



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-0610-94-26

Druk nr 2685

Warszawa, 16 czerwca 2026 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
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 ustawy o działalności leczniczej.

Jednocześnie przedstawiam wniosek o skrócenie postępowania z projektem ustawy.

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 ustawy o działalności leczniczej

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 31lc:
 - a) w ust. 2:
 - w pkt 5 skreśla się wyraz „zanonimizowane” i kropkę na końcu zastępuje się średnikiem,
 - dodaje się pkt 6 i 7 w brzmieniu:
 - „6) numer PESEL osoby, o której mowa w pkt 4, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby;
 - 7) numer prawa wykonywania zawodu osoby, o której mowa w pkt 4 – w przypadku osób, którym nadano ten numer.”,
 - b) w ust. 4b:
 - w pkt 2 skreśla się wyraz „zanonimizowane”,
 - po pkt 2 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu:
 - „2a) numer PESEL osoby, o której mowa w pkt 2, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby;
 - 2b) numer prawa wykonywania zawodu osoby, o której mowa w pkt 2 – w przypadku osób, którym nadano ten numer.”,
 - c) ust. 4d otrzymuje brzmienie:
 - „4d. Dane, o których mowa w ust. 4a i 4b, są wykorzystywane przez Agencję w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1, 1a, 2c i 4b–5.”;
- 2) w art. 31n po pkt 4g dodaje się pkt 4h w brzmieniu:
 - „4h) prowadzenie na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia prac analitycznych związanych z realizacją celów, o których mowa w art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.”;
- 3) w art. 31o w ust. 2 po pkt 1m dodaje się pkt 1n w brzmieniu:

„1n) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wyników prac analitycznych związanych z realizacją celów, o których mowa w art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;”.

Art. 2. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156) art. 27a otrzymuje brzmienie:

„Art. 27a. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, gromadzi oraz przekazuje, w terminie i w sposób przez niego wskazany, dane dotyczące osób zatrudnionych w tym podmiocie obejmujące:

- 1) liczbę tych osób;
- 2) dane osoby zatrudnionej:
 - a) numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość takiej osoby,
 - b) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku osób, którym nadano ten numer,
 - c) informację o wysokości wynagrodzenia, w tym wynagrodzenia zasadniczego, stawek godzinowych, jeżeli dotyczy, oraz dodatków,
 - d) wymiar czasu pracy,
 - e) tytuły zawodowe, jeżeli posiada,
 - f) zajmowane stanowisko,
 - g) formę zatrudnienia,
 - h) posiadane specjalizacje, jeżeli dotyczy,
 - i) wymagane na zajmowanym stanowisku wykształcenie.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane, o których mowa w ust. 1, w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia może wskazać we wniosku, o którym mowa w ust. 1, Narodowy Fundusz Zdrowia lub jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia jako podmiot, do którego są przekazywane dane, o których mowa w ust. 1. Narodowy Fundusz Zdrowia i ta jednostka przetwarzają te dane zgodnie z celami, o których mowa w ust. 2.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia może wskazać we wniosku, o którym mowa w ust. 1, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jako podmiot, do którego są przekazywane dane, o których mowa w ust. 1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przetwarza te dane w związku z realizacją zadań określonych w art. 31n pkt 1, 1a, 2c i 4b–5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

Art. 3. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

Przedłożony projekt ustawy wprowadza zmiany w:

- 1) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej” lub „ustawą”;
- 2) ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156).

Aktualnie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (Agencja) nie ma podstawy prawnej do przetwarzania danych identyfikujących personel medyczny, to jest numerów PESEL oraz numerów prawa wykonywania zawodu. Obecne brzmienie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej powoduje istotne ograniczenia w zakresie kompletności, spójności oraz precyzji analiz prowadzonych przez Agencję. Dotyczy to w szczególności analiz kosztów pracy personelu medycznego, struktury zatrudnienia, wieloletowości, a także relacji pomiędzy formą zatrudnienia a faktycznym zaangażowaniem w realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W związku z powyższym w projekcie (w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej określono niezbędne uprawnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz Agencji do pozyskiwania i przetwarzania szczegółowych danych o wynagrodzeniach powiązanych z konkretnym numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu. Przedmiotowe zmiany mają istotne znaczenie w kontekście prowadzonych przez Agencję analiz dla stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia, a także aktualnych wyzwań związanych z regulacją wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych.

Przepisy regulujące zasady określania wynagrodzeń w podmiotach leczniczych mają zasadniczy wpływ na jeden z podstawowych elementów kosztów prowadzenia działalności leczniczej, jakim są środki przeznaczane przez podmioty lecznicze na wynagrodzenia zarówno pracowników podmiotów leczniczych jak i osób wykonujących pracę w podmiotach leczniczych w ramach pozapracowniczych form zatrudnienia (wg danych Agencji udział kosztów osobowych w przychodach z NFZ w 2024 r. stanowił 65,46%¹). Z uwagi na fakt, że ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego

¹ https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2025/091/REK/Raport%20WT.543.4.2025.pdf

niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139) reguluje wynagrodzenia we wszystkich podmiotach leczniczych zatrudniających pracowników, jest uzasadnione stworzenie podstawy prawnej do pozyskiwania i przetwarzania danych nie tylko z podmiotów leczniczych będących, ale również niebędących świadczeniodawcami.

Zakres podmiotowy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych obejmuje pracowników medycznych oraz pracowników niemedycznych tzw. działalności podstawowej, określając dla tych grup waloryzowane corocznie minimalne wysokości wynagrodzeń zasadniczych. Dlatego też art. 27a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej dotyczy wszystkich grup zawodowych zatrudnianych w podmiotach leczniczych. Należy również wskazać na wielość form zatrudnienia występującą w podmiotach leczniczych, w których obok pracy w oparciu o umowę o pracę równolegle występują umowy cywilnoprawne oraz kontrakty. Niejednokrotnie te same osoby w poszczególnych podmiotach leczniczych są zatrudnione równocześnie w oparciu o różną podstawę prawną. Jednym z argumentów podnoszonych w dyskusji o sposobie finansowania wzrostów wynagrodzeń w podmiotach leczniczych dokonywanych w oparciu o ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych jest wpływ, jaki podwyższenie najniższych poziomów wynagrodzeń zasadniczych wywiera na wzrosty wynagrodzeń z tytułu umów cywilnoprawnych (kontraktów). Postulat umożliwienia Ministrowi Zdrowia, Agencji oraz NFZ pozyskiwania i przetwarzania danych o wynagrodzeniach w taki sposób, aby możliwe było uzyskanie wiedzy o faktycznych poziomach wynagrodzeń poszczególnych osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych jest podnoszony systematycznie w trakcie prowadzonych w formule trójstronnej rozmów strony rządowej z reprezentatywnymi związkami zawodowymi i organizacjami pracodawców. Biorąc pod uwagę, że immamentnym elementem, który ma wpływ na koszty świadczeń opieki zdrowotnej są wynagrodzenia, istotne znaczenie w tym kontekście ma możliwość określania i sumowania wysokości wynagrodzeń uzyskiwanych przez poszczególne osoby niezależnie od podstawy prawnej świadczenia pracy. Ma to szczególne znaczenie dla realizacji zadań ustawowych ministra właściwego do spraw zdrowia, NFZ, Centrum e-Zdrowia oraz Agencji. Powiązanie tych danych z konkretnym numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu jest niezbędne w celu uzyskania rzetelnych danych dotyczących tych

wynagrodzeń, które w sposób rzeczywisty odzwierciedlą faktyczny ich wpływ na poziom kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Trzeba też zwrócić uwagę na specyficzną cechę regulacji określonej w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, którą jest to, że ustawa ta nie posługuje się co do zasady średnimi poziomami wynagrodzeń, lecz kreuje indywidualne roszczenia pracowników do podwyższenia ich wynagrodzeń zasadniczych co najmniej do poziomu wynikającego z ustawy. W związku z tym bezpośredni koszt realizacji tej ustawy i corocznej waloryzacji wynagrodzeń na jej mocy stanowi suma wzrostów indywidualnych wynagrodzeń zasadniczych do poziomów co najmniej minimalnych wynikających z ustawy. W związku z tym znajduje swoje uzasadnienie nadanie proponowanego w projektowanej ustawie nowego brzmienia art. 27a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

W konsekwencji tych zmian, mając na uwadze zachowanie spójności przepisów, w art. 31n i art. 31o ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zawarto przepisy, które określają, że Agencja prowadzi prace analityczne dotyczące celów, o których mowa w art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a Prezes Agencji przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wyniki tych analiz.

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Projektodawca przeprowadził analizę w zakresie regulacji intertemporalnych, która wykazała brak potrzeby zamieszczania w projekcie takich rozwiązań.

Zakres projektu ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

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

Projektowane zmiany nie będą miały wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Projekt nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców, o których należy powiadomić za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym IMI, w zakresie określonym w art. 3 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1024/2012 z dnia 25 października 2012 r. w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym i uchylającego decyzję

Komisji 2008/49/WE („rozporządzenie w sprawie IMI”) (Dz. Urz. UE L 316 z 14.11.2012, str. 1). Ponadto nie jest zasadne przygotowanie oceny funkcjonowania tego aktu normatywnego w omawianym zakresie oraz mierników określających stopień realizacji jego celów.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych 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) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

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

Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych w zakresie już wcześniej omówionym. W związku z tym, przeprowadzono ocenę 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.), która stanowi załącznik do oceny skutków regulacji.

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

| | |
|--|---|
| <p>Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Katarzyna Kęcka, Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Jakub Bydłoń dyrektor w Departamencie Dialogu Społecznego, e-mail: j.bydlon@mz.gov.pl; Michał Misiura, zastępca dyrektora w Departamencie Lecznictwa, e-mail: m.misiura@mz.gov.pl; Katarzyna Szelągowska, radca w Departamencie Lecznictwa, e-mail: k.szelagowska@mz.gov.pl</p> | <p>Data sporządzenia 16.06.2026 r.</p> <p>Źródło: Inicjatywa własna</p> <p>Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD285</p> |
|--|---|

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Aktualnie Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, zwana dalej „Agencją”, nie ma podstawy prawnej do przetwarzania danych identyfikujących personel medyczny, to jest numerów PESEL oraz numerów prawa wykonywania zawodu. W obecnym brzmieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, powoduje to istotne ograniczenia w zakresie kompletności, spójności oraz precyzji analiz prowadzonych przez Agencję. Dotyczy to w szczególności analiz kosztów pracy personelu medycznego, struktury zatrudnienia, wieloletowości, a także relacji pomiędzy formą zatrudnienia a faktycznym zaangażowaniem w realizację świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

Projekt przewiduje niezbędne uprawnienia dla ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, oraz Agencji do pozyskiwania i przetwarzania szczegółowych danych o wynagrodzeniach powiązanych z konkretnym numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu. Przedmiotowe zmiany mają istotne znaczenie w kontekście prowadzonych przez Agencję analiz dla stabilności systemu finansowania ochrony zdrowia, a także aktualnych wyzwań związanych z regulacją wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych. W konsekwencji tych zmian, mając na uwadze zachowanie spójności przepisów, w art. 31n i art. 31o ustawy o świadczeniach zawarto przepisy, które określają, że Agencja prowadzi prace analityczne dotyczące celów, o których mowa w art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a Prezes Agencji przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia wyniki tych analiz.

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 |
|--------------------|------------|--|---|
| Agencja | 1 | ustawa o świadczeniach | możliwość przetwarzania danych identyfikujących personel medyczny |
| podmioty lecznicze | ok. 18 042 | Liczba podmiotów leczniczych (populacja) wg numeru REGON | zmiana sposobu sprawozdawania danych do Agencji |

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

Projekt ustawy nie podlegał pre-konsultacjom.
Projekt ustawy jest procedowany, zgodnie z § 99 pkt 3 lit. a-e uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulaminu pracy Rady Ministrów (M.P. z 2026 r. poz. 404), z pominięciem etapu uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania, Stałego Komitetu Rady Ministrów oraz komisji prawniczej. Pominięcie tych etapów jest konieczne z uwagi na pilną potrzebę przekazania projektu do rozpatrzenia przez Radę Ministrów, a następnie na kolejny etap legislacyjny, tj. parlamentarny i podpisu Prezydenta RP, zapewniając wejście w życie przepisów dających podstawę do uzyskania rzetelnych danych dotyczących tych wynagrodzeń, które w sposób rzeczywisty odzwierciedlą faktyczny ich wpływ na poziom kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

| (ceny stałe z 2025 r.) | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|----------------|
| | 0 2025 | 1 2026 | 2 2027 | 3 2028 | 4 2029 | 5 2030 | 6 2031 | 7 2032 | 8 2033 | 9 2034 | 10 2035 | 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 |
| pozostałe jednostki (oddzielnie): | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Wydatki 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 |
| pozostałe jednostki (oddzielnie): | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Saldo 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 |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | |
|---------------------|--|
| Źródła finansowania | Wprowadzenie w życie projektowanych przepisów nie będzie powodowało skutków finansowych w zakresie finansowania ochrony zdrowia, zmiany w zakresie przyznania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, NFZ oraz Agencji uprawnień do pozyskiwania i przetwarzania szczegółowych danych o wynagrodzeniach powiązanych z konkretnym numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu, mają charakter bezkosztowy. |
|---------------------|--|

| | |
|--|--------------|
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | Nie dotyczy. |
|--|--------------|

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 | Bez wpływu. | | | | | | |
| | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | Bez wpływu. | | | | | | |
| | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | Bez wpływu. | | | | | | |
| | osoby niepełnosprawne i osoby starsze | Bez wpływu. | | | | | | |
| Niemierzalne | (dodaj/usuń) | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | Projekt nie nakłada nowych zadań w sektorze publicznym, tym samym nie wywiera wpływu na ten obszar. |
|--|---|

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). | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy |
| <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: | <input checked="" type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji. | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy |

Komentarz:

9. Wpływ na rynek pracy

Bez wpływu.

10. Wpływ na pozostałe obszary

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe | <input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input type="checkbox"/> inne: | <input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie |
|--|--|--|

Omówienie wpływu

W odniesieniu do nadania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, NFZ oraz Agencji uprawnienia do pozyskiwania i przetwarzania szczegółowych danych o wynagrodzeniach personelu medycznego w powiązaniu z numerem PESEL lub numerem prawa wykonywania zawodu, celem regulacji jest możliwość analizy i weryfikacji tego, czy wydatkowanie środków publicznych na ochronę zdrowia jest wykonywane w sposób gospodarny, rzetelny i celowy, co dodatkowo pozwoli na prowadzenie bardziej efektywnej polityki zdrowotnej. Środkiem do tego celu jest możliwość pozyskiwania danych w projektowanym zakresie, tak aby można było przyporządkować konkretne dane określonym osobom. Podkreślić trzeba, że dane dotyczące wykształcenia, zatrudnienia i wynagrodzenia nie należą do szczególnych kategorii danych osobowych w rozumieniu art. 9 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. U. UE. L. z 2016 r. nr 119, str. 1 z późn. zm.). Bez identyfikacji danych nie byłoby możliwości przypisywania danych konkretnym osobom, co oznaczałoby, że każdy stosunek prawny w podmiocie leczniczym równałby się jednej osobie, nawet jeśli jedną osobę łączy więcej stosunków prawnych z co najmniej jednym podmiotem wykonującym działalność leczniczą. W konsekwencji wyniki analiz i prognoz ekonomicznych nie byłyby wiarygodne. Przetwarzanie zawartych w projekcie danych pozwoli na wnikliwszą analizę i ocenę kosztów zatrudnienia. Koszty te są bowiem istotnym składnikiem kosztów prowadzenia działalności leczniczej. Kwestie związane z płynnością budżetową oraz ochroną zdrowia należą do silnie chronionych wartości publicznych, co uzasadnia ingerencję w swobodę jednostek w opisywanym zakresie. Spełniona jest zatem przesłanka istnienia interesu publicznego.

W systemie muszą być znane faktyczne koszty pracy personelu medycznego, a państwo ma obowiązek planowania potrzeb zdrowotnych oraz przeprowadzania analiz finansowych w tym zakresie.

Niezależnie od ww. wyjaśnień co do celu i funkcji projektowanych regulacji, sporządzono ocenę skutków tych regulacji dla ochrony danych zgodnie z art. 35 ww. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady. Ocena ta stanowi załącznik do OSR.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Projektodawca przeprowadził analizę w zakresie regulacji intertemporalnych, która wykazała brak potrzeby zamieszczania w projekcie takich rozwiązań.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ze względu na ciągły charakter zmian, nie ma potrzeby określania mierników.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Ocena skutków ochrony danych.



**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 Lecznictwa Ministerstwo Zdrowia</i> |
| Dyrektor komórki organizacyjnej przygotowującej projekt aktu normatywnego | <i>Maciej Karaszewski – Dyrektor Departamentu Lecznictwa Ministerstwo Zdrowia</i> |

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, z późn. zm.).

| I. WSTĘPNE INFORMACJE O PROJEKCIE AKTU NORMATYWNEGO | | |
|--|--------------------------------------|--|
| 1 | Tytuł projektu aktu normatywnego | Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej |
| 2 | Przedmiot projektu aktu normatywnego | <p>Projekt ustawy wprowadza zmiany w:</p> <p>1) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej” lub „ustawą”;</p> <p>2) ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156).</p> <p>Nowelizacja ustawy o świadczeniach wprowadzenia obowiązków sprawozdawczości przez świadczeniodawców do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wydatków na umowy zawierane z podmiotami gospodarczymi (tzw. umowy B2B) oraz osobami nawiązującymi stosunek pracy lub zatrudnianymi na podstawie umowy cywilnoprawnej w sprawozdaniu podmiotu leczniczego (świadczeniodawcy) wraz z numerami: PWZ (prawa wykonywania zawodu) i PESEL (stosowna zmiana dotyczy również ust. 4 w zakresie dodawanego art. 27a w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej).</p> <p>Celem wprowadzenia ww. regulacji jest możliwość analizy i weryfikacji tego, czy wydatkowanie środków publicznych na ochronę zdrowia jest wykonywane w sposób gospodarny, rzetelny i celowy, co dodatkowo pozwoli na prowadzenie bardziej efektywnej polityki zdrowotnej. Środkiem do tego celu jest możliwość pozyskiwania danych w projektowanym zakresie, tak aby można było przyporządkować konkretne dane określonym osobom. Podkreślić trzeba, że dane dotyczące wykształcenia, zatrudnienia i wynagrodzenia nie należą do szczególnych kategorii danych osobowych w rozumieniu art. 9 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.). Bez identyfikacji danych brak byłoby możliwości przypisywania danych konkretnym osobom, co oznaczałoby, że każdy stosunek prawny w podmiocie leczniczym równałby się jednej osobie, nawet jeśli jedną osobą łączy więcej stosunków prawnych z co najmniej jednym podmiotem wykonującym działalność leczniczą. W konsekwencji wyniki analiz i prognoz ekonomicznych nie byłyby wiarygodne. Przetwarzanie przewidzianych w projekcie ustawy danych pozwoli na wnikliwszą analizę i ocenę kosztów zatrudnienia. Koszty te są bowiem istotnym składnikiem kosztów prowadzenia działalności leczniczej.</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | <p>Kwestie związane z płynnością budżetową oraz ochroną zdrowia należą do silnie chronionych wartości publicznych, co uzasadnia ingerencję w swobodę jednostek w opisywanym zakresie. Spełniona jest zatem przesłanka istnienia interesu publicznego. W systemie muszą być znane faktyczne koszty pracy personelu medycznego, a państwo ma obowiązek planowania potrzeb zdrowotnych oraz analiz finansowych.</p> |
| 3 | W przypadku rozporządzeń: podstawa prawna wydania rozporządzenia | Nie dotyczy |
| 4 | <p>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.</p> | <p>Tak</p> <p>Art. 1 projektu ustawy wprowadza się następujące zmiany w ustawie o świadczeniach:</p> <p>1) w art. 31lc:</p> <p>a) w ust. 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w pkt 5 skreśla się wyraz „zanonimizowane” i kropkę zastępuje się średnikiem, - dodaje się pkt 6 i 7 w brzmieniu: „6) numer PESEL osoby, o której mowa w pkt 4, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby, 7) numer prawa wykonywania zawodu osoby, o której mowa w pkt 4 – w przypadku osób, którym nadano ten numer.”, <p>b) w ust. 4b:</p> <ul style="list-style-type: none"> - w pkt 2 skreśla się wyraz „zanonimizowane”, - po pkt 2 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu: „2a) numer PESEL osoby, o której mowa w pkt 2, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość tej osoby; 2b) numer prawa wykonywania zawodu osoby, o której mowa w pkt 2 – w przypadku osób, którym nadano ten numer;”, <p>c) ust. 4d otrzymuje brzmienie: „4d. Dane, o których mowa w ust. 4a i 4b, są wykorzystywane przez Agencję w celu realizacji zadań określonych w art. 31n pkt 1, 1a, 2c i 4b– 5.”;</p> <p>2) w art. 31n po pkt 4g dodaje się pkt 4h w brzmieniu: „4h) prowadzenie na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia prac analitycznych związanych z realizacją celów, o których mowa w art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;”.</p> <p>Art. 2 projektu ustawy wprowadza następujące zmiany w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej: „Art. 27a. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, gromadzi oraz przekazuje, w terminie i w sposób przez niego wskazany, dane dotyczące osób zatrudnionych w tym podmiocie obejmujące:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) liczbę tych osób; 2) dane osoby zatrudnionej; |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>a) numer PESEL, a w przypadku jego braku – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość takiej osoby,</p> <p>b) numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku osób, którym nadano ten numer,</p> <p>c) informację o wysokości wynagrodzenia, w tym wynagrodzenia zasadniczego, stawek godzinowych, jeżeli dotyczy oraz dodatków,</p> <p>d) wymiar czasu pracy,</p> <p>e) tytuły zawodowe, jeżeli posiada,</p> <p>f) zajmowane stanowisko,</p> <p>g) formę zatrudnienia,</p> <p>h) posiadane specjalizacje, jeżeli dotyczy,</p> <p>i) wymagane na zajmowanym stanowisku wykształcenie.</p> <p>2. Minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza dane, o których mowa w ust. 1, w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.</p> <p>3. Minister właściwy do spraw zdrowia może wskazać we wniosku, o którym mowa w ust. 1, Narodowy Fundusz Zdrowia lub jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia jako podmiot, do którego są przekazywane dane, o których mowa w ust. 1. Narodowy Fundusz Zdrowia i ta jednostka przetwarzają te dane zgodnie z celami, o których mowa w ust. 2.</p> <p>4. Minister właściwy do spraw zdrowia może wskazać we wniosku, o którym mowa w ust. 1, Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji jako podmiot, do którego są przekazywane dane, o których mowa w ust. 1. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przetwarza te dane w związku z realizacją zadań określonych w art. 31n pkt 1, 1a, 2c i 4b–5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.</p> |
| 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 |

| | | |
|----|---|--|
| 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 ? | Nie |
| 8 | Czy po wejściu w życie projektowany akt normatywny będzie miał wpływ na osoby fizyczne, a jeżeli tak to jaki? | Tak. Na podstawie projektowanych przepisów gromadzone będą i przetwarzane dane osobowe związane z warunkami zatrudnienia osób w podmiotach leczniczych na podstawie umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych (kontraktowych). |
| 9 | Rola Ministra Zdrowia w rozumieniu art. 4 pkt 7 RODO ³ | Może powstać taki zbiór. Zgodnie z art. 27a ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej minister właściwy do spraw zdrowia będzie przetwarzał określone dane w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Cel przetwarzania danych określa zatem ustawa. |
| 10 | Czy w związku z rozpoczęciem przetwarzania po wejściu w życie aktu normatywnego powstanie zbiór danych, których administratorem lub współadministratorem | Może powstać taki zbiór. |

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?

| | | |
|----|---|--|
| | danych osobowych będzie Minister Zdrowia? | |
| 11 | Zakres podmiotowy aktu normatywnego ⁴ | Minister Zdrowia, AOTMiT, Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, podmioty lecznicze będące świadczeniodawcami |
| 12 | Na jakim obszarze będą przetwarzane dane osobowe (na terenie Polski/UE/EOG)? ⁵ | Na terenie Rzeczypospolitej Polskiej |
| 13 | Źródło pozyskiwania danych ⁶ | Podmioty lecznicze będące pracodawcami |
| 14 | Czy projekt aktu normatywnego przewiduje przekazywanie danych poza UE lub organizacjom międzynarodowym ⁷ | Nie |
| 15 | Planowany termin rozpoczęcia przetwarzania danych osobowych przez administratora/ administratorów, których dotyczy akt normatywny | Przepisy wejdą w życie w 14 dni od dnia ogłoszenia ustawy. |

II. SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O PROJEKCIE AKTU NORMATYWNEGO

| | | |
|---|---|--|
| 1 | Opis planowanej operacji przetwarzania ⁸ | <p>Na podstawie projektowanych przepisów gromadzone będą i przetwarzane dane osobowe związane z warunkami zatrudnienia osób w podmiotach leczniczych na podstawie umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych (w tym umów zlecenia, umów o dzieło oraz kontraktów).</p> <p>Dane będą przekazywane przez świadczeniodawców poprzez wgranie wypełnionych plików Excel do aplikacji webowej. Przechowywane będą na serwerach AOTMiT, a następnie przetwarzane po zastosowaniu pseudonimizacji. Dane wyłącznie w postaci pseudonimizowanej będą udostępniane pracownikom AOTMiT, na potrzeby realizacji ustawowych zadań oraz – na wniosek – ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Analogicznie będzie się to odbywało w przypadku NFZ lub jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia</p> |
|---|---|--|

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.

⁸ Wynika z: art. 35 ust. 7 lit. a RODO. W opisie należy uwzględnić charakter, zakres, kontekst i cele przetwarzania (motywy 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.

| | | |
|---|---|---|
| | | właściwej, w zakresie systemów informacyjnych w ochronie Zdrowia – w przypadku wskazania ich przez Ministra Zdrowia w trybie art. 27a ust. 3 ustawy o działalności leczniczej. |
| 2 | Opis kontekstu przetwarzania ⁹ | Brak bezpośredniej relacji osób fizycznych z administratorem danych. Przetwarzanie nie dotyczy danych dzieci ani grup szczególnie wrażliwych. Na chwilę obecną nie zidentyfikowano żadnych obaw dotyczących rodzaju przetwarzania danych. Dane są przetwarzane w systemie wyłącznie przez podmiot udostępniający (świadczeniodawcę) w zakresie, który go dotyczy, oraz przez upoważnionych/autoryzowanych pracowników AOTMiT, NFZ lub jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. AOTMiT, NFZ lub jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia przetwarzają dane wyłącznie w celach ustawowych i nie publikuje bezpośrednio danych z systemu. Dane mogą być udostępnione wyłącznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, na jego wniosek. System zarządza uwierzytelnianiem i autoryzacją użytkowników. Dane w systemie są przechowywane i przetwarzane na serwerach wewnętrznych AOTMiT, NFZ lub jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia. Obowiązują wewnętrzne regulacje dotyczące polityki ochrony danych osobowych. Dane osobowe wymienione w punkcie II.3 podlegają pseudonimizacji. System implementuje obecny stan technologii. |
| 3 | Rodzaj danych osobowych (zwykłe/szczególnej kategorii) ¹⁰ | Zwykłe (numer PESEL i Numer Prawa Wykonywania Zawodu) |
| 4 | Zakres danych osobowych ¹¹ | numer PESEL i Numer Prawa Wykonywania Zawodu |
| 5 | Zasoby, z którymi będą miały styczność dane osobowe (jeśli znane) ¹² | Aplikacja webowa, baza danych na serwerze AOTMiT, NFZ lub jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia |

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/nowatorskie, 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.).

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

| | | |
|---|---|--|
| 6 | Informacja o odbiorcach danych osobowych ¹³ | Pracownicy AOTMiT, oraz – na wniosek – minister właściwy do spraw zdrowia. <i>Analogicznie będzie się to odbywało w przypadku NFZ lub jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej, w zakresie systemów informacyjnych w ochronie Zdrowia – w przypadku wskazania ich przez Ministra Zdrowia w trybie art. 27a ust. 3 ustawy o działalności leczniczej.</i> |
| 7 | Okres przechowywania danych osobowych ¹⁴ | Przez okres niezbędny do realizacji ustawowych zadań AOTMiT, NFZ lub jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, jednak nie dłużej niż 5 lat. Po upływie tego okresu dokonywana będzie weryfikacja podstawy przetwarzania danych – jeśli nadal istnieje cel przetwarzania, ustalony zostanie nowy okres przechowywania danych. |
| 8 | Cel operacji przetwarzania ¹⁵ | Realizacja zadań AOTMiT wskazanych w art. art. 31n pkt 1, 1a, 2c i 4b–5 ustawy o świadczeniach oraz w celach analitycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej. NFZ lub jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia zgodnie z celem określonym w art. 27a ust. 2 ustawy o działalności leczniczej. |
| 9 | Ocena niezbędności oraz proporcjonalności ¹⁶ | Przetwarzanie przedmiotowych danych jest niezbędne w celu uzyskania informacji o całkowitych zarobkach osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Obecnie nie jest możliwe pozyskanie takich informacji, jeśli dana osoba jest zatrudniona w więcej niż jednym podmiocie lub w ramach różnych form zatrudnienia w tym samym podmiocie. |

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.

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).

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>W przypadku NFZ lub jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.</p> <p>Aktualnie NFZ pozyskuje takie informacje jedynie w odniesieniu do osób ubezpieczonych (w zakresie prowadzenia prac analitycznych i prognostycznych związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej) oraz osób ubezpieczonych, innych niż ubezpieczone, uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji oraz umów międzynarodowych oraz osób uprawnionych do świadczeń (w zakresie kontroli przestrzegania zasad legalności, gospodarności, rzetelności i celowości finansowania udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej).</p> |
| <p>III. KRYTERIA KONIECZNOŚCI PRZEPROWADZENIA OCENY (ocena bezwzględnie wymagana)¹⁷</p> | | |
| 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 | <i>nie</i> |
| 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 | <i>nie</i> |
| c) Art. 35 ust. 3 lit. c RODO | Systematyczne monitorowanie na dużą skalę ¹⁸ miejsc dostępnych publicznie | <i>nie</i> |
| 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) | <i>nie</i> |
| <p>IV. IDENTYFIKACJA I OCENA RYZYK DLA PRAW LUB WOLNOŚCI OSÓB FIZYCZNYCH W WYNIKU WEJŚCIA W ŻYCIE AKTU NORMATYWNEGO</p> | | |

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>).

| | | | |
|---|--|--|---|
| 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> |
| | | | |

V. OKREŚLENIE ŚRODKÓW MAJĄCYCH NA CELU ZMNIJSZENIE RYZYKA²⁰

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 <i>(należy opisać i wymienić)</i> | Wpływ na ryzyko <i>(wyeliminowanie, redukcja)</i> | *Poziom ryzyka po wprowadzeniu środków <i>(niski, średni, wysoki)</i> | Środek zatwierdzony <i>(tak/nie)</i> |
|--|--|---|---|--|
| <p>Kradzież tożsamości i wyłudzenia finansowe,</p> <p>Przejęcia kont i oszustwa "na weryfikację" Przestępcy mogą używać PESEL i informacji zawodowej do wiarygodnego podszycia się pod lekarza/pielęgniarkę (social engineering).</p> <p>Możliwość Podszywanie się w kontekście zawodowym Informacja o PWZ może zostać użyta do:</p> | <p>Szkolenia personelu, minimalizacja danych, ograniczony dostęp do zbiorów danych</p> | <p>Wyeliminowanie do minimum</p> | <p>niski</p> | <p>Tak</p> |

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

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| <p>falszywej rekrutacji ("wyślij skan dokumentów"), składania fałszywych oświadczeń lub wniosków w imieniu osoby, uwiarygodniania oszustw wobec pacjentów/placówek (np. fałszywe "konsultacje",</p> <p>Może pojawić się ryzyko pomówień lub prób szantażu ("wiemy kim jesteś, pracujesz w ochronie zdrowia...").</p> <p>Ryzyko szkód wizerunkowych, jeśli dane trafią do sieci lub zostaną użyte w kampaniach phishingowych.</p> <p>Możliwość wystąpienia Dyskryminacja / narażenie na przestępstwa ukierunkowane</p> <p>Informacja, że ktoś pracuje w ochronie zdrowia, może zwiększać ryzyko ataków ukierunkowanych (np. na konta służbowe,</p> | | | | |
|---|--|--|--|--|

| | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------------------|
| skrzynkę e-mail, systemy placówki | | | | |
| <p>*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</p> | | | | |
| <p>VI. KONSULTACJE Z INSPEKTOREM OCHRONY DANYCH²¹</p> | | | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <p>Ewentualne uwagi (zalecenia)</p> | | | | |

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.