na świadczenie opieki zdrowotnej, a także zmiany terminu jego udzielenia i jego odwołania.

Podkreślić należy, iż projekt ustawy zawiera propozycje deregulacyjne, gdyż zawiera rozwiązania ujęte w fiszce nr MZ-7-161 w ramach projektu SprawdzaMY.

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

Projekt ustawy stanowi domenę prawa krajowego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
minister właściwy do spraw zdrowia	1	dana powszechnie znana	zabezpieczenie środków na realizację zadań w zakresie finansowania oraz koordynacja funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	ustawa o świadczeniach	finansowanie świadczeń z uwzględnieniem realizacji obowiązku umawiania świadczeń przez centralną elektroniczną rejestrację
Centrum e-Zdrowia	1	ustawa o SIOZ	zapewnienie poprawności działania funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, służącego do prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji
świadczeniodawcy	ok. 30 tys.	Narodowy Fundusz Zdrowia	udostępnianie za pośrednictwem centralnej elektronicznej rejestracji harmonogramów przyjęć, prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, przyjmowanie zgłoszeń centralnych i wyznaczanie terminów świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom
świadczeniobiorcy	38,4 mln	Główny Urząd Statystyczny	korzystanie z centralnej elektronicznej rejestracji w celu uzyskania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją

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

Nie były prowadzone pre-konsultacje dotyczące projektu ustawy.

W ramach konsultacji publicznych i opiniowania, projekt ustawy został przesłany do zaopiniowania z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag do:

- 1) konsultantów krajowych z wybranych dziedzin medycyny;
- 2) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 3) Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 4) Fundacji Razem w Chorobie;
- 5) Fundacji „Z sercem do Pacjenta”;
- 6) Fundacji „My pacjenci”;
- 7) Business Centre Club;
- 8) Federacji Pacjentów Polskich;
- 9) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 10) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 11) Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 12) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;

13) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;												
14) Konfederacji Lewiatan;												
15) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;												
16) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;												
17) Naczelnej Rady Aptekarskiej;												
18) Naczelnej Rady Lekarskiej;												
19) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;												
20) Krajowej Rady Ratowników Medycznych;												
21) Narodowego Funduszu Zdrowia;												
22) Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej;												
23) Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;												
24) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;												
25) Rady Dialogu Społecznego;												
26) Rzecznika Praw Pacjenta;												
27) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;												
28) Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych;												
29) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Szpitali Powiatowych;												
30) Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;												
31) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;												
32) Związku Rzemiosła Polskiego;												
33) Prokuraturii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;												
34) Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;												
35) Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;												
36) Polskiego Towarzystwa Informatycznego;												
37) Polskiej Izby Informatyki Medycznej;												
38) Polskiego Towarzystwa Gospodarczego;												
39) Polskiej Izby Informatyki i Telekomunikacji;												
40) Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego;												
41) Pracodawców Medycyny Prywatnej;												
42) Forum Związków Zawodowych;												
43) NSZZ „Solidarność”;												
44) Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność-80”;												
45) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;												
46) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;												
47) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych;												
48) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Położnych;												
49) Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego;												
50) Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;												
51) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.												
Projekt ustawy, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677), został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia wraz z przekazaniem projektu do uzgodnień z członkami Rady Ministrów. Projekt ustawy został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806 oraz z 2025 r. poz. 408). Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały przedstawione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.												
6. Wpływ na sektor finansów publicznych												
(ceny stałe z 2024 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)*
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Narodowy Fundusz Zdrowia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki ogółem	61,197	71,062	62,830	45,500	43,317	54,532	51,382	60,653	54,210	49,922	67,470	622,075

budżet państwa - Centrum e-Zdrowia	60,108	69,947	61,681	44,316	42,097	53,275	50,088	59,320	52,838	48,508	66,014	608,192
budżet państwa – część 46 – Zdrowie	1,089	1,116	1,150	1,184	1,220	1,256	1,294	1,333	1,373	1,414	1,456	13,885
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Narodowy Fundusz Zdrowia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo ogółem	-61,197	-71,062	-62,830	-45,500	-43,317	-54,532	-51,382	-60,652	-54,210	-49,922	-67,470	-622,075
budżet państwa – Centrum e-Zdrowia	-60,108	-69,947	-61,681	-44,316	-42,097	-53,275	-50,088	-59,320	-52,838	-48,508	-66,014	-608,192
budżet państwa – część 46 – Zdrowie	-1,089	-1,116	-1,150	-1,184	-1,220	-1,256	-1,294	-1,333	-1,373	-1,414	-1,456	-13,885
JST	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Narodowy Fundusz Zdrowia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Źródła finansowania	W szacunkach ujętych w ww. tabeli rokiem „0” jest 2026 r. Wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji zostanie sfinansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków budżetu państwa z części, której jest dysponentem, oraz ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Środki na realizację zadań ministra właściwego do spraw zdrowia (zadania Centrum e-Zdrowia i Ministra Zdrowia) zostały zabezpieczone w ramach środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w rezerwie celowej część – 83, poz. 67 pn. Środki na zadania w obszarze zdrowia. Wszelkie skutki finansowe wynikające z projektu ustawy będą pokrywane corocznie w ramach wysokości środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia ustalonej zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach, w tym z rezerw celowych, z jednoczesną możliwością zwiększenia limitu na wynagrodzenia. Powyższe jest uzasadnione szerokim zakresem dodatkowych działań niezbędnych w związku z wdrożeniem nowej centralnej elektronicznej usługi w obszarze zdrowia. Minister Zdrowia będzie dążył do wykorzystania oszczędności powstałych w innych zadaniach na sfinansowanie powyższych wydatków, jednak w przypadku braku takiej możliwości wydatki budżetu państwa w części 46 mogą ulec zwiększeniu w stosunku do roku bazowego. W ramach skutków finansowych dla Narodowego Funduszu Zdrowia środki na realizację projektowanego rozwiązania w latach 2026–2027 zostaną uwzględnione na etapie tworzenia Prognozy kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2026–2028. W centralnej elektronicznej rejestracji zostanie wykorzystane narzędzie asystenta głosowego (voicebot). Wdrożenie tego rozwiązania jest finansowane ze środków KPO” (projekt „e-zdrowie KPO” w ramach inwestycji D.1.1.2).											
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	<i>*Przy wyliczeniu łącznej sumy kosztów kol. „Łącznie (0-10)” w tabeli w pkt 6 dokonano zaokrągleń w sposób zapewniający poprawne sumowanie kwot w tej kolumnie.</i> Przyjęte szacunkowe wyliczenia obejmują: 1. Koszt budowy i utrzymania systemu centralnej elektronicznej rejestracji, w tym koszt wysyłki wiadomości SMS do świadczeniobiorców z powiadomieniem dotyczącym wyznaczonego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oraz koszt narzędzia asystenta głosowego (voicebot), wynosi ok. 608 mln zł w całym okresie podlegającym szacowaniu (tj. w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian). Koszt ten obejmuje: 1) wytworzenie aplikacji (ok. 167 mln zł), obejmujące m.in. budowę usług związanych z umawianiem wizyt, dodatkowe reguły, raportowanie i sprawozdawczość, poprawki bezpieczeństwa, optymalizacje wydajnościowe oraz dostosowanie do kolejnych zakresów świadczeń. Koszty początkowe zostały oszacowane przy założeniu pracy 6 zespołów w składzie 10-osobowym, które będą realizować prace przez 22 dni, w cyklu 8 godzin pracy, po stawce 225 zł brutto za godzinę przez 12 kolejnych miesięcy (oraz 5 zespołów przez okres kolejnych 12 miesięcy), a pracochłonność określono na podstawie zaplanowanego zakresu zmian oraz szacowania eksperckiego. Kwota wynagrodzenia godzinowego członka zespołu w wysokości 225 zł brutto, przyjęta jako podstawa szacowania kosztów wytworzenia i rozwoju systemu centralnej elektronicznej rejestracji, nie była indeksowana, tzn. że nie uwzględniono wzrostu stawki w okresie szacowania. Wysokość tej kwoty jest bowiem określana w umowie z wykonawcami i co do zasady jest stała w trakcie trwania całej umowy. Dla rozwoju przyjęto, że koszty będą maleć o 25 % każdego roku przez 5 kolejnych lat, aby pozostać na poziomie 16 osobowego zespołu realizującego prace rozwojowe (modyfikacje systemu centralnej elektronicznej rejestracji). Taka dynamika wynika z dotychczasowych doświadczeń dotyczących innych masowych e-usług wdrażanych dla wszystkich świadczeniodawców i świadczeniobiorców.											

Szacowanie kosztów wytworzenia i rozwoju oprogramowania zostało przygotowane po podstawie następujących wniosków z wdrożenia dotychczasowych e-usług centralnych (gł. e-recepty i e-skierowania):

- koszty związane z rozwojem oprogramowania maleją sukcesywnie od momentu uruchomienia systemu,
- po wejściu w życie ustawy, zakłada się, że wraz z włączaniem nowych świadczeniodawców i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędne mogą okazać się dodatkowe zmiany rozwojowe systemu, polegające na poszerzaniu funkcjonalności systemu w odpowiedzi na potrzeby zgłaszane przez nowych użytkowników (świadczeniodawców i świadczeniobiorców),
- włączanie nowych zakresów świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją może wymagać wprowadzenia kolejnych zmian systemu centralnej elektronicznej rejestracji (np. zmiana warunków umawiania wizyt w związku ze specyfiką nowego zakresu świadczeń).

W pierwszych latach funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji wydatki te wyniosą ok. 20–30 mln zł rocznie. W kolejnych latach zakłada się, że potrzeby zmian i rozwoju systemu będą maleć, co przekłada się na pracochłonność oraz szacowane koszty. Z charakteru prac wynika, że nie nastąpi moment, w którym zostanie zakończona praca nad aplikacją (zostaną zakończone wydatki na budowę i rozwój aplikacji). W momencie uruchomienia (udostępnienia) aplikacji rozpoczyna się świadczenie usługi utrzymania systemu (wsparcie użytkowników, poprawa błędów itp.), jednak równolegle nadal są prowadzone prace rozwojowe aplikacji, które wymuszą konieczność zmian. W kolejnych latach ciężar zadań będzie przechodzić na zadania związane z utrzymaniem (będą one stanowiły większą część zadań). W związku z powyższym, osoby wykonujące zadania związane z budową aplikacji będą stopniowo przechodzić do realizacji zadań związanych z utrzymaniem systemu;

- 2) rozwijanie systemu oraz jego usług (w tym funkcjonowanie narzędzia asystenta głosowego – voicebot) wymagają infrastruktury oraz umowy licencji na wykorzystywane oprogramowanie (ok. 99 mln zł). Wśród niezbędnych kosztów należy wymienić m.in. licencje systemu do wirtualizacji, licencje dla systemów operacyjnych, fizyczne serwery, macierz i dyski, kontrolery, przełączniki LAN, licencje oprogramowania wspierającego, licencje oprogramowania do monitoringu, system backupu, wsparcie dla wykorzystywanych produktów komercyjnych. Koszt został oszacowany na podstawie kosztów faktycznie zrealizowanych postępowań i dostaw przez Centrum e-Zdrowia. Co 5 lat jest przewidziane odtworzenie infrastruktury oraz umów licencji na wykorzystywane oprogramowanie. Zakupy infrastruktury są bowiem realizowane cyklicznie (co 5 lat). Pierwszy cykl zakupów infrastruktury to lata od 2026–2028, kolejny cykl to lata 2030–2033. Ostatni zakup planowany w okresie szacowania to 2035 r. Przyjęto przy tym, że wartość zakupów w kolejnym cyklu będzie powiększona o 5 %;
- 3) uruchomienie systemu wymagające obsługi, wsparcia użytkowników oraz naprawy błędów, stałego nadzoru, monitoringu oraz realizacji prac administracyjnych, zwiększenia obsługi I linii wsparcia użytkowników oraz licencji systemu obsługi zgłoszeń oraz pozostałych usług m.in. związanych zarządzaniem infrastrukturą czy obsługą systemu backupu i logów. Wysokość kosztów została oszacowana na podstawie realizowanych przez Centrum e-Zdrowia umów dotyczących m.in. umów na budowę oraz usługę rozwoju oprogramowania (ok. 71 mln zł). Szacując koszt tych usług, uwzględniono trend w zakresie kształtowania kosztów tych usług na rynku w ostatnich latach i przyjęto coroczny wzrost tych kosztów o 10 %;
- 4) inne koszty dotyczące autoryzacji oraz usług telekomunikacyjnych: koszt przyjęcia wytworzonego oprogramowania do utrzymania (wyliczone na podstawie wytworzonego oprogramowania), koszt usług dodatkowych, usług chmurowych, których koszt jest wprost proporcjonalny do ilości wykorzystywanej infrastruktury lub usługi, a także koszt wysyłanych powiadomień (ok. 144 mln zł). W tej grupie kosztów ujęto również koszt usług telekomunikacyjnych związanych z funkcjonowaniem narzędzia asystenta głosowego (voicebot) (ok. 39 mln zł). Wśród powiadomień główny koszt stanowią powiadomienia SMS (koszt jednostkowy 8 groszy) przy liczbie blisko 57 mln wiadomości. Na tę liczbę składają się wiadomości dotyczące informacji o zapisaniu, przypomnieniu o wizycie, anulowaniu wizyty tj. wycofaniu zgłoszenia centralnego (co 20 wizyta), zmianie terminu (co 10 wizyta), wysyłania powiadomień o możliwości zapisania na stosunkowo bliski termin. Jednocześnie podczas szacowania założono coroczny wzrost kosztów w tej kategorii o 15 %. W przypadku narzędzia asystenta głosowego (voicebot) źródłem kosztów są połączenia ze świadczeniodawcami realizowane automatycznie przez narzędzie asystenta głosowego (voicebot) w przypadku, gdy świadczeniodawca nie ma możliwości odbioru wiadomości SMS (np. w przypadku, gdy posiada telefon stacjonarny). Zakłada się, że rocznie konieczność kontaktu asystenta głosowego (voicebot) będzie dotyczyć ok 25 % świadczeń, czyli ok. 12 mln świadczeniodawców. Dla oszacowania kosztów przyjęto, że czas trwania takiej rozmowy wyniesie ok. 180 sekund, a koszt jednej minuty połączenia wyniesie 0,09 zł. Łączny koszt w tej kategorii wydatków (koszty autoryzacji, bieżące koszty usług telekomunikacyjnych w tym narzędzia asystenta głosowego (voicebot) wyniesie ok. 183 mln zł;

- 5) koszty płacowe wynikające z konieczności utworzenia 26 nowych etatów w Centrum e-Zdrowia, niezbędnych do realizacji zadań związanych z obsługą centralnej elektronicznej rejestracji (ok. 83 mln zł). W celu wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji po stronie Centrum e-Zdrowia jest potrzebny co najmniej zespół 26 osób, który będzie realizował zadania niezbędne dla wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji.

Liczba etatów, wnioskowanych dla realizacji zadań związanych z wdrożeniem centralnej elektronicznej rejestracji została oszacowana w oparciu o dotychczasowe doświadczenie Centrum e-Zdrowia w zakresie wdrażania nowych e-usług centralnych (usług masowych dla całej populacji, które staną się jednocześnie krytycznymi usługami mającymi wpływ na funkcjonowanie każdego świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy) oraz szczegółową analizę pracochłonności nowych zadań niezbędnych dla wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji.

Realizując przedmiotowe zadanie, Centrum e-Zdrowia będzie korzystać również z dotychczasowych zasobów, gdyż w kluczowym momencie wdrożenia tej usługi np. wejścia w życie obowiązków, a tym samym możliwej kumulacji podmiotów chcących się zintegrować z centralną elektroniczną rejestracją, niezbędne będzie dodatkowe wsparcie osobowe zespołu po stronie Centrum e-Zdrowia.

Przy szacowaniu pracochłonności zadań po stronie Centrum e-Zdrowia, kluczowym parametrem analizy była skala wdrożenia rozwiązania oraz konieczność realizacji zadań w krótkim terminie. Centralna elektroniczna rejestracja powinna zostać wdrożona we wszystkich podmiotach realizujących zakresy świadczeń objęte nową usługą w krótkim czasie (6 miesięcy). Liczba tych podmiotów w pierwszej turze zakresów świadczeń to 3,6 tys. W kolejnych turach (planowanych od 2. połowy 2026 r.) liczba ta będzie kilkakrotnie wyższa. Ponadto Centrum e-Zdrowia jest operatorem usługi kluczowej, co skali wdrożenia docelowego centralnej elektronicznej rejestracji, stanowi istotny warunek dla zapewnienia niezbędnych zasobów osobowych po stronie Centrum e-Zdrowia.

W wyniku powyższych analiz określono następujący skład zespołu po stronie Centrum e-Zdrowia:

- zarządzanie i nadzór nad realizacją prac deweloperskich związanych z wytworzeniem i rozwojem systemu Kierownik Projektu oraz zespół deweloperski: zespół nadzorujący prace deweloperskie i testy, zespół analityków (analityk biznesowy, analityk systemowy), ekspert ds. bezpieczeństwa; początkowo 15 osób, docelowo 9 osób,
- nadzór nad realizacją usług utrzymania oraz realizacja zadań utrzymaniowych w zakresie Centrum e-Zdrowia (zespół wsparcia; początkowo 8 osób, docelowo 14 osób,
- wsparcie dostawców oprogramowania w integracji i rozwiązywaniu problemów – zespół wsparcia,
- rozwązywanie zgłoszonych zagadnień, zapytań i błędów – zespół wsparcia,
- współpraca z interesariuszami w zakresie obsługi zmian procesów – zespół wsparcia,
- realizacja szkoleń i zadań informacyjno-promocyjnych w zakresie wdrażanej usługi oraz włączania kolejnych zakresów do centralnej rejestracji – zespół ds. promocji: 2 osoby.

Zapotrzebowanie na poszczególne zadania będzie zależne od potrzeb, np. w pierwszym okresie większy udział będą stanowić osoby pracujące nad wytworzeniem aplikacji, a w mniejszym zakresie osoby związane z realizacją prac utrzymaniowych, natomiast po wdrożeniu oraz sukcesywnym uruchamianiu kolejnych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, proporcje będą się zmieniać na korzyść zespołu utrzymaniowego.

Centrum e-Zdrowia przeprowadzi ocenę efektywności realizowanych zadań po drugim i piątym roku funkcjonowania ustawy i w oparciu o jej wyniki, dokona redukcji etatów przeznaczonych na realizację zadań wynikających z przedmiotowej ustawy, jeśli wyniki te będą wskazywać na taką możliwość.

2. Koszty osobowe wynikające z konieczności utworzenia 6 nowych etatów w Ministerstwie Zdrowia, niezbędnych do realizacji zadań związanych z obsługą centralnej elektronicznej rejestracji (ok. 12 mln zł). Osoby te będą realizowały zadania związane z analizą zagadnień i zgłoszeń, skutkujących koniecznością dokonania zmian w centralnej elektronicznej rejestracji. Zmiany te mogą wynikać ze zidentyfikowanych błędów oraz potrzeb zmian procesów w celu ich usprawnienia i dostosowania do potrzeb świadczeniobiorców i świadczeniodawców. Zasoby kadrowe w liczbie 6 osób stanowią minimalny, niezbędny skład osobowy zespołu ze strony Ministerstwa Zdrowia, który będzie zaangażowany w zadania w obszarze centralnej elektronicznej rejestracji. Ministerstwo Zdrowia będzie również dodatkowo angażować się w zadania wynikające z centralnej elektronicznej rejestracji pracowników realizujących inne obowiązki, gdyż, ze względu na liczbę świadczeniodawców oraz mając na uwadze dotychczasowe doświadczenia przy wdrażaniu e-recept i e-skierowań, taki skład zespołu nie będzie wystarczający. Przy wyliczeniu wysokości kosztów z tytułu wynagrodzeń uwzględniono wskaźnik inflacji zgodnie z dokumentem „Wieloletni plan finansowy państwa na lata 2024–2027”, przyjmując dla lat 2028–2035 wartość inflacji 3 %.

Dane ujęte w tabeli w pkt 6 OSR zostały zaokrąglone. Szczegółowe wyliczenie kosztów zostało ujęte w załączniku do OSR.

		Ministerstwo Zdrowia przeprowadzi ocenę efektywności realizowanych zadań po drugim i piątym roku funkcjonowania ustawy i w oparciu o jej wyniki, dokona redukcji etatów przeznaczonych na realizację zadań wynikających z projektu ustawy, jeśli wyniki te będą wskazywać na taką możliwość.						
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Wejście w życie projektu ustawy poprawi proces obsługi zgłoszeń i zapisów świadczeniobiorców oczekujących na wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, co przełoży się na usprawnienie funkcjonowania świadczeniodawców. Świadczeniodawcy ci będą zobligowani do przekazywania harmonogramów przyjęć, prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Wejście w życie projektu ustawy poprawi proces obsługi zgłoszeń i zapisów świadczeniobiorców oczekujących na wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia, co przełoży się na usprawnienie funkcjonowania świadczeniodawców. Świadczeniodawcy ci będą zobligowani do przekazywania harmonogramów przyjęć, prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Wejście w życie projektu ustawy uprości i przyspieszy proces rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewni świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców.						
	osoby starsze i niepełnosprawne	Wejście w życie projektu ustawy uprości i przyspieszy proces rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewni świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców.						
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń								
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
☐ nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☒ zmniejszenie liczby procedur ☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.				☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy				
Komentarz: nie dotyczy.								
9. Wpływ na rynek pracy								
Projekt ustawy nie wywiera wpływu na rynek pracy.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny		☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:			☒ informatyzacja ☒ zdrowie			

☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe		
Omówienie wpływu	Celem projektu ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania określanego mianem centralnej elektronicznej rejestracji. System ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych założeń będzie służyć wprowadzenie elektronicznych rozwiązań centralnych takich jak przede wszystkim scentralizowany system zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej, w tym centralnie prowadzony wykaz oczekujących na ich udzielenie, wspólny dla wszystkich świadczeniodawców.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Przewiduje się, że ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2026 r, z wyjątkiem przepisów art. 1 pkt 2 lit. c, pkt 3 i 4 w zakresie art. 23f ustawy o świadczeniach, które wejdą w życie z dniem 1 lipca 2026 r. Z dniem 1 stycznia 2026 r. zostanie utworzona centralna elektroniczna rejestracja na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Wprowadzenie narzędzia asystenta głosowego w późniejszym terminie jest podyktowane koniecznością dostosowania i przetestowania tego narzędzia. Jednocześnie wydłużenie czasu na udostępnianie przez Narodowy Fundusz Zdrowia informacji świadczeniobiorcom o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wynika z konieczności przygotowania tego rozwiązania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Minister właściwy do spraw zdrowia przeprowadzi ewaluację efektów wprowadzenia ustawy po 5 latach jej obowiązywania. Ewaluacja będzie obejmować dynamikę zmian w zakresie liczby zgłoszeń centralnych w ramach kanałów komunikacji, o których mowa w projektowanym art. 23e ust. 3 ustawy o świadczeniach, rok do roku oraz liczbę zgłoszeń centralnych dokonanych w ramach ww. kanałów komunikacji do całkowitej liczby zgłoszeń centralnych w danym roku. Ewaluacja będzie obejmować również dynamikę zmiany w zakresie zmniejszenia liczby zapisów na świadczenia opieki zdrowotnej bezpośrednio u świadczeniodawcy, założony efekt to spadek o 50 % zapisów na świadczenia opieki zdrowotnej bezpośrednio u świadczeniodawcy, po 5 latach obowiązywania ustawy.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Załącznik nr 1. Wyliczenia szczegółowe – koszt realizacji centralnej elektronicznej rejestracji. Załącznik nr 2. Ocena skutków dla ochrony danych (DPIA – Data Protection Impact Assessment). Załącznik nr 3. Analiza pracochłonności MZ. Załącznik nr 4. Analiza pracochłonności CeZ. Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.		

Lata	Koszt utrzymania systemu centralnej elektronicznej rejestracji									WYDATKI CEZ	Wydatki pozapłacowe (koszt utworzenia nowego miejsca pracy)	Wydatki placowe MZ	Wydatki MZ RAZEM	Wskaźnik inflacji	Wydatki MZ RAZEM (skorygowane o wskaźnik inflacji)	RAZEM	
	Wytworzenie aplikacji		Infrastruktura oraz licencje (w tym asystent głosowy)		Utrzymanie		Pozostałe (m.in. usługi telekomunikacyjna)										Wydatki placowe CeZ
	bieżące	majątkowe	bieżące	majątkowe	bieżące	majątkowe	bieżące	bieżące - voicebot	majątkowe								
2026		32 313 600,00 zł		8 100 000,00 zł	5 000 000,00 zł		5 294 307,33 zł	3 378 549,16 zł		6 021 600,00 zł	60 108 056,49 zł	58 800,00 zł	995 400,00 zł	1 054 200,00 zł	3,3%	1 088 988,60 zł	61 197 045,09 zł
2027		26 928 000,00 zł		18 049 800,00 zł	5 250 000,00 zł		9 490 496,28 zł	3 479 905,63 zł		6 748 560,00 zł	69 946 761,91 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	2,5%	1 116 213,32 zł	71 062 975,23 zł
2028		21 542 400,00 zł		14 350 200,00 zł	5 512 500,00 zł		9 740 806,72 zł	3 584 302,80 zł		6 951 016,80 zł	61 681 226,32 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	3,0%	1 149 699,71 zł	62 830 926,04 zł
2029		17 233 920,00 zł			5 788 125,00 zł		10 442 781,07 zł	3 691 831,89 zł		7 159 547,30 zł	44 316 205,26 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	3,0%	1 184 190,71 zł	45 500 395,97 zł
2030		13 787 136,00 zł			6 077 531,25 zł		11 055 214,23 zł	3 802 586,84 zł		7 374 333,72 zł	42 096 802,04 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	3,0%	1 219 716,43 zł	43 316 518,47 zł
2031		11 029 708,80 zł		11 775 000,00 zł	6 381 407,81 zł		12 576 975,83 zł	3 916 664,45 zł		7 595 563,73 zł	53 275 320,62 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	3,0%	1 256 307,92 zł	54 531 628,54 zł
2032		8 823 767,04 zł		9 024 900,00 zł	6 700 478,20 zł		13 680 972,44 zł	4 034 164,38 zł		7 823 430,65 zł	50 087 712,71 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	3,0%	1 293 997,16 zł	51 381 709,87 zł
2033		8 823 767,04 zł		16 200 000,00 zł	7 035 502,11 zł		15 047 078,50 zł	4 155 189,31 zł		8 058 133,57 zł	59 319 670,53 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	3,0%	1 332 817,07 zł	60 652 487,60 zł
2034		8 823 767,04 zł		7 175 100,00 zł	7 387 277,22 zł		16 871 783,77 zł	4 279 844,99 zł		8 299 877,57 zł	52 837 650,59 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	3,0%	1 372 801,58 zł	54 210 452,17 zł
2035		8 823 767,04 zł			7 756 641,08 zł		18 970 194,83 zł	4 408 240,34 zł		8 548 873,90 zł	48 507 717,19 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	3,0%	1 413 985,63 zł	49 921 702,82 zł
2036		8 823 767,04 zł		14 471 250,00 zł	7 989 340,31 zł		21 383 367,55 zł	4 540 487,55 zł		8 805 340,12 zł	66 013 552,56 zł		1 075 032,00 zł	1 075 032,00 zł	3,0%	1 456 405,20 zł	67 469 957,77 zł
ŁĄCZNIE	0,00 zł	166 953 600,00 zł	0,00 zł	99 146 250,00 zł	70 878 802,99 zł	0,00 zł	144 553 978,53 zł	38 731 279,79 zł	0,00 zł	83 386 277,37 zł	608 190 676,22 zł	58 800,00 zł	11 745 720,00 zł	11 804 520,00 zł		13 885 123,33 zł	622 075 799,55 zł



Ministerstwo Zdrowia

Szablon oceny skutków dla ochrony danych (DPIA - Data Protection Impact Assessment) dla projektów aktów normatywnych Ministra Zdrowia, które mogą wywierać wpływ na obszar danych osobowych

Szablon dokumentujący przeprowadzenie w fazie projektowania aktu normatywnego oceny skutków planowanych operacji dla ochrony danych osobowych – analiza *DPIA* (*Data Protection Impact Assessment*). Przeprowadzenie oceny skutków dla ochrony danych dla określonego rodzaju projektów aktów prawnych w ramach oceny skutków regulacji stanowi realizację postanowień przepisu art. 35 RODO¹. Szablon powinien być uzupełniony na etapie planowania projektu aktu normatywnego, który może wywierać wpływ na obszar danych osobowych, lub którego przyjęcie będzie wiązało się ze zmianą istniejącego procesu w tym zakresie. Szablon znajduje zastosowanie do oceny skutków dla ochrony danych prowadzonych w procesie legislacyjnym.

Przeprowadzenie oceny skutków dla ochrony danych jest przede wszystkim wymagane gdy dany rodzaj przetwarzania – w szczególności z użyciem nowych technologii – ze względu na swój charakter, zakres, kontekst i cele z dużym prawdopodobieństwem może powodować wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych. Przeprowadzenie oceny jest wymagane w przypadkach wskazanych w cz. III niniejszego szablonu oceny.

Komórka organizacyjna odpowiedzialna za przygotowanie aktu normatywnego	<i>Departament e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia</i>
Dyrektor komórki organizacyjnej przygotowującej projekt aktu normatywnego	<i>Wojciech Demediuk</i>
I. WSTĘPNE INFORMACJE O PROJEKCIE AKTU NORMATYWNEGO	

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 4.03.2021, str. 35).

1	Tytuł projektu aktu normatywnego	Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw
2	Przedmiot projektu aktu normatywnego	Celem projektowanej ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania, zwanego dalej „centralną elektroniczną rejestracją”. W założeniu projektodawcy system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych założeń będzie służyć wprowadzenie elektronicznych rozwiązań centralnych takich jak przede wszystkim scentralizowany system zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz centralnie prowadzony wykaz oczekujących na ich udzielenie, wspólny dla wszystkich świadczeniodawców, zwany w funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn.zm.), zwaną dalej „ustawą o SIOZ”, poczekalnią.
3	W przypadku rozporządzeń: podstawa prawna wydania rozporządzenia	Nie dotyczy.
4	Czy po wejściu w życie aktu normatywnego jego przepisy będą stanowiły podstawę przetwarzania danych osobowych? Jeżeli tak, to należy wskazać projektowany przepis lub przepisy, które będą stanowiły podstawę przetwarzania.	Tak. Art. 1 projektu ustawy w zakresie następujących przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” Art. 23c ust. 3-5, 8 i 9, Art. 23e ust. 3, Art. 23 f Art. 188 ust. 1 pkt 14, Art. 188e ust. 4 pkt 35 Art. 2 projektu ustawy w zakresie pkt 1 i 2 a-c; Art. 3 projektu ustawy w zakresie pkt 1, 2, 4, 5, 6 i 8.
5	Czy po wejściu w życie aktu normatywnego jego przepisy będą stanowiły podstawę wykonywania zadań przez organy publiczne lub inne podmioty i czy będą precyzować operacje przetwarzania danych osobowych podejmowane przez te podmioty?	Tak. Zgodnie z treścią przepisów zadania określone w projekcie ustawy będą realizowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, zwanym dalej „Centrum e-Zdrowia”.

6	Czy po wejściu w życie aktu normatywnego jego przepisy będą stanowiły podstawę do udostępniania danych osobowych pomiędzy podmiotami (w szczególności organami publicznymi), w tym z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych?	Tak
7	Czy w procesach przetwarzania, które będą realizowane po wejściu w życie aktu normatywnego, wykorzystywane będą nowe technologie ² ?	Tak. W ramach centralnej elektronicznej rejestracji wykorzystywana będzie funkcjonalność asystenta głosowego w zakresie przypomnienia o zbliżającej się wizycie, potwierdzenia obecności pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełożenia lub anulowania wizyty. Asystent głosowy wykorzystuje technologię przetwarzania mowy i logiki decyzyjnej, co kwalifikuje go jako system sztucznej inteligencji zgodnie z art. 3 AI Act (Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z dnia 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji oraz zmiany rozporządzeń (WE) nr 300/2008, (UE) nr 167/2013, (UE) nr 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 i (UE) 2019/2144 oraz dyrektyw 2014/90/UE, (UE) 2016/797 i (UE) 2020/1828 (akt w sprawie sztucznej inteligencji))
8	Czy po wejściu w życie projektowany akt normatywny będzie miał wpływ na osoby fizyczne, a jeżeli tak to jaki?	Tak. Projektowane rozwiązanie wpłynie na sytuację osób fizycznych poprzez udostępnienie funkcjonalności samodzielnego wyszukiwania przez świadczeniobiorców dostępnych terminów udzielania wybranych świadczeń i dokonywania przez nich zgłoszeń centralnych. Ponadto rozwiązanie wpłynie na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewni świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców.
9	Rola Ministra Zdrowia w rozumieniu art. 4 pkt 7 RODO ³	Rola prawodawcza. Centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona wykorzystaniu funkcjonalności Systemu P1, systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust.1 ustawy o SIOZ, której administratorem jest Minister Zdrowia. Prowadzi politykę państwa w zakresie ochrony zdrowia.
10	Czy w związku z rozpoczęciem	Tak

² Brak definicji nowych technologii (zależy od kontekstu/okoliczności). Jedną z możliwych (przykładowych) definicji znajduje się w art. 2 pkt 114 rozporządzenia Komisji (UE) Nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r. uznające niektóre rodzaje pomocy za zgodne z rynkiem wewnętrznym w zastosowaniu art. 107 i 108 Traktatu (Dz. Urz. UE L 187 z 26.6.2014, str. 1) - nowa i innowacyjna technologia oznacza nową i niesprawdzoną technologię w porównaniu z aktualną sytuacją w branży, która to technologia niesie z sobą ryzyko niepowodzenia technologicznego lub przemysłowego i nie stanowi optymalizacji ani udoskonalenia istniejącej technologii.

³ Czy tylko prawodawcza? Czy po przyjęciu aktu powstanie zbiór danych, których administratorem lub współadministratorem danych osobowych będzie Minister Zdrowia?

	przetwarzania po wejściu w życie aktu normatywnego powstanie zbiorów danych, których administratorem lub współadministratorem danych osobowych będzie Minister Zdrowia?	
11	Zakres podmiotowy aktu normatywnego ⁴	Minister Zdrowia, jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informatycznych ochrony zdrowia, NFZ, podmioty udostępniające harmonogramy przyjęć w ramach centralnej elektronicznej rejestracji
12	Na jakim obszarze będą przetwarzane dane osobowe (na terenie Polski/UE/EOG)? ⁵	Na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
13	Źródło pozyskiwania danych ⁶	Zgłoszenie centralne jest podstawą do przydzielenia terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w ramach centralnej elektronicznej rejestracji. Zgłoszenia centralnego można dokonać: 1) za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy o SIOZ; 2) bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej.
14	Czy projekt aktu normatywnego przewiduje przekazywanie danych poza UE lub organizacjom międzynarodowym ⁷	Nie dotyczy.
15	Planowany termin rozpoczęcia przetwarzania danych osobowych przez administratora/ administratorów, których dotyczy akt normatywny	Wejście w życie projektowanych rozwiązań jest uzależnione od czasu trwania procesu legislacyjnego
II. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O PROJEKCIE AKTU NORMATYWNEGO		

⁴ Instytucje, organy, podmioty które staną się administratorami/współadministratorami danych osobowych.

⁵ Na jakim obszarze będą przetwarzane dane osobowe (jeżeli na etapie projektowania można wskazać)?

⁶ Czy dane będą pozyskiwane bezpośrednio od osób fizycznych lub udostępniane przez inny podmiot?

⁷ Jeżeli na etapie projektowania można wskazać.

1	Opis planowanej operacji przetwarzania ⁸	Przetwarzanie danych odbywać się będzie w ramach scentralizowanego systemu zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz centralnego wykazu oczekujących na ich udzielenie, wspólnego dla wszystkich świadczeniodawców przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ.
2	Opis kontekstu przetwarzania ⁹	Świadczeniodawcy będą obowiązani udostępniać w systemie centralnej elektronicznej rejestracji swoje harmonogramy przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia dotyczącymi świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją. Centralna elektroniczna rejestracja na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listę oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzoną dotychczas osobno przez każdego świadczeniodawcę. Centralna elektroniczna rejestracja będzie dotyczyć świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom zgłaszającym się po raz pierwszy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oraz świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie. Analogicznie jak w obecnie funkcjonującym modelu świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wyznaczać będzie świadczeniodawca, u którego leczenie jest kontynuowane, zgodnie z planem leczenia świadczeniobiorcy. W przypadku świadczeniobiorców zgłaszających się po raz pierwszy na świadczenie opieki zdrowotnej podstawę do wyznaczenia terminu jego udzielenia stanowić będzie zgłoszenie centralne. Zgłoszenie centralne stanowi oświadczenie świadczeniobiorcy o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia złożone przez niego samego lub osobę trzecią. Co istotne w jego ramach dokonujący centralnego zgłoszenia może określić kryteria dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej, które ma zostać udzielone świadczeniobiorcy.
3	Rodzaj danych osobowych (zwykłe/szczególnej kategorii) ¹⁰	Zwykłe dane osobowe oraz dane dotyczące zdrowia. W przypadku przetwarzania głosu wprowadzono w projekcie przepisy potwierdzające brak jego wykorzystania do celów biometrycznych (identyfikacji, weryfikacji).
4	Zakres danych osobowych ¹¹	Na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, Systemie P1 są przetwarzane następujące dane:

⁸ Wynika z: art. 35 ust. 7 lit. a RODO. W opisie należy uwzględnić charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania (motyw 90 RODO) oraz przedstawić funkcjonalny opis operacji przetwarzania, tj. w jaki sposób dane będą gromadzone, wykorzystywane, przechowywane i usuwane (cykl życia danych), skąd będą pochodzić, komu będą udostępniane (przepływ danych), czy będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany czy nie.

⁹ Jaka będzie natura relacji osób fizycznych z administratorem, kontrola nad danymi, wykorzystanie danych, czy dotyczy dzieci lub grup szczególnie wrażliwych, czy istnieją obawy dotyczące tego rodzaju przetwarzania lub luk w zabezpieczeniach, czy rozwiązanie jest innowacyjne/nawatorskie, jaki jest obecny stan technologii w dziedzinie, czy są kwestie budzące obawy opinii publicznej które należy wziąć pod uwagę.

¹⁰ Należy wskazać, czy przetwarzanie dotyczy zwykłych danych osobowych (np. imię i nazwisko, numer telefonu, numer PESEL) czy szczególnej kategorii danych osobowych (np. dane dotyczące zdrowia, dane genetyczne, dane biometryczne – wskazane w art. 9 ust. 1 RODO).

¹¹ Należy wskazać dane osobowe, których przetwarzanie dotyczy (należy wymienić cały wolumen danych, np. imię, nazwisko, numer PESEL, itp.).

		1) o których mowa w art. 23c ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach; 2) zawarte w centralnym wykazie oczekujących, o którym mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b ustawy o świadczeniach; 3) zawarte w zgłoszeniu centralnym, o którym mowa w art. 23e ust. 1 ustawy o świadczeniach. Przetwarza się dane: 1) o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b–f oraz h; 2) o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. n oraz o ustawy o SIOZ, jeżeli dotyczy; 3) zawarte w skierowaniu, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581), a w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 59aa ust. 2, także kod dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2, oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, albo klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1; 4) unikalny numer identyfikujący karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, datę wydania decyzji o założeniu karty i rozpoznanie, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. b, g oraz k ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, oraz odpowiedni etap diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1, jeżeli dotyczy; 5) unikalny numer identyfikujący elektroniczną Kartę Opieki Kardiologicznej, o której mowa w art. 40 ust 1 pkt 6 lit. i ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej; 6) informacja o kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, ustalonej na podstawie skierowania, jeżeli dotyczy, albo, o kryteriach medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 i ust. 15; 7) inne istotne do przyjęcia zgłoszenia centralnego dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy.. Zakres danych obejmuje również: imię i nazwisko pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej oraz jego identyfikator, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy o SIOZ. W przypadku pozyskania danych osobowych nieistotnych dla przypisania pacjenta (np. dotyczących osób trzecich), dane te są niezwłocznie usuwane.
--	--	---

5	Zasoby, z którymi będą miały styczność dane osobowe (jeśli znane) ¹²	sprzęt komputerowy, oprogramowanie, sieci, osoby, systemy
6	Informacja o odbiorcach danych osobowych ¹³	Dane będą przekazywane NFZ w celu: 1) kontrolowania prawidłowości realizacji przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w ust. 3; 2) rozliczania kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej; 3) monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej; 4) rozpatrywania wniosków świadczeniobiorców, o których mowa w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1 ustawy o świadczeniach. Dane będą także przetwarzane przez Centrum e-Zdrowia w celu zapewnienia poprawności działania systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, tzw. systemu P1 służącemu do prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji. Centrum e-Zdrowia występuje w roli podmiotu przetwarzającego w związku z zawartym z Ministrem Zdrowia (administratorem danych osobowych gromadzonych w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ) porozumieniem w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych. W przypadkach nieuregulowanych w ustawie zastosowanie znajduje uniwersalna zasada, zgodnie z którą dane mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom, które uprawnione są do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa lub podmiotom, którym administrator powierzył przetwarzanie danych osobowych na podstawie zawartej umowy lub porozumienia. NFZ przekaze do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ dane przetwarzane w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych, o których mowa w art. 188e ustawy o świadczeniach pozwalające na dokonywanie oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego, w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania centralnego zgłoszenia na świadczenie realizowane w ramach programu zdrowotnego. Każda operacja dostępu do danych w ramach systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ (w tym przez Centrum e-Zdrowia lub NFZ) jest logowana z podaniem użytkownika, zakresu, daty i celu przetwarzania.

¹² Aktywa, np. sprzęt komputerowy, oprogramowanie, sieci, osoby, opracowania lub kanały transmisji, systemy teleinformatyczne.

¹³ „Odbiorca” zgodnie z art. 4 pkt. 9 RODO oznacza osobę fizyczną lub prawną, organ publiczny, jednostkę lub inny podmiot, któremu ujawnia się dane osobowe, niezależnie od tego, czy jest stroną trzecią. Organy publiczne, które mogą otrzymywać dane osobowe w ramach konkretnego postępowania zgodnie z prawem Unii lub prawem państwa członkowskiego, nie są jednak uznawane za odbiorców.

7	Okres przechowywania danych osobowych ¹⁴	Nagrania dźwięku uzyskane w wyniku prowadzenia usługi asystenta głosowego zawierające dane osobowe i jednostkowe dane medyczne, o których mowa art. 23c ust. 4 projektu ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia przechowywać będzie przez okres nie dłuższy niż 3 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane. Nagrania i transkrypcje są pseudonimizowane i szyfrowane zgodnie z aktualnymi standardami bezpieczeństwa.
8	Cel operacji przetwarzania ¹⁵	Celem projektowanej ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej – centralnej elektronicznej rejestracji, umożliwiającego ustalanie kolejności ich udzielania. W założeniu projektodawcy system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Dane osobowe określonej osoby fizycznej będą przetwarzane wyłącznie w celu wyznaczenia, a także zmiany lub odwołania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.
9	Ocena niezbędności oraz proporcjonalności ¹⁶	Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozwiązania środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu. Przetwarzanie realizacji nowego rozwiązania dotyczącego nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz ustalania kolejności ich udzielania. Istnieje alternatywa dokonywania zgłoszenia centralnego w postaci rejestracji przez IKP oraz bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej. Asystent

¹⁴ Okres przez który dane osobowe będą przechowywane, a gdy nie jest to możliwe – kryteria ustalenia tego okresu.

¹⁵ Jaki jest cel przetwarzania, jaki cel zostanie osiągnięty, jaki jest zamierzony wpływ na osoby. Zgodnie z art. 5 ust. 1 lit. b RODO dane osobowe muszą być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach i nieprzetwarzane dalej w sposób niezgodny z tymi celami.

¹⁶ Czy przetwarzanie rzeczywiście jest konieczne, czy istnieje inny sposób na osiągnięcie tego samego celu lub wyniku? W jaki sposób zapewniona zostanie poprawność gromadzonych danych? Czy zapewniona zostanie minimalizacja danych? Czy osoby będą miały możliwość realizacji praw? Środki, których podjęcie jest planowane w celu zapewnienia przestrzegania RODO uwzględniając:

- 1) środki przyczyniające się do proporcjonalności i niezbędności przetwarzania, z uwzględnieniem następujących aspektów:
 - a) konkretne, wyraźne i prawnie uzasadnione cele (art. 5 ust. 1 lit. b RODO),
 - b) zgodność przetwarzania z prawem (art. 6 RODO),
 - c) dane adekwatne, stosowne oraz ograniczone do tego, co niezbędne do celów, w których są przetwarzane (art. 5 ust. 1 lit. c RODO),
 - d) ograniczony czas przechowywania (art. 5 ust. 1 lit. e RODO);
- 2) środki przyczyniające się do zachowania praw osób, których dane dotyczą:
 - a) poinformowanie osoby, której dane dotyczą (art. 12, 13, 14 RODO),
 - b) prawo dostępu, sprostowania, usunięcia danych, prawo do sprzeciwu, ograniczenia przetwarzania oraz przenoszenia danych osobowych (art. 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 RODO),
 - c) relacje z podmiotem przetwarzającym dane (art. 28 RODO),
 - d) zabezpieczenia przy międzynarodowym przekazywaniu danych (rozdział V RODO),
 - e) uprzednie konsultacje (art. 36 RODO).

		głosowy stanowi funkcję wspierającą, a nie jedyną metodę zgłoszenia.	
III. KRYTERIA KONIECZNOŚCI PRZEPROWADZENIA OCENY (ocena bezwzględnie wymagana)¹⁷			
a) Art. 35 ust. 3 lit. a RODO	Systematyczna, kompleksowa ocena czynników osobowych odnoszących się do osób fizycznych, która opiera się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu, i jest podstawą decyzji wywołujących skutki prawne wobec osoby fizycznej lub w podobny sposób znacząco wpływających na osobę fizyczną		Tak
b) Art. 35 ust. 3 lit. b RODO	Przetwarzanie na dużą skalę szczególnych kategorii danych osobowych, o których mowa w art. 9 ust. 1, lub danych osobowych dotyczących wyroków skazujących i naruszeń prawa, o których mowa w art. 10		Tak
c) Art. 35 ust. 3 lit. c RODO	Systematyczne monitorowanie na dużą skalę ¹⁸ miejsc dostępnych publicznie		Nie
d) Art. 35 ust. 4 RODO	Wykaz rodzajów operacji przetwarzania podlegających wymogowi dokonania oceny skutków dla ochrony danych (ogłoszone w Komunikacie Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych z dnia 17 czerwca 2019 r. ¹⁹)		Nie
IV. IDENTYFIKACJA I OCENA RYZYKU DLA PRAW LUB WOLNOŚCI OSÓB FIZYCZNYCH W WYNIKU WEJŚCIA W ŻYCIE AKTU NORMATYWNEGO			
Ryzyko (-a) (<i>należy opisać jego źródło i charakter potencjalnego wpływu na poszczególne osoby</i>)	Prawdopodobieństwo szkody (<i>nie występuje, jest możliwe lub prawdopodobne</i>)	Dotkliwość szkody (<i>minimalna, znacząca lub poważna</i>)	Poziom ryzyka (<i>niski, średni lub wysoki</i>)
zagrożenia związane z przetwarzaniem danych głosowych (pseudonimizacja, przechowywanie, dostępność)	jest możliwe	znaczące	średni
brak przejrzystości przetwarzania dla świadczeniobiorcy	jest możliwe	znaczące	średni

¹⁷ Kryteria konieczności przeprowadzenia oceny skutków dla ochrony danych, o których mowa w art. 35 ust. 3 RODO.

¹⁸ Zgodnie z motywem 91 RODO operacje przetwarzania o dużej skali to operacje, które służą przetwarzaniu znacznej ilości danych osobowych na szczeblu regionalnym, krajowym lub ponadnarodowym i które mogą wpłynąć na dużą liczbę osób, których dane dotyczą, oraz które mogą powodować wysokie ryzyko.

¹⁹ M.P. z 2019 r. poz. 666 (<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WMP20190000666>).

brak możliwości realizacji praw osoby fizycznej (w tym prawa do interwencji człowieka, wyjaśnienia decyzji, korekty lub sprzeciwu wobec decyzji podjętej automatycznie przez voicebota)	jest możliwe	znaczące	średni	
nieuprawniony dostęp do danych, nieuprawniona modyfikacja danych, zniszczenie zasobu, atak odmowy dostępu	jest możliwe	znacząca	średni	
wyciek danych – naruszy dobra osobiste chronione prawem cywilnym	jest możliwe	znacząca	średni	
zablokowanie dostępu do danych, zniszczenie danych – może mieć też wpływ na wyniki analiz danych	jest możliwe	znacząca	średni	
przełamanie fizycznych barier chroniących serwer i fizyczne zniszczenie serwera	jest możliwe	znacząca	średni	
ingerencja w oprogramowanie serwera lub fizyczne jego zniszczenie	jest możliwe	znacząca	średni	
ryzyko niewłaściwego przypisania lub odrzucenia świadczenia na podstawie błędnej analizy głosu	jest możliwe	znacząca	średni	
V. OKREŚLENIE ŚRODKÓW MAJĄCYCH NA CELU ZMNIEJSZENIE RYZYKA ²⁰				
Identyfikacja środków, które można podjąć, aby zmniejszyć lub wyeliminować ryzyko zidentyfikowane jako średnie lub wysokie ryzyko w cz. IV. Środki planowane w celu zaradzenia ryzyku (zabezpieczenia, środki i mechanizmy bezpieczeństwa mających zapewnić ochronę danych osobowych)				
Ryzyko (-a)	Środki planowane w celu zaradzenia ryzyku (należy opisać i wymienić)	Wpływ na ryzyko (wyeliminowanie, redukcja)	*Poziom ryzyka po wprowadzeniu środków (niski, średni, wysoki)	Środek zatwierdzony (tak/nie)

²⁰ Jeżeli w tabeli IV zostało zdefiniowane ryzyko na poziomie „średnim lub wysokim należy uzupełnić tabelę nr V.

zagrożenia związane z przetwarzaniem danych głosowych (pseudonimizacja, przechowywanie, dostępność)	Szyfrowanie nagrań i transkrypcji - Dostęp wyłącznie dla uprawnionych administratorów systemu - Ograniczenie okresu przechowywania (3 lat max, zgodnie z ustawą)	Redukcja	niski	w trakcie
brak przejrzystości przetwarzania dla świadczeniobiorcy	Klauzula informacyjna prezentowana przed rozpoczęciem zgłoszenia (przez voicebota lub w IKP) - Informacja o możliwości kontaktu ze świadczeniodawcą lub informacje w IKP	Redukcja	niski	w trakcie
ingerencja w oprogramowanie serwera lub fizyczne jego zniszczenie	Zarządzanie aktualizacjami i poprawkami systemu (patch management) - Hardenizacja serwerów i kontrola integralności plików - Zabezpieczenia BIOS/UEFI i dostęp fizyczny tylko dla administratorów - Monitoring pracy systemów i automatyczne alerty	Redukcja	niski	tak
przetłamanie fizycznych barier chroniących serwer i fizyczne zniszczenie serwera	- Kontrola dostępu fizycznego (RFID, monitoring, strefy ograniczone) - Systemy alarmowe i czujniki środowiskowe (pożar, zalanie)	Redukcja	niski	tak

	- Redundancja geograficzna serwerowni - Ochrona 24/7 i dokumentacja wejść/wyjść			
zablokowanie dostępu do danych, zniszczenie danych – może mieć też wpływ na wyniki analiz danych	- Regularne kopie zapasowe (backupy) offline - Odseparowanie środowiska testowego od produkcyjnego - Archiwizacja długoterminowa danych krytycznych - Replikacja danych w środowisku HA (wysoka dostępność)	Redukcja	niski	tak
wyciek danych – naruszy dobra osobiste chronione prawem cywilnym	- Szyfrowanie danych w spoczynku i transmisji (TLS 1.3, AES-256) - Monitorowanie incydentów i system wczesnego wykrywania - Szkolenia personelu i scenariusze naruszeń - Procedura reagowania na incydenty zgodna z RODO i ISO/IEC 27001	redukcja	niski	tak
nieuprawniony dostęp do danych, nieuprawniona modyfikacja danych, zniszczenie zasobu, atak odmowy dostępu	Silne uwierzytelnianie użytkowników (MFA, kontrola ról) - Rejestrowanie i audyt dostępu (logi SIEM) - Segmentacja sieci i firewallle	Redukcja	niski	tak

	- Ochrona przed atakami DDoS (CDN, WAF) - Regularne testy penetracyjne i aktualizacje bezpieczeństwa systemu			
Nieprawidłowe przypisanie terminu przez AI (voicebot)	Regularna weryfikacja działania algorytmu na podstawie zgłoszonych błędów	Redukcja	niski	w trakcie implementacji
Nieuprawniony dostęp do danych osobowych w systemie CER	Kontrola dostępu na zasadzie „need to know” (uprawnienia indywidualne) - Rejestrowanie wszystkich operacji (logi) z audytem aktywności - Szyfrowanie danych w bazach i transmisji	Redukcja	niski	tak
Przypadkowe zebranie danych nieistotnych lub danych osób trzecich przez voicebota	Usuwanie danych nieistotnych niezwłocznie	Redukcja	niski	w trakcie implementacji
Brak możliwości realizacji praw pacjenta (interwencja człowieka, korekta, wyjaśnienie decyzji)	Umożliwienie kontaktu ze świadczeniodawcą, do którego dokonano zgłoszenia - Możliwość korekty lub anulowania zgłoszenia przez pacjenta w IKP - Dokumentowanie zasad działania voicebota	Redukcja	niski	tak

*W przypadku, gdy zidentyfikowane zostanie wysokie ryzyko i pomimo zastosowanych środków minimalizujących poziom nie ulegnie zmianie należy przeprowadzić uprzednie konsultacje z Prezesem Urzędu Ochrony Danych Osobowych w trybie art. 36 RODO

VI. KONSULTACJE Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH ²¹		☒
Ewentualne uwagi (zalecenia)		

²¹ Zgodnie z § 9 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2023 r. w sprawie prowadzenia prac legislacyjnych w Ministerstwie Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2023 r. poz. 107) komórka organizacyjna przygotowując ocenę skutków dla ochrony danych, w przypadku wątpliwości może konsultować ją z Inspektorem Ochrony Danych w Ministerstwie.

Założenia:	Kwota
Wynagrodzenie miesięczne/ os brutto/ średnie dla członków Zespół w MZ (uwzględnia koszty pracodawcy, bez 13 pensji) Dane na podstawie wynagrodzeń dotychczas zaangażowanych pracowników	13 825,00
Wynagrodzenie RBH	78,55
Liczba roboczodni w msc	17,00

Zespół MZ	Liczba osób	Liczba roboczodni/msc
Zespół (13 os)	13	221
Kierownik	1	17
Biuro	1	17
Analitik biznesowy/ekspert merytoryczny (DL, DOK)	4	68
Kontakty ze świadczeniodawcami i Pacjentami	5	85
Koordinator działań info-promo	1	17
Expert ds. prawnych (w ramach wyd. WWP)	1	17

Podstawa szacowania
częstotliwość (ile razy – np. tygodniowo, miesięcznie, rocznie),
czas trwania procedury/wykonywania danej czynności (z uwzględnieniem np. Kierownika),
liczba dodatkowych spraw (biorąc pod uwagę zakładaną liczbę interesariuszy)
dane dot. częstotliwości występowania podobnych spraw

Kierownik			
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w	łącznie roboczodni
Przygotowanie i aktualizacja dokumentacji (w tym na KS)	0,5	1	0,5

Spotkania statusowe Zespół	0,1	15	1,5
Spotkania statusowe z Kierownictwem	0,25	4	1
Przygotowanie raportów statusowych dla Zespołu	0,25	8	2
Przygotowanie raportów dla Kierownictwa	0,5	4	2
Udział w spotkaniach merytorycznych	2	4	8
Inne sprawy zarządcze	0,5	4	2
Suma	4,1		
Całkowite obciążenie pracą			17

Biuro			
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Wsparcie Kierownika w przygotowaniu i aktualizacji dokumentacji	0,5	1	0,5
Spotkania statusowe Zespołu	0,1	15	1,5
Wsparcie Kierownika w koordynowaniu prac Zespołu	0,5	4	2
Wsparcie Kierownika w przygotowaniu raportów statusowych	0,5	4	2
Przygotowywanie pism informacyjnych, zapraszających do interesariuszy projektu	2,8	4	11
Suma	4,4		
Całkowite obciążenie pracą			17

Analitik biznesowy/ekspert merytoryczny			
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Spotkania statusowe Zespołu	0,1	15	1,5
Udział w spotkaniach merytorycznych	1	4	4
Przeprowadzenie analizy zagadnień	1	4	4

Przygotowanie wymagań biznesowych dla zagadnień	1,4	4	5,5
Spotkania ze świadczeniodawcami i dostawcami	0,25	8	2
Suma	3,7		
Całkowite obciążenie pracą			17

Kontakty ze świadczeniodawcami i Pacjentami

Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Spotkania statusowe Zespołu	0,1	15	1,5
Kontakty ze świadczeniodawcami i dostawcami (informacje, wyjaśnienia)	1,5	4	6
Kontakty z pacjentami, organizacjami pacjenckimi (informacje, krótkie prezentacje)	1,0	4	4
Udzielanie odpowiedzi na pytania użytkowników - pacjentów i prawników świadczeniodawców, analiza i udzielanie odpowiedzi na zgłoszenia dot. zmian i błędów (skrzynka CeR MZ, Kancelaria, sekretariaty DMZ)	1,4	4	5,5
Suma	4,0		
Całkowite obciążenie pracą			17

Koordinator działań info-promo

Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Spotkania statusowe Zespołu	0,1	15	1,5
Przygotowanie materiałów informacyjnych	1	4	4
Przygotowanie odpowiedzi na zapytania prasowe	0,5	4	2
Koordynacja działań info-promo MZ, NFZ, CeZ	0,5	4	2
Prezentacje dla interesariuszy projektu	0,5	12	6
Monitorowanie informacji w mediach o CeR	0,4	4	1,5
Suma	3,0		
Całkowite obciążenie pracą			17

Expert ds. prawnych (w ramach wydz. WWP)

Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Spotkania statusowe Zespołu	0,1	15	1,5
Przygotowanie i aktualizacji aktów wykonawczych do ustawy	1	4	4
Współpraca z NFZ w przygotowaniu przepisów i umów po stronie NFZ	0,9	4	3,5
Udzielanie odpowiedzi na pytania prawne Zespół i interesariuszy projektu	2	4	8
Suma	4,0		
Całkowite obciążenie pracą			17

Sposób realizacji zadań	Czy możliwe?
Zlecenie realizacji zadań na zewnątrz urzędu	Nie
Powołanie zewnętrznego ciała (np. z udziałem przedstawicieli interesariuszy) realizującego zadania	Nie
Rozważanie realizacji zadań przez obecnych pracowników	Tak
Wykorzystanie rozwiązań technologicznych zmniejszających obciążenia związane z realizacją zadania	Tak
Utworzenie nowych etatów w jednostce	Tak

Zespół MZ	Liczba osób	Sposób realizacji	
Zespół (13 os)		Zasoby MZ przeniesione z innych zadań	Nowe etaty
RAZEM:	13	7	6
Kierownik	1	1	
Biuro	1	1	
Analitik biznesowy/ekspert merytoryczny (DL, DOK)	4	2	2
Kontakty ze świadczeniodawcami i Pacjentami	5	1	4

Koordinator działań info-promo	1	1
Expert ds. prawnych (w ramach wyd. WWP)	1	1

	Liczba roboczodni dla brakujących etatów	Liczba Rbh dla brakujących etatów
Roczna pracochłonność 6 pracowników (w godzinach):	1 224	9 792
Liczba dni roboczych w roku		252
Liczba dni urlopowych 1 pracownika w roku		26
Liczba dni chorobowych 1 pracownika w roku		10
Liczba dni szkoleniowych 1 pracownika w roku		7
Liczba godzin poświęconych przez 6 pracowników swoim zadaniom w dniu roboczym		46,85
Liczba godzin przypadająca w dniu roboczym na 1 pracownika		7,81
Zapotrzebowanie na etaty pracownicze w związku z nowymi zadaniami		6 etatów

6 etatów KSC w skali 12 m-cy (rok 2 - 2025)				
Dane w zakresie wynagrodzeń do OSR - na podstawie Rb-70 I kwartał 2023	Zatrudnienie w CeR w 2025 r. - etaty	Średnie wynagrodzenie miesięczne brutto brutto w zł	Średnie wynagrodzenie miesięczne brutto (dla pracownika)	Średnie wynagrodzenie miesięczne netto na etat (dla pracownika)
wynagrodzenia osobowe MZ wg Rb-70 I kw.2023	6	13 825,00	11 500,00	8 169,25
Koszty dla 6 etatów MZ w skali msc	6	82 950,00	69 000,00	49 015,50

OSR	Liczba etatów	Kwota roczna
Kwota w OSR w roku 0	6	995 400,00
wydatki pozapłatcowe dla 6 pracowowaników*	6	58 800,00

*5000 - komputer, 1000 - monitor, 800 - xx, 1000- monitor, 2000 - krzesło

Nagroda roczna (13 pensja) - 8,5% wynagrodzenia podstawowego 6 84 609,00

Wskaźnik inflacji:

2026	3,3%
2027	2,5%
2028	3,0%
2029	3,0%
2030	3,0%
2031	3,0%
2032	3,0%
2033	3,0%
2034	3,0%
2035	3,0%

OSR

	Wydatki pozapłacowe (koszt utworzenia nowego miejsca pracy)	Wydatki płacowe MZ	Wydatki MZ RAZEM	Wskaźnik inflacji	Wydatki MZ RAZEM (skorygowane o wskaźnik inflacji)
2025	58 800,00 zł	995 400,00 zł	1 054 200,00 zł		
2026		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	3,3%	1 088 988,60 zł
2027		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	2,5%	1 116 213,32 zł
2028		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	3,0%	1 149 699,71 zł
2029		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	3,0%	1 184 190,71 zł
2030		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	3,0%	1 219 716,43 zł
2031		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	3,0%	1 256 307,92 zł
2032		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	3,0%	1 293 997,16 zł
2033		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	3,0%	1 332 817,07 zł
2034		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	3,0%	1 372 801,58 zł
2035		1 080 009,00 zł	1 080 009,00 zł	3,0%	1 413 985,63 zł
	58 800,00 zł	11 795 490,00 zł	11 854 290,00 zł		12 428 718,13 zł

Założenia:	Kwota
Wynagrodzenie miesięczne/ os brutto/ średnie dla członków ZP w CeZ (uwzględnia koszty pracodawcy, bez 13 pensji) Dane na podstawie wynagrodzeń dotychczas zaangażowanych pracowników	16 726,67
Wynagrodzenie RBH	95,04
Liczba roboczodni w msc	22,00

Członkowie zespołu	Liczba osób	Liczba roboczodni/msc
ZP (45 os)	45	990
KP	2	44
Specjalista PO/Lider zespołu testów - zespół nadzorujący prace deweloperskie i testy	6	132
Analityk biznesowy	3	66
Analityk systemowy	3	66
Ekspert ds. bezpieczeństwa	2	44
Nadzór nad realizacją usług utrzymania oraz realizacja zadań utrzymaniowych w zakresie Centrum e-Zdrowia	8	176
Analityk - wsparcie dostawców oprogramowania w integracji i rozwiązywania problemów	4	88
Rozwiązywanie zgłoszonych zagadnień, zapytań i błędów	7	154
Realizacja szkoleń i zadań informacyjno-promocyjnych	5	110
Specjalista ds. zamówień/zakupów	2	44
Analityk - sporządzanie raportów analiz i statystyk	3	66

Podstawa szacowania
częstotliwość (ile razy – np. tygodniowo, miesięcznie, rocznie), czas trwania procedury/wykonywania danej czynności (z uwzględnieniem np. KPA), liczba dodatkowych spraw (biorąc pod uwagę zakładaną liczbę interesariuszy) dane dot. częstotliwości występowania podobnych spraw

KP	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)			
Spotkania statusowe z Ministerstwem Zdrowia oraz NFZ	0,25	8	2
Komitety Sterujące (w tym przygotowanie materiałów)	1	2	2
Spotkania wewnętrzne - statusy zespołowe, w tym uzgodnienia z Departamentem Prawnym CeZ wptywu zmian przepisów prawa na budowane i rozwijane usługi centralnej elektronicznej rejestracji	0,2	16	3,2
Opracowanie, aktualizacja i monitoring harmonogramu prac	0,25	4	1
Raporty, sprawozdania, Rejestry projektowe, weryfikacja budżetu projektu, zapewnienie odpowiednich zasobów kadrowych	0,5	4	2
Udział w spotkaniach projektowych (spotkania analityczne, spotkania dotyczące zmian legislacyjnych czy założeń biznesowych w systemie centralnej elektronicznej rejestracji)	0,25	8	2
Nadzór nad zespołem projektowym w tym rozdzielenie prac i ich monitoring	0,4	8	3,2
Prezentacje zewnętrzne oraz spotkania z intersariuszami projektu	0,25	4	1
Monitorowanie umów realizacyjnych (w tym potwierdzanie zlecenia prac oraz ich rozliczenia)	0,5	4	2
Suma	3,6		
Całkowite obciążenie pracą			18,4

Specjalista PO/Lider zespołu testów - zespół nadzorujący prace deweloperskie i testy	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)			
Nadzór nad zespołem projektowym w tym rozdzielenie prac i ich monitoring	0,25	20	5
Raporty, sprawozdania zarządcze	0,25	4	1
Udział w spotkaniach projektowych, w tym wymiana wiedzy oraz stałe monitorowanie przepisów prawa lub innych uwarunkowań wpływających na rozwój i funkcjonowanie systemu centralnej e-rejestracji	0,5	4	2

Spotkania wewnętrzne - statystyki zespołowe, informacje o bieżących i planowanych zmianach w systemie centralnej e-rejestracji	0,5	4	2
Bieżące działania projektowe w tym: uzgodnienia celów realizacyjnych na kolejne sprinty, potwierdzanie kierunków zmian w systemie z Właścicielem biznesowym, weryfikacja i akceptacja z ramienia Centrum e-Zdrowia kart inicjatyw dla centralnej e-rejestracji, analiza wpływu dołączania nowych zakresów świadczeń w centralnej e-rejestracji na funkcjonujące rozwiązanie	0,4	20	8
Nadzór nad przebiegiem testów w tym potwierdzenie scenariuszy testowych do realizacji przed wdrożeniem, ocena wyników testów (wydajnościowych, funkcjonalnych, bezpieczeństwa, a dodatkowo monitorowanie przebiegu testów automatycznych) i przekazanie rekomendacji do wdrożenia w środowisku produkcyjnym nowych usług.			
Tworzenie i nadzorowanie harmonogramu testów			

Suma	1,9		
Całkowite obciążenie pracą			18

Analitik biznesowy

Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Analiza biznesowa realizowana w ramach rozwoju systemu centralnej elektronicznej rejestracji w tym analiza wymagań zdefiniowanych przez Właściciela biznesowego oraz wymagań, które wskazane zostały np. w trakcie spotkań, szkoleń dla użytkowników czy w zgłoszeniach mailowych, formułowanie wymagań dla rozwiązań technicznych bazując na wskazanych potrzebach biznesowych oraz wymaganiach wynikających z przepisów prawa	1,5	4	6
Obsługa zgłoszeń merytorycznych kierowanych do Centrum e-Zdrowia w zakresie funkcjonowania lub planowanego rozwoju centralnej e-rejestracji - w tym wkład merytoryczny do pism, interpelacji, wniosków o dostęp do informacji medycznych	0,33	12	3,96
Aktualizacja procesów biznesowych zgodnie z cyklem planowanych zmian w systemie e-rejestracji - dodanie nowego zakresu wymagań będzie zdefiniowanie zasad funkcjonowania centralnej e-rejestracji dla nowo dodawanych świadczeń oraz wskazanie obsługi wyjątkowych sytuacji (zadanie to wymagań będzie zaangażowania osób merytorycznie odpowiedzialnych w Ministerstwie Zdrowia oraz Narodowym Funduszu Zdrowia)	0,33	12	3,96
Spotkania projektowe (w tym z zespołem deweloperskim)	0,2	12	2,4
Wkład merytoryczny do dokumentacji typu opis przedmiotu zamówienia lub zlecenia prac w ramach realizacji umów zewnętrznych	1	2	2
Suma	3,4		
Całkowite obciążenie pracą			18,32

Analitik systemowy

Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Definicja oraz aktualizacja wymagań funkcjonalnych oraz pozafunkcjonalnych, które wynikać będą z analizy biznesowej - potrzeb określonych przepisami prawa oraz wymaganiami wskazanymi przez właściciela biznesowego. Budowanie założeń do integracji systemu z systemami Narodowego Funduszu Zdrowia lub innymi podmiotami (np. na potrzeby pozyskania danych o uprawnieniach dodatkowych)	0,65	12	7,8
Określenie podejścia architektonicznego do zmian w systemie, nadzorowanie realizacji zmian zgodnie z założeniami, weryfikacja gotowości rozwiązania do wdrożenia na produkcję np. ocena poprawności parametrów systemu w kontekście wydajności rozwiązania	0,4	8	3,2
Obsługa zgłoszeń merytorycznych, w tym zapytań od dostawców oprogramowania gabinetowego, którzy zobowiązani są do integracji z centralną e-rejestracją	0,4	4	1,6
Spotkania projektowe oraz spotkania z użytkownikami lub właścicielem biznesowym, stała komunikacja z zespołem odpowiedzialnym za obszar utrzymania czy bezpieczeństwo wdrożonego systemu e-rejestracji	0,5	8	4
Analiza zgłoszeń produkcyjnych w kontekście potwierdzenia poprawności funkcjonowania systemu lub konieczności przygotowania wniosków o zmianę	0,25	8	2
Suma	2,2		
Całkowite obciążenie pracą			18,6

Ekspert ds. bezpieczeństwa			
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Definiowanie/aktualizacja wymagań w obszarze bezpieczeństwa, współpraca z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych, reagowanie na incydenty zgłaszane przez użytkowników - zarówno pracowników medycznych jak i pacjentów	0,4	12	4,8
Monitorowanie polityk bezpieczeństwa, weryfikacja zgodności rozwoju centralnej e-rejestracji z przepisami prawa w zakresie obszaru bezpieczeństwa	0,6	4	2,4
Bieżąca współpraca z CSIRT CeZ	0,6	4	2,4
Spotkania projektowe, w razie potrzeby udział w audycie bezpieczeństwa	0,5	4	2
Nadzór na testami bezpieczeństwa po stronie Centrum e-Zdrowia, w tym analizowanie wyników, w przypadku zidentyfikowania podatności realizacja działań naprawczych w tym definiowanie wymagań oraz weryfikacja ich spełnienia	0,6	8	4,8
Opracowywanie i aktualizacja procedur w zakresie bezpieczeństwa - w razie potrzeb, które wynikać będą z wdrażania nowych zakresów świadczeń, przygotowanie zapisów niezbędnych do ogłoszenia postępowania na rozwój komponentów centralnej e-rejestracji	1	2	2
Suma	3,7		
Całkowite obciążenie pracą			18,4

Nadzór nad realizacją usług utrzymania i zadań utrzymaniowych			
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Stały monitoring systemu centralnej e-rejestracji, analiza wydajności i dostępności systemu (po każdej wdrożonej zmianie)	0,45	20	9
Obsługa zgłoszeń utrzymaniowych (w tym aktualizacje, nadzór nad wdrożeniem, monitoring powdrożeniowy)	0,45	20	9
Opracowanie dokumentacji przetargowej w razie potrzeb rozbudowy infrastruktury (w ośrodku podstawowym oraz zapasowym)	0	0	0
Suma	0,9		
Całkowite obciążenie pracą			18

Analityk - wsparcie dostawców oprogramowania w integracji i rozwiązywania problemów			
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Obsługa zgłoszeń integracyjnych dostawców oprogramowania gabinetowego/HIS	0,7	20	14
Opracowanie i publikacja najczęściej zadawanych pytań od dostawców, monitorowanie gotowości dostawców do wdrożenia kolejnych zakresów świadczeń	0,5	2	1
Obsługa spotkań z dostawcami	1	2	2
Aktualizacja środowiska integracyjnego - dostosowanie zgodnie z cyklem planowanych wydań na środowisku produkcyjnym	0,5	2	1
Suma	2,7		
Całkowite obciążenie pracą			18

Rozwiązywanie zgłoszonych zagadnień, zapytań i błędów			
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczodni	częstotliwość w msc	łącznie roboczodni
Obsługa zgłoszeń produkcyjnych w roli 3 linii wsparcia tj. zgłoszenia dotyczące aspektów: organizacyjnych - przekierowanie do odpowiednich podmiotów tj MZ/NFZ, funkcjonalnych - informowanie jakie przyjęto założenia dla systemu e-rejestracji techniczne - pokierowanie pytających jak poprawnie zrealizować usługę w systemie gabinet.gov.pl lub IKP/mojelKP	0,65	20	13

Opracowanie/aktualizacja materiałów dla 1 linii wsparcia (działanie cykliczne w tym szkolenia przypominające oraz przed wdrożeniem nowego zakresu świadczeń, którego obsługa jest odmienna od funkcjonujących w środowisku produkcyjnym)	0,5	2	1
Obsługa pism, zgłoszeń mailowych od pracowników medycznych, pracowników rejestracji oraz pacjentów	0,25	8	2
Kontakt z MZ, NFZ w tym spotkania projektowe, ustalanie założeń dot. udzielanych odpowiedzi	0,5	4	2
Suma	1,9		
Całkowite obciążenie pracą			18

Realizacja szkoleń i zadań informacyjno-promocyjnych			
Czynność (pracochłonność w dniach roboczych)	Liczba roboczo dni	częstotliwość w msc	łącznie roboczo dni
Przygotowanie i aktualizacja materiałów szkoleniowych (w tym instrukcji, pytań i odpowiedzi), filmów instruktażowych prezentujących obsługę centralnej e-rejestracji w aplikacji gabinet.gov.pl.	0,6	4	2,4
Realizacja szkoleń dla użytkowników Centralnej e-rejestracji - system gabinet.gov.pl (w razie zgłoszonych potrzeb przez użytkowników czy pracowników Oddziałów Wojewódzkich NFZ)	1,2	4	4,8
Szkolenia stacjonarne (w razie zapotrzebowania zgłoszonego przez podmiot leczniczy)	1	2	2
Materiały informacyjne dla pacjentów (przygotowanie oraz aktualizacja artykułów na pacjent.gov.pl czy e-zdrowie, w portalach internetowy	0,6	4	2,4
Odpowiedzi na zapytania z mediów, przygotowywanie materiałów prasowych oraz udzielane informacji dla Dep. Komunikacji MZ	0,6	4	2,4
Udział w wydarzeniach typu konferencje oraz panele eksperckie celem promowania, informowania oraz przybliżania usług centralnej e-rejestracji IKP, myjek	1	2	2
Spotkania projektowe (wewnętrzne), przygotowywanie prezentacji oraz materiałów informacyjnych	1	2	2
Suma	6,0		
Całkowite obciążenie pracą			18

Sposób realizacji zadań	Czy możliwe?
Zlecenie realizacji zadań na zewnątrz urzędu	Nie
Powołanie zewnętrznego ciała (np. z udziałem przedstawicieli interesariuszy) realizującego zadania	Nie
Rozważanie realizacji zadań przez obecnych pracowników (przy jednoczesnym zwiększeniu wynagrodzenia- np. w formie dodatków zadaniowych)	Tak
Wykorzystanie rozwiązań technologicznych zmniejszających obciążenia związane z realizacją zadania	Tak
Utworzenie nowych etatów w jednostce	Tak

Członkowie ZP CEZ	Liczba osób	Sposób realizacji	
ZP		Zasoby CEZ	
RAZEM:		38 przeniesione z innych zadań	Nowe etaty
KP	2	1	1
Specjalista PO/Lider zespołu testów - zespół nadzorujący prace deweloperskie i testy	6	1	5
Analitik biznesowy	4	0	4
Analitik systemowy	5	0	5
Ekspert ds. bezpieczeństwa	2	1	1
Nadzór nad realizacją usług utrzymania oraz realizacja zadań utrzymaniowych w zakresie Centrum e-Zdrowia	8	4	4
Analitik - wsparcie dostawców oprogramowania w integracji i rozwiązywania problemów	4	2	2
Rozwiązywanie zgłoszonych zagadnień, zapytań i błędów	5	3	2
Realizacja szkoleń i zadań informacyjno-promocyjnych	2	0	2

Liczba roboczodni		
Roczna pracochłonność 30 pracowników (w godzinach):	5 616	44 928
Liczba dni roboczych w roku		251
Liczba dni urlopowych 1 pracownika w roku		26
Liczba dni chorobowych 1 pracownika w roku		10
Liczba dni szkoleniowych 1 pracownika w roku		7
Liczba godzin poświęconych przez 30 pracowników swoim zadaniom w dniu roboczym		216
Liczba godzin przypadająca w dniu roboczym na 1 pracownika		8
Zapotrzebowanie na etaty pracownicze w związku z nowymi zadaniami		26 etatów

OSR	Liczba etatów	Kwota roczna
Kwota w OSR w roku 1	30	6 021 600
Nagroda roczna (13 pensja) - 8,5% wynagrodzenia podstawowego	30	511 836
Wskaźnik inflacji:		
2025	3,3%	
2026	2,5%	
2027	3,0%	
2028	3,0%	
2029	3,0%	
2030	3,0%	
2031	3,0%	
2032	3,0%	
2033	3,0%	
2034	3,0%	
2035		
OSR	Wydatki płacowe Ce-Z	
2026	6 021 600,00 zł	
2027	6 748 560,00 zł	
2028	6 951 016,80 zł	
2029	7 159 547,30 zł	
2030	7 374 333,72 zł	
2031	7 595 563,73 zł	
2032	7 823 430,65 zł	
2033	8 058 133,57 zł	
2034	8 299 877,57 zł	
2035	8 548 873,90 zł	
2036	8 805 340,12 zł	
	74 580 937,25 zł	

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806, z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677), z chwilą skierowania projektu o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, ww. projekt został zamieszczony w internetowym serwisie Rządowy Proces Legislacyjny Rządowego Centrum Legislacji.

Projekt rozporządzenia został 26 maja 2025 r. przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania do podmiotów wskazanych w pkt 5 OSR, z 30 dniowym terminem zgłaszania uwag.

W trybie ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Szczegółowe informacje o zgłoszonych uwagach oraz stanowisku ministra właściwego do spraw zdrowia wobec każdej z nich zostały zawarte w tabeli poniżej.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

L.p.	Podmiot zgłaszający uwagę	Jednostka redakcyjna	Treść uwagi	Stanowisko
1.	Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy	Uwaga ogólna	Proponowane zmiany ustawowe nie precyzują, w jaki sposób centralna elektroniczna rejestracja będzie zarządzać kolejkowaniem pacjentów uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to szczególnie istotne dla szpitali podległych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, które (w odróżnieniu do pozostałych placówek służby zdrowia) zobowiązane są do obsługi poza kolejnością dodatkowej dużej grupy pacjentów, korzystających z tego przywileju z racji pełnienia służby wojskowej. Brak jasnych regulacji w tej sprawie tworzy szerokie możliwości interpretacyjne a tym samym zagrożenia organizacyjne i operacyjne w placówkach wojskowej służby zdrowia	Uwaga nieuwzględniona We wprowadzanych przepisach szczegółowo uregulowano sposób postępowania z osobami, które posiadają prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Podstawową regulację zawiera ust. 4a dodawany do art. 47c, zgodnie z którym w przypadku świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją, jeżeli udzielenie tego świadczenia nie jest możliwe w dniu dokonania zgłoszenia centralnego świadczeniodawcy, do którego świadczeniobiorca się zgłosił, wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonego przez niego harmonogramu przyjęć. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia dokonania zgłoszenia centralnego. System centralnej elektronicznej rejestracji zapewni możliwość korzystania z uprawnień poza kolejnością zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), dalej: ustawa o świadczeniach. Szczegółowy sposób rejestracji takich świadczeniobiorców zostanie określony w akcie wykonawczym wydanych na podstawie art. 23h ust. 2.
2.	Związek Przedsiębiorców w i Pracodawców	Uwaga ogólna	1. Celem zapewnienia efektywnego działania centralnej elektronicznej rejestracji, system CER powinien uwzględniać możliwość przypisania do danych procedur (rodzajów badań). Bowiem w diagnostyce obrazowej, jak w przypadku wielu innych świadczeń, czas trwania badania zależy od rodzaju badanej okolicy anatomicznej oraz specyfiki wykonania	Uwaga uwzględniona Ad 1 i 2. Projekt ustawy przewiduje możliwość przypisania rodzajów badań (procedur medycznych) do świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją, co spełnia zgłoszoną uwagę, m.in. poprzez obowiązek wskazywania kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9) oraz kodów klasyfikacji chorób w harmonogramach przyjęć (art.23c ust.4 pkt 4).

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			badania, a także tego czy badanie wykonywane jest z podaniem środka cieniującego (kontrastu) czy bez, albo też czy obejmuje jedną, dwie lub więcej okolic anatomicznych. Długość slotów (czasów badań) waha się pomiędzy 20 a nawet 60-70 minut (w zależności od ww. okoliczności. Tym samym centralna elektroniczna rejestracja powinna funkcjonować w sposób uwzględniający różne długości (czasy trwania) badania w zależności od rodzaju badania (procedury). 2. Terminarz z przypisanymi danymi. Z uwagi na specyfikę badań rezonansu magnetycznego (MR) i tomografii komputerowej (TK), co może mieć również zastosowanie do innego rodzaju badań i świadczeń, dostępny terminarz (i cały system CER) powinien uwzględniać szczegółowo rodzaj procedury badania ze względu na konieczność zapewnienia dodatkowych warunków organizacyjnych w danym podmiocie leczniczym. Na szczególną uwagę zasługuje również fakt, iż w zależności od zakresu badania obowiązują inne wymagania dla personelu, jak chociażby dodatkowo obecność fizyka medycznego, czy w przypadku badania TK tętnic wieńcowych – konsultacja lekarza kardiologa, w zależności od procedury badania może powstać też konieczność dostosowania aparatu do rodzaju badania (np. w przypadku badań MR zakres badania wiąże się z ustawieniem cewek, 3. Kwalifikacja pacjenta na badanie. W przypadku badań obrazowych, takich jak badania TK, MR, PET-CT konieczna jest kwalifikacja pacjenta do badania wobec czego należy sprecyzować i uszczegółwić ścieżkę kwalifikacji pacjenta na badanie. 4. Dane personelu wykonującego badanie. Badania obrazowe wykonywane są przez zespół personelu w skład którego wchodzi: technik elektroradiolog, lekarz radiolog, pielęgniarka, w szczególnych przypadkach fizyk medyczny czy też kardiolog. Z uwagi na specyfikę pracy – zmianowość, oraz odległe, nierzadko kilku miesięczne czasy oczekiwania na badanie, nie ma możliwości wskazania jaki personel będzie wykonywał badania. W przypadku wielu rodzajów świadczeń, grafiki ustalane są w systemie miesięcznym, w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, a i tak bywam że są	Ponadto art. 59b ust. 1 pkt 14 zobowiązuje do oznaczania rodzaju badania lub leczenia w skierowaniach. Świadczeniodawcy będą w grafikach udostępnionych w centralnej elektronicznej rejestracji wskazywać informacje pozwalające na prawidłowe przypisanie świadczeniobiorcom terminu badania. Ad 3. Centralna elektroniczna rejestracja pozwala na umawianie kilku wizyt świadczeniodawcy (wizyty pierwszorazowej i na kontynuację leczenia. Procedura umawiania badań, w których niezbędna jest wizyta kwalifikacyjna będzie uwzględniać tę zasadę. Przed włączeniem wskazanych w uwadze zakresów badań Ministerstwo Zdrowia określi ją w akcie wykonawczym do ustawy wydanym na podstawie art. 23h ust. 2. Zawarta w rozporządzeniu Ministra Zdrowia propozycja zostanie poddana konsultacjom publicznym zgodnie z zasadami legislacji. Ad 4. Zgodnie z projektem ustawy centralna elektroniczna rejestracja nie wymaga obowiązkowego wskazania pracownika medycznego realizującego świadczenie. Wskazanie w harmonogramie przyjęć danych pracownika medycznego jest dobrowolne, niemniej należy mieć na uwadze, że podanie osoby wykonującej świadczenie jest istotne z punktu widzenia świadczeniodawcy. Centralna elektroniczna rejestracja zapewnia możliwość zmiany danych personelu przypisanego do świadczenia.
--	--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			modyfikowane w zależności od potrzeb. W związku z powyższym, centralna elektroniczna rejestracja powinna zapewniać możliwość zmiany danych personelu przypisanego do świadczenia albo też – odejść od wymagania dokładnego wskazywania danych takiego personelu.	
3.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Uwaga ogólna	W związku z możliwością posiadania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością oraz gromadzeniem w systemie informacji w ochronie zdrowia zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. informacji o uprawnieniach dodatkowych (w tym numerze i terminie ważności dokumentów potwierdzających te uprawnienia oraz datę utraty tych uprawnień), zasadnym jest aby w przypadku wpisywania się na listę poza kolejnością, system przewidywał, jeśli to możliwe walidację, przez Centrum e-zdrowia posiadania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Ponadto w projekcie brak jest przepisów w zakresie weryfikacji prawa do świadczeń w trakcie zapisu świadczeniobiorcy w ramach CeR. Warto wziąć pod uwagę, że jeżeli będzie istniała możliwość zapisywania się do CeR przez osoby nie posiadające prawa do świadczeń, mogą one blokować terminy osobom ubezpieczonym.	Uwaga uwzględniona częściowo Projekt ustawy zakłada przetwarzanie danych dotyczących prawa do świadczeń, w tym uprawnień dodatkowych (art.23c ust.7 oraz art. 4 ust.3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia). W art. 23e ust. 3 pkt 2 i 6 przewidziano możliwość zgłoszenia uprawnienia do korzystania poza kolejnością oraz jego uwzględnienia przy wyznaczaniu terminu. Zgłoszenie centralne może być zweryfikowane przez Fundusz na podstawie danych z systemu P1 (art. 23c ust. 8 pkt 1). Projekt dopuszcza również walidację danych zgłoszeniowych w związku z dokumentacją medyczną (art. 42f ust.5 pkt 1a). Jednocześnie, uwaga dotycząca weryfikacji prawa do świadczeń na etapie dokonywania zgłoszenia zostanie przeanalizowana pod kątem możliwości uzupełnienia aktu wykonawczego do ustawy w zakresie szczegółowej obsługi zgłoszeń w systemie- w tym z użyciem danych z centralnego wykazu usługobiorców.
4.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Uwaga ogólna	W projekcie brak jest definicji „osoby trzeciej”, która może dokonywać zapisów świadczeniobiorców oczekujących na wyznaczenie terminu udzielania danego świadczenia opieki zdrowotnej co może powodować problemy praktyczne.	Uwaga nieuwzględniona W projekcie nie pojawia się definicja osoby trzeciej, ponieważ jest to pojęcie powszechnie używane. Analogicznie w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 814, z późn.zm.).
5.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Uwaga ogólna	Projekt nie zawiera zapisów odnoszących się do ryzyka czasowej niedostępności systemu rejestracji, np. w wyniku awarii technicznych, braku dostępu do Internetu, przeciążenia infrastruktury lub incydentu związanego z cyberbezpieczeństwem. Wymaga doprecyzowania odpowiedzialność za proces rejestracji w okresie niedostępności systemu, procedury awaryjne oraz sposób późniejszego wprowadzenia danych do systemu z zachowaniem chronologii zgłoszeń i zasady synchronizacji danych.	Uwaga nieuwzględniona Przepis art. 23e ust. 12 projektowanej ustawy przewiduje, że jeżeli świadczeniobiorca dokona zgłoszenia centralnego bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej w czasie braku dostępu do Systemu P1 z przyczyny nieleżącej po stronie świadczeniodawcy, niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do tego systemu wyznacza świadczeniobiorcy termin udzielenia świadczenia albo umieszcza go w centralnym wykazie oczekujących – gdy wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją nie jest możliwe.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

6.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Uwaga ogólna	Odnosząc się do zasad zapisu na termin późniejszy z woli pacjenta tzw. „termin na życzenie” projekt nie precyzuje mechanizmów dokumentowania rezygnacji pacjenta z pierwszego wolnego terminu i wyboru terminu późniejszego. W szczególności nie została określona procedura rejestracji takiej decyzji, jej wpływ na pozycję pacjenta w kolejce oraz jednolite zasady postępowania obowiązujące wszystkich świadczeniodawców. Koniecznym jest odniesienie się do przypadków, w których pacjent nie może zgłosić się na umówiony termin z przyczyn niezależnych od swojej woli, np. nagłego zdarzenia losowego. Brakuje regulacji umożliwiających przywrócenie pacjenta na listę oczekujących z zachowaniem dotychczasowego miejsca, jak również wytycznych dotyczących wymaganych dokumentów oraz zasad ich oceny.	Uwaga częściowo uwzględniona Centralna elektroniczna rejestracja zmienia zasady umawiania terminów świadczeń – zapewnia, że świadczeniobiorca zawsze zostanie zapisany na pierwszy wolny termin zgodny z kryteriami przez niego określonymi. Projekt ustawy umożliwia świadczeniobiorcy rezygnację z wyznaczonego terminu lub jego zmianę (art. 23g ust. 8-9). Operacja ta jest rejestrowana w systemie. Ponadto projekt dopuszcza uzupełnienie tych kwestii w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia (art. 23h ust. 2 pkt 2 lit. c-d), co umożliwi ujednolicenie zasad postępowania we wskazanych sytuacjach. Zgodnie z zasadami centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniobiorca zawsze może odwołać lub w przypadku wizyt pierwszorazowych – zmienić termin wizyty. Jeśli zgłaszający uwagę miał na myśli sytuację, w której świadczeniobiorca nie pojawił się na wizycie nie odwołując ją wcześniej, zasady te reguluje przepis art. 20 ust. 10e ustawy o świadczeniach. Zasady te obowiązują również dla świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją (art. 23g ust. 10).
7.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Uwaga ogólna	Projekt w dużej mierze zakłada elektroniczną formę rejestracji, jednak nie przewiduje dostatecznych rozwiązań wspierających osoby starsze oraz cyfrowo wykluczone. Brak odniesienia do kwestii utworzenia punktów wsparcia, infolinii czy możliwości rejestracji przez pełnomocników, czy też obowiązku zapewnienia przez świadczeniodawców wsparcia technicznego dla tej grupy pacjentów	Uwaga uwzględniona. Projekt ustawy zakłada następujące rozwiązania dla osób wykluczonych cyfrowo: Zgłoszenia centralnego może dokonać świadczeniobiorca również za pośrednictwem osoby trzeciej. (art.23e ust.2). Zgłoszenia centralnego można dokonać bezpośrednio u dowolnego świadczeniodawcy-osobiście, telefonicznie lub elektronicznie (art. 23e ust.4 pkt 2). Ponadto, w art. 23f ust. 1 przewidziano wsparcie w postaci asystenta głosowego, który stanowi dodatkowe narzędzie dostępne, m.in. dla osób mających trudności z obsługą systemów elektronicznych. Usługa ta ma na celu przypominać o wizycie, a także umożliwić zmianę terminu wizyty.
8.	Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu	Uwaga ogólna	W projekcie nie odniesiono się do możliwości zmiany kategorii medycznej pacjenta (np. z przypadków stabilnych na pilne) w sytuacji pogorszenia lub poprawy stanu zdrowia już po dokonaniu zapisu. Brakuje również odniesienia do istniejących grup pacjentów uprzywilejowanych, takich jak pacjenci w programach lekowych, programie KOS-Zawał, pilotażach (np. Krajowej Sieci Kardiologicznej), czy też założeń Krajowej Sieci Onkologicznej wg której pacjent z kartą DiLO oraz pacjent w czynnym leczeniu onkologicznym ma mieć szybki i nieograniczony dostęp do specjalistów.	Uwaga wyjaśniona Przepis art. 23e ust.9 przewiduje możliwość zmiany kategorii medycznej pacjenta. Zgodnie z omawianą regulacją, w przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca informuje o tym: 1) świadczeniodawcę, u którego świadczeniobiorcy wyznaczono termin udzielenia świadczenia, albo 2) osobę wystawiającą skierowanie.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

				Jednocześnie wskazać należy, że centralna elektroniczna rejestracja nie wprowadza odstępstw od przepisów już obowiązujących w zakresie korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Projekt odnosi się wprost do pacjentów objętych diagnostyką lub leczeniem onkologicznym- w tym posiadających kartę DILO- wprowadzając dla nich odrębne zasady kolejności oraz kanały zgłoszeń (art. 23c ust.6 oraz art.23e ust.5). Przewidziano także integrację danych z systemu monitorowania programów zdrowotnych co umożliwi objęcie szczególnym trybem pacjentów uczestniczących w programach zdrowotnych i pilotażach. Uszczegółowienie zasad umawiania pacjentów uprzywilejowanych oraz pacjentów w programach lekowych, programie KOS-Zawał, pilotażach (np. Krajowej Sieci Kardiologicznej), czy też założeń Krajowej Sieci Onkologicznej wg której pacjent z kartą DiLO oraz pacjent w czynnym leczeniu onkologicznym zostaną uwzględnione w akcie wykonawczym. Sposób umawiania pacjentów z tych grup będzie uwzględniał zasady określone w obowiązujących przepisach prawa.
9.	Pracodawcy dla Zdrowia	Uwaga ogólna	Centralna Elektroniczna Rejestracja (dalej CER) ma być niespotykanym dotychczas centralnym systemem kolejkowym aktywnie zarządzającym ruchem pacjentów z poziomu administracji publicznej. Żaden dotychczas działający system czy e-Rejestracja na szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 nie może posłużyć jako adekwatny przykład takiego systemu. Dotychczasowe rozwiązania o podobnym charakterze (np. AP-KOLCE) są jedynie natywną kopią terminarzy swobodnie prowadzonych w systemach informatycznych świadczeniodawców albo były w przeszłości bardzo prostym systemem rezerwacyjnym terminów szczepień. nie respektującym żadnych przepisów właściwych dla kolejek oczekujących. Ponadto e-Rejestracja do szczepień przeciwko SARS-CoV-2 obsłużyła tylko część pacjentów ostatecznie zaszczepionych w punktach szczepień. Rezerwacja terminu przez internet nie była warunkiem wykonania szczepienia. Obecnie projektowana centralizacja niesie za sobą ogromne ryzyka szczególnie, że jednym z oczywistych skutków będzie utrudnienie obsługi pacjentów wynikające z ograniczenia elastyczności lokalnego zarządzania terminarzami. Dostrzegamy także spodziewane pozytywne efekty takiego rozwiązania, jak ułatwienia wyszukiwania wolnych terminów oraz poprawa komunikacji z osobami sprawnie	Uwaga wyjaśniona 1/ „Obecnie projektowana centralizacja niesie za sobą ogromne ryzyka szczególnie, że jednym z oczywistych skutków będzie utrudnienie obsługi pacjentów wynikające z ograniczenia elastyczności lokalnego zarządzania terminarzami” Centralna elektroniczna rejestracja nie ogranicza możliwości umawiania świadczeń, a jedynie odzwierciedla procesy realizowane przez świadczeniodawców w tym zakresie przy uwzględnieniu obowiązujących przepisów prawa. Centralna elektroniczna rejestracja wymaga jedynie przekazywania w czasie rzeczywistym danych dot. zmian w grafikach prowadzonych przez świadczeniodawców. Celem jest bowiem udostępnienie informacji o umówionych wizytach oraz wolnych terminach pacjentom. 2/ „Obawy budzi skala planowanych zmian - CER ma dla określonych rodzajów świadczeń być jedynym systemem kolejkowym obsługującym cały ruch pacjentów – zarówno pierwszorazowych, jak i kontynuujących opiekę” Centralna elektroniczna rejestracja stanowi narzędzie umożliwiające udostępnienie świadczeniobiorcom informacji o wolnych i umówionych terminach świadczeń. Nie ogranicza przy tym działań świadczeniodawców. Zachowany zostanie obecnie wykorzystywany kanał umawiania przez świadczeniodawcę. Ponadto wraz z wdrożeniem centralnej elektronicznej

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		korzystającymi z komputerów i smartfonów (np. ułatwiająca odwołanie wizyty). Obawy budzi jednak skala planowanych zmian – CER ma dla określonych rodzajów świadczeń być jedynym systemem kolejkowym obsługującym cały ruch pacjentów – zarówno pierwszorazowych, jak i kontynuujących opiekę. Dodatkowym zagrożeniem jest planowane wykorzystanie CER do realizacji bardzo szerokich zadań jakie postawiono Infolinii Krajowej Sieci Onkologicznej, która będzie prowadzona przez NFZ i zgodnie z projektowaną ustawą ma mieć kompetencje ustalania pacjentom terminów diagnostyki i leczenia onkologicznego. Centralne zarządzanie terminami realizacji świadczeń onkologicznych przez pracowników Infolinii prowadzonej przez NFZ nie przyniesie zapewne oczekiwanych korzyści ponieważ wyeliminuje możliwość dostosowania miejsca i zespołu medycznego do konkretnych potrzeb pacjenta. Obecnie w ośrodkach onkologicznych pracują zespoły dedykowane poszczególnym typom nowotworów i tylko poprzez bezpośredni kontakt z tym konkretnym świadczeniodawcą pacjent może zostać prawidłowo pokierowany i zapisany. Wykorzystanie CER do umawiania przez Infolinię NFZ terminów LECZENIA ONKOLOGICZNEGO – o czym świadczą projektowane zapisy: a) Art. 23c ust. 7 b) Art. 23e ust. 5 rodzi poważne wątpliwości merytoryczne i może prowadzić do licznych problemów organizacyjnych. Ustalanie terminów leczenia i koordynacja opieki powinny być prowadzone lokalnie w ośrodku onkologicznym przez zespół wyszkolonych pracowników - w tym Koordynatorów Opieki Onkologicznej będących w bezpośrednim kontakcie z personelem medycznym prowadzącym terapię oraz innymi ośrodkami współpracującymi w ramach KSO. Pracownicy Infolinii onkologicznej prowadzonej w NFZ z przyczyn oczywistych nie będą posiadali odpowiedniej wiedzy oraz kompetencji, a stosowanie przez nich CER do umawiania konkretnych terminów leczenia jest błędem, którego negatywne skutki odczują pacjenci i świadczeniodawcy. Warto tu przywołać doświadczenia z przebiegu Pilotażu KSO, w ramach którego na poziomie pojedynczego województwa dolnośląskiego podejmowano próby uruchomienia w ramach Infolinii takich	rejestracji zostanie uregulowanych wiele kwestii zgłaszanych przez świadczeniodawców jako utrudniające realizację świadczeń jak np. wprowadzenie pojęcia terminu, w przypadku którego występuje ryzyko niewykorzystania. Kwestia ta została uregulowana w art. 23g ust. 3.: „ W przypadku wystąpienia ryzyka niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia termin ten może zostać wyznaczony również świadczeniobiorcom innym, niż umieszczeni w centralnym wykazie oczekujących”. Docelowo centralna elektroniczna rejestracja powinna zastąpić raportowanie do systemu APKOLCE. 3/ „Dodatkowym zagrożeniem jest planowane wykorzystanie CER do realizacji bardzo szerokich zadań jakie postawiono Infolinii Krajowej Sieci Onkologicznej.” Ustalanie terminów leczenia i koordynacja opieki powinny być prowadzone lokalnie w ośrodku onkologicznym przez zespół wyszkolonych pracowników - w tym Koordynatorów Opieki Onkologicznej będących w bezpośrednim kontakcie z personelem medycznym prowadzącym terapię oraz innymi ośrodkami współpracującymi w ramach KSO. Centralna elektroniczna rejestracja nie obsługuje systemu kolejkowego pacjentów kontynuujących leczenie (nie umożliwia umawiania takich pacjentów). Umawianie takich wizyt następuje wyłącznie przez świadczeniodawcę. Centralna elektroniczna rejestracja bazuje na informacjach z systemu gabinetowego świadczeniodawcy i udostępnia te dane świadczeniobiorcom w celu ułatwienia im zarządzania umówionymi terminami wizyt (np. odwołania wizyty). Ponadto centralna elektroniczna rejestracja zapewni umawianie wizyt na świadczenia objęte KSO, zgodnie z założeniami ustawy i aktów wykonawczych. 4/ „W projektowanych przepisach nie znajdujemy także odpowiedzi na wątpliwości dotyczące tego, który ze świadczeniodawców i w jaki sposób zostanie zobowiązany do podjęcia pilnych działań mających na celu rozwiązanie zgłaszanych przez pacjentów problemów w dostępie do świadczeń powstałych w związku z działaniem CER”:
--	--	--	---

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		scentralizowanych zapisów na świadczenia co było z góry skazane na niepowodzenie. Projektowana zmiana powinna być analizowana w świetle obecnie obowiązujących, niezmiernie skomplikowanych i często niewykonalnych przepisów dotyczących zasad prowadzenia kolejek oczekujących na świadczenia, przepisów dotyczących uprawnień szczególnych do korzystania ze świadczeń poza kolejnością oraz prawa do korzystania ze świadczeń bez skierowania. Opiniowany projekt ustawy w naszej ocenie nie został poddany dostatecznie wnikliwej analizie wykonalności i ocenie ewentualnych skutków działania Centralnej Elektronicznej Rejestracji (CER) w obecnych okolicznościach formalno-prawnych. Z treści projektu oraz uzasadnienia nie wynika jednoznacznie aby obecnie trwający od kilku miesięcy pilotaż e-Rejestracji (ograniczony do świadczeń w zakresie dwóch programów profilaktycznych - raka piersi oraz raka szyjki macicy - oraz świadczeń w Poradni Kardiologicznej) był w procesie legislacyjnym źródłem gotowych merytorycznych wniosków służących tworzeniu lepszych i bardziej racjonalnych przepisów ustawowych mających być podstawą bardziej powszechnego działania CER i obejmowania nią kolejnych rodzajów świadczeń. Dostępne publicznie szcątkowe informacje o skali i problemach obecnie prowadzonego pilotażu w połączeniu z oficjalnymi informacjami MZ o braku jakichkolwiek efektów pierwszego, nieudanego pilotażu prowadzonego w 2022 i 2023 roku nie pozwalają na zbyt ni optymizm. Analiza projektowanych przepisów pozwala na uznanie, że Minister Zdrowia jako administrator systemu CER wraz z Centrum e-Zdrowie (jako jednostką odpowiedzialną za działanie CER) będą ponosić odpowiedzialność wobec pacjentów za: 1. skutki wykluczenia informatycznego ogromnej grupy pacjentów w wieku podeszłym co uniemożliwi lub drastycznie ograniczy im korzystanie z CER i projektowanych mechanizmów komunikacji elektronicznej (w tym asystenta głosowego – tzw. „voicebota”) oraz utrudni konieczną akceptację pacjenta dla proponowanych przez CER terminów.	Administratorem systemu Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Za dostępność tego systemu odpowiada Centrum e-Zdrowia. Za dostępność systemu gabinetowego oraz prawidłowość zapisów świadczeniodawców oraz za prawidłowość organizacji świadczeń odpowiada świadczeniodawca.
--	--	---	---

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		2. prawidłowość i ciągłość działania systemu informatycznego, od którego będzie uzależniona prawidłowa obsługa zapisów i realizacji świadczeń przez podmioty lecznicze, 3. prawidłowość działania algorytmów informatycznych odpowiedzialnych za ustalanie terminów udzielenia świadczeń z uwzględnieniem kategorii medycznej i praw nabytych (tj. data zapisu do Centralnego Wykazu Oczekujących, fakt odwołania ustalonego już terminu z przyczyny nie leżącej po stronie pacjenta, wypadków losowych skutkujących nie stawieniem się pacjenta w wyznaczonym terminie u wskazanego świadczeniodawcy etc.). 4. negatywne dla pacjentów skutki zmian harmonogramów następujących w CER a wynikających z niemożliwych do przewidzenia absencji personelu medycznego, zmian potencjału personelu świadczeniodawcy, awarii etc. 5. skutki przedłużającego się oczekiwania na wyznaczenie jakiegokolwiek terminu świadczenia (np. wyprzedzanie pacjenta stabilnego przez przypadki pilne i pacjentów z uprawnieniami szczególnymi), 6. rozbieżności ostatecznej daty udzielania świadczenia względem publikowanych informacji o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, 7. prawidłowe respektowanie uprawnień szczególnych przy ustalaniu preferencyjnych terminów realizacji świadczeń. Pomimo oczywistej odpowiedzialności za kluczowe aspekty działania CER w projekcie nie odnajdujemy żadnych zapisów określających zakres ponoszonej przez te instytucje odpowiedzialności, miejsca i zasady składania skarg, odwołań i zastrzeżeń pacjentów dotyczących ewentualnych nieprawidłowości oraz trybu i terminów ich rozpatrywania. Jedynym właściwym organem w tej sytuacji stanie się zapewne Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, które będzie zmuszone prowadzić postępowania wyjaśniające wobec MZ i CeZ z tytułu podejrzenia „zbiorowych” lub „jednostkowych” naruszeń praw	
--	--	---	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			pacjentów. W projektowanych przepisach nie znajdujemy także odpowiedzi na wątpliwości dotyczące tego, który ze świadczeniodawców i w jaki sposób zostanie zobowiązany do podjęcia pilnych działań mających na celu rozwiązanie zgłaszanych przez pacjentów problemów w dostępie do świadczeń powstałych w związku z działaniem CER.	
10.	Pracodawcy dla Zdrowia	Uwaga ogólna	Aspekty techniczne koniecznej powszechnej integracji systemów informatycznych świadczeniodawców z CER. Projektowane przepisy w oczywisty sposób skutkować będą koniecznością opracowania, wdrożenia i utrzymywania rozwiązań informatycznych gwarantujących synchronizację w czasie rzeczywistym wszystkich terminarzy dotyczących realizacji świadczeń objętych działaniem CER. Oznacza to docelowe synchronizowanie się kilkunastu tysięcy systemów informatycznych z centralnym serwerem CER. Ilość wymienianych danych tworzy skalę jeszcze nigdy nie obsługiwaną przez P1 ponieważ synchronizacji mają podlegać także dane o terminach świadczeń w kontynuacji opieki oraz wszelkich zmianach dokonywanych lokalnie lub centralnie. Sprawne działanie takich funkcjonalności wygeneruje po stronie świadczeniodawców ogromne koszty opracowania, wdrożenia a następnie utrzymywania ich działania oraz kolejnych nieuniknionych modyfikacji	Uwaga uwzględniona częściowo. Ministerstwo Zdrowia widzi potrzebę wydłużenia wcześniej proponowanego terminu nałożenia obowiązku integracji z centralną elektroniczną rejestracją. W projekcie poddanym konsultacjom przewidziano okres 4 miesiące od dnia wejścia w życie ustawy na przygotowanie świadczeniodawców do integracji z centralną elektroniczną rejestracją. Mając na uwadze zgłoszone w tym zakresie uwagi Ministerstwo Zdrowia wydłużyło ten czas do 6 miesięcy.
11.	Pracodawcy dla Zdrowia	Uwaga ogólna	Centralizacja systemu w zakresie prowadzenia kolejek oczekujących może prowadzić do prób paraliżowania działania takiego systemu przez ataki hakerskie ze strony osób i organizacji planujących destabilizację działania ochrony zdrowia. Dzisiejszy stan rozproszonej infrastruktury informatycznej powielanej ewentualnie przez systemy typu AP-KOLCE wydaje się bezpieczniejszym rozwiązaniem.	Uwaga nieuwzględniona Rozwiązanie analogiczne jak w innych e-usługach centralnych w ochronie zdrowia. CeR będzie zabezpieczony pod względem ochrony cyberbezpieczeństwa. Obsługę techniczną systemu będzie sprawowała jednostka podległa Ministrowi Zdrowia właściwa dla systemów informacyjnych. Każdy z systemów w podmiocie leczniczym powinien być gotowy na ewentualność braku komunikacji (np. przez brak dostępu do internetu lub błędy techniczne) przez systematyczną synchronizację harmonogramów z systemem centralnym w celu zachowania ciągłości działania i dostępu do świadczeń. Po przywróceniu komunikacji system powinien zapewnić możliwość synchronizacji danych z systemem centralnym.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

12.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Uwaga ogólna	Niedołączenie do projektu ustawy proj. aktów wykonawczych stanowi naruszenie zasad prawidłowej legislacji; 1. ponieważ projekt zmienia zasady zapisywania na świadczenia opieki zdrowotnej obecnie znajdujących się na listach oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej dla ogółu pacjentów i przenosząc corocznie kolejne świadczenia nim objęte z zarządzania nimi przez wszystkich świadczeniodawców do CEZ tj. instytucji podległej Ministrowi Zdrowia. W naszej ocenie należy zmienić uzasadnienie oraz Ocenę Skutków Regulacji, (OSR) i uzupełnić o omówienie: 1/ całościowego odniesienia się resortu zdrowia do wniosków z zakończonych pilotaży centralnej elektronicznej rejestracji w oparciu o sprawdzone jako najbardziej - użyteczne dla zakładanych celów pilotaży, kryteria;; 2/ rzetelnej tzn. dokonanej wg wskaźników uznanych na podstawie literatury dotyczącej bezpieczeństwa danych cyfrowych oraz i praktyki ich stosowania oceny, w miejsce oszacowanych jako „niskie” wszystkich, określonych w zał. nr 2 do Oceny Skutków Regulacji, tzn. - nieuprawnionego dostępu do danych, nieuprawniona modyfikacji danych, zniszczenia zasobu, ataku, odmowy dostępu; wycieku danych, który narusza dobra osobiste chronione prawem cywilnym; - zablokowania dostępu do danych, zniszczenia danych, które może mieć też wpływ na wyniki analiz danych; przełamania fizycznych barier chroniących serwer i fizycznego zniszczenia serwera; - ingerencji w oprogramowanie serwera lub fizyczne jego zniszczenie oraz w następstwie tego określić środki mające na celu zmniejszenie tych ryzyk a także zaplanować i zabezpieczyć koszty związane z wdrożeniem tych środków. Równocześnie nie wzięto pod uwagę np. ryzyk związanych z brakiem dostępu do rejestracji w okresie modyfikacji czy aktualizacji.	Uwaga częściowo uwzględniona Ad. 1Projekt ustawy zawiera wyraźne upoważnienie ustawowe do wydania przepisów wykonawczych w zakresie wykazu świadczeń objętych centralną rejestracją oraz sposobu jej prowadzenia. (art. 23h ust.2). Z uwagi na kompleksowy charakter systemu, prace nad projektami aktów wykonawczych są prowadzone równolegle i zostaną przedstawione do konsultacji publicznych w odrębnym trybie. Brak ich dołączenia na obecnym etapie wynika z przyjętego trybu legislacyjnego, jednak nie ogranicza transparentności procesu- przepisy wykonawcze będą uzgadniane i konsultowane publicznie przed ich wejściem w życie. Pilotaże centralnej elektronicznej rejestracji są podstawą konstrukcji systemu i ich wyniki są wykorzystywane w projektowaniu szczegółowych rozwiązań. Ad. 2. Załącznik nr 2 do OSR pozostaje przedmiotem dalszych, pogłębionych analiz. W zależności od ich wyniku dokument ten może zostać poddany aktualizacji.
13.	Narodowy Instytut Zdrowia	Uwaga ogólna	1) Proponuję dodanie w projektowanej ustawie przepisu, zgodnie z którym finansowanie świadczenia opieki zdrowotnej, udzielonego na podstawie umowy z Funduszem może zostać wstrzymane lub	Uwaga uwzględniona. Do dec. Kierownictwa:

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

	Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy		ograniczone w przypadku, gdy termin jego udzielenia, wbrew obowiązującym przepisom, nie został ustalony za pośrednictwem centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w art. 23c projektowanej ustawy oraz upoważnienia ustawowego dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określające sposób ustalenia, że taka okoliczność miała miejsce oraz sposób i wysokość obniżenia wynagrodzenia. Delegacja do wydania rozporządzenia może być fakultatywna. Uzasadnienie: Sukces centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w projektowanej ustawie zależy od tego czy wdrażane rozwiązanie będzie miało charakter powszechny i bezwzględnie obowiązujący jako jednolity (i jedyny) standard rejestracji pacjentów u wszystkich świadczeniodawców. Istotą tego procesu jest kompletność przekazanych do systemu P1 harmonogramów przyjęć świadczeniodawców oraz ustalania wszystkich terminów świadczeń (a szczególnie pierwszorazowych rejestrowanych w kolejce oczekujących) w tym systemie. Tylko rzetelne i powszechne prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji przez wszystkich bez wyjątku świadczeniodawców umożliwi usprawnienie prowadzenia list oczekujących i ułatwi pacjentom dostęp do leczenia. W innym przypadku będziemy mieli do czynienia z systemem „dwóch prędkości” , czyli mieszaniną oczekiwaną i należytej jakości obsługi pacjentów z bylejąkością, na dodatek w trudnej do określenia proporcji. W związku z powyższym, w celu osiągnięcia oczekiwanych powyżej efektów należy rozważyć wprowadzenie przepisu jak powyżej stwarzającego podstawę prawną ewentualnej egzekucji/sankcji za nierzetelne lub niepełne przekazywanie danych do centralnej elektronicznej rejestracji. 2) W uzupełnieniu przesłanych poniżej uwag wnoszę o dodatkowe zmiany do ustawy poprzez modyfikację zapisów art. 23 ust 1, 4, 4a znoszące obowiązek codziennego lub comiesięcznego raportowania pierwszego wolnego terminu wizyty przez świadczeniodawców, poprzez zastąpienie informacją o przewidywanym czasie oczekiwania na świadczenie obliczanym i prezentowanym do wiadomości publicznej dla danego	Ad 1/ Do projektu ustawy dodano zapis „Art. 154a. Jeżeli przy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej doszło do istotnych nieprawidłowości w wykonaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Prezes Funduszu wstrzymuje lub ogranicza finansowanie tych świadczeń w przypadkach wskazanych w przepisach określających ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanych na podstawie art. 137 ust. 1 ustawy Ad 2/ Uwaga uwzględniona.
--	--	--	--	---

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			świadczeniodawcy przez NFZ , na podstawie liczby osób oczekujących , oraz średniej realizacji liczby świadczeń z 6 poprzedzających miesięcy. Uzasadnienie: Po kilku latach od wprowadzenia tego obowiązku praktyka pokazała , że dane wprowadzane przez podmioty lecznicze są niewiarygodne , lub nie aktualizowane na bieżąco , a przez to wprowadzają pacjentów w błąd. Nie mogą więc być źródłem rzetelnej informacji o dostępności do świadczeń zarówno na poziomie konkretnego świadczeniodawcy , jak i obszaru , zakresu świadczeń etc. Zmiany legislacyjne wprowadzające system elektronicznej, centralnej rejestracji na świadczenia na poziomie krajowym czynią dotychczasowe rozwiązanie nadmiarowym i bezprzedmiotowym. Obowiązek ten stanowi dodatkowe i niepotrzebne codzienne obciążenie administracyjne pracowników podmiotów leczniczych, dlatego w ramach inicjatyw regulacyjnych w przepisach dotyczących ochrony zdrowia powinien zostać zastąpiony innym , zautomatyzowanym rozwiązaniem jak na wstępie.	
14.	PUODO		Projekt ustawy zakłada prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji, w której będą przetwarzane, za pomocą systemu informatycznego, w szerokim zakresie dane osobowe osób fizycznych, w tym dane mogące być przetwarzane biometrycznie (pozyskiwane, w tym nagrywane, z wykorzystaniem asystenta głosowego) i dane dotyczące zdrowia. Projektodawca przewiduje bowiem, że centralna elektroniczna rejestracja będzie obejmowała dane dotyczące usługobiorców, o których mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia (projektowany art. 23c ust. 8 w zw. z art. 23 ust. 3), dane zawarte w centralnym wykazie oczekujących⁴ (projektowany art. 23c ust. 8 w zw. z art. 23 ust. 6), dane zawarte w zgłoszeniu centralnym stanowiącym oświadczenie świadczeniobiorcy o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia opieki zdrowotnej⁵ (projektowany art.23c ust. 8 w zw. z art. 23d ust. 3). Jednocześnie – co istotne – projekt przewiduje, że centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona z wykorzystaniem asystenta głosowego (projektowany art. 23f ust. 1). Jak wynika z projektowanego art. 23f ust.2 nagrania	Uwaga wyjaśniona Odnosząc się do wątpliwości, czy będzie w ramach projektu dochodziło do przetwarzania danych biometrycznych w związku z nagrywaniem rozmów telefonicznych, uprzejmie informuję, że w przedmiotowej sytuacji nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego przetwarzania danych, w tym danych biometrycznych. Wprowadzany projektem system centralnej elektronicznej rejestracji oraz narzędzie jego realizacji tj. voicebot (wykorzystujący automatyczne przetwarzanie danych osobowych) nie będzie umożliwiał identyfikacji osoby fizycznej przy użyciu danych biometrycznych, w związku z nagrywaniem rozmów telefonicznych. W konsekwencji nie będzie także zachodziło profilowanie pacjentów w oparciu o dane biometryczne zawarte w głosie pacjentów. W ramach wspomnianego automatycznego przetwarzania danych osobowych, należy podkreślić, że projektodawca nie planuje analizować głosu pacjentów. Pacjent będzie jedynie identyfikowany na podstawie imienia i nazwiska oraz numeru PESEL. W omawianym przypadku

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		dźwięku lub transkrypcja nagrania uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem asystenta głosowego, o którym mowa w ust. 1, zawierające dane, o których mowa w art. 23c ust. 8, minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały one zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane. Jak wskazano w uzasadnieniu, „w założeniu projektodawcy system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców”. Ze względu na planowane stosowanie technologii, sposób, zakres i charakter przetwarzanych danych niezwykle istotne jest – stosownie do zasad i wymagań rozporządzenia 2016/679 – aby projektowane przepisy przewidywały rozwiązania adekwatne do celów, konieczne i jedynie niezbędne dla realizacji ratio legis, a także przewidywały właściwe gwarancje ochrony danych osobowych dla podmiotów danych. 1.1. Zgodnie z art. 5 ust. 1 lit a w zw. z art. 6 ust. 1 lit e oraz art. 6 ust. 3 rozporządzenia 2016/679 w związku z art. 7 Konstytucji RP, podstawa przetwarzania danych osobowych powinna być określona – w sposób jasny i precyzyjny – w przepisach ustawy. Te zasady fundamentalne mają szczególne znaczenie w przypadkach przetwarzania danych przez podmioty publiczne, czy w celach publicznych. Cel przetwarzania musi być określony w tej podstawie prawnej lub, w przypadku przetwarzania, o którym mowa w ust. 1 lit. e), musi być ono niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi. Dane dotyczące zdrowia oraz dane biometryczne – zgodnie z art. 9 ust. 1 rozporządzenia 2016/679 – należą do danych szczególnych kategorii, należy więc mieć na względzie, że ich przetwarzanie wymaga zachowania szczególnego reżimu, w tym mogą być przetwarzane wyłącznie w przypadkach, gdy jest to niezbędne do realizacji konkretnych celów z korzyścią dla osób fizycznych i ogółu	nie będzie dochodzić do operacji, która pozwoliłaby na monitorowanie osoby, której dane dotyczą, a zatem nie będą stosowane techniki przetwarzania danych polegające na profilowaniu osoby fizycznej, w szczególności w celu podjęcia decyzji jej dotyczącej lub przeanalizowania lub prognozowania jej osobistych preferencji, zachowań itd. Jak zostało to wskazane w uzasadnieniu do projektu usługa asystenta głosowego (voicebot) będzie miała na celu jedynie przypomnienie o zbliżającej się wizycie, potwierdzenie obecności pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełożenie lub anulację wizyty. Celem ma być zaoferowanie usług wzmacniających komunikację świadczeniobiorcy w obszarze zapisu na świadczenia opieki zdrowotnej w szczególności w przypadku świadczeniobiorców wykluczonych cyfrowo, a nie podejmowanie decyzji przez administratora danych w oparciu o preferencje osoby, której dane dotyczą. Mając na uwadze stanowisko Pana Prezesa i zakładając, że jednak głos miałby być analizowany automatycznie, należałoby wyrazić analogiczne stanowisko i konieczne byłoby wskazanie podstawy z art. 9 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) tzw. RODO oraz przeprowadzić formalną ocenę skutków (DPIA) i wskazać środki kompensujące (np. pseudonimizacja, ograniczenie dostępu). Należy jednak podkreślić, że projektodawca nie ma planów na wprowadzenie takich technik i przetwarzania danych, dlatego powyższe wymagania wydają się niecelowe. Niemniej z uwagi na wagę podjętego problemu projektodawca zobowiązuje się poprawić i uzupełnić uzasadnienie projektu o informacje zapewniające i rozstrzygające wątpliwości dotyczące przetwarzania danych w związku z identyfikacją lub weryfikacją osoby fizycznej. Pod wątpliwość projektodawca poddaje uwagę, w której wspomina się o konieczności uwzględnienia w projekcie realizacji praw osób fizycznych, takich jak prawa do sprostowania danych, dostępu do danych, usunięcia danych oraz innych instrumentów ochrony praw osób fizycznych, takich jak prawa do interwencji ludzkiej, kontroli przez człowieka. W opinii projektodawcy wspomniane prawa wynikają z regulacji, która jest
--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		społeczeństwa oraz po zapewnieniu gwarancji wymaganych art. 9 ust. 2 i 3 rozporządzenia 2016/679. Odstępstwa od prawa do ochrony danych osobowych i prawa do prywatności – gwarantowane w art. 7 i 8 Karty praw podstawowych UE oraz art. 47 i 51 Konstytucji RP – powinny mieć podstawę ustawową i ograniczać się do tego, co absolutnie konieczne⁷. Klauzule ograniczeń wynikają zaś z art. 31 ust. 3, art. 51 ust. 2 Konstytucji RP oraz art. 52 ust. 1 Karty praw podstawowych. 1.2. Odnosząc się do charakteru przetwarzanych danych należy zauważyć, że projektodawca przewiduje automatyzację połączeń telefonicznych dotyczących dokonywania rejestracji w centralnej elektronicznej rejestracji przy zastosowaniu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych, tzw. voicebotów, a zatem wątpliwość budzi, czy w takim przypadku będzie dochodziło do przetwarzania danych biometrycznych w związku z nagrywaniem rozmów telefonicznych (projektowany art. 23f). Jak wyjaśniono w uzasadnieniu, „usługa asystenta głosowego (voicebot) przypomni o zbliżającej się wizycie, potwierdzi obecność pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełoży lub anuluje wizytę. Celem implementacji tego rozwiązania jest zaoferowanie usług wzmacniających komunikację i interakcję świadczeniobiorcy w obszarze zapisu na świadczenia opieki zdrowotnej z wykorzystaniem usług centralnej elektronicznej rejestracji, w szczególności w przypadku świadczeniobiorców wykluczonych cyfrowo”. Zautomatyzowane przetwarzania danych, w tym danych biometrycznych, jest wyjątkowo inwazyjną formą przetwarzania danych osobowych, która jest obciążona bardzo wysokim ryzykiem naruszenia praw i wolności osób nagrywanych. Analiza unikalnej cechy biometrycznej, jaką jest głos człowieka, pozwala bowiem nie tylko dokonać jego identyfikacji, ale może pomóc w określeniu m.in. jego stanu emocjonalnego, chorób, na które dana osoba cierpi czy określić jego wiek i płeć. Należy przy tym mieć na względzie, że automatyczne przetwarzanie danych za pomocą tzw. voicebotów jest narzędziem w istocie wspieranym sztuczną inteligencją. W asystencji	bezpośrednio stosowana w polskim porządku prawnym, tj. z RODO. Z uwagi na to projektodawca nie widzi konieczności i nie zdecydował się na dołączenie tych postanowień do projektu ustawy. Niedozwolone w opinii projektodawcy jest powielanie postanowień innej regulacji, w tym regulacji unijnej. Zatem, przedmiotowe prawa, w opinii projektodawcy mogą mogły być dalej realizowane przez świadczeniobiorcę, również na gruncie projektu ustawy. W zakresie przeprowadzonej analizy oceny skutków regulacji dla ochrony danych osobowych i zastrzeżeń UODO, uprzejmie informuję że projektodawca dokona powtórnej analizy tego dokumentu mając na względzie uwagi przedstawione w piśmie Pana Prezesa, w szczególności w zakresie ryzyka i zasad przetwarzania oraz gwarancji ochrony danych osobowych. Powyższe pozwoli wyeliminować powstające jeszcze ewentualne wątpliwości w zakresie bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych. W odniesieniu do zarzutu braku określenia jakie konkretne dane będą przetwarzane, należy podkreślić, że w niniejszym projekcie niemożliwe jest precyzyjne i konkretne określenie zakresu danych dotyczących zdrowia. W obliczu celu regulacji i przetwarzania danych niezbędnych do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, projektodawca w sposób możliwie najbardziej wyczerpujący określił zakres danych, odnosząc się generalnie do stanu zdrowia lub specyfiki świadczenia opieki zdrowotnej. Niemożliwe jest określenie wyczerpującego katalogu danych przy występowaniu różnorodnych i niejednoznacznych ilości przypadków świadczeniobiorców. Ponadto w zakresie danych dotyczących stanu zdrowia świadczeniobiorca sam decyduje o ewentualnych dodatkowych danych, które poda podczas dokonywania zgłoszenia centralnego. Natomiast dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej będą danymi, które pozwolą na prawidłową realizację świadczenia np. informacja o znieczuleniu ogólnym przy udzieleniu świadczenia opieki zdrowotnej. Z uwagi na złożoność przypadków i specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych nie jest możliwe określenie konkretnego katalogu danych osobowych. Niemniej, biorąc pod uwagę stanowisko organu właściwego w sprawach zasad przetwarzania danych osobowych, w tym danych zdrowotnych, projektodawca postanowił dookreślić i rozszerzyć uzasadnienie w tym zakresie. Odnosząc się, do zarzutu braku określenia trybu w jakim ma nastąpić udostępnienie danych zawartych w harmonogramach
--	--	--	---

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		głosowym może więc dochodzić do specjalnego przetwarzania głosu osób fizycznych użytkujących system. Brak jest przy tym wyjaśnienia, czy przetwarzanie danych będzie się rzeczywiście opierać na identyfikacji lub weryfikacji osoby fizycznej przez asystenta głosowego, co mogłoby prowadzić do zastosowania nieproporcjonalnych środków w odniesieniu do realizacji zakładanego przez projektodawcę celu i konieczność zastosowania środków prawnych dotyczących przetwarzania danych biometrycznych. Należy w tym miejscu przypomnieć, że w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji oraz zmiany rozporządzeń (WE) nr 300/2008, (UE) nr 167/2013, (UE) nr 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 i (UE) 2019/2144 oraz dyrektyw 2014/90/UE, (UE) 2016/797 i (UE) 2020/1828 (akt w sprawie sztucznej inteligencji), w motywie 39 podkreślono, że „wszelkie przetwarzanie danych biometrycznych i innych danych osobowych związane z wykorzystaniem systemów AI do identyfikacji biometrycznej, inne niż w związku z wykorzystywaniem systemów zdalnej identyfikacji biometrycznej w czasie rzeczywistym w przestrzeni publicznej w celu ścigania przestępstw zgodnie z przepisami niniejszego rozporządzenia, powinno pozostawać zgodne z wymogami wynikającymi z art. 10 dyrektywy (UE) 2016/680. Do celów innych niż ściganie przestępstw art. 9 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2016/679 i art. 10 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2018/1725 zakazują przetwarzania danych biometrycznych z 11 uwzględnieniem ograniczonej liczby wyjątków określonych w tych artykułach. W ramach stosowania art. 9 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2016/679 wykorzystywanie zdalnej identyfikacji biometrycznej do celów innych niż ściganie przestępstw było już przedmiotem decyzji zakazujących takiego wykorzystywania, wydawanych przez krajowe organy ochrony danych”. Projektowane rozwiązanie należy więc także ocenić z punktu widzenia ww. aktu prawnego, w tym konieczne jest przeprowadzenie oceny skutków regulacji zakresie praw podstawowych, o której mowa w art. 27 aktu w sprawie sztucznej inteligencji. Niezależnie od powyższego należy zwrócić uwagę, że projektowane przepisy dotyczące automatycznego przetwarzania danych osobowych	przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawców, wskazać należy, iż kwestię tę regulować będzie akt wykonawczy do projektu, zgodnie z art. 23h ust. 2 pkt 2 lit. e. W zakresie uwagi dotyczącej art. 23c ust. 6 zakres „dane dotyczące karty diagnostyki i leczenia onkologicznego” został doprecyzowany w projekcie poprzez zastosowanie zakresu „ numer karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, data wydania decyzji o wydaniu karty i rozpoznanie, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. b, g oraz lit. k oraz etap diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, określony w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do przepisów wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 lub etap diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego określony w tabeli nr 5 załącznika nr 3 do przepisów wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.”. W zakresie uwagi dotyczącej zwrotu użytego w art. 23e ust. 3 „„inne dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej istotne do przyjęcia centralnego zgłoszenia, jeżeli dotyczą” wskazać należy, iż zakres tych danych odnosi się do stanu zdrowia lub specyfiki świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku danych dotyczących stanu zdrowia świadczeniobiorca sam decyduje o ewentualnych dodatkowych danych, które poda podczas dokonywania zgłoszenia centralnego. Natomiast dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej są to dane, które pozwolą na prawidłową realizację świadczenia np. informacja o znieczuleniu ogólnym przy udzieleniu świadczenia opieki zdrowotnej. Dodatkowo, w zakresie projektowanego art. 59b ust. 1 pkt 5a i 5b, 6a-f, 7, 9, 13 i danych przetwarzanych w skierowaniu w postaci elektronicznej, uprzejmie informuję, że „dodatkowe” dane będą przetwarzane w informacji o wystawionym skierowaniu. Zatem, zakres danych nie wykracza poza zakres danych na samym skierowaniu. Nie będą to tym samym nowe dane, niewystępujące na skierowaniu, a jedynie dane zawarte w dokumencie przeznaczonym dla pacjenta. Będą to dane o pacjencie i przeznaczone dla samego pacjenta. Celem tej propozycji jest jedynie zwiększenie autonomii informacyjnej pacjenta.
--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		osób korzystających z centralnej elektronicznej rejestracji nie zawierają rozwiązań dotyczących sposobów i procedur przetwarzania tych danych, w tym danych dotyczących zdrowia, a także ich zabezpieczania (np. brak regulacji w zakresie sposobu dokonywania identyfikacji świadczeniobiorcy). Brak jest również regulacji dotyczących realizacji praw osób fizycznych, takich jak prawa do sprostowania danych, dostępu do danych, usunięcia danych oraz innych instrumentów ochrony praw osób fizycznych, takich jak prawa do interwencji ludzkiej, kontroli przez człowieka. Zgodnie z art. 22 rozporządzenia 2016/679 każdej osobie fizycznej przysługuje prawo do niepodlegania decyzjom opartym wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie danych, w tym profilowanie, które wywołują wobec niej skutki prawne lub w podobny sposób istotnie na nią wpływają. W przypadku podejmowania takich decyzji, które opierają się na szczególnych kategoriach danych, art. 22 ust. 2b i art. 22 ust. 4 rozporządzenia 2016/679, przewiduje konieczność zastosowania art. 9 ust. 2 lit. a) lub g) oraz zapewnienia właściwych środków ochrony praw, wolności i prawnie uzasadnionych interesów osoby, której dane dotyczą. Z uwagi zatem na potrzebę zapewnienia ochrony praw świadczeniobiorców i wysokiego poziomu dostępności i dokładności systemu należy wskazać, że w przypadku nieskutecznego dialogu z asystentem głosowym projektodawca powinien przewidzieć instrumenty zapewniające właściwe środki ochrony tych praw, w tym prawa do interwencji ludzkiej, tak, aby zapewnić dostęp do usługi w inny sposób, np. przez połączenie z infolinią obsługiwaną przez człowieka (usługa „chcę rozmawiać z człowiekiem”). Projektowane przepisy – jako mogące głęboko ingerować w prywatność osób fizycznych korzystających z usługi centralnej elektronicznej rejestracji oraz zagrażające realizacji zasad dotyczących przetwarzania danych osobowych: przejrzystości i legalizmu (5 ust. 1 lit. a rozporządzenia 2016/679), ograniczenia celu (5 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679) minimalizacji danych (5 ust. 1 lit. c rozporządzenia 2016/679) integralności i poufności (5 ust. 1 lit. f rozporządzenia 2016/679) ograniczenia przechowania (5 ust. 1 lit. e rozporządzenia 2016/679) oraz rozliczalności (art. 5 ust. 2	
--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		rozporządzenia 2016/679), także nie zapewniające odpowiednich środków chroniących prawa osób fizycznych – budzą poważne wątpliwości Prezesa UODO. 1.3. Istotnym narzędziem oceny proporcjonalności i niezbędności projektowanych rozwiązań oraz szacowania ryzyk towarzyszących takiemu przetwarzaniu dla praw i wolności podmiotów danych, jest ocena skutków regulacji dla ochrony danych, do której przeprowadzenia zobowiązuje art. 35, w szczególności, w procesie tworzenia prawa ust. 10 rozporządzenia 2016/679 oraz art. 25 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679. Przeprowadzenie oceny skutków ułatwiła także wykazanie zgodności z dotyczącymi przetwarzania danych osobowych zasadami wynikającymi z art. 5 rozporządzenia 2016/679 a także wykazanie spełnienia warunków przetwarzania danych osobowych określonych w art. 6 ust. 3 i art. 9 ust. 2 i 3. Ocena taka pozwala ocenić czy rozwiązania zawarte w projekcie przewidują jednocześnie odpowiednie zabezpieczenia praw i wolności osób, których dane dotyczą. Odnosić przy tym należy – jak wynika z dołączonych do projektu dokumentów – że projektodawca dokonał analizy skutków regulacji dla ochrony danych. Niemniej jednak zauważyć trzeba, że przeprowadzona analiza budzi zastrzeżenia. Przetwarzanie danych na podstawie projektowanych regulacji ma bowiem nastąpić za pomocą zautomatyzowanych systemów i dotyczyć ma szerokiego zakresu danych, w tym danych szczególnych kategorii, a zatem z dużym prawdopodobieństwem należy uznać, że takie przetwarzanie danych powodować może wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych. Z analizy dołączonej do projektu wynika zaś, że ryzyko przetwarzania projektodawca oszacował jako niskie i nie przewidział żadnych gwarancji ochrony danych osobowych. Przeprowadzenie oceny skutków regulacji dla ochrony danych na etapie projektowania regulacji dotyczących przetwarzania danych osobowych powinno prowadzić do wykazania niezbędności przetwarzania danych osobowych, w określony sposób, we wskazanym konkretnie celu i zakresie oraz oceny ryzyka projektowanych rozwiązań w zakresie przetwarzania danych osobowych, a w konsekwencji wpływu na prywatność osób	
--	--	---	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			fizycznych. Projektodawca nie wykazał natomiast, aby konieczne było przetwarzania wszystkich kategorii danych, w szczególności nie wyjaśnił kwestii przetwarzania danych biometrycznych, dotyczących wszystkich usługobiorców, we wskazanym celu jakim ma być łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Brak jest również wykazania zgodności z przepisami rozporządzenia 2016/679, w tym zasadą rozliczalności (art. 5 ust. 2), a także spełnienia warunków przetwarzania danych osobowych określonych w art. 6 ust. 3 i art. 9 ust. 2 i 3 rozporządzenia 2016/679 oraz odpowiednich gwarancji - zabezpieczeń praw i wolności osób, których dane dotyczą, w tym prawa niepodlegania decyzjom o których mowa w art. 22 rozporządzenia 2016/679. W związku z powyższym, należy uznać, że projektodawca nie wykazał w wystarczający sposób niezbędności przetwarzania danych osób fizycznych w przyjęty w tych regulacjach sposób dla realizacji zakładanego celu.	
15.	PUODO	Uwaga ogólna	Jednocześnie należy wskazać – stosownie do zasady legalności, o której mowa w art. 5 ust. 1 lit. a rozporządzenia 2016/679 – że dookreślenia i doprecyzowania wymagają przepisy odnoszące się do zakresu przetwarzania danych w centralnej elektronicznej rejestracji, a także trybu ich pozyskiwania. Projektodawca wskazuje w projektowanym art. 23c ust. 6, że centralny wykaz oczekujących zawiera „dane dotyczące karty diagnostyki i leczenia onkologicznego”, zgłoszenie centralne „inne dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej istotne do przyjęcia centralnego zgłoszenia, jeżeli dotyczą”, bez określenia jakie konkretne dane będą gromadzone w przedmiotowych wykazach. Projektodawca nie wskazuje jaki konkretnie katalog danych dotyczących zdrowia będzie przetwarzany w tym rejestrze w odniesieniu do celu regulacji, jakim jest rejestracja wizyty u lekarza. Tak sformułowane regulacje stwarzają ryzyko przetwarzania nadmiarowych danych osobowych w projektowanym systemie (art. 5 ust. 1 lit. a, b, c rozporządzenia 2016/679), dlatego wskazane jest sprecyzowanie jakie konkretnie dane będą w tym celu przetwarzane.	Jw.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			Ponadto w art. 23c ust. 3 projektodawca wskazuje, że świadczeniodawca ma „udostępnić” w systemie teleinformatycznym harmonogramy przyjęć prowadzone przez świadczeniodawców oraz „przekazywać” do systemu teleinformatycznego dane usługobiorców. Projektodawca nie precyzuje jednak trybu w jakim ma nastąpić udostępnienie danych do centralnej elektronicznej rejestracji. Art. 24 i 32 rozporządzenia 2016/679 nakłada natomiast na projektodawcę obowiązek zaprojektowania takich rozwiązań prawnych, w tym trybu udostępniania i pozyskiwania, które zapewnią odpowiednią ochronę danych osobowych eliminując ryzyka dla dowolnego przetwarzania danych przez osoby nieuprawnione lub niezgodnie z celem ich uzyskania (por. wyrok NSA z 3 grudnia 2021 r., III OSK 590/21)10. Jednocześnie zauważyć należy, że w projektowanym art. 59b ust. 1 pkt 5a i 5b, 6a-f, 7, 9, 13 przewidziano poszerzenie zakresu danych przetwarzanych w skierowaniu w postaci elektronicznej, poprzez wskazanie m.in. danych dotyczących płci, daty urodzenia, adresu zamieszkania świadczeniobiorcy. Brak jednak uzasadnienia dla realizacji jakich celów mają być wskazywane te dodatkowe dane osobowe w przedmiotowych skierowaniach elektronicznych oraz ich niezbędności dla realizacji tych celów. Wyjaśnienia i wykazania wymaga zatem rozszerzenie zakresu danych przetwarzanych w skierowaniach elektronicznych.	
16.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	art.19a ust.4 lit.b (dot. art. 1 pkt 1 lit.b)	Wprowadzono niezdefiniowane dalej w żadnym art. projektu pojęcie „centralnego wykazu oczekujących na wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej” oraz nie opisano celu jego wprowadzenia, maksymalnego terminu oczekiwania, zasad wejścia, zmiany statusu czy też wyjścia pacjenta z tego systemu. Wybrany świadczeniodawca u którego oczekiwał pacjent posiada bowiem, w przeciwieństwie do systemu informatycznego i to zarządzanego w sposób centralny siły i środki do weryfikacji stanu zdrowia oraz zachęcenia pacjenta do bezkonfliktowego oczekiwania w jedynie w określonym terminie;	Uwaga uwzględniona częściowo Projekt ustawy wprowadza konstrukcję centralnego wykazu oczekujących i generalne zasady funkcjonowania tego rozwiązania. Rozwiązania dotyczące szczegółowego funkcjonowania centralnego wykazu oczekujących ujęte zostaną rozporządzeniu wydanym na podstawie delegacji ujętej w art. 23h ust. 2. Pojęcie „centralnego wykazu oczekujących” zostało rozwinięte w art 23c ust.6 oraz w art. 23g projektu ustawy, gdzie wskazano, że wykaz ten zawiera dane świadczeniobiorców, których nie można było przypisać do konkretnego terminu, oraz że wykorzystywany jest do ustalania kolejności udzielania świadczeń- m.in. z uwzględnieniem kategorii medycznej, uprawnień szczególnych i daty zgłoszenia. Celem tego rozwiązania jest zwiększenie transparentności i koordynacji dostępności świadczeń w skali ogólnokrajowej oraz zapewnienie efektywnego zarządzania terminami w sytuacjach, gdy nie można przypisać terminu w

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

				sytuacjach zgłoszenia. Wyjście pacjenta z wykazu następuje z chwilą wyznaczenia terminu świadczenia lub rezygnacji (art. 23g ust. 2 i 6), a zmiana statusu może wynikać m.in. ze zmiany kategorii medycznej (art.23e ust.10). Zgłoszony postulat dodatkowego doprecyzowania ról świadczeniodawców w kontekście zarządzania relacją z pacjentem zostanie przeanalizowany pod kątem ewentualnego uzupełnienia przepisów wykonawczych. Informacja celach centralnego wykazu oczekujących została dodana do uzasadnienia do projektu ustawy.
17.	Pracodawcy dla Zdrowia	Art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. h	„Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej służący do komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,” Uwaga: Pacjent nie ma obowiązku posiadania i regularnego korzystania z poczty elektronicznej co ogranicza skuteczność ewentualnej komunikacji ze strony świadczeniodawcy oraz CER. Podobnie kontakt telefoniczny nie oznacza możliwości wykorzystywania wiadomości tekstowych (m.in. SMS) szczególnie w przypadku osób w podeszłym wieku korzystających z urządzeń analogowych i tradycyjnych linii telefonicznych.	Uwaga uwzględniona. W przypadku świadczeniobiorców wykluczonych cyfrowo, o których mowa w uwadze, centralna elektroniczna rejestracja przewiduje wykorzystanie usługi asystenta głosowego w przypadku świadczeniobiorców, którzy posiadają telefon stacjonarny i nie korzystają z telefonu komórkowego lub wiadomości sms w swoim telefonie komórkowym.
18.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	art.20 ust.3 pkt 3 (dot. art. 1 pkt 2)	Wprowadza się pojęcie usługobiorców, zdefiniowane we właściwych przepisach jako szersze zakresem podmiotowym niż świadczeniobiorcy, których dot. przepisy niniejszego proj. ustawy - stąd należy doprecyzować czy nie rozszerzono uprawnień świadczeniobiorcy na ogół usługobiorców; a jeżeli tak to oszacować koszty tego rozszerzenia dla świadczeniodawców.	Uwaga nieuwzględniona Pojęcie usługobiorców wprowadzone zostało do projektu ustawy w związku z zakresem danych, określonym w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w przekazywanych do systemu. o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Brak jest podstaw do przyjęcia, iż zmieniony został zakres terminu „świadczeniobiorca”.
19.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 20 ust. 9aa	W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, z powodu rezygnacji świadczeniobiorcy najpóźniej w okresie trzech dni roboczych poprzedzających dzień, w którym świadczenie miało być udzielone, albo niestawiennictwa świadczeniobiorcy, świadczeniodawca może przyznać zwolniony termin świadczeniobiorcy wpisanemu na listę oczekujących, co najmniej 30 dni od daty tego wolnego terminu, niezależnie od kolejności zgłoszenia, o której mowa w ust. 1, ust. 8 zdanie trzecie i ust. 9a, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11. Uzasadnienie uwagi: Wyrażenie „co najmniej 30 dni” obejmuje również dzień 30, który jest wykazany w ust. 9a. Jednocześnie zapis „albo niestawiennictwa świadczeniobiorcy” będzie rozwiązaniem nie do	Uwaga nieuwzględniona 1. Celem tego przepisu jest maksymalne wykorzystanie terminów „zwalnających się w ostatniej chwili”, które określono jako 3 dni robocze przed zwalnianym terminem. W związku z powyższym czy będzie stosowany ust. 9a czy 9aa decyduje bliskość terminu a przepisy powinny być stosowane rozłącznie. 2. W praktyce rzeczywiście zwolniony termin z powodu niestawiennictwa będzie bardzo trudny do zagospodarowania, jeżeli świadczeniodawca, ze względu na przyjęty sposób organizacji udzielania świadczeń będzie wykorzystywać termin, to ustawa powinna także umożliwiać także wykorzystanie terminu, uwolnionego z powodu niestawiennictwa (np. pacjent nie przyszedł na

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			zrealizowania, ponieważ o nie stawieniu się pacjenta dowiadujemy się kilka minut po planowym terminie wizyty. Propozycje rozwiązań: Wyrażenie „co najmniej 30 dni” zmienić na wyrażenie „powyżej 30 dni”.	poradę o godz. 7.00, świadczeniodawca udziela porad do 20 i jest szansa, przyjęcia pacjenta w godzinach późniejszych.
20.	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Art. 20 ust. 9aa	1. Rozwiązanie jest niespójne z proponowanym art. 23 g ust. 3 dodanym na podstawie art. 1 ustawy pkt. 3, zgodnie z którym „W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia, termin ten zostanie wyznaczony w pierwszej kolejności świadczeniobiorcom umieszczonym w centralnym wykazie oczekujących. W przypadku wystąpienia ryzyka niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia, termin ten może zostać wyznaczony przez świadczeniodawcę w pierwszej kolejności świadczeniobiorcom innym niż umieszczeni w centralnym wykazie oczekujących. 2. W zestawieniu tych dwóch regulacji świadczeniodawca nie wie, czy w przypadku, kiedy pacjent odwoła świadczenie albo nie przyjdzie, może termin wykorzystać i przyjąć osobę zgodnie z ust. 3 art. 23 g, czy też ma wyznaczyć ten termin zgodnie z art. 20 ust. 9aa 3. Rozwiązanie jest nefunkcjonalne, ponieważ o ile w przypadku rezygnacji do 3 dni roboczych przed dniem wizyty jest czas na wyznaczenie terminu innemu świadczeniobiorcy wpisanemu do rejestru, o tyle nie będzie takiej możliwości, jeżeli umówiony świadczeniobiorca się nie stawi, wówczas regulacja tego przepisu nie będzie mogła być zastosowana, bo żaden inny świadczeniobiorca w ciągu 30 min czy nawet godziny nie zgłosi się do poradni po świadczenie. W przypadku niezgłoszenia się świadczeniobiorcy, winien mieć zastosowanie art. 23 g ust. 3, czyli świadczeniodawca może przyjąć w to miejsce innego pacjenta jeżeli jest taka możliwość, niezależnie czy ten pacjent jest czy nie jest zarejestrowany w centralnej ewidencji. 4. Niezrozumiałe jest sformułowanie: świadczeniobiorcy wpisanemu na listę oczekujących, co najmniej 30 dni od daty tego wolnego terminu. Czy oznacza to, że kolejka ma być przesunięta o pacjentów, którzy są wpisani na listę ponad 30 dni od tego terminu	Uwaga uwzględniona Ad 1., 2. i 4. Uwaga uwzględniona. Uspójniono zapisy art. 20 ust. 9aa oraz art. 23g ust. 3. Ad 3. Pozostawiono obecne postanowienia ustawy o świadczeniach w tym zakresie. Proponowana zmiana nie dotyczy systemu centralnej elektronicznej rejestracji.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			i nie ma możliwości przesunięcia innego pilnego pacjenta który ma wyznaczoną wizytę wcześniej, czy też intencją była inna. Obecnie ten zapis jest zupełnie niezrozumiały, kogo świadczeniobiorca ma w to zwolnione miejsce wpisać.	
21.	Pracodawcy dla Zdrowia	Art. 20 ust. 9aa	Projektowana treść art. 20 ust.9 aa, którą należy analizować w połączeniu z istniejącym obecnie ust. 9a, w naszej opinii spowoduje nieuzasadnioną i niezrozumiałą gmatwaninę biurokratycznych reguł postępowania świadczeniodawcy w przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej z powodu rezygnacji świadczeniobiorcy. Wg projektowanych reguł w zależności od długości odstępu (ilości dni) pomiędzy datą rezygnacji a datą zaplanowanego terminu udzielenia tego świadczenia konieczne będzie stosowanie odmiennych zasad dot. poszukiwania w kolejce oczekujących pacjenta, któremu będzie można ten zwolniony termin zaproponować. Zwracamy się więc z wnioskiem o zachowanie jednolitych i możliwie prostych reguł postępowania w przypadku zwolnienia się terminu w wyniku rezygnacji pacjenta	Uwaga uwzględniona Obecne brzmienie przepisu: „W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w okresie trzech dni roboczych poprzedzających dzień, w którym świadczenie ma być udzielone, świadczeniodawca może przyznać wolny termin również świadczeniobiorcy nie wpisanemu na listę oczekujących”
22.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Art. 20 ust. 9aa	Dodawany art. 20 ust. 9aa ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, budzi wątpliwości. Uzasadnienie uwagi: W opinii Funduszu „sztywne” określenie, że zwolniony termin może zostać przyznany świadczeniobiorcy wpisanemu na listę oczekujących, co najmniej 30 dni od daty tego wolnego terminu może spowodować w niektórych przypadkach, iż terminy nie będą mogły zostać przyznane. Dotyczyć to może m.in. nowych świadczeniodawców, którzy dopiero rozpoczynają udzielanie świadczeń wobec czego nie prowadzą listy oczekujących dłużej niż 30 dni albo świadczeniodawców, u których świadczenia udzielane są szybko i zapisy na listę oczekujących nie przekraczają 30 dni oczekiwania (np. poradnie chirurgii ogólnej). Zasadnym wydaje się więc modyfikacja ww. przepisu, poprzez uwzględnienie możliwość przyznania zwolnionego terminu również w takich przypadkach.	Uwaga uwzględniona Obecne brzmienie przepisu: „W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w okresie trzech dni roboczych poprzedzających dzień, w którym świadczenie ma być udzielone, świadczeniodawca może przyznać wolny termin również świadczeniobiorcy nie wpisanemu na listę oczekujących”
23.	Krajowy Sekretariat	art. 23c ust. 10	Należy wprowadzić delegację dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego zakres zawartości raportów, które będzie przygotowywał administrator systemu centralnej elektronicznej	Uwaga nieuwzględniona. Zakres informacji publikowanych na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta, o których mowa

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

	Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	(dot. art. 1 pkt 2)	rejestracji, zasady ich doboru oraz kryteria normatywne dla projektodawcy a w uzasadnieniu do proj. i OSR do niego oszacować koszty tegoż.	w art. 23c ust. 10 wskazuje jednoznacznie zakres danych, które powinny zostać opublikowane. Nie jest zasadne wydawanie aktów wykonawczych w tym zakresie. Wyjątkiem jest pkt 2) tj. obliczony przez administratora systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją według kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 albo ust. 13. Sposób obliczenia prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do każdego świadczeniodawcy. Zgodnie z ust. 11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, mając na względzie charakter danych gromadzonych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji oraz konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.
24.	Uniwersytecki e Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 23c ust. 1	Co się stanie z pacjentami, którzy są obecnie wpisani na listę oczekujących? Czy w momencie zasilenia inicjalnego elektronicznej e-rejestracji powinni oni zostać przesunięci/usunięci czy pozostawieni do czasu wyczerpania zapisów listy oczekujących?	Uwaga została uwzględniona. Projekt ustawy przewiduje rozwiązanie przejściowe- zgodnie z art. 8 projektu ustawy, pacjenci, którym przed objęciem świadczenia centralną elektroniczną rejestracją wyznaczono termin udzielenia świadczenia, zachowują ten termin. Osoby z przydzielonym terminem na „starych” zasadach będą uwzględnione w nowym systemie. Udzielanie świadczeń wyznaczonych przed objęciem świadczeń zakresem centralnej elektronicznej rejestracji będzie realizowane zgodnie z wyznaczonym terminem. Natomiast po objęciu świadczeń zakresem centralnej elektronicznej rejestracji nowe zgłoszenia na świadczenia pierwszorazowe będą realizowane wyłącznie w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, zgodnie z art. 23c ust.1.
25.	Pracodawcy RP	Art. 23c ust. 3	Kolejna uwaga dotyczy art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 23c ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaproponowano regulację, z której wynika, że świadczeniodawcy mają obowiązek udostępniać w systemie P1 harmonogramy przyjąć prowadzone przez świadczeniodawców zgodnie z art. 19a wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia. W chwili obecnej	Uwaga uwzględniona. Wskazane w projekcie ustawy postanowienia stanowią podstawę prawną dla czynności, które powinny zostać wykonane w ramach centralnej elektronicznej rejestracji. Zgodnie z § 14 ust. 1. Pkt 1 lit. a podstawie rozporządzenia MZ w spr. programu pilotażowego centralnej elektronicznej rejestracji Realizator programu pilotażowego jest obowiązany do udostępnienia w Systemie P1

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			świadczeniodawcy, którzy przystąpili do pilotażu centralnej e-rejestracji przekazują już w całości i aktualizują prowadzone harmonogramy przyjęć. Wyjaśnienia wymaga zatem, co oznacza przekazywanie harmonogramów przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielania świadczeń i w jaki sposób należy definiować dostępność terminów. Wszyscy bowiem pacjenci, którym przed wejściem w życie ww. przepisów i udostępnieniem harmonogramów - zgodnie z art. 8 projektu ustawy - wyznaczono termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, zachowują ten termin.	prowadzonych przez siebie harmonogramów przyjęć – dla świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1, w celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji na okres nie krótszy niż do zakończenia etapu przygotowania i realizacji programu pilotażowego. Powyższy zapis oznacza, że Realizatorzy programu pilotażowego nie byli zobowiązani do przekazania pełnych harmonogramów przyjęć. Zatem w przypadku świadczeniodawców, którzy nie przekazali pełnych harmonogramów przyjęć, zapis oznacza, że powinni uzupełnić dane w centralnej elektronicznej rejestracji w terminie wskazanym w projekcie ustawy. Natomiast w przypadku świadczeniodawców, którzy przekazali pełne harmonogramy przyjęć, czyli wykonali obowiązek określony w art. 23c ust. 3 pkt 1 projektu ustawy, nie są zobowiązani do ponownego dokonania tych czynności. Dodatkowo w art. 23c ust. 3 pkt 1 projekt ustawy wprowadza obowiązek przekazania do centralnej elektronicznej rejestracji dostępnych terminów udzielenia świadczeń. Oznacza to obowiązek przekazania wszystkich wolnych (dostępnych dla świadczeniobiorcy) terminów udzielania świadczeń. Uzupełniono uzasadnienie do projektu ustawy.
26.	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Art. 23c ust. 3	1. W ustawie wymaga się od świadczeniodawców podania harmonogramów udzielania świadczeń. Oczywiście harmonogramy te są podane do NFZ i określone, niemniej na potrzeby centralnej rejestracji de facto wykorzystana może być wyłącznie część harmonogramu dedykowana wizytom pierwszorazowym, reszta harmonogramu nie będzie dostępna z uwagi na potrzebę kontynuacji wizyt planowych dotychczasowych pacjentów w procesie leczenia. Powstaje zatem pytanie, jak część harmonogramu poradni powinna być udostępniona do zapisów pierwszorazowych poprzez centralną rejestrację, powinno być określone jasno minimum w tym zakresie albo precyzyjne regulacje obligujące świadczeniodawców do wygenerowania w harmonogramach określonej części świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych. Problem ten nie został w żadne sposób rozstrzygnięty, co może oznaczać, że świadczeniodawcy uruchomią harmonogramy z tylko wycinkowymi danymi albo odwrotnie podadzą całe i uniemożliwi to udzielanie świadczeń pacjentom w ramach kontynuacji. Należy jasno określić jaka część harmonogramu ma zostać udostępniona do centralnej rejestracji.	Uwaga nieuwzględniona. 1/ Zgodnie z art. 1 ust. 3 . „W celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca ma obowiązek: udostępniać w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramy przyjęć prowadzone przez świadczeniodawców zgodnie z art. 19a wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia;” co wskazuje, że świadczeniodawca udostępnia dla centralnej elektronicznej rejestracji cały harmonogram z terminami na wizyty pierwszorazowe i kontynuacji leczenia zgodnie z art.19a. Mimo udostępnienia terminów na kontynuację tylko świadczeniodawca będzie mógł nimi dysponować. Ustawa nie narzuca określania jaką część danego harmonogramu powinny objąć wizyty pierwszorazowe, to świadczeniodawca o tym decyduje. Udostępnienie w centralnej elektronicznej rejestracji wszystkich umówionych terminów udzielenia świadczenia ma celu udostępnienie tych informacji świadczeniobiorcom w IKP/ moje IKP, a tym samym umożliwienie zarządzania tymi terminami (np. odwołania wizyty. Ponadto dla każdego umówionego terminu przesłanego do centralnej elektronicznej rejestracji system wysyłał wiadomość sms z przypomnieniem o wizycie (1 dzień i 7 dni przed wizytą).

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			2. Brak regulacji, w której świadczeniodawca odwołujący wizytę zgodnie z harmonogramem jest zobligowany wyznaczyć temu pacjentowi inny termin z zachowaniem jednak określonego minimum czasowego. Obecnie świadczeniodawca może odwołać wizytę i wyznaczyć nową za kolejny rok, a pacjent nie ma na to wpływu. Powinno być zagwarantowane minimum ochrony pacjentom, np. poprzez wprowadzenie obowiązku wyznaczenia terminu w ciąg kolejnych 30 dni.	Nieprzesłanie tego terminu do centralnej elektronicznej rejestracji powoduje, że pacjent nie otrzyma takiego przypomnienia. Otrzymując przypomnienie pacjent może w odpowiedzi na wiadomość sms łatwo i szybko odwołać wizytę. 2/ Termin zostanie przydzielony zgodnie z kolejnością dokonania centralnego zgłoszenia.
27.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 23c ust. 4	Jak się mają zapisy zawarte w pkt 1 i pkt 2, z kwestą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych? Uzasadnienie uwagi: IKP jest czynne całą dobę, natomiast zapisy bezpośrednio u świadczeniodawcy są ograniczone do godzin funkcjonowania danej Jednostki.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy zapewnia równoległe kanały zgłoszenia do centralnej elektronicznej rejestracji: -za pośrednictwem IKP oraz - bezpośrednio u świadczeniodawcy. Zróżnicowanie dostępności tych kanałów wynika z technicznych i organizacyjnych uwarunkowań, przy czym celem takiego rozwiązania jest maksymalna dostępność, a nie jej ograniczenie. Jednocześnie projekt respektuje zasadę równego i niedyskryminującego dostępu do świadczeń- co zostało wyraźnie wskazane w art. 23d. Należy podkreślić, że kolejność udzielania świadczenia nie zależy od godziny zgłoszenia, lecz od daty i czasu rejestracji zgłoszenia centralnego w systemie, niezależnie od kanału, jakim zostało dokonane.
28.	Pracodawcy RP	Art. 23c ust. 4 pkt 1	Z kolei, w art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym <u>art. 23c ust. 4 pkt 1</u> ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o <i>świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> , zaproponowano regulację, z której wynika, że informacje o imieniu i nazwisku pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej przekazuje się w przypadku, gdy świadczeniodawca prowadzi harmonogram przyjęć w takim zakresie. Tymczasem świadczeniodawcy nie mają obowiązku w harmonogramach przyjęć uwzględniania imienia i nazwiska pracownika medycznego. Wątpliwości zatem budzi możliwość określania przez pacjentów jako podstawy wyboru świadczeniodawcy kryterium pracownika medycznego, który ma udzielić świadczenia opieki zdrowotnej (projektowany art. 23e ust. 7 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Brak jest bowiem wyjaśnienia, w jaki sposób porównywane będą terminy świadczeniodawców, którzy wprowadzają dane pracowników medycznych do harmonogramów przyjęć, z	Uwaga nieuwzględniona. Zapisy ustawy realizują prawo świadczeniobiorcy do wyboru pracownika medycznego udzielającego świadczenie. Świadczeniobiorca powinien mieć możliwość wyboru konkretnego lekarza. Świadczeniodawca udostępnia dane pracownika medycznego tylko w przypadku, gdy prowadzi harmonogram przyjęć w takim zakresie. Ponadto wybór przez świadczeniobiorcę pracownika medycznego realizującego świadczenie jest indywidualnym wyborem/decyzją świadczeniobiorcy i nie stanowi o nierównym traktowaniu świadczeniodawców jak i świadczeniobiorców. Każdy świadczeniobiorca ma prawo dokonania takiego wyboru.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			terminami świadczeniodawców, którzy takich danych nie uwzględniają. Istotne jest zatem wskazanie, w jaki sposób powyższe wpłynie na przydzielenie konkretnych terminów i nie doprowadzi do nierównego traktowania zarówno świadczeniodawcz w jak i pacjentów. z	
29.	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Art. 23c ust. 4 pkt 1	Sugerujemy rezygnację z umieszczania w harmonogramach danych personelu medycznego z uwagi na zmiany w składzie tego personelu i zamiany wynikające z urlopów, szkoleń i innych nieobecności, świadczeniobiorca powinien mieć możliwość wyboru świadczeniodawcy, ale nie już konkretnego lekarza, tym bardziej, że może okazać się, iż w dacie udzielenia świadczenia akurat ta osoba nie będzie udzielała świadczenia. Powoduje to niepotrzebne problemy organizacyjne oraz wprowadza chaos w realizacji wizyt. W harmonogramach nie powinny być wykazane dane personelu medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Zapisy ustawy realizują prawo świadczeniobiorcy do wyboru pracownika medycznego udzielającego świadczenie. Świadczeniobiorca powinien mieć możliwość wyboru konkretnego lekarza. Świadczeniodawca udostępnia dane pracownika medycznego w przypadku, gdy prowadzi harmonogram przyjęć w takim zakresie.
30.	Pracodawcy dla Zdrowia	Art. 23c ust. 4 pkt 4	Projekt zakłada obowiązkowe wskazywanie informacji o: a) obsługiwanych przez świadczeniodawcę kodach Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 i obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Art. 23c) oraz b) rodzaju badania lub leczenia, na które kieruje się świadczeniobiorcę z zastosowaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 lub rodzaju konsultacji (art. 59b w ust. 1 pkt 14) W naszej opinii klasyfikacja ICD-9 nie pozwala na prawidłowe i precyzyjne opisanie zakresu kompetencji merytorycznych i możliwości technicznych danego świadczeniodawcy z dokładnością do zakresu zawartej umowy z NFZ. Nie jest także możliwe prawidłowe wskazanie na skierowaniu kodów tej klasyfikacji opisujących zlecane badanie lub leczenie. Z powodu oczywistej niedoskonałości klasyfikacji ICD-9 w obszarze diagnostyki obrazowej trwają obecnie prace eksperckie nad tłumaczeniem i przygotowaniem procesu implementacji do polskiego systemu ochrony zdrowia klasyfikacji dedykowanej diagnostyce obrazowej – LOINC Radiology Book. Z podobnych powodów CeZ	Uwaga nieuwzględniona. W celu umożliwienia bardziej precyzyjnego dopasowania skierowania do właściwej poradni i lekarza, zostanie rozszerzony zakres informacji na skierowaniu o obowiązkowe uzupełnienie kodu ICD9. Tym samym, aby dokładnie zidentyfikować komórkę i wizytę, na którą kierowany jest świadczeniobiorca, należy obowiązkowo uzupełnić dane konfiguracyjne grafiku w zakresie kodów ICD9 i ICD10. W zakresie diagnostyki obrazowej niezbędne będzie podanie dodatkowych informacji umożliwiających precyzyjne zapisanie na badanie. W ramach planowanych do wprowadzenia w centralnej elektronicznej rejestracji badań diagnostycznych prowadzone są analizy określenia niezbędnych danych potrzebnych do prawidłowego umówienia tych świadczeń.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			rozpoczął już prace nad sukcesywnym implementowaniem słownika LOINC w obszarze diagnostyki laboratoryjnej.	
31.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Art. 23c ust. 4 pkt oraz pkt 4 i 7	Wskazane przepisy wymagają doprecyzowania. Uzasadnienie uwagi: uwagi na możliwe problemy interpretacyjne, brak jednoznacznego wskazania kto i w jaki sposób określa obowiązywanie w Polsce klasyfikacji WHO ICD oraz w celu zachowania spójności z innymi obowiązującymi przepisami, należy dookreślić, z której rewizji klasyfikacji ICD należy korzystać przy raportowaniu danych, w tym w ramach prowadzenia elektronicznej rejestracji, tj. zamiast „obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” przywrócić wyrazy „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10”. Należy zauważyć, że ustawa operuje ogólnymi odniesieniami do: 1) kodów według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9, 2) kodów według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, Jednocześnie należy zaznaczyć że zgodnie z przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 610, z późn. zm.) oraz z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 738, z późn. zm.) świadczeniodawcy /usługodawcy zobowiązani są do gromadzenia i raportowania: 1) kodów według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń,	Uwaga uwzględniona.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		2) kodów według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta. Co do zasady kody tak opisanych klasyfikacji stanowią podstawę przepisów Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 ustawy o świadczeniach. Kody wg klasyfikacji ICD-9 PL CM (Clinical Modification), uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń, publikowane są zarówno na stronie www NFZ: https://slozniki.nfz.gov.pl/ICD9/SlownikPrimary/6586 jak i na stronie GOV.PL (RSK) administrowanej przez CeZ (MZ): https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/tree/00CD09/577/url%3DaHR0cHM6Ly9yc2szLmV6ZHJvd2lLmdvdi5wbC9yZXNvdXJjZS9zdHJ1Y3R1cmUvdHJlZS8wME%3D Kody świadczeń gwarantowanych w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 ustawy o świadczeniach to kody ICD-10 funkcjonujące w systemie NFZ, na bazie wspomnianych przepisów „koszykowych”, a na potrzeby systemów CeZ wykorzystywana jest klasyfikacja publikowana w ramach RSK: https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd10/00CD10/012/url%3DaHR0cHM6Ly9yc2szLmV6ZHJvd2lLmdvdi5wbC9yZXNvdXJjZS9zdHJ1Y3R1cmUvaWNkMTAvM%3D Przy założeniu wskazanym w uzasadnieniu do projektu ustawy, że „Obecnie ustawa o świadczeniach przy określaniu obowiązku stosowania Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, odwołuje się do jej konkretnej rewizji (dziesiątej). Ze względu na planowane w najbliższej przyszłości wdrożenie kolejnej, jedenastej rewizji i możliwość ewentualnych dalszych zmian, proponuje się zastąpić odesłaniem do obowiązującej ww. Klasyfikacji, bez wskazywania konkretnej rewizji. W związku z powyższym uniknie się konieczności zmian przepisów przy kolejnych	
--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			zmianach tej Klasyfikacji.”, nie jest jasnym kto i w jaki sposób określa obowiązywanie klasyfikacji. Zatem wskazanie, że należy stosować obowiązującą Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych, może sugerować że w celu prowadzenia elektronicznej rejestracji raportowane są kody obowiązującej jedenastej rewizji ICD:u ² https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99CD11/2023-01/mms/details ² u https://icd.who.int/en/	
32.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Art. 23c ust. 5	Projektowany art. 23c ust. 5 ustawy o świadczeniach wymaga modyfikacji. Uzasadnienie uwagi: Przepis przewiduje przekazywanie danych wyłącznie z systemu SIMP do P1z, co wydaje się być niewystarczające. W przypadku bowiem planów zasilania SIMP danymi wprowadzanymi przez pacjentkę, np. za pośrednictwem IKP (np. wypełnienie ankiety), zasadnym byłoby umożliwienie dwukierunkowego przekazywania danych (SIMP-P1/P1-SIMP). Konieczna jest więc modyfikacja proponowanego art. 23c. ust. 5 (oraz art. 188eust. 2) Ponadto należy zauważyć, że zgodnie z projektowanym art. 23e ust. 5 „Na diagnostykę onkologiczną lub leczenie onkologiczne udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego centralnego zgłoszenia dokonuje się w sposób, o którym mowa w ust. 4 pkt 2, u świadczeniodawcy udzielającego takich świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną w rozumieniu art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej – również za pośrednictwem infolinii onkologicznej, o której mowa w art. 20 ust. 1 tej ustawy.”. Z posiadanych przez Fundusz informacji wynika, że na posiedzeniu Krajowej Rady Onkologicznej zapadła decyzja, że Fundusz nie będzie prowadził infolinii onkologicznej.	Uwaga uwzględniona.
33.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Art. 23c ust. 11	Dodawany art. 23c ust. 11 ustawy o świadczeniach budzi wątpliwości. Proponowana zmiana polegająca na wprowadzeniu obowiązku informowania świadczeniobiorcy o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego stanowi kolejny	Uwaga nieuwzględniona Zarówno prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, jak i prognozowany termin świadczenia stanowią wynik działania tego samego algorytmu centralnej elektronicznej rejestracji.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		krok w kierunku zwiększenia przejrzystości systemu i lepszego informowania pacjentów o dostępie do świadczeń. Niemniej jednak, należy zwrócić uwagę, że wprowadzenie nowego wskaźnika – prognozowanego czasu oczekiwania – prowadzi do dalszego rozproszenia metod monitorowania dostępności do świadczeń zdrowotnych. W obecnym stanie prawnym funkcjonuje już „pierwszy wolny termin” (art. 23 ust 4 ustawy o świadczeniach) raportowany przez świadczeniodawców do NFZ. Wprowadzenie kolejnego, tym razem wyliczanego z danych systemów informatycznych wskaźnika, będzie skutkować nie tylko niejednorodnością danych raportowanych w systemie, ale również obniżeniem ich wartości informacyjnej, porównywalności i przydatności analitycznej. W celu ujednolicenia i uporządkowania systemu wskaźników dostępności we wszystkich świadczeniach, a także zapewnienia spójności danych przekazywanych pacjentom, wykorzystywanych przez NFZ, MZ i inne instytucje monitorujące system ochrony zdrowia, sugeruję rozważenie zmian w art. 23 ust. 4 oraz 4a ustawy. Proponuję określenie jednolitej metodyki szacowania prognozowanego czasu oczekiwania, dla wszystkich świadczeń, gdzie prowadzone są harmonogramy przyjęć, nie tylko w tych, gdzie zostanie wprowadzona centralna e-rejestracja, powinna umożliwić harmonizację wskaźników, uproszczenie sposobu ich obliczania oraz zdjęcie ze świadczeniodawców obowiązek sprawozdawczy. Jednocześnie w związku z projektowanym art. 23c ust. 11, należy rozważyć dodanie przepisu znoszącego z Funduszu obowiązek publikacji danych wskazanych w art. 23 dla świadczeń objętych CeR. Należy mieć na względzie, że obecne systemy informatyczne w NFZ, na których oparty jest Informator o Terminach Leczenia (IoTL.), gdzie publikowane są informacje wskazane w art. 23, mają inny zakres danych niż będzie przetwarzany w CeR (np. brak pierwszego wolnego terminu). Oznaczać to będzie konieczność ich dostosowania do nowego źródła danych dla danych statystycznych. Jednocześnie skoro projekt ustawy nakłada na Centrum eZdrowia obowiązek publikowania informacji na stronie „gov.pl” nie jest zasadnym duplikowanie prezentowanych informacji. Dodatkowo w projekcie ustawy zdefiniowano „prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia” (art. 23c ust 11 pkt 2) oraz „prognozowany termin udzielania świadczenia” (art. 23g ust 2), co może prowadzić do mylenia tych dwóch terminów. Proponuję więc zastąpienie	W celu zapewnienia jednolitego rozumienia tych informacji pozostawiono analogiczną nazwę tych informacji.
--	--	---	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			„prognozowanego terminu udzielania świadczenia” - „szacowanym terminem udzielenia świadczenia”.	
34.	Centrum e-Zdrowia	Art. 23c ust. 11 pkt 2	Rekomendujemy wyłączenie obowiązku publikacji na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” prognozowanego czasu oczekiwania w zakresie programów polityki zdrowotnej (np. cytologia, mammografia). Uzasadnienie: W przypadku danych dotyczących programów polityki zdrowotnej nie podaje się prognozowanego czasu oczekiwania.	Uwaga uwzględniona częściowo. Intencją przepisu art. 23c ust. 11 pkt 2 jest zapewnienie przejrzystości informacji o dostępności świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją, jednak projekt nie przesądza o konieczności publikowania prognoz dla wszystkich typów świadczeń w jednakowym zakresie. Zgodnie z art. 23c ust.12 sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Przewiduje się, że w tym akcie wykonawczym zostanie jasno wskazane, dla jakich rodzajów świadczeń- w tym programów polityki zdrowotnej- obowiązek publikacji prognoz ma zastosowanie, z uwagi na brak podstaw metodycznych lub organizacyjnych do ich ustalenia.
35.	Pracodawcy RP	Art. 23e ust. 2	Kolejna uwaga dotyczy art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 23e ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdzie zaproponowano regulację, z której wynika, że zgłoszenie centralne może zostać dokonane przez świadczeniobiorcę w sposób określony w ust. 4 (tj. za pośrednictwem IKP albo bezpośrednio u świadczeniodawcy) lub za pośrednictwem osoby trzeciej. Tymczasem możliwość dokonania zgłoszenia za pośrednictwem osoby trzeciej nie może stanowić alternatywy dla dokonania zgłoszenia za pośrednictwem IKP lub bezpośrednio u świadczeniodawcy. Wydaje się bowiem, że również osoba trzecia podobnie jak pacjent będzie mogła dokonać zgłoszenia albo za pośrednictwem IKP albo bezpośrednio u świadczeniodawcy. Omówienia zatem w uzasadnieniu do projektu ustawy wymaga co najmniej możliwość umawiania przez osobę trzecią za pośrednictwem IKP - czy osoba trzecia będzie mogła umawiać inną osobę z poziomu własnego IKP, czy też wyłącznie jako pełnomocnik ustanowiony w IKP dla konkretnego pacjenta, czy powiadomienia będą przekazywane wyłącznie do osoby trzeciej czy do pacjenta, czy jednocześnie do obu osób? Z projektowanego art. 1 pkt 2 dot. art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. h ustawy o świadczeniach wynika, że świadczeniodawcy przetwarzają numer telefonu lub adres poczty elektronicznej służące do komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem. Pojęcie jednak osoby trzeciej jest znacznie szersze niż	Uwaga nieuwzględniona. Sposób umawiania przy wykorzystaniu IKP nie jest przedmiotem regulacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Osoba trzecia powołana przez świadczeniobiorcę będzie miała takie same uprawnienia jak świadczeniobiorca ponieważ będzie działała w jego imieniu, zatem nie ma potrzeby powielania rozwiązań już przyjętych. Zgłoszenie przez osobę trzecią może być dokonane za pośrednictwem tych samych kanałów co pacjent, tj. przez IKP lub bezpośrednio u świadczeniodawcy (art.23e ust.2 w zw. z ust.4). Doszczegółowienie funkcjonowania przytoczonych regulacji nie jest przedmiotem projektu ustawy, a informacje takie mogą zostać wymienione w akcie wykonawczym.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			pojęcie opiekuna i w związku z powyższym konieczne jest wyjaśnienie przedmiotowej regulacji.	
36.	Pracodawcy RP	Art. 23e ust. 4	Następnie, w art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym <u>art. 23e ust. 4</u> ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaproponowano regulację, z której wynika, że centralnego zgłoszenia można dokonać za pośrednictwem IKP albo bezpośrednio u świadczeniodawcy. Ponieważ uzasadnienie nie doprecyzowuje powyższej kwestii, wyjaśnienia wymaga, czy zgłoszeń centralnych bezpośrednio u świadczeniodawcy będzie można dokonywać u dowolnego świadczeniodawcy czy wyłącznie u tego, którego pacjent wskazuje jako tego, u którego chciałby uzyskać świadczenie opieki zdrowotnej.	Uwaga wyjaśniona Zgłoszeń centralnych można będzie dokonywać u dowolnego świadczeniodawcy. Centralna elektroniczna rejestracja zapewni taką możliwość.
37.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku	Art. 23e ust. 7 pkt. 6 oraz Art. 47c ust. 2	„posiadania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością” Czy system będzie weryfikował i sygnalizował poprawność zgłoszonego uprawnienia w IKP? Czy w przypadku pozytywnej weryfikacji przez system, świadczeniodawca nie będzie już zobligowany do ponownej weryfikacji uprawnień pacjenta do korzystania ze świadczeń poza kolejnością?	Uwaga wyjaśniona Pacjenci posiadający prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością chcący skorzystać z tego uprawnienia umawiają się tylko u wybranego świadczeniodawcy zgodnie z art. 47c ust 4a. Projektowane przepisy ustawy zakładają dwie ścieżki umawiania pacjentów uprawnionych do świadczeń poza kolejnością na podstawie przepisów art. 47c ustawy o świadczeniach: - w przypadku, gdy dane dotyczące osób uprawnionych zostały zaimportowane do systemu P1 zgodnie z postanowieniami ustawy sioz, będzie to stanowiło wystarczającą weryfikację uprawnień świadczeniobiorcy - w przypadku, gdy dane dotyczące osób uprawnionych nie zostały zaimportowane do systemu P1 zgodnie z art. 23c ust. 3 pkt 3 projektowanej ustawy, świadczeniodawca weryfikuje uprawnienia świadczeniodawcy w tym zakresie i przesyła te dane do systemu centralnej elektronicznej rejestracji (art. 23 ust. 3 pkt 3 pkt 1 lit. n oraz o)
38.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Art. 23e ust.8	Nadajemy świadczeniobiorcy możliwość nieograniczonej ilościowo modyfikacji określonych tam kryteriów udzielenia świadczenia zdrowotnego. W naszej ocenie należy określić maksymalny termin zgłoszenia tych modyfikacji, tak żeby nie nastąpiła ona w terminie, w którym świadczeniodawca nie miałby możliwości dostosowania się do niej oraz sposób i tryb powiadamiania świadczeniobiorcy o tym w przypadkach określonych w ust.4 pkt.2 tego proj. tj. zgłoszenia osobistego, telefonicznego czy też w sposób elektroniczny.	Uwaga nieuwzględniona Świadczeniobiorca może zmienić kryteria czyli np. placówkę, datę, godzinę szukanego terminu wg jego potrzeb. Te zmiany wygenerują mu przez centralny elektroniczną rejestrację inne terminy spełniające jego kryteria. O wszystkich tych zmianach poinformuje świadczeniobiorcę centralna elektroniczna rejestracja systemem powiadomień na wskazany kanał przez świadczeniobiorcę.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

39.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Art. 23e ust.9	Należy doprecyzować, że obowiązek świadczeniobiorcy informowania jednego ze świadczeniodawców oraz sposób i tryb powiadamiania świadczeniodawcy o tym w przypadkach określonych w ust.4 pkt.2 tego proj. tj. zgłoszenia osobistego, telefonicznego czy też w sposób elektroniczny;	Uwaga uwzględniona częściowo. Projekt ustawy nie wskazuje wprost formy powiadomienia świadczeniodawcy w sytuacji, o której mowa w art.23 e ust.9, pozostawiając to praktycznej organizacji procesu przez świadczeniodawcę. Niemniej, mając na uwadze potrzebę zapewnienia jednolitości i dostępności procedur dla pacjentów, forma zgłoszenia (osobista, telefoniczna, elektroniczna) może zostać uwzględniona w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 23h ust.2 pkt 2. Celem projektodawcy jest zapewnienie świadczeniobiorcy realnej możliwości zgłoszenia istotnej zmiany stanu zdrowia z użyciem dostępnych i niedyskryminujących środków komunikacji, z uwzględnieniem ograniczeń technicznych po stronie świadczeniodawcy.
40.	Pracodawcy dla Zdrowia	Art. 23e ust. 9	Projektowane zapisy art. 23e ust 9 dotyczące zasad dokonywania zmian kategorii „stabilny” na „pilny” skutkujących koniecznością zmiany (przyspieszenia) terminu lub wyznaczenia go przez CER możliwie szybko, w naszej opinii skutkować będą chaosem, ogromnymi problemami obsługowymi oraz uzasadnionymi skargami pacjentów. Ta krytyczna opinia jest wynikiem merytorycznej analizy poszczególnych scenariuszy opisanych w projekcie. Według projektowanych zasad pacjent odczuwający subiektywne pogorszenie stanu zdrowia skutkujące w jego opinii potrzebą pilnego udzielania świadczenia będzie mógł zgłosić się do dowolnego świadczeniodawcy (nawet takiego u którego jeszcze nigdy nie był i być może nigdy nie zgłosi się ponownie) celem dokonania medycznej weryfikacji zgłaszanych objawów pogorszenia stanu zdrowia i ewentualnej zmiany kategorii wskazanej na skierowaniu wystawionym przez lekarza w zupełnie innym podmiocie leczniczym. Taka weryfikacja nie powinna być prowadzona przez pracowników recepcji – a więc będzie angażować personel medyczny – optymalnie lekarza specjalistę w danej dziedzinie wskazanej na skierowaniu, który powinien przerwać swoją pracę i niezwłocznie zapoznać się z dotychczasowym przebiegiem problemów zdrowotnych pacjenta, treścią wydanego mu skierowania a następnie ocenić stan chorego aby na tej podstawie podjąć trafną merytorycznie decyzję o ewentualnej zmianie kategorii na „pilną” (i to nawet w sytuacji gdy ten pacjent nigdy nie wróci do tej poradni ponieważ CER wyznaczy mu termin świadczenia w zupełnie innym podmiocie). Skutkiem takiej analizy stanu pacjenta będzie konieczność zmiany	Uwaga uwzględniona. W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca informuje o tym: 1) świadczeniodawcę, u którego świadczeniobiorcy wyznaczono termin udzielenia świadczenia, albo 2) osobę wystawiającą skierowanie.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			(przyspieszenia) terminu zaplanowanego już u jakiegoś innego świadczeniodawcy lub szybsze ustalenie terminu w przypadku skierowań aktualnie deponowanych w Centralnym Wykazie Oczekujących. O konieczności przyspieszenia ustalonego już terminu właściwy świadczeniodawca zostanie poinformowany wyłącznie w wyniku zdalnej komunikacji systemów informatycznych (aplikacji gabinetowej z CER) bez kontaktu z pacjentem, któremu zmieniono kategorię na „pilny”. W wyniku tej zmiany świadczeniodawca będzie miał obowiązek wyznaczenia szybszego terminu świadczenia zgodnie z nową kategorią medyczną i to w sytuacji braku takich terminów ponieważ CER wykorzystwała wszystkie udostępnione przez świadczeniodawcę sloty. Jedynym rozwiązaniem będzie dodawania nowych – dodatkowych terminów (pierwotnie nie przewidzianych w harmonogramie pracy poradni) lub „ukrywanie” rezerwowych terminów poprzez nie udostępnianie ich CER. W naszej opinii zmiana kategorii pilności udzielenia świadczenia powinna być możliwa wyłącznie: a) u świadczeniodawcy, u którego wyznaczono już termin b) w pozostałych przypadkach u świadczeniodawcy, który wydał pacjentowi skierowanie i dysponuje dokumentacją medyczną pozwalającą na optymalną ocenę potrzeby takiej zmiany. Ponadto celem zapewnienia możliwości przyspieszania terdoweminów w uzasadnionych medycznie przypadkach świadczeniodawcy powinni mieć możliwość blokowania rezerwowych terminów na grafikach tak aby CER nie wykorzystał ich dla zgłoszeń/skierowań deponowanych w Centralnym Wykazie Oczekujących.	
41.	Pracodawcy RP	Art. 23e ust. 9 i 10	W art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 23e ust. 9 i 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaproponowano regulację, z której wynika, że w przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca, który został umieszczony w centralnym wykazie oczekujących, czyli w tzw. poczekalni informuje o takiej potrzebie jednego ze świadczeniodawców wskazanych przez niego w ramach określania	Uwaga uwzględniona. W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca informuje o tym: 1) świadczeniodawcę, u którego świadczeniobiorcy wyznaczono termin udzielenia świadczenia, albo 2) osobę wystawiającą skierowanie.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			kryteriów albo dowolnego świadczeniodawcę, a wybrany w ten sposób świadczeniodawca ma obowiązek oceny, czy należy dokonać zmiany kategorii medycznej pacjenta, co w praktyce oznacza konieczność zbadania pacjenta. Ocena skutków regulacji nie przewiduje w tym zakresie żadnych skutków finansowych. Wyjaśnienia wymaga zatem, kto będzie pokrywał koszty zmiany kategorii medycznej pacjenta, jeżeli w wyniku wyznaczania terminu pacjentowi zostanie wyznaczony termin u innego świadczeniodawcy niż ten, który dokonał zmiany kategorii medycznej – w jakim trybie wówczas zostaną pokryte koszty świadczeniodawcy incydentalnie zajmującego się pacjentem wyłącznie na potrzeby zmiany kategorii medycznej. Zmiana taka wiąże się bowiem de facto z udzieleniem świadczenia i nie może ono pozostać bez zapłaty.	
42.	Pracodawcy RP	Art. 23f ust. 1	Następnie, w art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 23f ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaproponowano regulację, z której wynika, że centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona z wykorzystaniem asystenta głosowego. Z Oceny skutków dla ochrony danych (DPIA) wynika, że wykorzystanie asystenta będzie stanowić nową technologię, nie wskazano jednak czy będzie to stanowić wykorzystanie systemu sztucznej inteligencji (AI), w szczególności wysokiego ryzyka. Mając na uwadze powyższe konieczne jest określenie w ustawie, jakie czynności mogą być dokonywane z udziałem asystenta głosowego. Nie jest wystarczającym wskazanie wyłącznie w uzasadnieniu do projektu ustawy, że usługa asystenta głosowego przypomni o zbliżającej się wizycie, potwierdzi obecność pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełoży lub anuluje wizytę. Z uwagi na wpływ działania tego asystenta na prawa pacjentów, w szczególności na prawidłowość umówienia planowanego świadczenia opieki zdrowotnej konieczne jest doprecyzowanie funkcjonalności obsługiwanych przez voicebota w przepisach ustawy. Brak regulacji oznacza bowiem, że katalog tych funkcjonalności mógłby być dowolnie poszerzany, a wówczas dokonanie uprzedniej oceny ich wpływu na prawa pacjenta nie byłoby możliwe do dokonania.	Uwaga nieuwzględniona Uwaga niezasadna. Zakres funkcjonalności voicebota nie jest materią regulowaną w przepisach ustawowych. Natomiast sama ocena zastosowanych technologii w kontekście wprowadzenia AI będzie opisywana w dokumentach niemających charakteru normatywnego (regulacji prawnej)

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

43.	Centrum e-Zdrowia	Art. 23f ust. 1	Rekomendujemy, aby obowiązek prowadzenia CeR z wykorzystaniem asystenta głosowego został wyznaczony w terminie późniejszym niż okres wejścia ustawy, tj. 4-6 miesięcy od dnia jej wejścia w życie (kwiecień-czerwiec 2026 r). Uzasadnienie: Propozycja wydłużenia terminu wejścia w życie dla stosowania asystenta głosowego wynika z faktu, iż narzędzie będzie wdrażane i integrowane ze środków KPO, w związku z czym niezbędne jest zapewnienia spójności terminów wynikających z ustawy oraz wdrożenia rozwiązania.	Uwaga uwzględniona
44.	Centrum e-Zdrowia	Art. 23f ust. 2	Rekomendujemy skrócenie okresu przechowywania nagrań dźwięku i transkrypcji przez CeR z 5 lat do 2 lat. Uzasadnienie: Mając na uwadze dobre praktyki rynkowe i doświadczenia podmiotów leczniczych, które wdrożyły tego typu usługi, w ocenie CeZ wystarczającym na potrzeby CeR jest przechowywanie nagrań dźwiękowych i transkrypcji przez okres 2 lat. Dodatkowo w kontekście okresu przechowywania nagrań dźwiękowych należy zwrócić uwagę na aspekt finansowy i infrastrukturalny, bowiem niezbędne będzie rozbudowanie infrastruktury serwerowej. Zgłoszona przez CeZ propozycja stanowi optymalny kompromis w przedmiotowym zakresie.	Uwaga uwzględniona częściowo. W zakresie terminu przechowywania nagrań zgłoszeń, zastosowano zpaisy analogiczne do zapisów ustawy o PRM i ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego. Oznacza to skrócenie okresu przechowywania z 5 do 3 lat.
45.	Pracodawcy dla Zdrowia	Art. 23g	Art. 23g w połączeniu z Art. 23h wskazują jednoznacznie na odpowiedzialność Ministra Zdrowia za prawidłowość działania CER i algorytmy informatyczne zobowiązane do przestrzegania niesamowicie skomplikowanych przepisów prawa dotyczących uprawnień szczególnych, których obszerną listę podsumowano na stronach NFZ: https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/prawa-pacjenta/uprawnienia-szczegolne/ W naszej opinii zobowiązanie takie dotyczące automatycznie działającego systemu informatycznego administrowanego centralnie przez CeZ jest niewykonalne.	Uwaga nieuwzględniona Zgodnie z postanowieniami przepisów projektowanej ustawy Minister Zdrowia odpowiada za dostępność usługi dla świadczeniobiorców i świadczeniodawców jaką jest centralna elektroniczna rejestracja. Niemniej projektowana ustawa zawiera również zapisy wskazujące świadczeniodawców jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań niezbędnych do funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji (np. art. 23c ust. 3 i 4). Odnosnie umawiania świadczeniobiorców posiadających uprawnienia dodatkowe, projekt ustawy wskazuje, że w przypadku braku danych w centralnej elektronicznej rejestracji o uprawnieniach świadczeniobiorcy, osoby posiadający takie uprawnienia i chcące z nich skorzystać będą zmuszeni dokonać zgłoszenia centralnego u świadczeniodawcy.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

46.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Art. 23g	-w ust. 3 określić przypadki „ryzyka niewykorzystania terminu "tak żeby mógł zostać w sposób przejrzysty i za poszanowaniem prawa wszystkich oczekujących wyznaczony przez świadczeniodawcę” ; -w ust.6 doprecyzować, że dotyczy to również zmiany terminu udzielania świadczenia, - w ust.8 określić maksymalny termin zgłoszenia tych modyfikacji, tak żeby nie nastąpiła ona w terminie, w którym świadczeniodawca nie miałby możliwości dostosowania się do niej oraz sposób i tryb powiadamiania świadczeniodawcy o tym w przypadkach określonych w ust.4 pkt.2 tego proj. tj. zgłoszenia osobistego, telefonicznego czy też w sposób elektroniczny;	Uwaga uwzględniona częściowo. Pojęcie „ryzyka niewykorzystania terminu" ostatecznie doprecyzowane w akcie wykonawczym do ustawy, tak aby termin taki mógł zostać w sposób przejrzysty i za poszanowaniem prawa wszystkich oczekujących wyznaczony przez świadczeniodawcę . W ust. 7 uwzględniono, że przepis ust. 6 dotyczy również zmiany terminu udzielania świadczenia. Pozostawiono bez zmian przepis art. 20 ust. 10e ustawy o świadczeniach nakładający sankcję na świadczeniobiorcę, który nie pojawił się na wizycie.
47.	Centrum e-Zdrowia	Art. 23g ust. 6	Należy wskazać, że przedmiotowa regulacja jest ogólna, nie precyzująca kanałów komunikacyjnych dotyczących powiadomień o umieszczeniu świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących. Powstaje wątpliwość co do konieczności powiadamiania świadczeniobiorców o umieszczeniu w centralnym wykazie oczekujących za pomocą wiadomości tekstowych (SMS) niezależnie od powiadomienia o wyznaczonym terminie. Rekomendujemy ograniczenie wysyłania powiadomień typu SMS wyłącznie do informacji o wyznaczeniu świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia, w przypadku zgłoszenia centralnego przez świadczeniobiorcę za pośrednictwem IKP – zgodnie z projektowanym art. 23 e ust. 4 pkt 1. Uzasadnienie: W ocenie CeZ nie jest konieczne, aby świadczeniobiorca, samodzielnie dokonujący zgłoszenia za pośrednictwem IKP, był SMS-owo informowany o umieszczeniu go w centralnym wykazie oczekujących. Wystarczającym jest bowiem przekazywanie takich powiadomień w IKP. Nie bez znaczenia jest także aspekt finansowy, w ocenie CeZ zgłoszona uwaga jest rozwiązaniem umożliwiającym optymalizację kosztów w przedmiotowym zakresie przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa informacyjnego dla świadczeniobiorców.	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z uwagami zgłaszanymi na etapie pilotażu, świadczeniobiorcy , szczególnie umawiający się poprzez świadczeniodawcę, wymagają potwierdzenia zapisu do centralnego wykazu oczekujących.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

48.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Art. 23g ust.10	Wątpliwości budzi proponowany art. 23g ust. 10 ustawy o świadczeniach. W art. 23g ust. 10 wskazano, iż w przypadku zakończenia wykonywania przez świadczeniodawcę umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorcę umieszczonego w harmonogramie przyjęć, tego świadczeniodawcy, przenosi się do centralnego wykazu oczekujących z uwzględnieniem daty dokonania zgłoszenia centralnego na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Jednakże, jak się wydaje, brak jest w obecnym art. 20 a oraz projektowanych przepisach zasad i możliwości ustalania nowego wpisu na liście oczekujących.	Uwaga nieuwzględniona. Art. 23g ust. 10 nie dotyczy list oczekujących tylko wyłącznie centralnego wykazu oczekujących, który kieruje się innymi zasadami. Art. 23 g ust. 10 stanowi odpowiednik art. 20 ust. 10a dla świadczeń objętych CeR. W związku z powyższym nie jest zasadne wprowadzanie jakichkolwiek zmian do art. 20, który odnosi się do list oczekujących
49.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Art. 23h ust.1	Należy utworzyć delegację do wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia, żeby określić sposób obliczania „średniego czasu oczekiwania” oraz liczby udzielanych świadczeń.	Uwaga nieuwzględniona. Wzór obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia określa rozporządzenie wydawane na podstawie art. 190 ust. 1., co wprost jest wymienione w tym art.
50.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Art. 23h ust. 1	W art. 1 dot. art. 23 h ust. 1 ustawy zmienianej niniejszym proj. w ramach przesłanek dla delegacji do wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia doprecyzować określenie „specyfika realizacji świadczeń”.	Uwaga uwzględniona. Wprowadzono korektę warunków, zgodnie z którymi świadczenie opieki zdrowotnej jest umieszczane wykazie, o którym mowa w art. 23h ust. 2 pkt 1. Zakres kryteriów po zmianie obejmuje: długość list oczekujących na udzielenie świadczenia i sposób jego uzyskania oraz liczbę udzielanych świadczeń. Sposób uzyskania świadczenia oznacza czynności w procesie umawiania oraz wymagania niezbędne do spełnienia, aby wizyta została zrealizowana. Dla różnych zakresów świadczeń wymagania te mogą być inne. Zatem włączenie nowych zakresów świadczeń do centralnej elektronicznej rejestracji będzie wymagało każdorazowo uwzględnienie tych wymogów.
51.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Art. 42f ust. 5 pkt 1a	Wątpliwości budzi zaaprobowane brzmienie dodawanego w art. 42f ust. 5 pkt 1a ustawy o świadczeniach. Należy zauważyć, że zgodnie z obowiązującym art. 42 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach „Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się oświadczenie wnioskodawcy o wpisie świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek, na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych	Uwaga uwzględniona Zmieniono brzmienie art. 42f ust. 5 pkt 1 przez wyodrębnienie jednostek redakcyjnych – osobno dla świadczeń objętych obowiązkiem prowadzenia list oczekujących i odrębnie dla objętych centralną e-rejestracją. Przy takim rozwiązaniu (bez dodawania pkt 1a) nie trzeba dodatkowo nowelizować odesłania w art. art. 42i ust. 6 Proponowana zmiana: W art. 42f w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		na podstawie art. 20 ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia, ze wskazaniem świadczeniodawcy prowadzącego tę listę, oraz dokumentację medyczną, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym - tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego;" Podkreślenia wymaga, że projektowany pkt 1a, odnoszący się do zgłoszenia centralnego i umieszczenia świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących lub wyznaczenia terminu udzielenia świadczenia u wybranego świadczeniodawcy, <u>nie znosi wymogu załączenia oświadczenia o wpisie świadczeniobiorcy na listę oczekujących, przewidzianego w pkt. 1.</u> Nadto zgodnie z obowiązującym wzorem wniosku o wydanie tzw. zgody uprzedniej (art. 42f ustawy o świadczeniach) oraz tzw. zgody koordynacyjnej (art. 42i ustawy o świadczeniach), określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2022 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 1209), osoba składająca wniosek do Prezesa Funduszu zobowiązana jest wypełnić oświadczenie o wpisie na listę oczekujących, przewidziane w części II.C. wzoru wniosku. Brak wypełnienia ww. oświadczenia stanowi brak formalny wniosku. <u>W tym miejscu należy zauważyć, że w zakresie weryfikowania dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej na terenie kraju dotychczas nie budziło wątpliwości jaki termin udzielenia świadczenia został wyznaczony świadczeniobiorcy. Projektowana zmiana powoduje, że część świadczeniobiorców – po dokonaniu centralnej rejestracji – będzie oczekiwała na udzielenie świadczenia, ale nie będzie miała wyznaczonego terminu jego udzielenia (tzw. poczekalnia). Przy założeniu, że udział świadczeń objętych centralną rejestracją będzie się zwiększał, należy zasygnalizować silną potrzebę zmiany przepisów (ustawowych i wykonawczych) regulujących kwestie uzyskiwania zgód Prezesa Funduszu związanych z weryfikacją przesłanki kolejkowej (art. 42i oraz 42f) i ustaleniem przekroczenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na dane świadczenie. Dodatkowo wydaje się, że proponowane brzmienie projektowanego pkt 1a zawiera nadmiarowe regulacje dotyczące dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym i jej tłumaczeniach – ww. dokumentacja medyczna, wskazywana w</u>	„ 1) dołącza się: a) dokumentację medyczną, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym - tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego, b) oświadczenie wnioskodawcy: - o wpisie świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek, na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia, ze wskazaniem świadczeniodawcy prowadzącego tę listę – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są listy oczekujących, albo - o dokonanym zgłoszeniu centralnym w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 oraz umieszczeniu świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących lub wyznaczeniu terminu udzielenia świadczenia u wybranego świadczeniodawcy.”
--	--	---	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			aktualnym brzmieniu art. 42f ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach, stanowi podstawę rozpatrzenia złożonego wniosku, a nie podstawę weryfikacji samego tylko zgłoszenia centralnego, o którym mowa w projektowanym pkt 1a. Ponadto, w przypadku dodania w art. 42f w ust. 5 po pkt 1 pkt 1a (zgodnie z projektem) konieczne jest dokonanie zmiany w art. 42i ust. 6, który zakłada odpowiednie stosowanie art. 42f ust. 5 pkt 1 do dokumentacji medycznej dołączanej do wniosku, o którym mowa w art. 42i ust. 1 (zgoda koordynacyjną). Należy dodać, iż stosuje się odpowiednio również projektowany przepis, tj. pkt 1a.	
52.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 188 ust. 4	W nowelizowanym art. 188 ust. 4 ustawy o świadczeniach proponuję dodanie kolejnej jednostki redakcyjnej – pkt 37 w brzmieniu: „37) jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.” Dodanie jednostkowych danych medycznych do katalogu określonego w art. 188 (z jednoczesnym odwołaniem się w art. 188e do art. 188 w całości) zniweluje konieczność wskazywania jednostkowych danych medycznych w art. 188e.	Uwaga uwzględniona
53.	Narodowy Fundusz Zdrowia	art. 1 pkt 9 projekt u w zakresie nowelizowanego art. 188e ustawy o świadczeniach	Art. 1 pkt 9 projektu w zakresie nowelizowanego art. 188e ustawy o świadczeniach. W ocenie NFZ konieczne jest uwzględnienie w projekcie kompleksowych zmian w zakresie art. 188e ustawy o świadczeniach, z uwagi na liczne wątpliwości interpretacyjnymi przepisów dotyczących przetwarzania danych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych określonych w art. 188e ustawy o świadczeniach, zakres zmian objętych projektem, m.in. rozszerzenie katalogu podmiotów mających dostęp do danych, o jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia (art. 1 pkt 9), w związku z objęciem CER-em programu profilaktyki raka szyjki macicy i programu profilaktyki raka piersi i koniecznością integracji systemu P1 i SIMP i m.in. proponowanym przepisem dodatkowym, tj. art. 23c. ust. 5, równolegle toczące się prace nad nowelizacją ustawy z dnia 1 sierpnia 2024 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. 2024 poz. 1208), zwanej dalej „ustawą o KSO”, wg której Narodowy Instytut Onkologii,	Uwaga uwzględniona

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		pełniący funkcję Krajowego Ośrodka Monitorującego, ja m.in. monitorować przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej, czy zadania podejmowane m.in. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO).jW art. 188e w ust. 1 proponuję: a) nadanie pkt 5 następującego brzmienia: „5) dokonywania oceny skuteczności i jakości programów zdrowotnych;”, b) dodanie pkt 6 w brzmieniu: „6) umożliwienia monitorowania dalszego postępowania ze świadczeniobiorcami, u których wykryto nieprawidłowości.” UZASADNIENIE: Zgodnie z aktualnym brzmieniem ustawy o KSO, NIO m.in. monitoruje przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej (na podstawie nieprzetworzonych danych źródłowych dotyczących indywidualnych osób objętych opieką onkologiczną) - w związku z powyższym cele prowadzenia i utrzymywania systemu powinny być zaktualizowane, m.in. poprzez dodanie oceny skuteczności jakości programów zdrowotnych (np. w pkt 5). Dodatkowo zasadne jest uwzględnienie w przepisie możliwości przetwarzania danych dla celów monitorowania dalszego postępowania ze świadczeniobiorcami, u których wykryto nieprawidłowości, poprzez rozszerzenie określonego w ust. 1 katalogu celów przetwarzania danych Proponuję dodanie w art. 188e jednostki redakcyjnej – ust. 1a – w brzmieniu: „1a. System, o którym mowa w ust. 1 jest częścią systemu RUM-NFZ, o którym mowa w art. 191a.” UZASADNIENIE: Propozycja ma na celu usankcjonowanie funkcjonującej interpretacji dotującej umiejscowienia systemu elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych w strukturze systemów informatycznych w ochronie zdrowia. Proponuję nadanie art. 188e ust. 2 następujące brzmienie: „2. W elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych mogą być przetwarzane dane, o których mowa w art. 188 i art. 188a oraz informacje dotyczące sytuacji zawodowej i wykształceniu świadczeniobiorcy.” UZASADNIENIE: Modyfikacja brzmienia ust. 2 na celu usunięcie wątpliwości w zakresie podstaw prawnych przetwarzania danych m.in. personelu medycznego w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych (w rozumieniu NFZ – system SIMP), proponuję rozszerzenie zakresu danych określonych w ust. 2, o dane z art. 188a, z jednoczesnym	
--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		wskazaniem art. 188 w całości. Przykładowo, katalog danych określony w art. 188 zawiera m.in. numer telefonu (ust. 4 pkt 34) oraz adres e-mail (ust. 4 pkt 35), które są niezbędne do kontaktu z pacjentami biorącymi udział w programach profilaktycznych – a z uwagi na brak ich na liście danych wymienionych w art. 188 ust. 2, świadczeniodawcy muszą pobierać zgodę na ich pozyskanie i wprowadzenie do SIMP. Art. 188 ust. 4 pkt 34 i 35, zostały wprowadzone po wejściu w życie art. 188e. Rozszerzenie odwołania do art. 188 i 188a pozwoli uniknąć na przyszłość konieczność uzupełniania również art. 188e, jednocześnie pozwoli na jednoznaczną i popartą stosownym zapisem ustawy interpretację (stosowaną do tej pory), że system o którym mowa w art. 188e, służący w szczególności celom sprawozdawczo-rozliczeniowym, stanowi element systemu RUM-NFZ. Ponadto zasadnym jest ujęcie w wykazie danych do przetwarzania również informacji o statusie społecznym (informacji o wykonywanym zawodzie/zajęciu) i wykształceniu, które pozwolą na analizę danych dot. populacji biorącej udział w programach profilaktycznych w szerszym kontekście oraz ew. wypracowanie mechanizmów dotarcia z ofertą programów profilaktycznych do celowanych grup społecznych. Dane te podobnie jak w przypadku danych osobowych usługobiorców przetwarzanych w systemie informacji w ochronie zdrowia wykazanych w art. 4 ust. pkt 1 lit. f ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2022 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 302) byłyby przetwarzane wyłącznie w celach statystycznych Proponuję nadanie art. 188e ust. 3 następującego brzmienia: „3. Dane, o których mowa w ust. 2, są przekazywane do elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych przez świadczeniodawców lub mogą być przekazywane przez świadczeniobiorców za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.” oraz dodanie ust. 3a w brzmieniu: „3a. Bazę danych osobowych zasilających elektroniczny system monitorowania programów zdrowotnych stanowi Centralny Wykaz Ubezpieczonych, o którym mowa w art. 97. ust. 4.” albo „3a. Populację uprawnioną do programów zdrowotnych stanowią osoby znajdujące	
--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			się w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, o którym mowa w art. 97. ust. 4.” UZASADNIENIE: Propozycja jest związana z wnioskiem MZ do CEZ o rozpoczęcie prac w zakresie umieszczenia w centralnej e-rejestracji ankiety kwalifikującej na profilaktyczne badanie mammografii. Aktualnie dane z ankiety z są rejestrowane w SIMP (podstawa wejścia do programu) – w przypadku gdy ankieta będzie mogła być wypełniana przez pacjentkę na IKP, dane będą musiały zasilić SIMP (interfejs integracyjny). Przepisy projektu ustawy przewidują przekazywanie danych z systemu SIMP do P1, a nie odwrotnie. Konieczne jest więc zapewnienie dwukierunkowego przekazywania danych. Proponuję nadanie następującego brzmienia dodawanemu art. 188e ust. 4: „4) jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 4;” oraz dodanie pkt 5 i 6 w brzmieniu: „5) jednostka wskazana w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej do pełnienia funkcji Krajowego Ośrodka Monitorującego (KOM), w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o których mowa w ust. 1 pkt 3, 5 i 6; 6) świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o którym mowa w ust. 1 pkt 1,3, 4 i 6 oraz celów wskazanych w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej.” UZASADNIENIE: Dodawany art. 188e ust. 4 pkt 4 wymaga dookreślenia poprzez wskazanie celów przetwarzania danych. Ponadto konieczne jest uzupełnienie katalogu podmiotów uprawnionych do dostępu do danych z SIMP, o podmioty na które nałożono zadanie związane z realizacją programów zdrowotnych (m.in. KOM, POZ).	
54.	Naczelna Izba Aptekarska	Art. 59b ust. 1 pkt 5a	W art. 1 pkt 7 projektu proponuje się usunięcie w lit. a) dotyczącej projektowanego art. 59b ust. 1 pkt 5a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, następującej normy prawnej : „5a) płeć i datę urodzenia świadczeniobiorcy;”. Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że w wyniku zmian regulacji prawnych wprowadzających centralną elektroniczną rejestrację na świadczenia opieki zdrowotnej planowane jest przekazywanie do	Uwaga nieuwzględniona Zakres informacji zawarty w informacji o skierowaniu dla pacjenta odzwierciedla zakres danych zawartych na elektronicznym skierowaniu.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			systemu danych związanych ze świadczeniobiorcą, świadczeniodawcą oraz osobą wystawiającą skierowanie, które są zbyt szczegółowe, wymagane w nadmiernej i powielającej się ilości, a ich przekazywanie jest nieuzasadnione wskazanym celem. W związku z powyższym proponuję się usunięcie wskazanych regulacji prawnych z projektu.	
55.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Art.59 b ust. 1 pkt 5b	Dookreślić, że podanie adresu zamieszkania świadczeniobiorcy dotyczy przypadków, w których on taki adres posiada.	Uwaga nieuwzględniona Zakres informacji zawarty w informacji o skierowaniu dla pacjenta odzwierciedla zakres danych zawartych na elektronicznym skierowaniu i jest niezbędny do umówienia świadczeniodawcy poprzez centralną elektroniczną rejestrację.
56.	Naczelna Izba Aptekarska	Art. 59b ust. 1 pkt 6e	W art. 1 pkt 7 projektu proponuje się usunięcie w lit. b) dotyczącej projektowanego art. 59b ust. 1 pkt 6e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, następującej normy prawnej : „6e) adres miejsca wystawienia skierowania;”. Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że w wyniku zmian regulacji prawnych wprowadzających centralną elektroniczną rejestrację na świadczenia opieki zdrowotnej planowane jest przekazywanie do systemu danych związanych ze świadczeniobiorcą, świadczeniodawcą oraz osobą wystawiającą skierowanie, które są zbyt szczegółowe, wymagane w nadmiernej i powielającej się ilości, a ich przekazywanie jest nieuzasadnione wskazanym celem. W związku z powyższym proponuję się usunięcie wskazanych regulacji prawnych z projektu.	Uwaga nieuwzględniona Zakres informacji zawarty w informacji o skierowaniu dla pacjenta odzwierciedla zakres danych zawartych na elektronicznym skierowaniu i jest niezbędny do umówienia świadczeniodawcy poprzez centralną elektroniczną rejestrację.
57.	Naczelna Izba Aptekarska	Art. 59b ust. 1 pkt 16	W art. 1 pkt 7 projektu proponuje się usunięcie w lit. e) dotyczącej projektowanego art. 59b ust. 1 pkt 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, następującej normy prawnej : „16) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego stanowiącego przyczynę wystawienia skierowania oraz rozpoznania współistniejące , z zastosowaniem obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;”. Uzasadnienie:	Uwaga nieuwzględniona Zakres informacji zawarty w informacji o skierowaniu dla pacjenta odzwierciedla zakres danych zawartych na elektronicznym skierowaniu i jest niezbędny do umówienia świadczeniodawcy poprzez centralną elektroniczną rejestrację..

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że w wyniku zmian regulacji prawnych wprowadzających centralną elektroniczną rejestrację na świadczenia opieki zdrowotnej planowane jest przekazywanie do systemu danych związanych ze świadczeniobiorcą, świadczeniodawcą oraz osobą wystawiającą skierowanie, które są zbyt szczegółowe, wymagane w nadmiernej i powielającej się ilości, a ich przekazywanie jest nieuzasadnione wskazanym celem. W związku z powyższym proponuję się usunięcie wskazanych regulacji prawnych z projektu.	
58.	Naczelna Izba Aptekarska	Art. 2 pkt 1 lit. b) dot. 96 a ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy Pr. Farm.	Proponuje się, aby w art. 2 pkt 1 lit. b) projektu, dotyczącej art. 96 a ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, nadać następujące brzmienie: „ b) kwalifikacje zawodowe, w tym posiadany tytuł zawodowy osoby wystawiającej receptę lub osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy, oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej służący do kontaktu ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem prawnym;”. Uzasadnienie Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że udostępnienie osobom realizującym receptę numeru telefonu do pacjenta wydaje się niezbędne dla zabezpieczenia zdrowia pacjenta, w szczególności w sytuacjach, gdy konieczny jest pilny kontakt z pacjentem, np. w przypadku podejrzenia błędnej realizacji recepty. Pomimo, że numer telefonu pacjenta jest możliwy do uzyskania z poziomu IKP, dostęp do tych danych w aptekach jest ograniczony i zależny od uprzedniej zgody wyrażonej przez pacjenta, wobec czego nie spełnia on swojej funkcji w sytuacjach nagłych.	Uwaga nieuwzględniona Uwzględnienie uwagi wymaga wprowadzenia zmian do P1 oraz zagwarantowania odpowiedniego czasu i środków finansowych na przebudowę systemu P1.
59.	Naczelna Rada Aptekarska	Art. 2 pkt 2 lit. d dot. art. 96b ust. 1 pkt 18 ustawy	Proponuje się aby w § 2 pkt 2 lit. d projektu , dotyczącej art. 96b ust. 1 pkt 18 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, nadać następujące brzmienie : „18) informacja dodatkowe dla osoby wydającej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, lub dla pacjenta, w szczególności informację o świadomym przepisaniu produktu leczniczego w sposób odmienny niż dane zawarte w Charakterystyce Produktu Leczniczego.”.	Uwaga nieuwzględniona Uwzględnienie uwagi wymaga wprowadzenia zmian do P1 oraz zagwarantowania odpowiedniego czasu i środków finansowych na przebudowę systemu P1.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		Pr. Farm.	Uzasadnienie Proponowana przez Naczelną Radę Aptekarską zmiana ma na celu umożliwienie osobie realizującej receptę dysponowania jednoznacznymi danymi wskazującymi m.in., że osoba wystawiająca receptę świadomie, z przyczyn medycznych, przekroczyła wskazany jednorazowy lub dobowy sposób dawkowania, że lek został przepisany w dawce wyższej, niż wynika to z CHPL (np. dziecku w dawce przewidzianej dla osoby dorosłej), oraz że lek został wypisany na dziecko, a ma być użyty przez rodzica. Brak zawarcia powyższych informacji powoduje, że farmaceuta ma wątpliwości, czy przepisany lek wydać, czy też odmówić realizacji recepty.	
60.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Art. 5	Oprócz kosztów dla budżetu państwa oszacowane w OSR, projekt nakłada również na NFZ dodatkowe koszty w wysokości 10 mln zł w roku rozpoczęcia jego wdrożenia a następnie 34,57 mln zł. rocznie - co wymaga dodatkowych corocznych dotacji w wysokości dla NFZ;	Uwaga wyjaśniona Centralna elektroniczna rejestracja jest kolejną dużą usługą, której od dawna oczekują świadczeniobiorcy. Wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji wymaga dużych nakładów pracy po stronie świadczeniodawców oraz dużej dyscypliny, w celu włączenia do tej usługi wszystkich świadczeniodawców w zakresie świadczeń objętych tym rozwiązaniem. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia przewiduje zachęty dla świadczeniodawców, którzy wcześniej zintegrują się z centralną elektroniczną rejestracją.
61.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”	Art. 5	W art 5 zwiększyć jako zbyt niski w stosunku do kosztów oraz zróżnicować kwotę zachęt finansowych dla świadczeniodawców za włączenie się do centralnej e-rejestracji w zależności liczby i zakresu kolejek oczekujących prowadzonych w danej lokalizacji a nie jedynie od liczby tych lokalizacji. Równocześnie w uzasadnieniu oraz OSR do proj. należy określić szczegółowo na podstawie jakich przesłanek przyjęto liczbę unikatowych adresów, na które świadczeniodawcy otrzymają wsparcie ponieważ w proj. ustawy szacuje się na 14 827 adresów i będzie wzrastać znacząco w latach:a1) 2025 r. – ok. 1 000 lokalizacji;a2) 2026 r. – ok. 3 457 lokalizacji;a3) 2027 r. - ok. 3 457 lokalizacji;a4) 2028 r. – ok. 3 457 lokalizacji;a5) 2029 r. - ok. 3 456 lokalizacji.	Uwaga nieuwzględniona W ramach pilotażu centralnej elektronicznej rejestracji przewidziano wyższe dofinansowanie dla świadczeniodawców niż na etapie wdrożenia systemowego. Zróżnicowanie kwot zachęt finansowych dla świadczeniodawców za włączenie się do centralnej elektronicznej rejestracji w zależności liczby i zakresu kolejek oczekujących prowadzonych w danej lokalizacji a nie jedynie od liczby tych lokalizacji może bardziej skomplikować dofinansowania. W związku z przyjętym założeniem, że zakresy świadczeń będą włączane do centralnej elektronicznej rejestracji etapowo przy uwzględnieniu m.in. równego rozłożenia w tych etapach liczby udzielnych świadczeń, przyjęto w OSR równomierny rozkład kosztów wypłaty zachęt.
62.	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia	Art. 5	Jak należy rozumieć przepis 5- oprócz kosztów ponoszonych z budżetu państwa oszacowanych w OSR, projekt nakłada również na NFZ dodatkowe koszty w wysokości 10 mln zł w roku rozpoczęcia	Uwaga wyjaśniona Centralna elektroniczna rejestracja jest kolejną dużą usługą, której od dawna oczekują świadczeniobiorcy. Wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji wymaga dużych nakładów pracy po stronie świadczeniodawców oraz dużej dyscypliny, w celu włączenia do tej usługi wszystkich świadczeniodawców w

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

	NSZZ „Solidarność”		jego wdrożenia a następnie 34,57 mln zł. Rocznie co wymaga dodatkowych corocznych dotacji w wysokości dla NFZ.	zakresie świadczeń objętych tym rozwiązaniem. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia przewiduje zachęty dla świadczeniodawców, którzy wcześniej zintegrują się z centralną elektroniczną rejestracją.
63.	Pracodawcy RP	Art. 6 ust. 1	Celem projektu ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania, zwanego dalej „centralną elektroniczną rejestracją”. W założeniu projektodawcy system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych rozwiązań będzie służyć wprowadzenie scentralizowanego systemu zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz centralnie prowadzonego wykazu oczekujących na ich udzielenie, wspólnego dla wszystkich świadczeniodawców. Zgodnie ze wskazanym uzasadnieniem, prawidłowe funkcjonowanie centralnej elektronicznej rejestracji będzie się opierało na bieżącym udostępnianiu i aktualizowaniu przez świadczeniodawców w centralnej elektronicznej rejestracji, prowadzonej w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, prowadzonych przez siebie harmonogramów przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia na świadczenia wskazane w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. W związku z powyższym, w projektowanych przepisach przewidziano wprowadzenie dwóch obowiązków adresowanych do świadczeniodawców, których realizacja będzie kluczowa dla obowiązkowego wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji oraz jej prawidłowego prowadzenia: • Pierwszy z tych obowiązków dotyczy udostępnienia przez świadczeniodawców w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, harmonogramów przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujące okresy udzielania tych świadczeń od dnia następującego po dniu ich udostępnienia dotyczących świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie art. 23c ust. 3 ustawy o świadczeniach.	Uwaga uwzględniona częściowo. Czas na przygotowanie świadczeniodawców do integracji z centralną elektroniczną rejestracją został wydłużony do 6 miesięcy. Pozostałe postanowienia pozostawiono bez zmian.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			• Drugi z nich dotyczy zapewnienia przez świadczeniodawców możliwości dokonywania przez świadczeniobiorców centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia objęte centralną elektroniczną rejestracją, nie później niż w terminie miesiąca od dnia udostępnienia tych danych przez świadczeniodawcę. Chodzi tu o właściwe dostosowanie przez świadczeniodawców ich systemów informatycznych oraz organizacji pracy przed pełnym uruchomieniem centralnej elektronicznej rejestracji, która ma umożliwić dokonywanie zgłoszeń centralnych, wyznaczanie świadczeniobiorcom terminów świadczeń oraz realizację innych czynności wynikających z funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji. Podkreślenia wymaga fakt, iż dostosowanie i budowa rozwiązań integrujących prywatne z publicznymi serwisami wymaga znacznie dłuższego czasu aniżeli ten wskazany w projekcie ustawy. Aby w rzeczywistości miało miejsce właściwe dostosowanie przez świadczeniodawców ich systemów informatycznych oraz organizacji pracy przed pełnym uruchomieniem centralnej elektronicznej rejestracji, która ma umożliwić dokonywanie zgłoszeń centralnych, wyznaczanie świadczeniobiorcom terminów świadczeń oraz realizację innych czynności wynikających z funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji, proponuje się następujące zmiany w art. 6 ust. 1 projektu ustawy: „Art. 6.1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, udostępniają w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramy przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy zmienianej w art. 1, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujące okresy udzielania tych świadczeń od dnia następującego po dniu ich udostępnienia.”.	
--	--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

64.	Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach	Art. 8	1. Zgodnie z brzmieniem proponowanego przepisu świadczeniobiorca, mający ustalony termin przyjęcia przed datą udostępnienia przez świadczeniodawcę harmonogramów zachowuje ten termin. W części świadczeń i jednostek termin oczekiwania na wizytę to blisko 1-2 lata, zatem nawet jeżeli po wejściu w życie ustawy zostaną udostępnione harmonogramy będą one zajęte na kolejne okresy, często znaczne. Pacjenci będą zablokowani w możliwości rejestracji, albo świadczeniodawcy w ogóle harmonogramów nie udostępnią. Ustawa nie rozstrzyga także kwestii przeniesienia do centralnej rejestracji terminów pierwszorazowych już wyznaczonych, co de facto powinno mieć miejsce automatycznie. 2. Nie został rozstrzygnięty problem integracji posiadanych już systemów przez świadczeniodawców z systemem centralnej rejestracji oraz problem eksportu danych z tych systemów do systemu centralnej rejestracji tak aby dane były aktualne i rzetelne. Połączone jest to także z określonymi kosztami po stronie świadczeniodawców. Nowy system powinien przewidywać możliwość takiego eksportu w określonych plikach, w których mogą dane zapisać systemy medyczne obecnie funkcjonujące. Bez tego trudno wyobrazić sobie ręczne przenoszenie danych lub w ogóle nie udostępnienie harmonogramów.	Uwaga nieuwzględniona. 1/Tak, centralna elektroniczna rejestracja prezentuje te harmonogramy (umówione terminy wizyt pierwszorazowych, kontynuujących leczenie i wolne terminy), które przekazują świadczeniodawcy i związku z tym wolnych terminów będzie tyle ile jest w harmonogramach. Mechanizmy centralnej elektronicznej rejestracji w postaci przypomnień o wizycie (7 i 1 dni) przed wizytą oraz możliwość odwołania wizyty (przy okazji) poprzez SMS i IKP mogą zapewnić pojawienie wolnych terminów. 2/ Integracja z centralną elektroniczną rejestracją wymaga zmian po stronie systemu gabinetowego świadczeniodawcy w celu zapewnienia bezpośredniej wymiany danych pomiędzy systemem centralnej elektronicznej rejestracji z systemem gabinetowym. Zasady integracji (wymagani techniczne) są zawarte w dokumentacji integracyjnej dostępnej na stronie ezdrowie.gov.pl (zakładka Dla dostawców/Interfejsy).
65.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Art. 9	Proponuję wydłużenie terminu wejścia w życie procedowanej ustawy. Zaproponowany w art. 9 termin wejścia w życie ustawy – po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia – jest w ocenie NFZ niewystarczający skutecznego wdrożenia rozwiązań objętych projektem. Należy zauważyć, że zgodnie z nowelizowanym dodawanym art. 23c ust. 3 „Dane, o których mowa w ust. 8, są przekazywane Funduszowi w celu: 1) kontrolowania prawidłowości realizacji przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w ust. 3; 2) rozliczania kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej; 3) monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej; 4) rozpatrywania wniosków świadczeniobiorców, o których mowa w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1”. Wobec powyższego konieczne jest zbudowanie interfejsu	Uwaga uwzględniona Termin wejścia w życie określony został na 1 stycznia 2026 r.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			pomiędzy NFZ a systemem teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Skoro prace nad budową interfejsu nie są realizowane spodziewać się można, że ten interfejs nie będzie gotowy w przewidzianym w art. 9 dniu wejścia ustawy w życie. Zasadne jest wydłużenie możliwości budowania interfejsu po wejściu ustawy w życie. Nie mniej jednak prace powinny być realizowane niezwłocznie w ramach obecnie trwającego pilotażu. Dodatkowym aspektem jest to, że dane te mają zostać przekazane do Funduszu w celu m.in. rozliczania kosztów udzielonych świadczeń. Ustalenie i oprogramowanie procesu rozliczania w oparciu o nowe dane z zewnętrznego źródła (w oparciu o ww. interfejs) jest skomplikowane i czasochłonne i niezbędne jest odpowiedni okres przejściowy minimum 6 miesięcy. Kolejnym ryzykiem jest brak zespołu developerskiego, który w krótkim terminie zrealizuje niezbędne zmiany w IoTL. W krótkiej perspektywie czasu, zgodnie z treścią dokumentów do zaopiniowania zmiany w IoTL nie będą znaczące (w przypadku kardiologii, wynikiem wyszukiwania placówek powinna wyświetlić się możliwość przekierowania użytkownika na stronę internetową z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązaną z Internetowym Kontem Pacjenta (zgodnie z OSR w celu zapewnienia ogólnodostępnej informacji dla świadczeniobiorców, dla świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją minister właściwy do spraw zdrowia będzie publikować na stronie informację o świadczeniach objętych CeR). W kolejnych krokach jednak, zgodnie z planowanymi zmianami o pierwszym wolnym terminie zmiany w ITL będą znaczące i być może będzie on miejscem publikującym informacje zarówno pochodzące z APKOLCE, komunikatu LIO CZ jak i z CeR. To będzie wymagało znacznego zaangażowania ze strony zespołu developerskiego IoTL.	
66.	Pracodawcy RP	OSR pkt 6	Ostatnia uwaga dotyczy zachęt dla świadczeniodawców, gdzie z Oceny Skutków Regulacji (OSR) wynika, że zachęta dla świadczeniodawców (tj. kwoty 10 000 zł) nie otrzymają podmioty, w których znajdują się lokalizacje zintegrowane z centralną rejestracją w ramach programu pilotażowego. Powyższe działanie jest dyskryminujące dla podmiotów, które w pierwszej kolejności przystąpiły do pilotażu zapewniając instytucjom centralnym możliwość przetestowania nowych rozwiązań ponosząc jednocześnie koszty wynagrodzenia dla dostawców oprogramowania oraz koszty	Uwaga uwzględniona częściowo. Przyznanie zachęt nie dotyczy lokalizacji, na które świadczeniodawca otrzymał dofinansowanie określone w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			organizacyjne. Działanie takie byłoby szczególnie dyskryminujące dla podmiotów, które przystąpiły do pilotażu tylko w jednym zakresie objętym pilotażem i w wyniku wejścia w życie przepisów ustawy będą musiały dokonać integracji systemu teleinformatycznego w pozostałych zakresach świadczeń, nawet jeżeli świadczenia udzielane są w tej samej lokalizacji. Jednocześnie przedmiotowe stwierdzenie zawarte w OSR jest niezgodne z brzmieniem przepisu ustawy, który uzależnia otrzymanie dofinansowania wyłącznie od rozpoczęcia prowadzenia centralnej e-rejestracji w terminie 4 miesięcy od dnia wejścia w życie przepisów.	Świadczeniodawcy, którzy włączą się do centralnej elektronicznej rejestracji w trakcie programu pilotażowego zrealizowali już zadania, które określają projektowane zapisy ustawy, tj.: - udostępniają w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramy przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy zmienianej w art. 1, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujące okresy udzielania tych świadczeń od dnia następującego po dniu ich udostępnienia, - zapewnią możliwość dokonywania przez świadczeniobiorców centralnych zgłoszeń na te świadczenia opieki zdrowotnej. Uspójniono zapisy OSR.
67.	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne		Zasady zapisywania w centralnej rejestracji Centralna rejestracja obejmuje wszystkich pacjentów, ale tylko pacjenci pierwszorazowi przechodzą przez zgłoszenie centralne i mogą trafić na centralny wykaz oczekujących. Pacjenci kontynuujący leczenie pozostają w dotychczasowym, indywidualnym trybie umawiania wizyt przez świadczeniodawcę. „W celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca ma obowiązek: 1) udostępniać w systemie teleinformatycznym [...] harmonogramy przyjęć prowadzone przez świadczeniodawców zgodnie z art. 19a wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia.” i „[...] świadczeniodawcy będą obowiązani udostępniać w tym systemie w całości swoje harmonogramy przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia dotyczącymi świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją.” Pacjenci kontynuujący leczenie nadal są umawiani bez udziału w centralnym systemie, ale terminy ich wizyt również mają być wpisywane do harmonogramu udostępnianego w systemie (co podkreśla np. art. 23g ust. 4). Oznacza to, że grafik „widoczny w systemie” powinien obejmować całość planu pracy poradni, ale tylko te terminy, które są jeszcze dostępne, są oferowane pacjentom zgłaszającym się po raz pierwszy. Udostępnienie całości grafiku pacjentom pierwszorazowym może wiązać się z: 1. Ryzykiem utraty dostępności świadczeń dla pacjentów kontynuujących leczenie – przy braku odpowiednich zabezpieczeń system może doprowadzić do sytuacji, w której wszystkie dostępne	Uwaga uwzględniona Rozwiązania centralnej elektronicznej rejestracji, w tym umawianie wizyt pierwszorazowych i na kontynuację leczenia, są zgodne z postulatami zgłaszanymi w uwadze. Świadczeniodawca bowiem udostępnia świadczeniobiorcom wyłącznie wolne terminy na wizyty pierwszorazowe, natomiast wolne terminy wizyt są widoczne tylko dla pracowników placówki. Tylko placówka może umówić świadczeniobiorcę na wizytę w ramach kontynuacji leczenia. Mechanizm centralnej elektronicznej rejestracji zapewnia elastyczność organizacyjną świadczeniobiorcom i możliwość umawiania świadczeniobiorców zgodnie z dotychczasowymi zasadami, przy zachowaniu zgodności obowiązującymi przepisami prawa i umowami z NFZ.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			terminy zostaną zajęte przez pacjentów pierwszorazowych. Może to skutkować zaburzeniem ciągłości opieki oraz poważnymi konsekwencjami klinicznymi, zwłaszcza w dziedzinach takich jak kardiologia. 2. Brakiem elastyczności organizacyjnej świadczeniodawcy – narzucony obowiązek udostępniania pełnych grafików może utrudniać planowanie pracy zespołów oraz skutkować nadmiarem obciążenia pracą, zwłaszcza w sytuacjach wymagających szybkiej reorganizacji (np. zmiany kadrowe, nieobecności lekarzy). 3. Brakiem narzędzi do technicznego „rezerwowania” bloków dla kontynuacji leczenia – projekt ustawy nie przewiduje wyraźnych rozwiązań systemowych umożliwiających automatyczne „zablokowanie” części terminów wyłącznie dla pacjentów kontynuujących terapię. Rekomendacje: 1. Wprowadzenie w przepisach wykonawczych mechanizmu umożliwiającego rezerwację odpowiedniej puli miejsc w harmonogramie wyłącznie dla pacjentów kontynuujących leczenie. Może to przyjąć postać: - o automatycznego oznaczania bloków czasowych, - o zdefiniowanego procentowego limitu terminów przeznaczonych wyłącznie dla kontynuacji, 2. Zachowanie zasady elastyczności organizacyjnej po stronie świadczeniodawcy w planowaniu grafików przyjęć, przy jednoczesnym zagwarantowaniu przejrzystości i pełnej informacji w systemie; odstąpienie od konieczności ujawniania lekarza udzielającego świadczenia. 3. Wyraźne uregulowanie, że pacjenci kontynuujący leczenie nie podlegają ograniczeniom wynikającym z zajętości terminów dla pacjentów pierwszorazowych – tak, aby ich terminy mogły być planowane niezależnie od kolejności zgłoszeń centralnych.	
68.	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne		Integracja systemu centralnej rejestracji z systemami gabinetowymi i szpitalnymi Zgodnie z projektem ustawy, centralna elektroniczna rejestracja ma być realizowana z wykorzystaniem funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (czyli tzw. System P1).	Uwaga uwzględniona. Projekt ustawy przewiduje 6 miesięczny termin dla świadczeniodawców na wdrożenie rozwiązania i integrację systemu gabinetowego z centralną elektroniczną rejestracją. Dopiero po 6 miesiącach od dnia wejścia w życie ustawy świadczeniodawcy będą zobowiązani do integracji z tym rozwiązaniem

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		Koncepcja centralnej elektronicznej rejestracji jest słuszna i pożądana z punktu widzenia poprawy dostępności i transparentności świadczeń zdrowotnych. Należy jednak wskazać, że jej skuteczne wdrożenie jest uzależnione od realnych terminów technicznego uruchomienia systemu oraz odpowiedniego wsparcia finansowego i organizacyjnego dla świadczeniodawców. Brak tych warunków grozi opóźnieniem wdrożenia, przeciążeniem organizacyjnym placówek oraz zakłóceniem ciągłości udzielania świadczeń. W projekcie ustawy zapisano dwa kluczowe obowiązki: 1. Udostępnienie harmonogramów przyjęć w systemie P1 – w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie art. 23c ust. 3 ustawy. 2. Zapewnienie możliwości dokonywania zgłoszeń centralnych przez pacjentów – najpóźniej miesiąc po udostępnieniu harmonogramów. Z punktu widzenia świadczeniodawców, szczególnie szpitali i poradni specjalistycznych, pełna integracja z systemem P1 będzie wymagała: ☐ dostosowania infrastruktury IT i harmonogramów do nowych standardów przekazywania danych, ☐ zapewnienia interoperacyjności z centralnym systemem rejestracyjnym, ☐ przeprowadzenia szkolenia dla personelu, - to wszystko w bardzo krótkim czasie – 4 miesiące łącznie od wejścia w życie odpowiednich przepisów. Rekomendacje 1. Wydłużenie terminu obowiązku wdrożenia i okresu przejściowego do minimum 6 miesięcy. Wskazany termin (łącznie 4 miesiące) jest niewystarczający, szczególnie w przypadku dużych podmiotów leczniczych dysponujących rozbudowaną strukturą IT, zróżnicowanymi systemami dziedzicznymi oraz rozproszonymi lokalizacjami. Przygotowanie tak złożonego wdrożenia w ciągu 3 miesięcy jest nierealne bez ryzyka zakłóceń w bieżącej działalności świadczeniodawców. 2. Wprowadzenie wyraźnych zapisów gwarantujących finansowanie kosztów wdrożenia i utrzymania integracji dla świadczeniodawców, proporcjonalnie do ich wielkości, zakresu świadczeń i stopnia informatyzacji. Choć projekt ustawy odwołuje się do realizacji systemu w ramach Krajowego Planu Odbudowy, w obecnym kształcie brakuje konkretnego mechanizmu zapewniającego adekwatne finansowanie integracji po stronie świadczeniodawców. Koszty związane z: zakupem	i udostępniania świadczeniobiorcom informacji o wolnych i umówionych terminach wizyt.
--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			nowych lub aktualizacją istniejących licencji oprogramowania, usługami integracyjnymi i testowaniem, zwiększeniem zasobów kadrowych IT, dodatkowymi kosztami operacyjnymi w okresie przejściowym znacznie przewyższają potencjalne kwoty wsparcia przewidziane w programach centralnych, które – według dostępnych informacji – są niewystarczające w szczególności dla szpitali i dużych poradni specjalistycznych. Rozpoznanie rynku dla jednego z dużych podmiotów wskazuje na koszty minimum 150 tysięcy złotych. W kontekście wdrażania centralnej elektronicznej rejestracji rekomenduję rozważenie alternatywnego modelu integracji, opartego na bezpośredniej współpracy Ministerstwa Zdrowia z największymi dostawcami systemów informatycznych funkcjonujących w ochronie zdrowia. Zamiast prowadzenia wielu rozproszonych, kosztownych i ryzykownych integracji na poziomie indywidualnych podmiotów leczniczych, proces integracji z systemem P1 powinien zostać przeprowadzony na poziomie centralnym – poprzez stworzenie oficjalnych, certyfikowanych interfejsów integracyjnych (API) w ścisłej współpracy z największymi dostawcami rozwiązań IT. Powyższe rozwiązanie: ☐ znacząco zmniejszy koszty ogólne systemu, ☐ będzie bardziej ekonomiczne - ograniczy konieczność indywidualnego wsparcia finansowego dla każdego świadczeniodawcy. ☐ ułatwi kontrolę jakości, bezpieczeństwa i spójności danych,	
69.	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne		Funkcjonalność Asystent Głosowy (Voicebot) Pomysł wykorzystania asystenta głosowego w centralnej rejestracji zasługuje na poparcie jako nowoczesne i inkluzywne rozwiązanie. Jednak obecnie przedstawiony zakres jest niewystarczająco precyzyjny - doprecyzowanie funkcjonalności, wymagań i integracji technicznej jest warunkiem skutecznego wdrożenia tej technologii. W projekcie ustawy przewidziano wykorzystanie voicebota jako jednego z narzędzi wspierających funkcjonowanie centralnej elektronicznej rejestracji: ☐ przyjmowanie zgłoszeń centralnych (np. w przypadku odwołania wizyty), ☐ przypominanie o zbliżającym się terminie świadczenia, ☐ potwierdzanie obecności pacjenta na wizycie, ☐ możliwość przełożenia lub anulowania wizyty przez pacjenta.	Uwaga uwzględniona. Zgodnie z rekomendacjami Ministerstwo Zdrowia doprecyzuje: - zakres funkcjonalności voicebota w przepisach wykonawczych, w szczególności zakresie: opisu zakresu interakcji (np. przypomnienia, przekładanie, potwierdzanie, anulowanie), sposobu kontaktu z pacjentem, algorytmu decyzyjnego w razie braku odpowiedzi lub odmowy. - zasady integracji asystenta głosowego - voicebota z Internetowym Kontem Pacjenta oraz z aplikacją mobilną pacjent.gov.pl – celem zwiększenia spójności komunikacji z pacjentem.

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			Opis działania voicebota jest ogólnikowy i nie odnosi się do: • konkretnego modelu interakcji (np. czy bot rozpoznaje mowę naturalną), • kanałów dostępu (czy to będzie infolinia, aplikacja mobilna), • procedur bezpieczeństwa i weryfikacji tożsamości pacjenta. • obsługi osób starszych (wolniejsze tempo mowy, jasne komunikaty), • dostępności dla osób z niepełnosprawnościami Nie wiadomo, jak voicebot będzie reagował na typowe problemy: • Czy pacjent może odwołać wizytę tylko głosowo? Jak zostanie powiadomiony o nowym terminie? • Co w sytuacji, gdy pacjent nie potwierdzi obecności? Czy termin automatycznie przepada? • Jak będą obsługiwane przypadki pilne lub wymagające kontaktu z personelem? Brakuje informacji, czy świadczeniodawcy będą musieli: • zintegrować voicebota ze swoim systemem, • samodzielnie konfigurować wiadomości przypominające, • czy system będzie centralnie zarządzany przez podmiot państwowy (np. CSIOZ) i w pełni automatyczny. Rekomendacje: • Doprecyzowanie funkcjonalności voicebota w przepisach wykonawczych, w szczególności: • opisu zakresu interakcji i scenariuszy (np. przypomnienia, przekładanie, potwierdzanie, anulowanie), • sposobu kontaktu z pacjentem (telefon stacjonarny, komórkowy, SMS z linkiem do voicebota?), • algorytmu decyzyjnego w razie braku odpowiedzi lub odmowy. 2. Zalecenie integracji voicebota z Internetowym Kontem Pacjenta oraz z aplikacją mobilną pacjent.gov.pl – celem zwiększenia spójności komunikacji z pacjentem.	
--	--	--	---	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

70.	PUODO (uwagi z dnia 22.05)	w odpowiedzi na pismo z 16 maja br. (znak: DIWP.0210.5.2024.KP) oraz w nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji, w związku z przedłożeniem do zaopiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169; dalej jako „projekt”), działając na podstawie art. 57 ust. 1 lit. c) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/6791 oraz art. 51 ustawy o ochronie danych osobowych², uprzejmie dziękuję za przedstawione wyjaśnienia. Jednocześnie z uwagi na dalsze wątpliwości w odniesieniu do projektowanych zmian ustawodawczych, zwracam uprzejmie uwagę na poniżej sygnalizowane kwestie wymagające rozważenia, zważywszy na standardy i zasady wynikające z przepisów rozporządzenia 2016/679. I. Przetwarzanie danych osobowych za pomocą „asystenta głosowego” (voicebota) 1. Z nadesłanych wyjaśnień wynika, że przedmiotowe regulacje dotyczące nagrywania głosu pacjentów w związku z wykorzystywaniem usługi „asystenta głosowego” nie odnoszą się do przetwarzania danych biometrycznych, które wymagałyby uwzględnienia szczególnych warunków wynikających z rozporządzenia 2016/679 oraz rozporządzenia 2024/16893. Jak wskazuje projektodawca, „w ramach wspomnianego automatycznego przetwarzania danych osobowych, należy podkreślić, że projektodawca nie planuje analizować głosu pacjentów. (...) Niemniej z uwagi na wagę podjętego problemu projektodawca zobowiązuje się poprawić i uzupełnić uzasadnienie projektu o informacje zapewniające i rozstrzygające wątpliwości dotyczące przetwarzania danych w związku z identyfikacją lub weryfikacją osoby fizycznej”. W ocenie Prezesa UODO zapewnienia projektodawcy – odnoszące się celów przetwarzania danych osobowych o cechach biometrycznych przetwarzanych w związku z nagrywaniem rozmów pacjentów prowadzonych z asystentem głosowym, w tym co do niewykorzystywania tych danych w celach służących do identyfikacji i weryfikacji osób fizycznych – mają istotne znaczenie z punktu widzenia praw osób fizycznych. Projektodawca powinien zadbać o właściwe gwarancje w tym zakresie w stanowionych normach prawnych. Uzasadnienie projektu ustawy, pozbawione mocy źródła	Uwaga uwzględniona częściowo Dokonano zmiany w zakresie art. 23f w zakresie dotyczącym regulacji asystenta głosowego. W zakresie załącznika nr 2 do OSR pozostaje on przedmiotem dalszych, pogłębionych analiz. W zależności od ich wyniku dokument ten może zostać poddany aktualizacji.
-----	-------------------------------	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			prawa, nie może zastąpić norm prawnych. To przepisy powszechnie obowiązujące i zapewniające stosowanie rozporządzenia 2016/679 stanowią właściwe gwarancje ochrony danych osobowych w tym obszarze⁴. Co istotne, projektodawca nie określa w jakich konkretnie celach dane w postaci nagrania dźwięku lub transkrypcji nagrania będą przetwarzane. Zgodnie z art. 23f „1. Centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona z wykorzystaniem asystenta głosowego. 2. Nagrania dźwięku lub transkrypcja nagrania uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem asystenta głosowego, o którym mowa w ust. 1, zawierające dane, o których mowa art. 23c ust. 8, minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały one zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane”. Tym samym, projektowany art. 23f, w przedstawionym kształcie należy uznać za niedookreślony i nieprecyzyjny. Stosownie zaś do zasady określoności celu, dane osobowe muszą być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie uzasadnionych celach i nieprzetwarzane dalej w sposób niezgodny z tymi celami (art. 5 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679). Cel przetwarzania musi być określony w podstawie prawnej lub, w przypadku przetwarzania, o którym mowa w art. 6 ust. 1 lit. e) rozporządzenia 2016/679 musi być ono niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 3 rozporządzenia 2016/679). 2. Ponadto należy wskazać, że przepis nie precyzuje jaki zakres danych świadczeniobiorcy będzie przetwarzany w przypadku połączenia z asystentem głosowym, odsyłając do szerokiego zakresu danych wskazanych w art. 23c ust. 8 projektu. Projektodawca nie określa również sposobów i procedur przetwarzania tych danych (np. w zakresie sposobu dokonywania identyfikacji świadczeniobiorcy), w tym ich zabezpieczenia. Zgodnie z zasadą minimalizacji dane osobowe muszą być adekwatne, stosowne oraz ograniczone do tego co niezbędne do celów, w których mają być przetwarzane (art. 5 ust. 1 lit c rozporządzenia 2016/679).	
--	--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			Zasada integralności i poufności wymaga natomiast przetwarzania danych w sposób zapewniający odpowiednie bezpieczeństwo danych (art. 5 ust. 1 lit f rozporządzenia 2016/679). Tym, samym doprecyzowania wymaga zakres danych świadczeniobiorców przetwarzanych podczas korzystania z usługi asystenta głosowego, w tym dane identyfikujące świadczeniobiorców, a także sposób ich przetwarzania. Należy przy tym zauważyć, że z wyjaśnień projektodawcy wynika, że w celu identyfikacji osoby fizycznej będą przetwarzane takie dane jak: imię, nazwisko oraz nr PESEL, 3. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, jak zostało to wyjaśnione oraz wskazane w uzasadnieniu do projektu ustawy, że narzędzie „voicebota” wykorzystuje automatyczne przetwarzanie danych osobowych i będzie miało na celu „przypomnienie o zbliżającej się wizycie, potwierdzenie obecności pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełożenie lub anulację wizyty”. Należy więc wskazać, że w przypadku skorzystania z usługi asystenta głosowego będzie dochodziło do zautomatyzowanego przetwarzania danych osobowych i taki sposób przetwarzania danych będzie wywoływał wobec osoby fizycznej skutki prawne. Stosownie zatem do treści art. 22 ust. 2b oraz 22 ust. 4 rozporządzenia 2016/679 podstawa prawna takiego przetwarzania powinna przewidywać właściwe środki ochrony praw, wolności i prawnie uzasadnionych interesów osoby, której dane dotyczą, w tym prawo niepodlegania decyzjom, o których mowa w art. 22 rozporządzenia 2016/679. A zatem to z przepisów projektowanych regulacji powinny wynikać konkretne środki / instrumenty prawne związane z przyjętym sposobem przetwarzania danych osobowych, mające na celu realizację praw osób fizycznych, tj. prawa do ochrony danych osobowych, jak i prawa do opieki zdrowotnej. Uwaga Prezesa UODO w tym zakresie dotyczy zatem sposobów realizacji praw świadczeniobiorców, nie zaś powielania regulacji przewidujących te prawa w innych aktach prawnych, np. w rozporządzeniu 2016/679, jak zrozumiał tę uwagę projektodawca. W związku z powyższym regulacja dotycząca przetwarzania danych w postaci nagrania dźwięku lub transkrypcji nagrania z wykorzystaniem asystenta głosowego (aktualnie to projektowany art. 23f) wymaga w ocenie Prezesa UODO doprecyzowania w zakresie: 1) celów przetwarzania danych, 2) zakresu danych, 3) sposobów i procedur przetwarzania, a także 4)	
--	--	--	--	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		gwarancji realizacji praw osób fizycznych, oraz innych instrumentów ochrony praw osób fizycznych, takich jak prawa do interwencji ludzkiej, kontroli przez człowieka. Skoro „usługa ma na celu wzmocnienie komunikacji świadczeniobiorcy w obszarze zapisu na świadczenia opieki zdrowotnej, w szczególności w przypadku świadczeniobiorców wykluczonych cyfrowo” należy zadbać o to, aby skorzystanie z tej usługi właśnie przez osoby objęte takim wykluczeniem nie prowadziło do niekorzystnych dla nich konsekwencji w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. 4. Niezależnie od powyższego projektodawca zobowiązany jest do oceny projektowanych rozwiązań przewidujących zastosowanie narzędzia wspieranego sztuczną inteligencją, stosownie do przepisów rozporządzenia 2024/16895, w tym art. 6, art. 27, czy art. 50 tego rozporządzenia. II. Zakres danych przetwarzanych w projektowanych przepisach Zakres danych przetwarzanych w projektowanym systemie centralnej elektronicznej rejestracji – stosownie do zasady minimalizacji danych – powinien być adekwatny do celu w jakim dane te mają być przetwarzane. Informacje te powinny być przy tym określone w podstawie ustawowej⁶, tak, aby stwarzać właściwe gwarancje ochrony danych osobowych, przeciwdziałając ryzyku pozyskiwania danych nadmiarowych, czy danych niezwiązanych ze wskazanymi celami. Rozważenia wymaga doprecyzowanie wskazanych w opinii Prezesa UODO regulacji odnoszących się do zakresu danych osobowych, w szczególności zważywszy na charakter tych danych, które dotyczą danych o zdrowiu. Jak wynika z nadesłanych wyjaśnień, projektodawca doprecyzował art. 23c ust. 6. Jednocześnie w odniesieniu do art. 23e ust. 3 pkt 4 projektodawca wyjaśnił, że „w przypadku danych dotyczących stanu zdrowia świadczeniobiorcy sam decyduje o ewentualnych dodatkowych danych, które poda podczas dokonywania zgłoszenia centralnego. Natomiast dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej są to dane, które pozwolą na prawidłową realizację świadczenia np. informacja o znieczuleniu ogólnym przy udzieleniu świadczenia opieki zdrowotnej”. Odnosząc się do wyjaśnień projektodawcy, wątpliwości budzi jednak konieczność pozyskiwania danych osobowych dotyczących zdrowia w tak niedookreślonym i	
--	--	---	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

		szerokim zakresie, w odniesieniu do wskazanego celu, tj. dokonania tzw. zgłoszenia centralnego. Również wyjaśnienia projektodawcy dotyczące art. 59b ust. 1 pkt 5a i 5b, 6af, 7, 9, 13 przewidujących poszerzenie zakresu danych przetwarzanych w skierowaniu w postaci elektronicznej (m.in. danych dotyczących płci, daty urodzenia, adresu zamieszkania świadczeniobiorcy) nie rozwiewają wątpliwości Prezesa UODO. Jak wskazano, „będą to dane o pacjencie i przeznaczone dla samego pacjenta. Celem tej propozycji jest jedynie zwiększenie autonomii informacyjnej pacjenta”. Projektodawca bowiem mieć bowiem na uwadze, że władze publiczne nie mogą pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne w demokratycznym państwie prawnym (art. 31 ust 3 i art. 51 ust. 2 Konstytucji RP). III. Tryb udostępnienia danych osobowych do projektowanego Systemu Odnosząc się do wyjaśnień dotyczących kwestii uregulowania trybu w jakim ma nastąpić udostępnienie i przekazywanie danych do systemu centralnej elektronicznej rejestracji, w tym danych z systemu usługobiorców, projektodawca wskazuje, że mają one zostać uregulowane w akcie wykonawczym zgodnie z art. 23h ust. 2 pkt 2 lit. e. Należy jednak wskazać, że powoływany przepis stanowi delegację ustawową do określenia „szczegółowego sposobu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji obejmującej [m.in.] ich udostępnianie i aktualizację na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji”, nie odnosi się jednak do trybu przekazywania danych do tego systemu z innych systemów, np. z systemu świadczeniodawców. Uwaga Prezesa UODO w tym zakresie wiązała się z koniecznością stworzenia takich ustawowych regulacji, które wyeliminowałyby ryzyko pozyskiwania danych przez osoby nieuprawnione lub niezgodnie z celem ich uzyskania. Nie można więc przyjąć tych wyjaśnień za uzasadniające odstępianie od konieczności uregulowania trybu przekazywania danych do projektowanego systemu. IV. Ocena skutków dla ochrony danych Z zadowoleniem należy odnieść się do deklaracji projektodawcy co do dokonania powtórnej analizy oceny skutków dla ochrony danych. Dokument ten powinien uwzględniać: 1) przyjęte sposoby przetwarzania danych osobowych (w tym automatyczne	
--	--	---	--

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania

projektu ustawy w sprawie zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169)

			przetwarzanie danych), 2) kontekst przetwarzania danych, a także 3) cele, zakres i charakter danych, które to okoliczności w analizowanych aspektach oraz odpowiednio do zakładanego przez projektodawcę ratio legis powodują wysokie ryzyko naruszenia praw osób fizycznych. Konieczne jest wykazanie jakie zostały zastosowane środki mitygujące te ryzyka, w tym jakie gwarancje ochrony danych osobowych, zostały zapewnione odpowiednio w projektowanych regulacjach. Ocena skutków dla ochrony danych służy wykazaniu zgodności z przepisami rozporządzenia 2016/679, a także jest wyrazem odpowiedzialności projektodawcy za tworzone normy prawne. Wynik takiej, prawidłowo przeprowadzonej, oceny skutków dla ochrony danych pozwoli projektującym przepisy na ustalenie, czy rozwiązania przyjmowane w projekcie aktu prawnego w związku z przetwarzaniem danych są proporcjonalne do zakładanego celu pod kątem ochrony danych. Wskazać przy tym trzeba, że wytyczne Grupy roboczej Art. 29 dotyczące oceny skutków dla ochrony danych wskazują na konieczność wybrania metodyki dokonywania oceny skutków dla ochrony danych, która spełnia kryteria określone w załączniku 2 do wytycznych. Mając powyższe na uwadze, uprzejmie wnoszę o ponowną analizę projektowanych regulacji pod kątem zgodności z przepisami rozporządzenia 2016/679 i uwzględnienie przedstawionych dotychczas argumentów organu nadzorczego.	
--	--	--	---	--

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie sposobu obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na
udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 5 ust. 3 ustawy z dnia r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz.....) zarządza się, co następuje:

§ 1. Sposób obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oblicza się według wzoru określonego w załączniku do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

WZÓR

Sposób obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za lipiec 2026 r.

Bazowy prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za lipiec 2026 r. jest obliczany według wzoru:

$$P_{t-1} = D/N$$

Gdzie:

P_{t-1} – bazowy prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, obliczany dla lipca 2026 r.,

D – suma średnich czasów oczekiwania w okresie N miesięcy,

$$D = \acute{s}_{t-1} + \acute{s}_{t-2} + \dots + \acute{s}_{t-n},$$

$\acute{s}_{t-n}$ – średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w kolejnych miesiącach w okresie N miesięcy, poczynając od średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za lipiec 2026 r.,

N – liczba miesięcy w okresie od dnia 1 sierpnia 2025 r. do dnia 31 lipca 2026 r., w przypadku których była prowadzona lista oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, dla której jest obliczany prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 5 ust. 3 ustawy z dnia ... r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...), zwanej dalej „ustawą”.

Projekt rozporządzenia określa sposób obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, który jest niezbędny do obliczania po raz pierwszy prognozowanego czasu oczekiwania, o którym mowa w art. 23 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), gdyż wzór obliczania prognozowanego czasu oczekiwania w każdym miesiącu wykorzystuje prognozowany czas oczekiwania za miesiąc poprzedni.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy po raz pierwszy prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej będzie obliczany w sierpniu 2026 r. W związku z powyższym konieczne jest ustalenie, zgodnie ze wzorem określonym w projektowanym rozporządzeniu, prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za lipiec 2026 r.

Proponuje się, aby przedmiotowe rozporządzenie weszło w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na działalność dużych oraz mikro-, małych i średnich przedsiębiorców. Projekt rozporządzenia nie wprowadza dla świadczeniodawców dodatkowych obowiązków, ani nie powoduje skutków finansowych dla przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu

funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

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

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	Data sporządzenia: 17.07.2025 r.
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: art. 5 ust. 3 ustawy z dnia ... r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...)
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Jerzy Szafranowicz – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Ewa Wilkoszewska, główny specjalista, Departament Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: e.wilkoszewska@mz.gov.pl	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Przepis art. 5 ust. 3 ustawy z dnia ... r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...), zwanej dalej „ustawą”, zobowiązuje ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, sposobu obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Bazowy prognozowany czas oczekiwania jest niezbędny do obliczenia po raz pierwszy prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż wzór obliczania prognozowanego czasu oczekiwania w każdym miesiącu wykorzystuje prognozowany czas oczekiwania za miesiąc poprzedni.

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

Projektowane rozporządzenie określa sposób obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, który jest niezbędny do obliczania po raz pierwszy prognozowanego czasu oczekiwania, o którym mowa w art. 23 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), gdyż wzór obliczania prognozowanego czasu oczekiwania w każdym miesiącu wykorzystuje prognozowany czas oczekiwania za miesiąc poprzedni. Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy po raz pierwszy prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej będzie obliczany w sierpniu 2026 r. W związku z czym jest konieczne ustalenie, zgodnie ze wzorem określonym w projektowanym rozporządzeniu, prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za lipiec 2026 r.

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

Projekt rozporządzenia stanowi domenę prawa krajowego. Rozwiązania przyjęte w innych krajach pozostają bez wpływu na projekt rozporządzenia.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
minister właściwy do spraw zdrowia	1	dana powszechnie znana	określenie sposobu obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są listy oczekujących
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	ustawa	umożliwia obliczanie po raz pierwszy prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są listy oczekujących

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

Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem pre-konsultacji.
W ramach konsultacji publicznych i opiniowania, projekt rozporządzenia zostanie przesłany do zaopiniowania z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag przez następujące podmioty:
1) Business Centre Club;
2) Centrum e-Zdrowia;

- 3) Federacja Pacjentów Polskich;
- 4) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 5) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 6) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 7) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 8) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;
- 9) Konfederacja Lewiatan;
- 10) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 11) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 12) Krajowa Rada Ratowników Medycznych;
- 13) Naczelna Rada Aptekarska;
- 14) Naczelna Rada Lekarska;
- 15) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 16) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 17) Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej;
- 18) Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego;
- 19) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 20) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 21) Pracodawcy Medycyny Prywatnej;
- 22) Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 23) Rada Dialogu Społecznego;
- 24) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 25) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 26) Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 27) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
- 28) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 29) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 30) Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 31) Forum Związków Zawodowych;
- 32) NSZZ „Solidarność”;
- 33) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność-80”;
- 34) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 35) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 36) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 37) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 38) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 39) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;
- 40) Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”;
- 41) Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”;
- 42) Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej;
- 43) Polskie Towarzystwo Informatyczne;
- 44) Polska Izba Informatyki Medycznej;
- 45) Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji;
- 46) Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego;
- 47) Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej;
- 48) Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;
- 49) Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 50) Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej;
- 51) Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii;
- 52) Polskie Towarzystwo Gospodarcze;
- 53) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 54) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 55) Rada Przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Ponadto, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806, z późn. zm.) projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania dołączonym do oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)		Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Źródła finansowania	Wejście w życie projektu rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych.												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń													

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

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na działalność dużych oraz mikro-, małych i średnich przedsiębiorców. Projekt rozporządzenia nie wprowadza dla świadczeniodawców dodatkowych obowiązków, ani nie powoduje skutków finansowych dla przedsiębiorców.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację rodzin, obywateli oraz gospodarstw domowych.						
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne	Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację osób starszych i osób niepełnosprawnych.						
Niemierzalne								
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Nie dotyczy.						

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☒ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
Komentarz:		
9. Wpływ na rynek pracy		
Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☒ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Zapewnienie wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby projektowane rozporządzenie weszło w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie planuje się przeprowadzania ewaluacji efektów projektu rozporządzenia.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie
świadczenia opieki zdrowotnej**

Na podstawie art. 23 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej oblicza się według wzoru, określonego w załączniku do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637, 779 i

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia (poz. ...)

WZÓR

Sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

Prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w danym miesiącu jest obliczany według wzoru:

$$P_t = \alpha * \acute{s}_t + (1 - \alpha) * P_{t-1}$$

Gdzie:

P_t – prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w danym miesiącu,

$\acute{s}_t$ – średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w danym miesiącu,

α – parametr obliczany według wzoru $\alpha = 2/(n+1)$, gdzie n – liczba miesięcy, w których była prowadzona lista oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, dla której jest obliczany prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, w okresie ostatnich 12 miesięcy,

P_{t-1} – prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w poprzedzającym miesiącu.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 23 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Projekt rozporządzenia określa sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, tj. informacji, którą Narodowy Fundusz Zdrowia publikuje na swojej stronie zgodnie z art. 23 ust. 2 pkt 2 ustawy. Informacja o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej u każdego świadczeniodawcy udzielającego danego świadczenia ma na celu ułatwić pacjentowi wybór świadczeniodawcy, u którego uzyska termin w najkrótszym czasie.

Prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej będzie obliczany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co zagwarantuje jednolitość, porównywalność i jakość danych na terenie całego kraju. Prognozowany czas oczekiwania będzie wyliczany dla każdego świadczeniodawcy, na każde świadczenie opieki zdrowotnej, na udzielenie którego jest prowadzona lista oczekujących na udzielenie świadczenia, odrębnie dla osób zakwalifikowanych jako przypadki pilne i stabilne.

Wzór obliczenia prognozowanego czasu oczekiwania określa załącznik do rozporządzenia. W celu zapewnienia jak najbardziej wiarygodnej informacji, przyjęto, że prognozowany czas oczekiwania będzie obliczany na podstawie rzeczywistych danych o średnim czasie oczekiwania na dane świadczenie opieki zdrowotnej u danego świadczeniodawcy w okresie ostatniego roku. Wykorzystanie danych z bieżącego, jak i poprzednich miesięcy oraz zastosowanie przy określaniu wzoru obliczania tego czasu średniej ruchomej wykładniczej, pozwala nadać większą wagę średniemu rzeczywistemu czasowi z ostatniego miesiąca, dzięki czemu prognozowany czas, będzie szybko i elastycznie odzwierciedlał zmiany zachodzące w czasie oczekiwania na świadczenie u poszczególnych świadczeniodawców.

Proponuje się, aby przedmiotowe rozporządzenie weszło w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na działalność dużych oraz mikro-, małych i średnich przedsiębiorców. Projekt rozporządzenia nie wprowadza dla świadczeniodawców dodatkowych obowiązków, ani nie powoduje skutków finansowych dla przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

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

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej	Data sporządzenia: 17.07.2025 r.
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: art. 23 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.)
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Jerzy Szafranowicz – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia	Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pani Ewa Wilkoszewska, główny specjalista, Departament Lecznictwa w Ministerstwie Zdrowia, e-mail: e.wilkoszewska@mz.gov.pl	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Przepis art. 23 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, zobowiązuje ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

Projektowane rozporządzenie określa sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, dla których prowadzone są listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Prognozowany czas oczekiwania będzie obliczany przez Narodowy Fundusz Zdrowia, co zagwarantuje jednolitość, porównywalność i jakość danych na terenie całego kraju. W celu zapewnienia jak najbardziej wiarygodnej informacji, przyjęto, że prognozowany czas oczekiwania będzie obliczany zarówno z wykorzystaniem danych bieżących, jak i poprzednich miesięcy. Zastosowanie średniej ruchomej wykładniczej, pozwala nadać większą wagę średniemu rzeczywistemu czasowi z ostatniego miesiąca, dzięki czemu prognozowany czas, będzie szybko i elastycznie odzwierciedlał zmiany zachodzące w czasie oczekiwania na świadczenie u poszczególnych świadczeniodawców.

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

Projekt rozporządzenia stanowi domenę prawa krajowego. Rozwiązania przyjęte w innych krajach pozostają bez wpływu na projekt rozporządzenia.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
minister właściwy do spraw zdrowia	1	dana powszechnie znana	określenie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są listy oczekujących
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	ustawa	obliczanie i publikowanie na stronie internetowej prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są listy oczekujących
świadczeniobiorcy	Ok 36,5 mln	sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2024 r.	dostęp do informacji o prognozowanym czasie oczekiwania u każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są listy oczekujących

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

Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem pre-konsultacji.
W ramach konsultacji publicznych i opiniowania, projekt rozporządzenia zostanie przesłany do zaopiniowania z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag przez następujące podmioty:

- 1) Business Centre Club;
- 2) Centrum e-Zdrowia;
- 3) Federacja Pacjentów Polskich;
- 4) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 5) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 6) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 7) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 8) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;
- 9) Konfederacja Lewiatan;
- 10) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 11) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 12) Krajowa Rada Ratowników Medycznych;
- 13) Naczelna Rada Aptekarska;
- 14) Naczelna Rada Lekarska;
- 15) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 16) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 17) Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej;
- 18) Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego;
- 19) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 20) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 21) Pracodawcy Medycyny Prywatnej;
- 22) Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 23) Rada Dialogu Społecznego;
- 24) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 25) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 26) Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 27) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
- 28) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 29) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 30) Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 31) Forum Związków Zawodowych;
- 32) NSZZ „Solidarność”;
- 33) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność-80”;
- 34) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 35) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 36) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 37) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 38) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 39) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;
- 40) Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”;
- 41) Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”;
- 42) Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej;
- 43) Polskie Towarzystwo Informatyczne;
- 44) Polska Izba Informatyki Medycznej;
- 45) Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji;
- 46) Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego;
- 47) Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej;
- 48) Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;
- 49) Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 50) Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej;
- 51) Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii;
- 52) Polskie Towarzystwo Gospodarcze;
- 53) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 54) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 55) Rada Przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Ponadto, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806, z późn. zm.) projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania dołączonym do oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)		Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Źródła finansowania	Wejście w życie projektu rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych.												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń													

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

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na działalność dużych oraz mikro-, małych i średnich przedsiębiorców. Projekt rozporządzenia nie wprowadza dla świadczeniodawców dodatkowych obowiązków, ani nie powoduje skutków finansowych dla przedsiębiorców.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne							

Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☒ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy	
Komentarz:		
9. Wpływ na rynek pracy		
Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☒ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Zapewnienie wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby projektowane rozporządzenie weszło w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie planuje się przeprowadzania ewaluacji efektów projektu rozporządzenia.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją

Na podstawie art. 23c ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanego dalej „PCUŚ”, uwzględnia charakter danych gromadzonych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w art. 23c ust. 1 tej ustawy, oraz konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.

§ 2. PCUŚ u każdego świadczeniodawcy jest obliczany w następujący sposób:

- 1) w przypadku, gdy w udostępnionych harmonogramach przyjęć świadczeniodawcy w okresie 40 dni od daty bieżącej będą udostępnione wolne terminy udzielenia świadczenia, PCUŚ jest obliczany dla 3 dat zgodnie z formułą:
 - a) pierwszy prognozowany czas oczekiwania oznacza liczbę dni liczonych od dnia bieżącego do dnia, w którym w harmonogramie danego świadczeniodawcy istnieje co najmniej jeden najwcześniejszy wolny termin,
 - b) drugi prognozowany czas oczekiwania oznacza liczbę dni liczonych od dnia bieżącego do kolejnego dnia następującego po dniu obliczonym zgodnie z lit. a, w którym w harmonogramie przyjęć danego świadczeniodawcy istnieje co najmniej jeden wolny termin,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637, 779 i

- c) trzeci prognozowany czas oczekiwania oznacza liczbę dni liczonych od dnia bieżącego do kolejnego dnia następującego po dniu obliczonym zgodnie z lit. b, w którym w harmonogramie przyjęć danego świadczeniodawcy istnieje co najmniej jeden wolny termin;
- 2) w przypadku, gdy w udostępnionych harmonogramach przyjęć świadczeniodawcy w okresie 40 dni od daty bieżącej nie istnieją wolne terminy udzielenia świadczenia (odpowiadające pojedynczej wizycie), PCUŚ jest obliczany dla 3 terminów określanych miesięcznie zgodnie z formułą:
- a) pierwszy prognozowany czas oczekiwania oznacza liczbę dni liczonych od dnia bieżącego do dnia, w którym w harmonogramie danego świadczeniodawcy istnieje co najmniej jeden najwcześniejszy wolny termin,
 - b) drugi prognozowany czas oczekiwania oznacza liczbę dni liczonych od dnia bieżącego do kolejnego dnia następującego po dniu obliczonym zgodnie z lit. a, w którym w harmonogramie przyjęć danego świadczeniodawcy istnieje co najmniej jeden wolny termin,
 - c) trzeci prognozowany czas oczekiwania oznacza liczbę dni liczonych od dnia bieżącego do kolejnego dnia następującego po dniu obliczonym zgodnie z lit. b, w którym w harmonogramie przyjęć danego świadczeniodawcy istnieje co najmniej jeden wolny termin;
- 3) PCUŚ, w przypadku o którym mowa w pkt 2, jest obliczany z uwzględnieniem:
- a) liczby świadczeniobiorców oczekujących w centralnym wykazie oczekujących,
 - b) kategorii medycznych świadczeniobiorców oczekujących w centralnym wykazie oczekujących,
 - c) kryteriów wybranych przez świadczeniobiorców oczekujących w centralnym wykazie oczekujących,
 - d) informacji o uprawnieniach dodatkowych świadczeniobiorców oczekujących w centralnym wykazie oczekujących,
 - e) danych ze skierowania, jeżeli skierowanie jest wymagane w danym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 23c ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn.zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Projekt rozporządzenia określa sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy, mając na uwadze charakter danych gromadzonych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji oraz konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.

Celem projektowanych rozwiązań jest zwiększenie przejrzystości i przewidywalności w dostępie świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej, a także usprawnienie systemu centralnej elektronicznej rejestracji. Prognozowany czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne jest jednym z kluczowych elementów wpływających na jakość i efektywność funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Projektowane rozporządzenie określa formułę, zgodnie z którą jest obliczany prognozowany czas oczekiwania u każdego świadczeniodawcy.

Zdefiniowanie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją ma na celu zapewnienie przejrzystej informacji dla świadczeniobiorcy, dostosowanej do konkretnej placówki oraz rodzaju świadczenia. Wybór pierwszego niewykorzystanego terminu w ciągu 40 dni gwarantuje, że publikowane informacje dotyczą realnych możliwości przyjęć w krótkim horyzoncie czasowym. Pozwala to ograniczyć przypadki błędnych bądź nieaktualnych informacji.

Symulacja przypisania świadczeniobiorców, w przypadku braku wolnego terminu w ciągu 40 dni umożliwia bardziej realistyczną ocenę czasu oczekiwania, uwzględniając przy tym takie czynniki, jak: liczba oczekujących świadczeniobiorców w centralnym wykazie oczekujących, charakterystyka tych świadczeniobiorców, na którą składają się: kategoria medyczna, uprawnienia dodatkowe, podstawy umówienia, a także dostępność personelu i terminów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Takie założenia pozwalają na bardziej

dokładne i rzetelne oszacowanie czasu oczekiwania oraz usprawniają planowanie pracy świadczeniodawców.

Oddzielne ustalenie terminów dla przypadków pilnych i stabilnych odpowiada potrzebie różnicowania trybu obsługi w zależności od stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

Prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy, w przypadku o którym mowa w projektowanym § 2 pkt 2, jest obliczany z uwzględnieniem:

- 1) liczby świadczeniobiorców oczekujących w centralnym wykazie oczekujących,
 - 2) kategorii medycznych świadczeniobiorców oczekujących w centralnym wykazie oczekujących,
 - 3) kryteriów wybranych przez świadczeniobiorców oczekujących w centralnym wykazie oczekujących,
 - 4) informacji o uprawnieniach dodatkowych świadczeniobiorców oczekujących w centralnym wykazie oczekujących,
 - 5) danych ze skierowania, jeżeli skierowanie jest wymagane w danym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej
- co jest odzwierciedleniem art. 23e ust. 6 ustawy i ma na celu przedstawienie mechanizmu systemu centralnej elektronicznej rejestracji, który oblicza prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wdrożenie powyższych zasad będzie sprzyjało zwiększeniu transparentności systemu, lepszej komunikacji ze świadczeniobiorcą oraz sprawiedliwemu przydzielaniu świadczeń zdrowotnych w oparciu o faktyczne i publicznie dostępne dane.

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

Projekt rozporządzenia będzie miał wpływ na mikro-, małych, średnich i dużych przedsiębiorców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej należących do zakresów objętych centralną elektroniczną rejestracją. Informacja o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wpłynie na zapewnienie wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.

Projekt rozporządzenia nie dotyczy majątkowych praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej.

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

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływ na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

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

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

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją	Data sporządzenia 17.07.2025 r.
Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia	Źródło: art. 23c ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn.zm.)
Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Minister Zdrowia	Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ
Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Wojciech Demediuk, Dyrektor Departamentu e-Zdrowia, nr tel. 48 22 634 96 18, email: dep-ez@mz.gov.pl	

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 23c ust. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.
W art. 23c ust. 10 ustawy zobowiązuje ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy, mając na uwadze charakter danych gromadzonych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji oraz konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.

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

Projekt rozporządzenia określa sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy, mając na uwadze charakter danych gromadzonych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji oraz konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia. Prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia zamieszcza na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta (pacjent.gov.pl), o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.).

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

Nie dotyczy

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
minister właściwy do spraw zdrowia	1	dana powszechnie znana	określenie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	ustawa	udostępnianie i publikacja prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją
Centrum e-Zdrowia	1	dana powszechnie znana	obliczanie i publikowanie na stronie pacjent.gov.pl informacji o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją
świadczeniodawcy	ok. 30 tys.	Narodowy Fundusz Zdrowia	udostępnianie za

			pośrednictwem centralnej elektronicznej rejestracji harmonogramów przyjęć, przyjmowanie zgłoszeń centralnych i wyznaczanie terminów świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom
świadczeniobiorcy	Ok 36,5 mln	sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2024 r.	zapewnienie wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia

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

Projekt rozporządzenia nie był przedmiotem pre-konsultacji.

W ramach konsultacji publicznych i opiniowania, projekt rozporządzenia zostanie przesłany do zaopiniowania z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag przez następujące podmioty:

- 1) Business Centre Club;
- 2) Centrum e-Zdrowia;
- 3) Federacja Pacjentów Polskich;
- 4) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 5) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 6) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 7) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 8) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;
- 9) Konfederacja Lewiatan;
- 10) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 11) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 12) Krajowa Rada Ratowników Medycznych;
- 13) Naczelna Rada Aptekarska;
- 14) Naczelna Rada Lekarska;
- 15) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 16) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 17) Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej;
- 18) Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego;
- 19) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 20) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 21) Pracodawcy Medycyny Prywatnej;
- 22) Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 23) Rada Dialogu Społecznego;
- 24) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 25) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 26) Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- 27) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
- 28) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 29) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 30) Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 31) Forum Związków Zawodowych;
- 32) NSZZ „Solidarność”;
- 33) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność - 80”;
- 34) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 35) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 36) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 37) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 38) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 39) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;
- 40) Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”;
- 41) Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”;
- 42) Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej;
- 43) Polskie Towarzystwo Informatyczne;
- 44) Polska Izba Informatyki Medycznej;
- 45) Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji;

- 46) Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego;
- 47) Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej;
- 48) Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;
- 49) Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 50) Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej;
- 51) Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii;
- 52) Polskie Towarzystwo Gospodarcze,
- 53) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 54) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 55) Rada Przedsiębiorców.

Projekt rozporządzenia stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2025 r. poz. 677) zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Ponadto, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806, z późn. zm.) projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania dołączonym do oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

[illegible]

Źródła finansowania	Wejście w życie projektu rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

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

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	<i>Łącznie (0-10)</i>
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt rozporządzenia będzie miał wpływ na mikro-, małych, średnich i dużych przedsiębiorców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej należących do						
	sektor mikro-, małych i							

	średnich przedsiębiorstw	zakresów objętych centralną elektroniczną rejestracją. Informacja o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej wpłynie na zapewnienie wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.	
	rodzina, obywatele, osoby niepełnosprawne, osoby starsze oraz gospodarstwa domowe	Zapewnienie wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.	
Niemierzalne	(dodaj/usuń)		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Nie dotyczy	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu			
☐ nie dotyczy			
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:		☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczacji.		☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
Komentarz:			
9. Wpływ na rynek pracy			
Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.			
10. Wpływ na pozostałe obszary			
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe		☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☒ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu		Zapewnienie wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego			
Zakłada się wejście w życie rozporządzenia z dniem 1 stycznia 2026 r.			
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?			
Nie planuje się przeprowadzania ewaluacji efektów projektu rozporządzenia.			
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)			
Brak			

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji

Na podstawie art. 23h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej objęte centralną elektroniczną rejestracją;
- 2) okres, za które są udostępniane harmonogramy przyjęć, prowadzone zgodnie z art. 19a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia;
- 3) sposób powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i zmianach tego terminu oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych informacji dotyczących tego świadczenia opieki zdrowotnej.

§ 2. Świadczenia opieki zdrowotnej objęte centralną elektroniczną rejestracją określa załącznik do rozporządzenia.

§ 3. Świadczeniodawca udostępnia w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302 i 779), harmonogramy przyjęć, prowadzone zgodnie z art. 19a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, za okres 12 miesięcy.

§ 4. 1. Świadczeniobiorca otrzymuje potwierdzenie:

- 1) wyznaczonego terminu udzielenia świadczenia,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637, 779 i

2) zmiany terminu, o którym mowa w pkt 1, w tym zmiany albo rezygnacji z tego terminu dokonanych przez świadczeniobiorcę albo jego zmiany przez świadczeniodawcę,

3) umieszczenia świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących

– w postaci powiadomienia w aplikacji mobilnej Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanego dalej „IKP”, lub w postaci wiadomości przekazanej na podany przez świadczeniobiorcę numer telefonu lub adres poczty elektronicznej zgodnie z danymi kontaktowymi podanymi podczas zgłoszenia centralnego lub danymi kontaktowymi w IKP.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, są udostępniane świadczeniobiorcy również w IKP.

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r., z wyjątkiem pkt 4–12 załącznika do rozporządzenia, które wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2026 r.

MINISTER ZDROWIA

Załącznik
do rozporządzenia
Ministra Zdrowia
z dnia (poz. ...)

**ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ OBJĘTE CENTRALNĄ
ELEKTRONICZNĄ REJESTRACJĄ**

- 1) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w kardiologii;
- 2) świadczenia z zakresu programów zdrowotnych udzielane w programie profilaktyki raka szyjki macicy;
- 3) świadczenia z zakresu programów zdrowotnych udzielane w programie profilaktyki raka piersi;
- 4) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w ramach leczenia chorób naczyń;
- 5) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w ramach leczenia chorób zakaźnych;
- 6) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w endokrynologii;
- 7) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w hepatologii;
- 8) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w immunologii;
- 9) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w ramach leczenia mukowiscydozy;
- 10) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w nefrologii;
- 11) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w neonatologii;
- 12) świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane w ramach leczenia gruźlicy i chorób płuc.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji jest wydane na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 23h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Wprowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji jest odpowiedzią na potrzebę usprawnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zwiększenia transparentności systemu tzw. kolejek oczekujących. System ten obejmuje zgłoszenia centralne na wybrane świadczenia zdrowotne, prowadzenie ogólnodostępnych harmonogramów przyjęć przez świadczeniodawców oraz możliwość śledzenia postępów w realizacji zgłoszenia centralnego przez świadczeniobiorców za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.), zwanego dalej „IKP”.

Projekt rozporządzenia określa świadczenia opieki zdrowotnej objęte centralną elektroniczną rejestracją, które stanowią załącznik do rozporządzenia.

Projekt rozporządzenia reguluje sposób powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i zmianach tego terminu oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych informacji dotyczących tego świadczenia opieki zdrowotnej. W rozporządzeniu przewidziano szczegółowe regulacje opisujące sposób powiadomienia świadczeniobiorcy o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia, które przewiduje wyznaczanie i zmianę terminu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz opisano procedury dotyczącej rezygnacji ze świadczenia oraz informowania pacjenta o wyznaczonym lub zmienionym terminie. Regulacje dotyczące sposobu powiadamiania świadczeniobiorców mają na celu zapewnienie sprawnej, przejrzystej i terminowej komunikacji ze świadczeniobiorcami. Wykorzystanie w komunikacji ze świadczeniobiorcą powiadomień w aplikacji mobilnej IKP oraz kanałów takich jak wiadomość wygenerowana z poczty elektronicznej, czy wiadomość wysłana na podany numer telefonu pozwala na skuteczne dotarcie do świadczeniobiorcy z informacją o wyznaczonym terminie świadczenia lub jego zmianie.

W zakresie obowiązków świadczeniodawców dotyczących udostępniania harmonogramów przyjęć, prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy, wraz z dostępnymi

terminami udzielenia świadczenia w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, wskazano, że harmonogramy mają obejmować okres 12 miesięcy, co zapewni świadczeniobiorcom systematyczny i przejrzysty wgląd w dostępność świadczeń opieki zdrowotnej.

Wprowadzenie przedmiotowego rozporządzenia przyczyni się do poprawy koordynacji i transparentności procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, lepszego wykorzystania dostępnych zasobów systemu ochrony zdrowia, a także ograniczy zjawisko tzw. kolejek równoległych u poszczególnych świadczeniodawców oraz zapewni świadczeniobiorcom bieżącą informację o stanie realizacji zgłoszenia centralnego i możliwości reagowania w razie zmian. Wprowadzone regulacje pozwolą również na pełniejszą kontrolę nad ruchem świadczeniobiorców oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne, przyczynią się do poprawy planowania i monitorowania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zapewnią świadczeniobiorcom dostęp do aktualnej informacji o statusie ich zgłoszenia oraz możliwości jego obsługi za pośrednictwem kanałów zdalnych.

Wprowadzenie przedmiotowego rozporządzenia przyczyni się do poprawy koordynacji i transparentności procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, lepszego wykorzystania dostępnych zasobów systemu ochrony zdrowia a także ograniczy zjawisko tzw. kolejek równoległych u poszczególnych świadczeniodawców oraz zapewni świadczeniobiorcom bieżącą informację o stanie realizacji zgłoszenia i możliwości reagowania w razie zmian. Wprowadzone regulacje pozwolą również na pełniejszą kontrolę nad ruchem świadczeniobiorców oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne, przyczynią się do poprawy planowania i monitorowania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zapewnią świadczeniobiorcom dostęp do aktualnej informacji o statusie ich zgłoszenia centralnego oraz możliwości jego obsługi za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2026 r., z wyjątkiem pkt 4–12 załącznika do rozporządzenia, które wejdą w życie z dniem 1 sierpnia 2026 r. Wejście w życie tych punktów z dniem 1 sierpnia 2026 r. stanowi realizację strategii stopniowego rozszerzania centralnej elektronicznej rejestracji na poszczególne zakresy świadczeń opieki zdrowotnej.

Projekt będzie miał wpływ na mikro-, małych, średnich i dużych przedsiębiorców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej należących do zakresów objętych centralną elektroniczną rejestracją.

Projekt rozporządzenia nie dotyczy majątkowych praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej.

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

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzano oceny skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej i nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

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

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

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Minister Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Wojciech Demediuk, Dyrektor Departamentu e-Zdrowia, nr tel. 48 22 634 96 18, email: dep-ez@mz.gov.pl	Data sporządzenia 17.07.2025 r. Źródło: art. 23h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) Nr w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 23h ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”.

W art. 23h ust. 2 ustawy zobowiązuje ministra właściwego do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia, mając na względzie zagwarantowanie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i integralności danych przetwarzanych na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji, a także mając na uwadze specyfikę realizacji świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją:

- 1) świadczeń opieki zdrowotnej objęte centralną elektroniczną rejestracją;
- 2) okresu, za który są udostępniane harmonogramy przyjęć, prowadzone zgodnie z art. 19a ustawy, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia;
- 3) sposobu powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i zmianach tego terminu oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych informacji dotyczących tego świadczenia opieki zdrowotnej.

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

Projekt rozporządzenia określa świadczenia objęte centralną elektroniczną rejestracją, wskazując konkretne procedury medyczne, dla których wprowadzony zostaje obowiązek prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji, który stanowi załącznik do rozporządzenia.

Projekt rozporządzenia reguluje sposób prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji, w tym sposób powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i zmianach tego terminu oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych informacji dotyczących tego świadczenia opieki zdrowotnej. W rozporządzeniu przewidziano szczegółowe regulacje opisujące sposób powiadomienia świadczeniobiorcy o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia, które przewiduje wyznaczanie i zmianę terminu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz opisano procedury dotyczącej rezygnacji ze świadczenia oraz informowania pacjenta o wyznaczonym lub zmienionym terminie. Regulacje dotyczące sposobu powiadamiania świadczeniobiorców mają na celu zapewnienie sprawnej, przejrzystej i terminowej komunikacji ze świadczeniobiorcami. Wykorzystanie w komunikacji ze świadczeniobiorcą powiadomień w aplikacji mobilnej Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302, z późn. zm.), oraz kanałów takich jak wiadomość wygenerowana z poczty elektronicznej, czy wiadomość wysłana na podany numer telefonu pozwala na skuteczne dotarcie do świadczeniobiorcy z informacją o wyznaczonym terminie świadczenia lub jego zmianie. Przewidziano także analogiczne sposoby informowania świadczeniobiorcy o zmianach terminu udzielenia świadczenia w sytuacjach nadzwyczajnych, takich jak odwołanie terminu udzielenia świadczenia z przyczyn losowych, czy przeniesienie świadczeniobiorcy do centralnego wykazu oczekujących.

W zakresie obowiązków świadczeniodawców dotyczących udostępniania harmonogramów przyjęć, prowadzonych zgodnie z art. 19a ustawy, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, wskazano, że harmonogramy mają obejmować okres 12 miesięcy, co zapewni świadczeniobiorcom systematyczny i przejrzysty wgląd w dostępność świadczeń. Wprowadzenie przedmiotowego rozporządzenia przyczyni się do poprawy koordynacji i transparentności procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, lepszego wykorzystania dostępnych zasobów systemu ochrony zdrowia, a także ograniczy zjawisko tzw. kolejek równoległych u poszczególnych świadczeniodawców oraz zapewni świadczeniobiorcom bieżącą informację o stanie realizacji zgłoszenia centralnego i możliwości reagowania w razie zmian. Wprowadzone regulacje pozwolą również na pełniejszą kontrolę nad ruchem świadczeniobiorców oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne, przyczynią się do poprawy planowania i monitorowania udzielania świadczeń zdrowotnych oraz zapewnią świadczeniobiorcom dostęp do aktualnej informacji o statusie ich zgłoszenia oraz możliwości jego obsługi za pośrednictwem kanałów zdalnych.

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

Nie dotyczy			
4. Podmioty, na które oddziałuje projekt			
Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
minister właściwy do spraw zdrowia	1	dana powszechnie znana	zapewnianie poprawności działania centralnej elektronicznej rejestracji
Centrum e-Zdrowia	1	ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia	zapewnienie poprawności działania funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, służącego do prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji
świadczeniodawcy	ok. 30 tys.	Narodowy Fundusz Zdrowia	udostępnianie za pośrednictwem centralnej elektronicznej rejestracji harmonogramów przyjęć, przyjmowanie zgłoszeń centralnych i wyznaczanie terminów świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom
świadczeniobiorcy	Ok 36,5 mln	sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2024 r.	korzystanie z centralnej elektronicznej rejestracji w celu uzyskania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją
5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji			
Nie prowadzono konsultacji poprzedzających przygotowanie projektu (tzw. pre-konsultacji). W ramach konsultacji publicznych i opiniowania, projekt rozporządzenia zostanie przesłany do zaopiniowania z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag przez następujące podmioty: 1) Business Centre Club; 2) Centrum e-Zdrowia; 3) Federacja Pacjentów Polskich; 4) Federacja Przedsiębiorców Polskich; 5) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; 6) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 7) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce; 8) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce; 9) Konfederacja Lewiatan; 10) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych; 11) Krajowa Rada Fizjoterapeutów; 12) Krajowa Rada Ratowników Medycznych; 13) Naczelna Rada Aptekarska; 14) Naczelna Rada Lekarska; 15) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 16) Narodowy Fundusz Zdrowia; 17) Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej; 18) Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego; 19) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia; 20) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej; 21) Pracodawcy Medycyny Prywatnej; 22) Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych; 23) Rada Dialogu Społecznego; 24) Rzecznik Praw Pacjenta; 25) Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej; 26) Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;			

- 27) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
- 28) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 29) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 30) Rada Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 31) Forum Związków Zawodowych;
- 32) NSZZ „Solidarność”;
- 33) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność - 80”;
- 34) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 35) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 36) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 37) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 38) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 39) Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce;
- 40) Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”;
- 41) Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”;
- 42) Polskie Towarzystwo Diagnostyki Laboratoryjnej;
- 43) Polskie Towarzystwo Informatyczne;
- 44) Polska Izba Informatyki Medycznej;
- 45) Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji;
- 46) Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego;
- 47) Konsultant krajowy w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej;
- 48) Konsultant krajowy w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej;
- 49) Konsultant krajowy w dziedzinie zdrowia publicznego;
- 50) Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej;
- 51) Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii;
- 52) Polskie Towarzystwo Gospodarcze,
- 53) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 54) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 55) Rada Przedsiębiorców.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną przedstawione, po ich zakończeniu, w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania załączonym do niniejszej oceny skutków regulacji.

(ceny stałe z r.)		Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Źródła finansowania	Wejście w życie projektu rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych.												

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

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

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Wejście w życie projektu rozporządzenia będzie miało wpływ na świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją. Świadczeniodawcy ci będą zobligowani do dokonywania centralnej elektronicznej rejestracji, przy czym ich aktywna partycypacja będzie wiązała się z przyznaniem świadczeniodawcom dodatkowych środków finansowych.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Wejście w życie projektu rozporządzenia będzie miało wpływ na świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją. Świadczeniodawcy ci będą zobligowani do dokonywania centralnej elektronicznej rejestracji, przy czym ich aktywna partycypacja będzie wiązała się z przyznaniem świadczeniodawcom dodatkowych środków finansowych.						
	rodzina, obywatele, osoby starsze, osoby niepełnosprawne oraz gospodarstwa domowe	Wejście w życie projektu ustawy uprości i przyspieszy proces rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewni świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców.						
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							

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

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☐ nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronicznej.	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Komentarz: nie dotyczy.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☒ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Wprowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji jest odpowiedzią na potrzebę usprawnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zwiększenia transparentności systemu tzw. kolejek oczekujących.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2026 r., z wyjątkiem pkt 4–12 załącznika do rozporządzenia, które wejdą w życie z dniem 1 sierpnia 2026 r. Wejście w życie tych punktów z dniem 1 sierpnia 2026 r. stanowi realizację strategii stopniowego rozszerzania centralnej elektronicznej rejestracji na poszczególne zakresy świadczeń opieki zdrowotnej.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie planuje się przeprowadzania ewaluacji efektów projektu rozporządzenia.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak		