



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-176-18

Druk nr 3017

Warszawa, 20 listopada 2018 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

**- o zmianie niektórych ustaw w związku z
e-skierowaniem oraz listami
oczekujących na udzielenie świadczenia
opieki zdrowotnej.**

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Jednocześnie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Mateusz Morawiecki

U S T A W A

z dnia

o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn zm.²⁾) po art. 52i dodaje się art. 52j w brzmieniu:

„Art. 52j. 1. Podatnik może od dochodu z pozarolniczej działalności gospodarczej ustalonego za 2018 r. zgodnie z art. 9, art. 24 ust. 1, 2, 3b–3e, art. 24b ust. 1 i 2 lub art. 25 odliczyć wydatki, pomniejszone o podatek od towarów i usług, które zostały poniesione w tym roku na nabycie towarów lub usług, w tym na nabycie lub ulepszenie środków trwałych lub na nabycie wartości niematerialnych i prawnych, umożliwiających podłączenie do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, o której mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697, 1515 i 1544).

2. Odliczenie stosuje się do podatnika prowadzącego aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny lub podatnika będącego współnikiem spółki niebędącej osobą prawną prowadzącej aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny.

3. Odliczeniu podlegają wydatki, o których mowa w ust. 1, do wysokości kwoty stanowiącej iloczyn 3 500 zł oraz liczby stanowisk w aptece ogólnodostępnej albo punkcie aptecznym, przy czym liczba uwzględnionych stanowisk nie może być większa niż cztery.

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawę z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, ustawę z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, ustawę z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, ustawę z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej oraz ustawę z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1540, 1552, 1629, 1669, 1693, 2073, 2126 i 2159.

4. W przypadku gdy podatnik poniósł wydatki, o których mowa w ust. 1, w odniesieniu do więcej niż jednej apteki ogólnodostępnej lub jednego punktu aptecznego prowadzonych przez tego podatnika lub spółkę niebędącą osobą prawną, w której jest wspólnikiem, odliczeniu podlega suma wydatków obliczonych zgodnie z ust. 3 osobno dla każdej z tych aptek lub każdego z tych punktów aptecznych, przy czym liczba uwzględnionych aptek i punktów aptecznych nie może być większa niż cztery.

5. Wydatki, o których mowa w ust. 1, podlegają odliczeniu od dochodu opodatkowanego na zasadach określonych w art. 27 lub art. 30c, przy czym suma odliczeń dokonanych na tych zasadach nie może przekroczyć kwoty wydatków określonych zgodnie z ust. 3 i 4.

6. Wydatki, o których mowa w ust. 1, podlegają odliczeniu, jeżeli nie zostały podatnikowi zwrócone w jakiejkolwiek formie.

7. Użyte w niniejszym artykule określenie:

- 1) apteka ogólnodostępna – oznacza aptekę ogólnodostępną w rozumieniu art. 87 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.³⁾);
- 2) punkt apteczny – oznacza punkt apteczny w rozumieniu art. 70 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1036, z późn zm.⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 27 po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Jeżeli podatnik, obliczając podatek należny, dokonał odliczeń od dochodu, podstawy opodatkowania lub podatku, a następnie otrzymał zwrot odliczonych kwot (w całości lub w części), w zeznaniu podatkowym składanym za rok podatkowy, w którym otrzymał ten zwrot, dolicza odpowiednio kwoty poprzednio odliczone.”;

- 2) po art. 38d dodaje się art. 38e w brzmieniu:

„Art. 38e. 1. Podatnik może od dochodu z innych źródeł przychodów niż zyski kapitałowe ustalonego zgodnie z art. 7 odliczyć wydatki, pomniejszone o podatek od

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1039, 1375, 1515, 1544, 1629, 1637 i 1669.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1162, 1291, 1629, 1669, 1693, 2073 i 2159.

towarów i usług, które zostały poniesione w 2018 r. na nabycie towarów lub usług, w tym na nabycie lub ulepszenie środków trwałych lub na nabycie wartości niematerialnych i prawnych, umożliwiających podłączenie do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, o której mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697, 1515 i 1544).

2. Odliczenie stosuje się do podatnika prowadzącego aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny lub podatnika będącego współnikiem spółki niebędącej osobą prawną prowadzącej aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny.

3. Odliczeniu podlegają wydatki, o których mowa w ust. 1, do wysokości kwoty stanowiącej iloczyn 3 500 zł oraz liczby stanowisk w aptece ogólnodostępnej albo punkcie aptecznym, przy czym liczba uwzględnionych stanowisk nie może być większa niż cztery.

4. W przypadku gdy podatnik poniósł wydatki, o których mowa w ust. 1, w odniesieniu do więcej niż jednej apteki ogólnodostępnej lub jednego punktu aptecznego prowadzonych przez tego podatnika lub spółkę niebędącą osobą prawną, w której jest współnikiem, odliczeniu podlega suma wydatków obliczonych zgodnie z ust. 3 osobno dla każdej z tych aptek lub każdego z tych punktów aptecznych, przy czym liczba uwzględnionych aptek i punktów aptecznych nie może być większa niż cztery.

5. Odliczenia dokonuje się w zeznaniu składanym za rok podatkowy, w którym zostały poniesione wydatki, o których mowa w ust. 1, a w przypadku podatnika, którego rok podatkowy jest inny niż kalendarzowy – w zeznaniu składanym za rok podatkowy:

- 1) obejmujący dzień 31 grudnia 2018 r. albo
- 2) w którym poniósł ostatni wydatek, o którym mowa w ust. 1.

6. Wydatki, o których mowa w ust. 1, podlegają odliczeniu, jeżeli nie zostały podatnikowi zwrócone w jakiejkolwiek formie.

7. Użyte w niniejszym artykule określenie:

- 1) apteka ogólnodostępna – oznacza aptekę ogólnodostępną w rozumieniu art. 87 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.⁵⁾);
- 2) punkt apteczny – oznacza punkt apteczny w rozumieniu art. 70 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.⁶⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 96 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne są wydawane z apteki ogólnodostępnej przez farmaceutę lub technika farmaceutycznego w ramach jego uprawnień zawodowych na podstawie recepty, bez recepty, na podstawie zapotrzebowania podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zwanego dalej „zapotrzebowaniem”. W przypadku recepty w postaci elektronicznej, produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne są wydawane po udostępnieniu:

- 1) klucza dostępu do recepty lub pakietu recept, o którym mowa w art. 96b ust. 1 pkt 1, albo
- 2) kodu dostępu, o którym mowa w art. 96b ust. 1 pkt 2, oraz numeru PESEL, a w przypadku jego braku – serii i numeru paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.”;

- 2) w art. 96b:

- a) w ust. 1 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

- „1) numer składający się z czterdziestu czterech cyfr generowany w momencie zapisu recepty przez system, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do recepty lub pakietu recept, zwany dalej „kluczem dostępu do recepty lub pakietu recept”;
- 2) numer składający się z czterech cyfr generowany w momencie zapisu recepty przez system, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia

⁵⁾ Patrz odnośnik nr 3.

⁶⁾ Patrz odnośnik nr 3.

2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do recepty w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 tej ustawy, zwany dalej „kodem dostępu”.”,

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

„1a. Informacja o wystawionej receptce może zawierać fotokody, w tym kody QR.”,

c) w ust. 2 pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia numer telefonu, w postaci wiadomości tekstowej zawierającej co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL przy realizacji recepty, jeżeli dotyczy;

3) w postaci wydruku – w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia danych, o których mowa w pkt 1 i 2, oraz na żądanie pacjenta, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej co najmniej klucz dostępu do recepty lub pakietu recept lub kod dostępu oraz nazwę produktu leczniczego – w przypadku udzielania świadczenia zdrowotnego w miejscu wezwania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku.”,

d) w ust. 4 wyrazy „ust. 1” zastępuje się wyrazami „ust. 1 i 1a”.

Art. 4. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.⁷⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 5:

a) uchyla się pkt 32b,

b) pkt 32c otrzymuje brzmienie:

„32c)system IOWISZ – system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 31a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697, 1515 i 1544);”;

⁷⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

2) po art. 19 dodaje się art. 19a w brzmieniu:

„Art. 19a. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania tych świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia w następujący sposób:

- 1) świadczeniobiorcy zgłaszającemu się po raz pierwszy:
 - 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,
 - c) innemu niż wymieniony w lit. a i b – termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z art. 20;
- 2) kontynuującemu leczenie – termin udzielenia świadczenia wynikający z planu leczenia.

3. W przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym, wpis w harmonogramie przyjęć może zostać dokonany także niezwłocznie po udzieleniu tego świadczenia.

4. Świadczeniodawca wpisuje w harmonogramie przyjęć:

- 1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b–h oraz j;
- 2) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:
 - a) termin wyznaczony w dniu wpisu w harmonogramie przyjęć,
 - b) informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,
 - c) zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny tej zmiany, a w przypadku gdy przyczyną zmiany terminu jest zmiana kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w pkt 3 – także uzasadnienie tej zmiany;

3) kategorię świadczeniobiorcy:

- a) przyjęty na bieżąco – w przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia w dniu zgłoszenia, z wyłączeniem świadczeniobiorcy, o którym mowa w lit. d i f,
 - b) oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących,
 - c) oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12,
 - d) posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – ze wskazaniem podstawy tego prawa,
 - e) kontynuujący leczenie,
 - f) przyjęty w stanie nagłym;
- 4) datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć.

5. Świadczeniodawca może nie wpisywać w harmonogramie przyjęć terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń:

- 1) pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej;
- 2) opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż:
 - a) udzielane w warunkach ambulatoryjnych,
 - b) świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej.

6. Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

7. Harmonogram przyjęć jest prowadzony w postaci elektronicznej.

8. Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia co najmniej w godzinach udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę. Zgłoszenia świadczeniobiorców drogą elektroniczną dokonywane są w dowolnym czasie.

9. Do prowadzenia harmonogramu przyjęć stosuje się odpowiednio przepisy art. 20 ust. 2a–2d i ust. 5–9.”;

3) w art. 20:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia

zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane według kolejności zgłoszenia w dniach i godzinach ich udzielania przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”,

b) uchyla się ust. 1b,

c) w ust. 2:

– pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2) informuje świadczeniobiorcę w wybrany przez siebie sposób o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia oraz na żądanie świadczeniobiorcy uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu;

3) wpisuje:

- a) numer kolejny,
- b) datę i godzinę wpisu,
- c) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4,
- d) imię i nazwisko świadczeniobiorcy,
- e) numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość świadczeniobiorcy,
- f) rozpoznanie lub powód przyjęcia,
- g) adres świadczeniobiorcy,
- h) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,
- i) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:
 - termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku; w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia; art. 19a ust. 5 stosuje się odpowiednio,

- informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,
 - uwzględniane przy wyznaczaniu terminu kryterium medyczne określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 11,
 - zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, także uzasadnienie tej zmiany,
 - informację o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku, o którym mowa w ust. 10b,
 - informację o przywróceniu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 10f,
- j) imię i nazwisko oraz podpis osoby dokonującej wpisu
- w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia;”,
- w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:
- „6) na żądanie świadczeniobiorcy wystawia zaświadczenie o wpisie świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia.”,
- d) w ust. 2a pkt 2 otrzymuje brzmienie:
- „2) udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia:
- a) klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1, albo
 - b) 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.”,

- e) po ust. 2aa dodaje się ust. 2ab w brzmieniu:

„2ab. W przypadku, o którym mowa w ust. 2a pkt 2, świadczeniodawca dokonuje wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”,

- f) w ust. 2b pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) umożliwia ponowne użycie skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, przez odpowiednią zmianę jego statusu w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”,

- g) po ust. 2b dodaje się ust. 2c i 2d w brzmieniu:

„2c. W przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, na podstawie informacji, o której mowa w art. 59b ust. 1.

2d. Niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniodawca dokonuje czynności, o której mowa w ust. 2ab.”,

- h) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć.”,

- i) po ust. 8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:

„8a. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, przekazanie świadczeniobiorcy informacji o zmianie terminu udzielenia świadczenia, w przypadku świadczeń, dla których do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało więcej niż 180 dni, może odbywać się raz na trzy miesiące.”,

- j) po ust. 9 dodaje się ust. 9a w brzmieniu:

„9a. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, świadczeniodawca może informować o możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczenia

wpisanych na tę listę, którym określono termin udzielenia świadczenia w przedziale między 7 a 30 dniem liczonym od upływu terminu wyznaczonego dla świadczeniobiorcy, który nie stawiał się u świadczeniodawcy w celu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej lub zrezygnował z udzielenia tego świadczenia, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.”,

k) po ust. 10f dodaje się ust. 10fa w brzmieniu:

„10fa. W przypadku gdy świadczeniobiorca otrzyma więcej niż jedno skierowanie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej, przepis ust. 10 stosuje się.”;

4) w art. 23:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, przekazuje co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację:

- 1) dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 – liczbę osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca;
- 2) dla każdego świadczeniobiorcy wpisanego do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b – dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d i e, według stanu na ostatni dzień miesiąca ze wskazaniem kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, a w przypadku zmiany w okresie sprawozdawczym kategorii, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 – także wskazanie kategorii posiadanej przed dokonaniem i po dokonaniu zmiany;
- 3) dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.

2. Oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując co najmniej raz w miesiącu, informację o:

- 1) liczbie świadczenioborców wpisanych do kategorii oczekujący, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b, przekazaną przez świadczeniodawcę;
- 2) średnim czasie oczekiwania w danym miesiącu, obliczonym na podstawie dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc;

- 3) możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”,
- b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
- „4. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 20 ust. 1, przekazuje każdego jego dnia roboczego do godziny dziesiątej oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem świadczeń, dla których jest prowadzona lista oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż udzielane w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.”,
- c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:
- „4a. W przypadku ograniczonych możliwości technicznych świadczeniodawcy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia może wyrazić zgodę na przekazywanie informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę raz w tygodniu.”,
- d) ust. 5 otrzymuje brzmienie:
- „5. Informację, o której mowa w ust. 4 i 4a, oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia publikuje na swojej stronie internetowej, aktualizując ją w dniu przekazania przez danego świadczeniodawcę.”,
- e) ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie:
- „8. Prezes Funduszu tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2, 4 i 4a, przekazywanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.
9. Prezes Funduszu udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 8, oraz informacji, o której mowa w ust. 4 i 4a, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną.”;

- 5) w art. 23a ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach lub świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, jest obowiązany umożliwić świadczeniobiorcom umawianie się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowanie statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia.”;

- 6) po art. 23a dodaje się art. 23b w brzmieniu:

„Art. 23b. 1. Fundusz jest obowiązany do kontaktu ze świadczeniobiorcami w celu przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczeń, dla których są prowadzone harmonogramy przyjęć w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu, zgodnie z art. 190 ust. 1a.

2. W przypadku gdy Fundusz otrzyma od świadczeniobiorcy informację o niemożności stawienia się u świadczeniodawcy w terminie określonym w trybie art. 20 ust. 2, 7 lub ust. 8, lub o rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej, jest on obowiązany poinformować o tym niezwłocznie świadczeniodawcę, w którego harmonogramie przyjęć został wpisany świadczeniobiorca.”;

- 7) w art. 42d w ust. 5 w pkt 3 lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) skierowania, a w przypadku skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, wydruk, o którym mowa w art. 59b ust. 2 pkt 3, lub zlecenia, o którym mowa w art. 42b ust. 3–5.”;

- 8) w art. 42f w ust. 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) dołącza się dokumentację medyczną oraz zaświadczenie, o którym mowa w art. 20 ust. 2 pkt 6, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym – tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego.”;

- 9) po art. 59a dodaje się art. 59aa w brzmieniu:

„Art. 59aa. 1. Skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, zwanym dalej „SIM”, mając na uwadze sposób finansowania tych świadczeń oraz

z uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania.

3. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, są wystawiane w postaci papierowej w przypadku:

- 1) braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- 2) skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości;
- 3) skierowania wystawianego przez lekarza, o którym mowa w art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, albo pielęgniarkę i położną, o której mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

4. Numer identyfikujący skierowanie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, zwany dalej „identyfikatorem skierowania”, jest nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia lub system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 tej ustawy.

5. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 2, zapisuje się i przechowuje w SIM.

6. Treść skierowania zapisanego w SIM nie może być zmieniana. Skierowanie, którego treść wymaga zmiany, zostaje anulowane w SIM przez osobę wystawiającą to skierowanie, a zmiana treści takiego skierowania następuje przez wystawienie nowego skierowania.”;

10) w art. 59b:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. W przypadku skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2, świadczeniobiorca otrzymuje informację o wystawionym skierowaniu zawierającą następujące dane:

- 1) numer składający się z czterdziestu czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do skierowania, zwany dalej „kluczem dostępu do skierowania”;

- 2) numer składający się z czterech cyfr generowany w momencie zapisu skierowania przez system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwiający dostęp do skierowania w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy, o którym mowa w art. 17c ust. 2 tej ustawy, zwany dalej „kodem dostępu”;
- 3) identyfikator skierowania;
- 4) datę wystawienia skierowania;
- 5) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
- 6) nazwę usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz identyfikator usługodawcy, o którym mowa w art. 17c ust. 3 tej ustawy;
- 7) imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie;
- 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;
- 9) numer telefonu do świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie;
- 10) typ skierowania;
- 11) informację „przypadek pilny”, jeżeli dotyczy;
- 12) oznaczenie rodzaju podmiotu, do którego kieruje się świadczeniobiorcę, jeżeli dotyczy;
- 13) wskazane przez osobę wystawiającą skierowanie miejsce jego realizacji, jeżeli dotyczy.

2. Informację, o której mowa w ust. 1, świadczeniobiorca otrzymuje:

- 1) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, adres poczty elektronicznej, jeżeli dotyczy;
- 2) na wskazany w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, numer telefonu, w postaci wiadomości tekstowej, zawierającej co najmniej kod dostępu oraz informację o konieczności podania numeru PESEL, jeżeli dotyczy;
- 3) w postaci wydruku – w przypadku braku wskazania w systemie informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r.

o systemie informacji w ochronie zdrowia, danych, o których mowa w pkt 1 i 2, oraz na żądanie świadczeniobiorcy, albo w innej uzgodnionej postaci zawierającej co najmniej klucz dostępu do skierowania lub kod dostępu – w przypadku udzielania świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu wezwania lub badania za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności i braku możliwości przekazania informacji w postaci wydruku.”,

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

„2a. Informacja o wystawionym skierowaniu może zawierać fotokody, w tym kody QR.”,

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Informacja o wystawionym skierowaniu nie może zawierać żadnych innych niż określone w ust. 1 i 2a treści, w szczególności o charakterze reklamy.”;

11) w art. 188 w ust. 1 w pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 12 w brzmieniu:

„12) przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej.”;

12) w art. 190 ust. 1 i 1a otrzymują brzmienie:

„1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, określi, w drodze rozporządzenia, zakres niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji, w tym w harmonogramie przyjęć, oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Funduszowi lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów, biorąc pod uwagę zakres zadań wykonywanych przez te podmioty oraz uwzględniając potrzebę ochrony danych osobowych.

1a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność, mierzona średnim czasem oczekiwania, jest znacznie utrudniona, minister właściwy do spraw zdrowia w przepisach wydanych na podstawie ust. 1 może określić wykaz świadczeń gwarantowanych, w przypadku których harmonogramy przyjęć są prowadzone przez

świadczeniodawców udzielających tych świadczeń w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.”.

Art. 5. W ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524 oraz z 2018 r. poz. 1115 i 1515) w art. 26 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Elektroniczna dokumentacja medyczna, o której mowa w art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jest udostępniana na zasadach określonych w przepisach tej ustawy, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.”.

Art. 6. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697, 1515 i 1544) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2:

a) w pkt 6:

– lit. a otrzymuje brzmienie:

„a) recepty,”,

– w lit. b średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. c w brzmieniu:

„c) skierowania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.⁸⁾);”,

b) pkt 14 otrzymuje brzmienie:

„14) świadczenie opieki zdrowotnej – świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 5 pkt 34 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;”;

2) w art. 7b dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W celu umożliwienia dostępu przedstawiciela ustawowego do IKP usługobiorcy będącego osobą małoletnią minister właściwy do spraw rodziny jest obowiązany przekazywać jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, dane

⁸⁾ Patrz odnośnik nr 7.

zawarte w rejestrze centralnym, o których mowa w art. 14 ust. 2 pkt 1 lit. a–e, h oraz ib ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2018 r. poz. 2134).”;

3) w art. 11 w ust. 4:

a) w pkt 4 lit. b otrzymuje brzmienie:

„b) identyfikator skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie którego nastąpiło dane zdarzenie, jeżeli dotyczy,”,

b) pkt 7 i 8 otrzymują brzmienie:

„7) elektroniczną dokumentację medyczną, o której mowa w art. 2 pkt 6 lit. a oraz c;

8) dane dotyczące realizacji recepty lub zmiany statusu skierowania określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;”;

4) w art. 12 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Płatnikom, o których mowa w art. 2 pkt 9 lit. a, przysługuje dostęp do danych, w tym danych osobowych i jednostkowych danych medycznych usługobiorców oraz danych dotyczących usługodawców, przetwarzanych w SIM, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 1–6 i 8, oraz prawo do pobrania danych niezbędnych do rozliczania udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.”;

5) uchyla się art. 14;

6) w art. 56 uchyla się ust. 3.

Art. 7. W ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844 oraz z 2018 r. poz. 650, 697, 1515 i 1544) w art. 38c:

1) w ust. 12 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:

„Upływ wskazanego na zleceniu terminu ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia dodatkowe powoduje realizację zlecenia bez uwzględnienia tych uprawnień.”;

2) ust. 13 otrzymuje brzmienie:

„13. Jeżeli limit finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego lub sposób realizacji zależą od uprawnień dodatkowych świadczeniobiorcy, zlecenie może zostać zrealizowane na warunkach je uwzględniających, do dnia upływu wskazanego na zleceniu terminu ważności dokumentu potwierdzającego te uprawnienia lub do dnia porodu, jednak nie później niż do dnia upływu terminu określonego w art. 38d ust. 1 albo 3.”.

Art. 8. W ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.⁹⁾) w art. 15a ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W ramach realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa mają prawo wystawiać:

- 1) recepty na leki, z wyłączeniem leków zawierających substancje bardzo silnie działające, środki odurzające i substancje psychotropowe, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, niezbędne do kontynuacji leczenia, jeżeli ukończyły kurs specjalistyczny w tym zakresie;
- 2) zlecenia na wyroby medyczne.”.

Art. 9. W ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217 oraz z 2018 r. poz. 1000 i 1544) w art. 10 uchyla się ust. 2 i 6.

Art. 10. W ustawie z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515) w art. 10 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Do dnia 30 czerwca 2019 r. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy są wystawiane, potwierdzane i realizowane na dotychczasowych zasadach. W okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 30 czerwca 2019 r. świadczeniodawcy, w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia, mogą wystawiać i realizować zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 1000, 1515, 1544, 1629 i 1669.

naprawy na zasadach określonych przepisami ustawy zmienianej w art. 6, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

3. Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy, które do dnia 30 czerwca 2019 r. zostały:

- 1) wystawione,
- 2) wystawione i potwierdzone

– są odpowiednio potwierdzane i realizowane albo realizowane na dotychczasowych zasadach, jednak nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2020 r., z wyłączeniem zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń naprawy, o których mowa w ust. 2 zdanie drugie.”.

Art. 11. 1. Świadczeniodawcy mogą, do dnia 31 grudnia 2019 r., nie prowadzić harmonogramu przyjęć, o którym mowa w art. 19a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej innych niż określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1a ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu dotychczasowym.

2. Od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r. świadczeniodawcy przekazują informacje, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu dotychczasowym.

Art. 12. Skierowania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2020 r.

Art. 13. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1, art. 2 i art. 10, które wchodzi w życie z dniem 31 grudnia 2018 r.;
- 2) art. 4 pkt 1, pkt 3 lit. d–g oraz k, pkt 7, 9 i 10, art. 6 pkt 1 i 3–6, art. 9 oraz art. 12, które wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.;
- 3) art. 4 pkt 2, pkt 3 lit. b, c oraz h, pkt 4, 6, 8, 11 i 12 oraz art. 11, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.;
- 4) art. 4 pkt 3 lit. a i pkt 5, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

UZASADNIENIE

Celem projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, zwanego dalej „projektem ustawy”, jest zmiana dziesięciu ustaw, w tym przede wszystkim ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, oraz ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o systemie”, w następującym przedmiocie:

- 1) skierowań w postaci elektronicznej, tzw. e-skierowań;
- 2) modyfikacji rozwiązań dotyczących list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

MODYFIKACJA PRZEPISÓW DOTYCZĄCYCH SKIEROWAŃ

W związku z rozpoczęciem w czwartym kwartale 2018 r. pilotażu e-skierowania w ramach realizowanej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, zwanego dalej „CSIOZ”, Platformy P1, konieczne jest dokonanie modyfikacji części przepisów dotyczących zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze skierowań. Obecnie zakończył się pilotaż e-recepty i nastąpiło przejście do etapu wdrożenia ogólnokrajowego, a także rozpoczął się pilotaż e-skierowania. W wyniku doświadczeń z pilotażu e-recepty, podjęto działania techniczne, w tym m.in. prace nad stworzeniem „wirtualnego pacjenta” dla którego będą mogły być wystawiane testowe e-recepty i e-skierowania służące procesowi szkolenia kadry medycznej. Zidentyfikowano również potrzebę zmian prawnych, w tym przede wszystkim o charakterze doprecyzowującym procesy związane z wystawianiem i realizowaniem ww. elektronicznych dokumentów.

Art. 5 pkt 32b ustawy o świadczeniach zawiera definicję skierowania, która zakłada, że skierowanie jest co do zasady dokumentem w postaci elektronicznej, natomiast w enumeratywnie wskazanych przypadkach ma ono postać papierową. Zastosowana typologia nie jest jednak właściwa i budzi liczne wątpliwości interpretacyjne, bowiem katalog skierowań w postaci papierowej ma niejednolity charakter (obejmując skierowania odpowiadające poszczególnym zakresom świadczeń, jak i wszelkie skierowania np. dla osób o nieustalonej tożsamości). Z powyższych względów,

konieczne jest uchylenie pkt 32b w art. 5 ustawy o świadczeniach oraz wprowadzenie nowej regulacji dotyczącej skierowań w postaci elektronicznej definiowanej od strony pozytywnej. Z dodawanego art. 59aa ust. 1 ustawy o świadczeniach będzie wprost wynikać, że skierowania mogą być wystawiane zarówno w postaci papierowej jak i elektronicznej. Obowiązek wystawiania skierowań w postaci elektronicznej będzie dotyczyć wyłącznie skierowań zapisywanych w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy o systemie, zwanym dalej „SIM”. Wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w SIM określony zostanie w rozporządzeniu wydanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach. Będą to skierowania, o których mowa w art. 57 i art. 58 ustawy o świadczeniach, czyli skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, na leczenie szpitalne oraz na wybrane badania diagnostyczne – między innymi na badania medycyny nuklearnej, na badania tomografii komputerowej, na badania rezonansu magnetycznego, na badania endoskopowe przewodu pokarmowego, na badania echokardiograficzne płodu. Minister właściwy do spraw zdrowia, określając wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania w postaci elektronicznej będą wystawiane w SIM, będzie kierował się zarówno sposobem finansowania tych świadczeń jak również uwzględnieniem zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania. Skierowania na badania medycyny nuklearnej oraz na badania tomografii komputerowej będą wystawiane w postaci elektronicznej w SIM także w przypadku gdy badania te będą finansowane ze środków innych niż środki publiczne. W tych przypadkach skierowanie jest bowiem niezbędne, nie tylko gdy dane badanie finansowane jest ze środków publicznych. Skierowania w postaci elektronicznej w SIM, nie będą natomiast obejmować dokumentów, które potocznie są często nazywane również skierowaniami albo zleceniami, a dotyczą one kierowania pacjentów na różnego rodzaju badania, czy konsultacje w ramach już udzielanych tym pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej. Dotyczy to takich sytuacji, jak kierowanie pacjenta w ramach planowego leczenia operacyjnego w szpitalu na badania diagnostyczne i konsultacje, czy też kierowanie przez podmiot udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dodatkowe badania diagnostyczne w związku z prowadzonym leczeniem (§ 12 ust. 6 i 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie

ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.)). Wówczas to świadczeniodawca pokrywa koszty tych badań, a od pacjenta nie jest wymagane skierowanie.

Skierowania, o których mowa w dodawanym art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach, co do zasady wystawiane w SIM, będą miały jednak postać papierową w przypadkach, gdy będą wystawiane dla osób o nieustalonej tożsamości, w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego Platformy P1, a także gdy będą wystawiane przez lekarza, lekarza dentystę, pielęgniarkę lub położną z innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, którzy czasowo i okazjonalnie wykonują swój zawód w Rzeczypospolitej Polskiej.

Podkreślić przy tym należy, że docelowo katalog skierowań w postaci elektronicznej wraz z rozwojem Platformy P1 będzie stopniowo poszerzany na inne świadczenia opieki zdrowotnej.

W pozostałym zakresie, tj. poza SIM świadczeniodawcy będą mogli samodzielnie decydować, w jakiej postaci będą wystawiać skierowania.

E-skierowania w SIM będą wystawiane, podobnie jak e-recepty, w ramach Platformy P1 i w związku z powyższym ich centralizacja nastąpi już na etapie ich tworzenia oraz przydzielania im numerów, co ma niebagatelne znaczenie dla praktycznej realizacji normy prawnej określającej, że pacjent w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących na udzielenie świadczenia u jednego świadczeniodawcy. Ponadto należy podkreślić, że wdrożenie e-skierowań, podobnie jak e-recept, będzie miało pozytywny wpływ na rozwój telemedycyny. W przypadku bowiem badania pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności możliwe będzie wystawienie e-skierowania, o którym informacje pacjent otrzyma w uzgodniony z nim sposób – w tym aspekcie doprecyzowaniu podlega art. 59b ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach.

W art. 59aa ust. 4 ustawy o świadczeniach proponuje się, aby numer identyfikujący skierowanie w postaci elektronicznej był nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy lub przez system teleinformatyczny Platformy P1. W konsekwencji zmianie ulega art. 11 ust. 4 pkt 4 lit. b oraz pkt 8 ustawy o systemie. Jednocześnie, w związku z uchynieniem art. 14 ustawy o systemie, zaproponowano w art. 59aa ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach przepisy doprecyzowujące, że skierowania zapisuje się

i przechowuje w SIM, a treść skierowania zapisanego w SIM nie może być zmieniana. W przypadku błędów, zmiana treści skierowania, podobnie jak recepty następuje przez wystawienie nowego skierowania.

Modyfikacji podlegają również przepisy ustawy o świadczeniach w zakresie posługiwania się przez pacjentów e-skierowaniem. W przypadku gdy pacjent otrzyma skierowanie w postaci elektronicznej, po tym jak udostępni wybranemu świadczeniodawcy dane dostępowe do e-skierowania (w art. 20 ust. 2a doprecyzowany jest pkt 2 przez określenie dwóch możliwych sposobów posłużenia się e-skierowaniem – na podstawie klucza dostępu albo na podstawie kodu dostępu wraz z numerem PESEL), świadczeniodawca dokona wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania w systemie teleinformatycznym Platformy P1 (w art. 20 ustawy o świadczeniach dodaje się ust. 2ab). Obecnie brak jest bowiem regulacji wskazującej na dokonanie tej czynności przez świadczeniodawcę. Wskazać przy tym należy, iż pacjent, któremu zostanie wystawione e-skierowanie, otrzyma informację o wystawionym skierowaniu w sposób wskazany w art. 59b ust. 2 ustawy o świadczeniach. W tym zakresie proponuje się również doprecyzowanie treści tego przepisu mające na celu podkreślenie możliwości wyboru przez pacjenta sposobu komunikacji i otrzymywania informacji o wystawionym dla niego skierowaniu. Modyfikacji podlega także art. 59b ust. 1 ustawy o świadczeniach określający elementy informacji o wystawionym skierowaniu. Proponuje się dodać: identyfikatory pracownika medycznego i usługodawcy, o których mowa w art. 17c ust. 3 i 5 ustawy o systemie, a także nazwę usługodawcy, usunąć jako elementy zbędne do umieszczenia w przedmiotowej informacji – nazwę dokumentu, jeżeli jest inna niż skierowanie oraz w pkt 1 i 2 zdefiniować pojęcia klucza i kodu dostępu do skierowania. Dodatkowo informacja o wystawionym skierowaniu będzie mogła zawierać fotokody, w tym kody QR. Poza informacjami określonymi w ust. 1 i 2a art. 59b ustawy o świadczeniach, informacja o wystawionym skierowaniu nie będzie mogła zawierać żadnych innych treści, w szczególności o charakterze reklamy.

Dla kompletności regulacji dotyczącej e-skierowań proponuje się również w art. 20 ustawy o świadczeniach zmienić pkt 2 w ust. 2b oraz dodać ust. 2c i 2d, w których określa się zasady postępowania ze skierowaniami wystawionymi w postaci elektronicznej w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego Platformy P1. Wówczas świadczeniodawca powinien wpisać świadczeniobiorcę w kolejnej

pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, na podstawie informacji o wystawionym skierowaniu, a niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu, powinien on dokonać wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania.

Konieczność zapewnienia jednolitości regulacji dotyczących e-skierowań wymaga również zmian w ustawie o systemie, w której przede wszystkim uściśleniu podlega definicja elektronicznej dokumentacji medycznej, zwanej dalej „EDM”. Zgodnie z art. 2 pkt 6 lit. a ustawy o systemie, EDM stanowią dokumenty umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, z wyłączeniem zleceń na wyroby medyczne, czyli recepty i skierowania. Mając na uwadze, że wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w SIM określony zostanie w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia wydanym na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach, proponuje się również modyfikację ww. definicji EDM przez zmianę brzmienia lit. a odnoszącej się wyłącznie do recept oraz dodanie lit. c odnoszącej się do e-skierowań. Równolegle uchyla się art. 56 ust. 3 ustawy o systemie, którego treść zostaje przeniesiona do art. 12 projektu ustawy. Z nowego brzmienia przepisu wprost wynika, że obowiązek wystawiania skierowań w postaci elektronicznej dotyczy wyłącznie skierowań, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach. Zmiana ta wyklucza wszelkie wątpliwości interpretacyjne w zakresie rzeczywistego zakresu przedmiotowego EDM. Jednocześnie proponuje się uchylenie art. 14 ustawy o systemie. Obecna regulacja ta jest nieadekwatna do rzeczywistego kształtu SIM, który nie zawiera modułów określonych w art. 14 ustawy o systemie. W konsekwencji dokonuje się również zmiany ustawy o systemie – w art. 11 ust. 4 pkt 7 (usunięcie odwołania do modułu zleceń) oraz w art. 12 ust. 4 (usunięcie odwołania do modułu statystyczno-rozliczeniowego), a także w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) w zakresie usunięcia deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

MODYFIKACJA ROZWIĄZAŃ DOTYCZĄCYCH tzw. „KOLEJEK”

Jak już podkreślono, doprecyzowanie dotychczasowych regulacji dotyczących e-skierowań umożliwi ich wdrożenie w praktyce i będzie miało wpływ na kwestię prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia.

Wdrożenie e-skierowań w praktyce spowoduje znaczne udogodnienia dla pacjentów w umówieniu się na konkretne świadczenie opieki zdrowotnej, a prowadzącym listy oczekujących na udzielenie świadczenia umożliwi racjonalizowanie zapisów na tych listach. Pacjent nie będzie bowiem mógł już (nawet przez dopuszczalny obecnie okres 14 dni roboczych od momentu zapisu) zapisać się na więcej niż jedną listę oczekujących na udzielenie świadczenia na podstawie tego samego skierowania. Po dokonaniu bowiem pierwszego zapisu, skierowanie zostanie automatycznie przez system oznaczone jako „w realizacji” i jego ponowne użycie do zapisania się na listę oczekujących na udzielenie świadczenia u innego świadczeniodawcy nie będzie możliwe. Dodatkowo w art. 20 ustawy o świadczeniach w dodawanym ust. 10fa proponuje się, aby możliwość zapisania się tylko na jedną listę oczekujących obejmowała również sytuacje, gdy pacjent otrzyma więcej niż jedno skierowanie na to samo świadczenie opieki zdrowotnej.

Intencją tego przepisu jest uniemożliwienie zapisania się na listę oczekujących na udzielenie więcej niż jednego (takiego samego) świadczenia finansowanego ze środków publicznych. W sytuacji, w której świadczeniobiorca otrzyma więcej niż jedno skierowanie na to samo świadczenie opieki zdrowotnej, do czasu jego zrealizowania (co będzie oznaczało zmianę statusu tego skierowania w systemie teleinformatycznym Platformy P1 z „w realizacji” na „zrealizowane”), świadczeniobiorca nie będzie miał możliwości zapisania się na listę oczekujących na udzielenie tożsamego świadczenia. W przypadku pacjentów korzystających ze świadczeń na zasadzie odpłatności będzie istniała możliwość wykorzystania dowolnej liczby skierowań, ponieważ świadczenia udzielane odpłatnie nie są objęte listą oczekujących na udzielenie świadczenia. Jednocześnie modyfikacji ulegają przepisy dotyczące list oczekujących na udzielenie świadczenia. Dotychczas prowadzone listy oczekujących na udzielenie świadczenia staną się częścią harmonogramów przyjęć, które faktycznie są prowadzone już obecnie przez świadczeniodawców, niemniej jednak zaproponowana regulacja zapewni jednolite zasady prowadzenia tych harmonogramów. Dotychczasowe rozwiązania dotyczące list oczekujących na udzielenie świadczenia zobowiązują świadczeniodawców do gromadzenia danych tylko o pacjentach pierwszorazowych, co nie pozwala na pełne monitorowanie prawidłowości procesu udzielania świadczeń u danego świadczeniodawcy, chociaż sam świadczeniodawca dysponuje pełnymi danymi w zakresie przyjmowanych przez niego pacjentów. W związku z tym w obecnie

procedowanym projekcie ustawy w ramach zmiany ustawy o świadczeniach (art. 19a) wprowadzono rozwiązanie, zgodnie z którym w harmonogramie przyjęć będą rejestrowane dane dotyczące wszystkich osób oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej niezależnie od powodu oczekiwania, w szczególności uwzględni to sytuacje oczekiwania na kolejny etap leczenia, oczekiwanie z powodu braku możliwości uzyskania świadczenia w dniu zgłoszenia, oczekiwanie na życzenie osoby, która wybrała późniejszy termin niż wskazany przez świadczeniodawcę. Dzięki tym zmianom harmonogram przyjęć będzie odzwierciedlał planowane terminy udzielenia świadczeń wszystkim osobom, które zgłaszają się do świadczeniodawcy, tj. obok pacjentów pierwszorazowych także pacjentów przyjętych na bieżąco, pacjentów kontynuujących leczenie oraz osób mających prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością lub w trybie nagłym. Harmonogram przyjęć będzie stanowił integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Zmianie ulega również art. 23 ustawy o świadczeniach. W związku z nowymi rozwiązaniami dotyczącymi obowiązku prowadzenia harmonogramu przyjęć nie zostały jednak znacząco zwiększone obowiązki sprawozdawcze świadczeniodawców. Przyjęto, że świadczeniodawcy będą jedynie przekazywać dane dotyczące liczby osób wpisanych do harmonogramu przyjęć według wyodrębnionych kategorii oraz informacje o liczbie osób oczekujących, którym świadczeniodawca w trakcie oczekiwania na udzielenie świadczenia zmienił kategorię (np. z oczekującego na przyjętego w stanie nagłym). Natomiast wszystkie inne dane dotyczące osób, które uzyskały świadczenie, które pozwolą na analizy struktury przyjmowanych pacjentów i monitorowanie czasu ich oczekiwania będą prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, na podstawie własnych analiz, na podstawie danych przekazywanych w dokumentach rozliczeniowych dotyczących każdego udzielonego świadczenia. W związku z powyższym zostanie wydane nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach określające zakres gromadzonych i przekazywanych przez świadczeniodawców informacji, w którym zostaną uwzględnione dodatkowe dane dotyczące wpisu do harmonogramu przyjęć każdej osoby, której udzielono świadczenia. Ponadto w celu odciążenia świadczeniodawców obowiązek obliczania średniego czasu oczekiwania został przeniesiony na NFZ

(obliczenia te NFZ będzie prowadził także na podstawie danych przekazywanych w dokumentach rozliczeniowych).

Ponadto, dążąc do zwiększenia aktualności danych o pierwszym wolnym terminie, nałożono (w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach) na świadczeniodawców obowiązek przekazywania informacji w tym zakresie każdego dnia roboczego do godziny dziesiątej według stanu na dzień poprzedzający. Jednocześnie w przypadku ograniczonych możliwości technicznych, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ będzie mógł wyrazić zgodę na przekazywanie informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przez świadczeniodawcę raz w tygodniu (art. 23 ust. 4a ustawy o świadczeniach). Konsekwentnie do zmiany częstotliwości raportowania przez świadczeniodawców, zmodyfikowano termin publikacji ww. informacji przez OW NFZ (art. 23 ust. 5) oraz zmieniono ust. 8 i 9 w art. 23 ustawy o świadczeniach.

Wprowadzenie nowych rozwiązań, w szczególności przekazywanie przez świadczeniodawców informacji o zmianach kategorii pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia u danego świadczeniodawcy (art. 23 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach) oraz zmiany w zakresie raportowania przez świadczeniodawców, poprawi zarządzanie czasem oczekiwania wszystkich grup pacjentów i zapewni wzrost transparentności wyznaczania terminów udzielania świadczeń, poprawę monitorowania danych o osobach oczekujących na świadczenia oraz urealnienie czasów oczekiwania. W ramach ww. ułatwień proponuje się również, aby świadczeniodawcy mogli przekazywać informacje o zmianie terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń, dla których czas oczekiwania jest dłuższy niż 180 dni, raz na 3 miesiące (art. 20 ust. 8a ustawy o świadczeniach). Jednocześnie w art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach wprowadza się dla świadczeniodawców możliwość informowania o zmianie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej pacjentów wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, którym wyznaczono termin udzielenia w przedziale między 7 a 30 dniem liczonym od upływu terminu wyznaczonego dla świadczeniobiorcy, który nie stawił się u świadczeniodawcy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej lub zrezygnował z udzielenia tego świadczenia, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11. Ponadto świadczeniodawca będzie mógł informować pacjentów o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia w dowolny sposób, a nie wyłącznie pisemnie (art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach). W konsekwencji

zmianie ulegają również przepisy art. 42d ust. 5 pkt 3 lit. a oraz art. 42f ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach, a w art. 20 ust. 2 tej ustawy dodany zostaje pkt 6, w którym na świadczeniodawcę nakłada się obowiązek wystawienia zaświadczenia o wpisie świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, zakwalifikowaniu do kategorii medycznej oraz terminie udzielenia świadczenia.

Oprócz podmiotów, które dotychczas były obowiązane do prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia (tj. szpitali oraz świadczeniodawców udzielających świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej), dodatkowo do prowadzenia zarówno harmonogramu przyjęć, jak i list oczekujących na udzielenie świadczenia zostaną zobowiązani świadczeniodawcy udzielający stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne (art. 19a ust. 1 i art. 20 ust. 1). Uzasadnieniem do wprowadzenia tego rozwiązania jest fakt, że w związku ze starzeniem się społeczeństwa rośnie zapotrzebowanie na świadczenia opieki długoterminowej oraz paliatywnej i hospicyjnej. Objęcie tych rodzajów opieki obowiązkiem prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia zwiększy transparentność dostępu do tych świadczeń oraz pozwoli monitorować dostępność do nich i podejmować działania na rzecz zwiększenia dostępności, gdy okaże się to konieczne. W konsekwencji wprowadza się zmianę art. 23a ust. 1 ustawy o świadczeniach, w którym krąg podmiotów zobowiązanych do umożliwiania świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną pozostaje bez zmian. W przypadku jednak świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej (z wyłączeniem świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej) w projekcie ustawy o świadczeniach (art. 19a ust. 5) – odstąpiono od obowiązku wskazania – przy dokonywaniu wpisu do harmonogramu przyjęć – planowanego terminu udzielania świadczenia. W przypadku tych świadczeń większość pacjentów objętych jest opieką aż do śmierci, co uniemożliwia wskazanie nawet przybliżonego terminu przyjęcia następnego pacjenta. W związku z powyższym świadczeniodawcy realizujący świadczenia z tych zakresów zostali także zwolnieni z obowiązku przekazywania informacji dotyczącej pierwszych wolnych terminów udzielania świadczeń (art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach).

W dodawanym art. 23b ustawy o świadczeniach (art. 4 pkt 6 projektu ustawy) wprowadzono dla NFZ obowiązek kontaktu z pacjentami wpisanymi

w harmonogramach przyjąć w aplikacji udostępnionej przez NFZ (tzw. aplikacji AP-KOLCE). W konsekwencji doprecyzowany został również art. 188 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Realizacja tego obowiązku umożliwi zmniejszenie liczby przypadków, w których pacjenci nie zgłaszają się do świadczeniodawców w ustalonych terminach, co zmniejsza jednocześnie dostępność do świadczeń dla innych osób, które chciałyby skorzystać ze świadczeń u danego świadczeniodawcy. Obowiązki takie nie zostały nałożone na świadczeniodawców. Niemniej jednak informowanie pacjentów o zbliżających się wizytach czy badaniach jest rekomendowane również dla świadczeniodawców jako działanie umożliwiające skuteczne zarządzanie harmonogramami przyjęć oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia.

Świadczeniodawcy mogą, do dnia 31 grudnia 2019 r., nie prowadzić harmonogramów przyjęć w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej innych niż określone na podstawie art. 190 ust. 1a ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu dotychczasowym. Wówczas świadczeniodawcy ci przekazują do NFZ informacje, o których mowa w art. 23 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu dotychczasowym (art. 11 projektu ustawy).

Natomiast w art. 1 i art. 2 projektu ustawy proponuje się zmianę ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o PIT”, oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1036, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o CIT”, umożliwiającą odliczenie przez podatników odpowiednio podatku PIT i CIT od dochodu równowartości poniesionych w 2018 r. wydatków na nabycie towarów lub usług, umożliwiających podłączenie apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego do Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych, bez jednoczesnego pozbawiania tych podatników prawa do zaliczenia takich wydatków do kosztów uzyskania przychodów.

Zgodnie z proponowanym art. 52j ustawy o PIT oraz art. 38e ustawy o CIT, odliczeniu podlegać będą wydatki (tylko jeżeli nie zostały zwrócone w jakiegokolwiek formie) do wysokości kwoty stanowiącej iloczyn 3 500 zł oraz liczby stanowisk w aptece ogólnodostępnej albo punkcie aptecznym, z tym że liczba uwzględnionych stanowisk nie może być większa niż cztery. Przez stanowisko w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym należy rozumieć stanowisko obsługi podłączone do Platformy P1 umożliwiające elektroniczne otaksowanie recept. W przypadku gdy podmiot poniósł

wydatki na więcej niż jedną aptekę lub punkt, odliczeniu podlega suma wydatków osobno dla każdej z tych aptek lub punktów, przy czym liczba uwzględnionych aptek i punktów nie może być większa niż cztery.

Przedmiotowe wsparcie skierowane zostało do aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych, które zgodnie z art. 56 ust. 4a ustawy o systemie są obowiązane do zgłoszenia jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, gotowości podłączenia swoich systemów do Platformy P1 oraz do podłączenia się do tego systemu, nie później niż do dnia 31 grudnia 2018 r. Podłączenie do Platformy P1 w tym terminie jest konieczne z uwagi na fakt, iż z dniem 1 stycznia 2019 r. apteki ogólnodostępne i punkty apteczne zobowiązane będą do elektronicznego otaksowania wszystkich recept (z wyjątkiem recept transgranicznych oraz recept dla osób o nieustalonej tożsamości) wystawionych zarówno w postaci elektronicznej, jak i w postaci papierowej, przez wytworzenie dokumentu realizacji recepty (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (Dz. U. poz. 745)).

Powyższy instrument dla aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych będzie stanowić zatem istotne wsparcie procesu informatyzacji w obszarze realizacji recept. Pozostali usługodawcy, tj. świadczeniodawcy są obowiązani do podłączenia się do Platformy P1 do dnia 31 grudnia 2019 r., a obowiązek wystawiania e-recept i e-skierowań powstanie odpowiednio z dniem 1 stycznia 2020 r. oraz z dniem 1 stycznia 2021 r. W związku z czym, wsparcie tych usługodawców planuje się wprowadzić na kolejnych etapach procesu informatyzacji, nie przesądzając obecnie o jego formie, którą należy dostosować do rodzajów prowadzenia działalności przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Zaproponowany instrument nie będzie stanowić pomocy publicznej w rozumieniu art. 107 ust. 1 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej, gdyż w jego przypadku nie znajdą zastosowania przesłanki dotyczące selektywnego charakteru wsparcia (sprzyjania „niektórym przedsiębiorstwom lub produkcji niektórych towarów” – wszystkie podmioty znajdujące się w porównywalnej sytuacji faktycznej i prawnej mogą zeń skorzystać) oraz kryteria odnoszące się do zakłócenia konkurencji oraz wpływu na wymianę handlową między państwami członkowskimi.

Ponadto doprecyzowaniu podlegają przepisy dotyczące:

- 1) wydawania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych na podstawie recepty w postaci elektronicznej w zakresie wskazania, że produkty te są wydawane po udostępnieniu klucza dostępu albo kodu dostępu oraz numeru PESEL, a w przypadku jego braku – serii i numeru paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (art. 96 ust. 1 w związku z art. 96b ust. 1 pkt 1 i 2 oraz ust. 2 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.);
- 2) informacji o wystawionej recepcie oraz informacji o wystawionym skierowaniu w zakresie możliwości umieszczenia na niej fotokodów, w tym kodów QR (art. 96b ust. 1a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne oraz art. 59b ust. 2a ustawy o świadczeniach);
- 3) Internetowego Konta Pacjenta w zakresie zobowiązania ministra właściwego do spraw rodziny do przekazywania jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, danych znajdujących się w rejestrze centralnym, o których mowa w art. 14 ust. 2 pkt 1 lit. a–e, h oraz ib ustawy z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2018 r. poz. 2134) w celu umożliwienia dostępu przedstawiciela ustawowego do IKP pacjenta będącego osobą małoletnią (art. 7b ust. 3 ustawy o systemie);
- 4) uprawnień pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne, niezbędnych do kontynuacji leczenia, w przypadku pielęgniarek i położnych posiadających dyplom ukończenia studiów co najmniej pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa (art. 8 projektu ustawy);
- 5) realizacji zleceń na wyroby medyczne w zakresie wskazania możliwości korzystania z uprawnień dodatkowych przez kobiety w ciąży do dnia porodu (zamiast do dnia upływu przewidywanego terminu porodu) oraz w zakresie przedłużenia okresu, w którym jest możliwe wystawianie, potwierdzanie i realizowanie zleceń na dotychczasowych zasadach o 6 miesięcy, tj. do dnia 30 czerwca 2019 r. (art. 7 i art. 10 projektu ustawy);

- 6) udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej, której jednym z głównych elementów będzie e-skierowanie (art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, z późn. zm.)) przez wskazanie obok ustawy o systemie również ustawy o świadczeniach oraz ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne.

Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1, art. 2 i art. 10, które wejdą w życie z dniem 31 grudnia 2018 r., ponieważ w art. 10 projektu ustawy dokonuje się zmiany przepisu przejściowego zawartego w art. 10 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, to przepis ten powinien wejść w życie przed dniem 1 stycznia 2019 r.; w art. 1 i art. 2 projektu ustawy wprowadza się natomiast zmiany w ustawie o PIT oraz w ustawie o CIT umożliwiające odliczanie wydatków poniesionych w 2018 r., z tego względu zasadne jest, aby przedmiotowy przepis wszedł w życie w 2018 r.;
- 2) przepisów dotyczących skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w SIM, które wejdą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r., co jest konieczne z uwagi na wypracowanie ostatecznego katalogu e-skierowań obsługiwanych przez Platformę P1 w rozporządzeniu Ministra Zdrowia;
- 3) regulacji dotyczących harmonogramów przyjęć, które wejdą w życie z dniem 1 lipca 2019 r. – gdyż jest to konieczne do przygotowania się świadczeniodawców do wprowadzenia ujednoliconych zasad prowadzenia tych harmonogramów;
- 4) przepisów dotyczących zakresu przedmiotowego list oczekujących rozszerzonego o stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2020 r., ponieważ przepisy te dotyczą rozszerzonego katalogu podmiotów w stosunku do podmiotów obecnie prowadzących listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

Projektowane przepisy będą oddziaływać na mikro-, małych i średnich przedsiębiorców w zakresie:

- 1) usprawnień w zarządzaniu przez świadczeniodawców listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (świadczeniodawcy będą mogli przekazywać informacje o zmianie terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń, dla których czas oczekiwania jest dłuższy w przedziałach czasowych,

informować o zmianie terminu udzielenia świadczenia nie tylko kolejnych pacjentów wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, informować pacjentów o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia w dowolny sposób, a nie wyłącznie pisemnie – zaświadczenie o wpisie oraz uzasadnienie wyboru kategorii medycznej będzie wystawiane tylko na żądanie pacjenta);

- 2) ułatwień dla podmiotów prowadzących apteki ogólnodostępne oraz punkty apteczne, które jako podatnicy odpowiednio podatku dochodowego od osób fizycznych lub podatku dochodowego od osób prawnych będą mogły dokonać odliczeń wydatków poniesionych w 2018 r. na nabycie towarów lub usług umożliwiających podłączenie do Platformy P1.

Projektowana ustawa nie spowoduje dodatkowych wydatków po stronie budżetu państwa, będzie jednak miała wpływ na poziom dochodów. Szacuje się, że w odniesieniu do poniesionych wydatków w 2018 r. przez apteki ogólnodostępne oraz punkty apteczne, podatnicy podatku dochodowego otrzymają w 2019 r. wsparcie o wartości około 14,9 mln zł.

Skutki finansowe wdrażania e-skierowań mieszczą się w ramach kosztów przewidzianych dla ustawy o systemie, tj. kosztów budowy Platformy P1. Natomiast skutki finansowe dla systemów teleinformatycznych NFZ w zakresie modyfikacji aplikacji udostępnionej przez Prezesa NFZ do prowadzenia harmonogramów przyjęć oraz list oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność mierzona jest średnim czasem oczekiwania (tzw. aplikacja AP-KOLCE), będą poniesione przez NFZ w ramach prac rozwojowych przewidzianych w umowach z wykonawcami odpowiadającymi za utrzymanie i rozwój ww. systemów IT.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

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

Projektowana regulacja 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. 587).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do uchwalenia projektowanej ustawy środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Janusz Cieszyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Agnieszka Kister – Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia, 22 530 03 60, a.kister@mz.gov.pl	Data sporządzenia 16.11.2018 r. Źródło: Inicjatywa własna Nr w Wykazie prac RM: UD420
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. W chwili obecnej art. 5 pkt 32b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, zawiera definicję skierowania, która zakłada, że skierowanie jest co do zasady dokumentem w postaci elektronicznej, natomiast w enumeratywnie wskazanych przypadkach ma ono postać papierową. Zastosowana typologia nie jest jednak właściwa i budzi liczne wątpliwości interpretacyjne, gdyż katalog skierowań w postaci elektronicznej wystawianych w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.), zwanym dalej „SIM”, powinien być sformułowany od strony pozytywnej, a nie negatywnej.
2. Wątpliwości interpretacyjne wynikają też z braku regulacji wskazującej na sposób dokonywania wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadku skierowania wystawianego w SIM.
3. Analogiczne problemy wynikają z braku regulacji dotyczącej zasad wpisywania pacjentów na listę oczekujących na udzielenie świadczenia na podstawie skierowania wystawianego w SIM, w przypadku 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, zwanej dalej „ustawą o systemie”.
4. Dotychczasowe rozwiązania dotyczące list oczekujących na udzielenie świadczenia zobowiązują świadczeniodawców do gromadzenia danych tylko o pacjentach pierwszorazowych, co nie pozwala na pełne monitorowanie prawidłowości procesu udzielania świadczeń u danego świadczeniodawcy.
5. Brak jest regulacji umożliwiających sprawne zarządzanie listami oczekujących na udzielenie świadczenia, w szczególności w przypadku rezygnacji pacjenta wpisanego na daną listę oczekujących.
6. Ograniczenie list oczekujących na udzielenie świadczenia wyłącznie do świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach oraz świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej powoduje brak możliwości całościowego monitorowania procesu udzielania świadczeń.
7. Istnieje potrzeba udzielenia wsparcia finansowego podmiotom prowadzącym apteki ogólnodostępne i punkty apteczne z tytułu wydatków poniesionych przez te podmioty w 2018 r. na nabycie towarów lub usług umożliwiających podłączenie do Platformy P1.

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

1. Sprecyzowanie w przepisach ustawy o świadczeniach w jakich przypadkach wystawiane jest skierowanie w postaci elektronicznej w SIM, a w jakich w postaci papierowej lub elektronicznej poza SIM, a także wskazanie, że wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania wystawiane są w postaci elektronicznej w SIM, zostanie określony w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia.
2. W przypadku, gdy pacjent otrzyma skierowanie w postaci elektronicznej wystawione w SIM, po tym jak udostępni wybranemu świadczeniodawcy klucz dostępu albo kod dostępu oraz numer PESEL, a w przypadku osoby, która nie ma nadanego numeru PESEL – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, świadczeniodawca dokona wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia przez określenie odpowiedniego statusu skierowania w systemie teleinformatycznym Platformy P1 (w art. 20 ustawy o świadczeniach dodaje się ust. 2ab).
3. Uregulowanie sytuacji, w której w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie, wpisanie na listę oczekujących na udzielenie świadczenia będzie następowało na podstawie wydruku, o którym mowa w art. 59b ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach.
4. Wprowadzenie rozwiązania, zgodnie z którym w harmonogramie przyjęć będą rejestrowane dane dotyczące wszystkich osób oczekujących na świadczenie. Świadczeniobiorcy zostaną zakwalifikowani do odpowiednich kategorii – przyjęty na bieżąco, oczekujący, oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, uprawniony do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki

zdrowotnej – ze wskazaniem podstawy tego uprawnienia, kontynuujący leczenie oraz przyjęty w stanie nagłym (art. 19a ustawy o świadczeniach).

5. Wprowadzenie dla świadczeniodawców możliwości informowania o zmianie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej pacjentów wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, którym wyznaczono termin udzielenia świadczenia w przedziale między 7 a 30 dniem liczonym od upływu terminu wyznaczonego dla pacjenta, który nie stawiał się u świadczeniodawcy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej lub zrezygnował z udzielenia tego świadczenia (art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach), a także możliwości informowania o zmianie terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń, dla których czas oczekiwania jest dłuższy w przedziałach czasowych oraz informowania pacjentów o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia w dowolny sposób, a nie wyłącznie pisemnie – zaświadczenie o wpisie oraz uzasadnienie wyboru kategorii medycznej będzie wystawiane tylko na żądanie pacjenta.

6. Objęcie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych, innych niż szpitalne, obowiązkiem prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielenie świadczenia, co zwiększy transparentność dostępu do tych świadczeń oraz pozwoli monitorować dostępność do nich i podejmować działania na rzecz zwiększenia dostępności, gdy okaże się to konieczne (art. 20 ust. 1 ustawy o świadczeniach).

7. Umożliwienie podmiotom prowadzącym apteki ogólnodostępne i punkty apteczne będących podatnikami odpowiednio podatku dochodowego od osób fizycznych i podatku dochodowego od osób prawnych dokonania odliczeń wydatków poniesionych w 2018 r. na nabycie towarów lub usług umożliwiających podłączenie do Platformy P1.

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

Harmonogramy (terminarze, rejestry) przyjęte są powszechnie stosowanym narzędziem w różnych krajach służącym do wyznaczania pacjentom terminów udzielenia świadczenia. Kategorie, które należy nadać pacjentom, w zależności od ich statusu, zależą od rozwiązań krajowych. Wśród krajów OECD/UE są zarówno kraje, które zdecydowały się na monitorowanie czasów oczekiwania (Szwecja, Dania, Finlandia, Norwegia, Wielka Brytania, Irlandia, Portugalia, Holandia, Kanada, Nowa Zelandia, Australia), jak i takie, które nie prowadzą takiego monitoringu (Niemcy, Grecja, Francja, Belgia, Luksemburg). Zakres świadczeń objętych monitorowaniem czasów oczekiwania zależy od rozwiązań przyjętych przez poszczególne państwa – od pełnego zakresu świadczeń po wybrane procedury. Kraje przyjmują także różne rozwiązania odnośnie do okresu oczekiwania, który podlega monitorowaniu (przyjmując za punkt wyjścia np. decyzję o wydaniu skierowania albo moment jego wydania, albo moment jego zarejestrowania).

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniobiorcy/pacjenci	39 mln	Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	1. Korzystanie ze skierowań. 2. Uzyskiwanie wpisów w harmonogramie przyjęć, w tym na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. 3. Uzyskiwanie informacji dotyczących czasu oczekiwania na świadczenia.
Usługodawcy (świadczeniodawcy)	38 tys.	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	1. Wystawianie i realizowanie skierowań. 2. Przekazywanie NFZ informacji o prowadzonych harmonogramach przyjęć, w tym listach oczekujących na udzielenie świadczenia. 3. Przekazywanie NFZ informacji o pierwszym wolnym terminie.
Minister właściwy do spraw rodziny	1	Ustawa z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2018 r. poz. 762, z późn. zm.)	Zobowiązanie do przekazywania jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia danych dotyczących pokrewieństwa.
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	1	Zarządzenie Ministra Zdrowia	Obsługa Platformy P1, w ramach której są wystawiane e-skierowania.

NFZ	1	Ustawa o świadczeniach	1. Kontakt ze świadczeniobiorcami wpisanymi w harmonogramach przyjęć w aplikacji udostępnionej przez NFZ (tzw. aplikacji AP-KOLCE) w celu potwierdzenia terminu udzielenia świadczeń. 2. Publikowanie informacji związanych z czasem oczekiwania na świadczenia.
Pielęgniarki i położne	ok. 325 tys.	Rejestr Pielęgniarek i Położnych	Wystawianie recept i zleceń na wyroby medyczne, niezbędne do kontynuacji leczenia.
Lekarze i lekarze dentyści	171 821	https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0007/128527/Zestawienie-nr-01.pdf	Wystawianie i realizowanie skierowań.
Felczerzy	211	https://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-felczerow	Wystawianie i realizowanie skierowań.
Apteki punkty apteczne	13 016 1309 Łącznie ok 14,3 tys.	GUS Rejestr aptek	Umożliwienie podatnikom odpowiednio podatku dochodowego od osób fizycznych lub podatku dochodowego od osób prawnych dokonania odliczeń wydatków poniesionych w 2018 r. na nabycie towarów lub usług umożliwiających podłączenie do Platformy P1.

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

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Projekt został przesłany do opiniowania i konsultacji publicznych, których wynik został omówiony w raporcie z opiniowania i konsultacji publicznych po ich przeprowadzeniu.

Projekt w ramach opiniowania – na 14 dni – otrzymali:

- 1) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 4) Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 5) Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 6) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 7) Prezes Głównego Urzędu Statystycznego;
- 8) Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia;
- 9) Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 10) Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 11) Główny Inspektor Farmaceutyczny;
- 12) Główny Inspektor Sanitarny;
- 13) Prezes Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) Rada Dialogu Społecznego;
- 15) wojewodowie – wszyscy;
- 16) marszałkowie województw – wszyscy;
- 17) konsultanci krajowi – wszyscy.

Projekt w ramach opiniowania przez związki zawodowe – na 30 dni – otrzymali:

- 1) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 2) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 3) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 4) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 5) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 6) Porozumienie Rezydentów OZZL;
- 7) NSZZ „Solidarność”;
- 8) NSZZ „Solidarność 80”;

- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 10) Forum Związków Zawodowych.

Projekt w ramach opiniowania przez związki pracodawców – na 30 dni – otrzymali:

- 1) Porozumienie Pracodawców Służby Zdrowia;
- 2) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) Konfederacja „Lewiatan”;
- 4) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 5) Związek Pracodawców – Business Centre Club;
- 6) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 7) Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 9) Pracodawcy Zdrowia;
- 10) Związek pracodawców służby zdrowia MSWiA;

W ramach konsultacji publicznych – na 14 dni – projekt otrzymali:

- 1) Naczelna Izba Lekarska;
- 2) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelna Izba Aptekarska;
- 4) Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowa Izba Fizjoterapeutów;
- 6) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 7) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 8) Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”;
- 9) Federacja Pacjentów Polskich;
- 10) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 11) Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”;
- 12) Dialog dla Zdrowia;
- 13) Obywatele dla Zdrowia;
- 14) Razem dla Zdrowia;
- 15) Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych;
- 16) Polskie Stowarzyszenie Diabetyków;
- 17) Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Reumatyków „REF”;
- 18) Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”;
- 19) Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”;
- 20) Koalicja Hepatologiczna;
- 21) Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP;
- 22) Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego;
- 23) Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji;
- 24) Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 25) Polskie Towarzystwo Informatyczne;
- 26) Polska Izba Informatyki Medycznej;
- 27) Krajowa Izba Gospodarcza;
- 28) Izba Gospodarcza „Apteka Polska”;
- 29) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 30) Polska Unia Szpitali Klinicznych;
- 31) Związek Miast Polskich;
- 32) Związek Powiatów Polskich;
- 33) Polska Federacja Szpitali;
- 34) Wielkopolski Związek Szpitali Powiatowych.

Projekt – w wersji z dnia 5 października 2018 r. – został następnie przekazany do ponownych konsultacji do wszystkich wskazanych powyżej podmiotów, oraz dodatkowo do:

- 1) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 2) Małopolskiego Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 3) Wielkopolskiego Związku Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacji Pracodawców;
- 4) Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 5) Związku Pracodawców Podmiotów Leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego;
- 6) Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 7) oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia – wszystkich.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) niniejszy projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej

Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

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

Projekt został przekazany do zaopiniowania Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, która wyraziła pozytywną opinię do projektu. Jednocześnie strona samorządowa Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego wskazała na skutek ustawy w postaci zubożenia dochodów jednostek samorządu terytorialnego.

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	-	-14,9										-14,9
budżet państwa	-	-9,5										-9,5
JST	-	-5,4										-5,4
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-											
Wydatki ogółem	-											
budżet państwa	-											
JST	-											
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-											
Saldo ogółem	-	-14,9										-14,9
budżet państwa	-	-9,5										-9,5
JST	-	-5,4										-5,4
pozostałe jednostki (oddzielnie)	-											

Źródła finansowania	Nie dotyczy
---------------------	-------------

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana ustawa nie spowoduje dodatkowych wydatków po stronie budżetu państwa, będzie jednak miała wpływ na poziom dochodów. Szacuje się, że w odniesieniu do poniesionych wydatków w 2018 r. na nabycie towarów lub usług, w tym na nabycie lub ulepszenie środków trwałych lub na nabycie wartości niematerialnych i prawnych, umożliwiających podłączenie do Platformy P1, podatnicy podatku dochodowego będą mogli w 2019 r. odliczyć od dochodu (w zeznaniu podatkowym składanym co do zasady za 2018 r.) poniesione wydatki, w wyniku czego ich korzyść wyniesie 14,9 mln zł. Powyższa kwota została oszacowana zgodnie z brzmieniem art. 1 i art. 2 projektu ustawy, tj. przy uwzględnieniu możliwości odliczenia od dochodu maksymalnej kwoty 3500 zł dla jednego stanowiska, przy czym liczba uwzględnionych stanowisk nie może być większa niż 4 w aptece ogólnodostępnej albo punkcie aptecznym, a w przypadku gdy podatnik poniósł wydatki w odniesieniu do więcej niż jednej apteki ogólnodostępnej lub jednego punktu aptecznego prowadzonych przez tego podatnika lub spółkę niebędącą osobą prawną, w której jest współnikiem, odliczeniu podlega suma wydatków osobno dla każdej z tych aptek lub każdego z tych punktów aptecznych, przy czym liczba uwzględnionych aptek i punktów aptecznych nie może być większa niż 4. Skutki finansowe wdrażania e-skierowań mieszczą się w ramach kosztów przewidzianych dla ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, tj. kosztów budowy i utrzymania Platformy P1. Skutki finansowe dla systemów teleinformatycznych NFZ w zakresie modyfikacji aplikacji udostępnionej przez Prezesa NFZ do prowadzenia harmonogramów przyjęć oraz list oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność mierzona jest średnim czasem oczekiwania (APKOLCE), będą poniesione przez NFZ w ramach prac rozwojowych przewidzianych w umowach z wykonawcami odpowiadającymi za utrzymanie i rozwój ww. systemów IT.
--	--

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	6	10	Łącznie (0–10)	
W ujęciu	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0

pieniężnym (w mln zł)	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	14,9	0	0	0	0	14,9
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt będzie miał wpływ na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców w zakresie: 1) usprawnień w zarządzaniu przez świadczeniodawców listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (świadczeniodawcy będą mogli przekazywać informacje o zmianie terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń, dla których czas oczekiwania jest dłuższy w przedziałach czasowych, informować o zmianie terminu udzielenia świadczenia nie tylko kolejnych pacjentów wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, informować pacjentów o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia w dowolny sposób, a nie wyłącznie pisemnie – zaświadczenie o wpisie oraz uzasadnienie wyboru kategorii medycznej będzie wystawiane tylko na żądanie pacjenta); 2) ułatwień dla aptek oraz punktów aptecznych w zakresie elektronicznego otaksowania recept.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny, a także osób niepełnosprawnych oraz osób starszych.						
Niemierzalne								

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

Wpływ na pacjenta:
Podniesienie stopnia zaangażowania pacjenta w proces terapeutyczny, jak i dbałości o własne zdrowie, przez wykorzystanie nowoczesnych technologii informacyjnych i komunikacyjnych. Ułatwienia związane z zapisywaniem się na świadczenie opieki zdrowotnej na podstawie skierowania w postaci elektronicznej. Dostęp do aktualniejszych informacji związanych z czasem oczekiwania na świadczenie (tzw. pierwszy wolny termin).

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:

Wśród obciążeń administracyjnych, jakie wynikną z nowych zadań wskazać należy:

- 1) nowe obowiązki nałożone na świadczeniodawców, do których zaliczyć należy konieczność przekazywania co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu NFZ właściwemu ze względu na miejsce udzielenia świadczenia informacji, dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o liczbie osób wpisanych w harmonogramie przyjęć, a także informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia);
- 2) nowe obowiązki nałożone na NFZ, w tym obowiązek kontaktowania się ze świadczeniobiorcami w celu potwierdzenia terminu udzielenia świadczeń oraz obowiązek publikowania informacji związanych z czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia.

9. Wpływ na rynek pracy

Nie dotyczy.

10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☒ informatyzacja ☐ zdrowie
Omówienie wpływu	Wprowadzone rozwiązania, tj. wdrożenie e-skierowań wystawianych w SIM oraz umożliwienie wystawiania innych skierowań w postaci elektronicznej, stanowi kolejny po wprowadzeniu e-recepty znaczący krok w procesie informatyzacji sektora ochrony zdrowia. Tworzenie oraz przydzielanie numerów e-skierowaniom wystawianym w SIM będzie scentralizowane, co ma niebagatelne znaczenie dla praktycznej realizacji normy prawnej określającej, że pacjent w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących na udzielenie świadczenia u jednego świadczeniodawcy. Elektroniczna postać skierowania umożliwi też dokładniejsze monitorowanie procesu udzielania świadczeń. Ponadto należy podkreślić, że wdrożenie e-skierowań, podobnie jak e-recept, będzie miało pozytywny wpływ na rozwój telemedycyny w kraju.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem: 1) art. 1, art. 2 i art. 10, które wejdą w życie z dniem 31 grudnia 2018 r., ponieważ w art. 10 projektu ustawy dokonuje się zmiany przepisu przejściowego zawartego w art. 10 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw, to przepis ten powinien wejść w życie przed dniem 1 stycznia 2019 r.; w art. 1 i art. 2 projektu ustawy wprowadza się natomiast zmiany w ustawie o PIT oraz w ustawie o CIT umożliwiające odliczanie wydatków poniesionych w 2018 r. - z tego względu zasadne jest, aby przedmiotowy przepis wszedł w życie w 2018 r.; 2) przepisów dotyczących skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w SIM, które wejdą w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r., co jest konieczne z uwagi na wypracowanie ostatecznego katalogu e-skierowań obsługiwanych przez Platformę P1; 3) regulacji dotyczących harmonogramów przyjęć, które wejdą w życie z dniem 1 lipca 2019 r. – gdyż jest to konieczne do przygotowania się świadczeniodawców do wprowadzenia ujednoliconych zasad prowadzenia tych harmonogramów; 4) przepisów dotyczących zakresu przedmiotowego list oczekujących, rozszerzonego o stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2020 r., ponieważ przepisy te dotyczyły rozszerzonego katalogu podmiotów w stosunku do podmiotów obecnie prowadzących listy oczekujących na udzielenie świadczenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Ewaluacja efektów projektu jest planowana po upływie roku od wejścia w życie przewidzianych rozwiązań. Planuje się przeprowadzenie analiz wykorzystując następujące mierniki: 1) średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej; 2) pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej. W odniesieniu do wprowadzenia obowiązku przypominania o wyznaczonym terminie świadczenia proponuje się wprowadzenie następujących mierników: 1) % wzrost liczby pacjentów zgłaszających się na poradę; 2) % wzrost pacjentów informujących świadczeniodawcę o rezygnacji z wizyty; 3) % spadek liczby porad niewykorzystanych z powodu braku odwołania wizyty; 4) liczba wysłanych SMS-ów, jeżeli przypomnienie o wyznaczonym terminie świadczenia nastąpiło z wykorzystaniem SMS; 5) % doręczonych SMS-ów, jeżeli przypomnienie o wyznaczonym terminie świadczenia nastąpiło z wykorzystaniem SMS; 6) % przypadków, w których wysłanie SMS-a z przypomnieniem o wyznaczonym terminie wyznaczenia świadczenia nie było możliwe z powodu braku numeru telefonu lub nieprawidłowego numeru telefonu.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.		

RAPORT Z OPINIOWANIA I KONSULTACJI PUBLICZNYCH

Projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

I. Cel i obszar konsultacji.

Celem opiniowania i konsultacji publicznych było zapewnienie zainteresowanym podmiotom i organizacjom, możliwości wyrażenia opinii na temat rozwiązań zawartych w projekcie ww. ustawy oraz możliwości zgłoszenia uwag i wniosków dotyczących tego projektu.

II. Przebieg konsultacji.

Konsultacje publiczne projektu (wraz z uzgodnieniami oraz opiniowaniem) były prowadzone od sierpnia do października 2018 r. poprzez pisemne zawiadomienie o zamieszczeniu projektu wraz z uzasadnieniem i OSR na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

Projekt w ramach opiniowania – na 14 dni – otrzymali:

- 1) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 4) Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 5) Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 6) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 7) Prezes Głównego Urzędu Statystycznego;
- 8) Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia;
- 9) Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 10) Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 11) Główny Inspektor Farmaceutyczny;
- 12) Główny Inspektor Sanitarny;
- 13) Prezes Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) Rada Dialogu Społecznego;
- 15) wojewodowie – wszyscy;
- 16) marszałkowie województw – wszyscy;

17) konsultanci krajowi – wszyscy.

Projekt w ramach opiniowania przez związki zawodowe – na 30 dni – otrzymali:

- 1) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 2) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 3) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 4) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 5) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 6) Porozumienie Rezydentów OZZL;
- 7) NSZZ „Solidarność”;
- 8) NSZZ „Solidarność 80”;
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 10) Forum Związków Zawodowych.

Projekt w ramach opiniowania przez związki pracodawców – na 30 dni – otrzymali:

- 1) Porozumienie Pracodawców Służby Zdrowia;
- 2) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) Konfederacja „Lewiatan”;
- 4) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 5) Związek Pracodawców – Business Centre Club;
- 6) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 7) Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 9) Pracodawcy Zdrowia;
- 10) Związek pracodawców służby zdrowia MSWiA;

W ramach konsultacji publicznych – na 14 dni – projekt otrzymali:

- 1) Naczelna Izba Lekarska;
- 2) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelna Izba Aptekarska;
- 4) Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowa Izba Fizjoterapeutów;
- 6) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 7) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 8) Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”;
- 9) Federacja Pacjentów Polskich;
- 10) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 11) Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”;
- 12) Dialog dla Zdrowia;
- 13) Obywatele dla Zdrowia;
- 14) Razem dla Zdrowia;
- 15) Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych;
- 16) Polskie Stowarzyszenie Diabetyków;
- 17) Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Reumatyków „REF”;
- 18) Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”;
- 19) Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”;
- 20) Koalicja Hepatologiczna;
- 21) Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP;
- 22) Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego;
- 23) Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji;
- 24) Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej;

- 25) Polskie Towarzystwo Informatyczne;
- 26) Polska Izba Informatyki Medycznej;
- 27) Krajowa Izba Gospodarcza;
- 28) Izba Gospodarcza „Apteka Polska”;
- 29) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 30) Polska Unia Szpitali Klinicznych;
- 31) Związek Miast Polskich;
- 32) Związek Powiatów Polskich;
- 33) Polska Federacja Szpitali;
- 34) Wielkopolski Związek Szpitali Powiatowych.

Projekt – w wersji z dnia 5 października 2018 r. – został następnie przekazany do ponownych konsultacji do wszystkich wskazanych powyżej podmiotów oraz dodatkowo do:

- 1) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 2) Małopolskiego Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 3) Wielkopolskiego Związku Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacji Pracodawców;
- 4) Związku Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 5) Związku Pracodawców Podmiotów Leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego;
- 6) Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 7) oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia – wszystkich.

W ramach opiniowania i konsultacji publicznych uwagi do przedmiotowego projektu w wersji z 16 sierpnia 2018 r. zgłosili:

- 1) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 3) Naczelna Izba Lekarska;
- 4) Główny Inspektor Farmaceutyczny;
- 5) Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia;
- 6) Konsultant Krajowy w dziedzinie Rehabilitacji medycznej;
- 7) konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla województwa opolskiego;
- 8) konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiochirurgii dla Województwa Opolskiego;
- 9) Fundacja MY Pacjenci;
- 10) Fundacja Onkologiczna ALIVIA;
- 11) Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza;
- 12) Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego;
- 13) Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Reumatyków;
- 14) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 15) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 16) Związek Pracodawców Business Centre Club.

Uwagi w ramach dodatkowych konsultacji projektu w wersji z 5 października 2018 r. zgłosili:

- 1) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) Naczelna Izba Lekarska;
- 3) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 4) Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia;
- 6) Prokuratoria Generalna Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 8) Urząd Marszałkowski Woj. Kujawsko-Pomorskiego;
- 9) Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego;
- 10) Wojewoda Lubuski;
- 11) Wojewoda Małopolski;
- 12) Łódzki Urząd Wojewódzki;
- 13) Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 14) Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 15) Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 16) Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 17) Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 18) Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 19) Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 20) Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z o.o.;
- 21) Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu;
- 22) Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II;
- 23) Fundacja MY Pacjenci;
- 24) Stowarzyszenie Osób z NTM "UroConti";
- 25) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 26) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej,
- 27) Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza;
- 28) Konfederacja Lewiatan;
- 29) Business Centre Club;
- 30) Polskie Stowarzyszenie HL7;
- 31) Polska Izba Informatyki Medycznej;
- 32) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 33) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność.

W ramach opiniowania projekt został również przekazany do Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, która wyraziła pozytywną opinię o projekcie.

Opinie i uwagi podmiotów i organizacji biorących udział w procesie konsultacji publicznych mogły być zgłaszane zarówno w formie pisemnej, jak i elektronicznej, na adres poczty elektronicznej legislacja.d fz@mz.gov.pl.

Szczegółowe informacje o zgłoszonych uwagach oraz stanowisku ministra właściwego do spraw zdrowia wobec tych uwag zawarte zostały w tabelarycznym zestawieniu uwag zgłoszonych w ramach opiniowania i konsultacji publicznych przedmiotowego projektu.

W procedurze opiniowania i konsultacji publicznych projektu ustawy wszystkim podmiotom umożliwiono zajęcie stanowiska w sprawie projektu, a także poddano analizie przedłożone przez te podmioty uwagi.

Minister Zdrowia zdecydował się również skorzystać z możliwości, jaka wynika z przepisu § 47 Regulaminu pracy Rady Ministrów, i zaprosił przedstawicieli podmiotów przedstawiających stanowisko w ramach konsultacji publicznych do udziału w konferencji uzgodnieniowej, która odbyła się w dniu 22 października 2018 r.

Załączniki:

- 1) Zestawienie uwag zgłoszonych w trakcie opiniowania i konsultacji publicznych do projektu z 16 sierpnia 2018 r. wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia;
- 2) Zestawienie uwag zgłoszonych w trakcie uzgodnień międzyresortowych do projektu z 16 sierpnia 2018 r. wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia;
- 3) Zestawienie uwag zgłoszonych w trakcie opiniowania i konsultacji publicznych do projektu z 5 października 2018 r. wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia;
- 4) Zestawienie uwag zgłoszonych w trakcie uzgodnień międzyresortowych do projektu z 5 października 2018 r. wraz ze stanowiskiem Ministerstwa Zdrowia.

ZESTAWIENIE UWAG ZGŁOSZONYCH W TRAKCIE KONSULTACJI PUBLICZNYCH I OPINIOWANIA

Projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

– w wersji z 16 sierpnia 2018 r.

L.p.	Jednostka redakcyjna	Podmiot zgłaszający uwagę	Treść uwagi	Uwaga uwzględniona/nieuwzględniona
1.	Uwaga ogólna	Fundacja MY Pacjenci	Mamy wątpliwość, czy e-skierowanie zgodnie z intencjami ustawodawcy przyczyni się do skrócenia kolejek do lekarzy specjalistów. Uważamy, że system, w którym skierowanie jest drukiem ścisłego zarachowania już wyeliminował sytuacje, w których pacjenci zapisywali się do kolejek u kilku świadczeniodawców. Nie wydaje się nam że sytuacja w której pacjent występuje do kilku lekarzy POZ po skierowanie na to samo świadczenie specjalistyczne w celu zapisania się do kilku kolejek u różnych świadczeniodawców jest powszechna. System obecny jest szczelny i wprowadzenie e-skierowania nie uszczelni go w istotny sposób. Nie wpłynie więc jak tego oczekuje ustawodawca na zmniejszenie liczby wizyt u specjalistów.	Uwaga nieuwzględniona Projektowany art. 20 ust. 10fa ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, wprowadza możliwość zapisania się tylko na jedną listę oczekujących. W sytuacji, gdy pacjent otrzyma więcej niż jedno skierowanie na takie same świadczenie opieki zdrowotnej, do czasu jego zrealizowania (co będzie oznaczało zmianę statusu tego skierowania w systemie teleinformatycznym Platformy P1 z „w realizacji” na „zrealizowane”), świadczeniobiorca nie będzie miał

				możliwości zapisania się na listę oczekujących na udzielenie tożsamego świadczenia. Druki ścisłego zarachowania nie wyeliminowały sytuacji, w której pacjenci zapisywali się do kolejek u kilku świadczeniodawców i w związku z powyższym wprowadzenie wskazanego przepisu jest uzasadnione.
2.	Uwaga ogólna	Fundacja MY Pacjenci, Fundacja Onkologiczna ALIVIA	E-skierowanie ma potencjał zmniejszania skali wizyt u specjalistów pod jednym warunkiem, niezawartym jednak w projekcie ustawy. E-skierowanie rozumiane jako przekierowanie pacjenta od lekarza POZ do lekarza specjalisty, pozbawione funkcjonalności informacji zwrotnej od specjalisty do lekarza POZ informującej o rozpoznaniu i wdrożonym leczeniu jest w istocie nie e-skierowaniem ale e-transferem. Rozwiązanie proponowane w projekcie ustawy cyfryzuje patologię polegającą na tym, że lekarze POZ odsyłają pacjentów na diagnostykę i leczenie do lekarzy specjalistów. Brak funkcjonalności informacji zwrotnej dla lekarza POZ utwierdza nas w przekonaniu, że wprowadzenie e-skierowania nie zmieni modelu współpracy między lekarzami POZ a specjalistami i tym samym nie odciąży lekarzy specjalistów i nie skróci kolejek do nich. E-skierowanie w proponowanym kształcie nie daje nadziei na zmniejszenie zapotrzebowania na wizyty u lekarzy specjalistów ponieważ nie zmienia modelu opieki i zwiększa zakresu opieki sprawowanej nad pacjentem przez lekarzy POZ przy wsparciu specjalistów. Projekt ustawy nie wykorzystuje potencjału narzędzi e-zdrowia do dokonywania zmian systemowych a jedynie cyfryzuje obecne status quo. Defekt braku tej istotnej funkcjonalności e-skierowania należy wyeliminować.	Wyjaśnienia Obowiązek przekazywania informacji zwrotnej od lekarza specjalisty do lekarza POZ wynika z § 12 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, który stanowi, że „Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.”

				Dodatkowo, z dniem 1 stycznia 2019 r. powstanie obowiązek przekazywania takiej informacji zwrotnej w postaci elektronicznej, gdyż informacja ta została na podstawie rozporządzenia MZ zaliczona do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM).
3.	Uwaga ogólna	Fundacja Onkologiczna ALIVIA	E-skierowanie powinno zawierać funkcjonalność umożliwiającą pacjentowi zapisanie się na dane świadczenie poprzez centralny rejestr czasu oczekiwania na udzielenie danego świadczeń. Wprowadzenie tego rozwiązania pozwoli na integrację podaży danych rodzajów świadczeń oraz wyrównana czasy oczekiwania, w zależności od ośrodka, który dane świadczenie realizuje.	Wyjaśnienia W chwili obecnej SIM nie posiada funkcjonalności umożliwiającej pacjentowi zapisanie się na dane świadczenie poprzez centralny rejestr czasu oczekiwania na udzielenie danego świadczenia. Budowa centralnej e-rejestracji będzie możliwa dopiero po ukończeniu i wdrożeniu obecnego zakresu P1 oraz m.in. opracowaniu odpowiednich słowników.
4.	Uwaga ogólna	Jacek Kaperczak konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiochirurgii dla Województwa Opolskiego	Zwracam uwagę iż jest to „elektroniczna” ale ciągle administracyjna czynność nakładana na coraz mniejszą grupę lekarzy, która nie jest czynnością stricte diagnostyczno-leczniczą w efekcie skutkującą zmniejszeniem czasu poświęconego na leczenie pacjenta! Proponuję przy zachowaniu bezwzględnej odpowiedzialności lekarza za wystawienie w/w skierowań ustawowe umożliwienia delegowania tej czynności na inny (administracyjny) personel (nie pielęgniarka, położna, lekarz)	Wyjaśnienia Wdrożenie skierowań w postaci elektronicznej (podobnie jak recept i zwolnień) z pewnością przyczyni się do stopniowego zmniejszania obciążania lekarza obowiązkami administracyjnymi. Jednocześnie, podkreślić należy, iż w przyszłości nie można wykluczyć, że uruchomione zostaną narzędzia umożliwiające upoważnienie innych pracowników medycznych do wystawienia w imieniu lekarza skierowania (podobnie jak w przypadku

				zwolnień).
5.	Uwaga ogólna	Jacek Kaperczak konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiochirurgii dla Województwa Opolskiego	W przypadku wystawiania skierowań w wersji elektronicznej konieczne jest zwrócenie uwagi na takie opracowanie informatyczne, które automatycznie przesuwaloby kolejkę pacjentów planowych w przypadkach konieczność wpisywania pacjentów w tąże kolejkę w „trybie pilnym” i „ratowania życia”.	Uwaga nieuwzględniona Należy wskazać, iż kryteria medyczne kwalifikujące świadczeniobiorcę do kategorii „przypadek pilny” lub „przypadek stabilny” wynikają z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U. poz. 1661). Kryteria te stanowią m. in. stan zdrowia oraz rokowania co do dalszego przebiegu choroby, nie jest zatem możliwe, aby ocena tych kryteriów mogła zostać zautomatyzowana i dokonywana samodzielnie przez jakikolwiek system teleinformatyczny, bez udziału odpowiedniego personelu medycznego.
6.	Uwaga ogólna	Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego (zwane dalej „STORM”)	Chcielibyśmy zwrócić wagę na problem który w naszej ocenie komplikuje proces prowadzenia list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej. Jest nim mnogość form sprawozdawczości NFZ które aktualnie wprowadzają świadczeniodawcy. Są nimi: - sprawozdawczość miesięczna z list oczekujących w formie sprawozdania zbiorczego (raporty LIOCZ, KOL) - sprawozdawczość z pierwszych wolnych terminów prowadzona raz w tygodniu (raport LIOCZ) - prowadzenie list oczekujących do wybranych świadczeń i	Wyjaśnienia Art. 23 ustawy o świadczeniach dotyczący sprawozdawczości do NFZ został zmodyfikowany w drugiej wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r.

			komórek organizacyjnych (platforma AP-KOLCE) - przekazywanie informacji o skreśleniu z listy oczekujących (raport SWIAD) Obawiamy się że zachowanie formy papierowej skierowania oraz wprowadzanie e-Skierowania skomplikuje jeszcze bardziej panowanie nad listami oczekujących przez świadczeniodawców oraz NFZ. W związku z tym proponujemy wyeliminowanie lub maksymalne skrócenie okresu funkcjonowania skierowań papierowych na świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych oraz konieczność w okresie przejściowym „elektronizacji” skierowania papierowego przez świadczeniodawcę realizującego świadczenie na platformie P1 pod rygorem jego nieważności. Tylko takie podejście pozwoli na wyeliminowanie wielu form sprawozdawczości przez świadczeniodawców na rzecz jednej scentralizowanej, oraz rzetelną ocenę przez organy państwa list oczekujących na świadczenia zdrowotne.	
7.	Uwaga ogólna	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej oraz Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza	Wdrożeniu nowego rozwiązania i przepisów powinna towarzyszyć szeroka akcja informacyjna, planowanie zadań z priorytetem bezpieczeństwa i zachowania ciągłości leczenia pacjentów oraz dedykowane wsparcie użytkowników (np. w formie infolinii i helpdesku). Należy stosować mechanizmy minimalizacji ryzyka nieprawidłowego działania e-skierowań już na etapie wdrożeń pilotażowych.	Wyjaśnienia Wprowadzenie pilotażu e-skierowania ma na celu przetestowanie nowego rozwiązania oraz identyfikację wszelkich ryzyk nieprawidłowego działania e-skierowań. Jednym z istotnych działań, jakie jest podejmowana i będzie – wraz z kolejnymi etapami wdrożenia - jest również akcja informacyjna, w tym infolinia.
8.	Uwaga ogólna	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	W planowaniu wdrożenia e-skierowania w poszczególnych dziedzinach należy uwzględnić stan standaryzacji danego obszaru usług oraz istnienie i sposób użycia formalnej	Wyjaśnienia Wprowadzenie pilotażu e-skierowania

		oraz Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza	klasyfikacji usług zapewniającej interoperacyjność. Ocenę sytuacji należy przeprowadzić pod kątem bezpieczeństwa i efektywności planowanego wdrożenia. Jeśli w danej dziedzinie nie istnieje powszechnie używana klasyfikacja usług, sposób wdrożenia e-skierowania warto zaplanować we współpracy z interesariuszami (m.in. samorządami zawodowymi, towarzystwami naukowymi, organizacjami branżowymi), aby w planie uwzględnić zadania związane z wyborem i implementacją odpowiedniej klasyfikacji. Ze względu na znaczenie tego zagadnienia, szczególną uwagę należy zwrócić na umocowanie takiej klasyfikacji, aby stała się obowiązującym standardem pozwalającym na wymianę informacji między wszystkimi uczestnikami systemu, ale również zapewniała rozwój i elastyczność wprowadzania zmian. Jeśli do osiągnięcia tych celów niezbędne okaże się wprowadzenie obowiązku prawnego stosowania poszczególnych mechanizmów klasyfikacji, należy rozważyć przeprowadzenie w uzgodnieniu z interesariuszami odpowiedniego procesu legislacyjnego, włącznie z poziomem ustawowym. Zapewni to jego powszechną akceptację i znajomość wśród późniejszych użytkowników systemu i przyczyni się do sprawniejszego przebiegu wdrożenia.	ma na celu przetestowanie nowego rozwiązania oraz identyfikację wszelkich ryzyk nieprawidłowego działania e-skierowań, w tym ewentualne podjęcie koniecznych prac legislacyjnych.
9.	Uwaga ogólna	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej oraz Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza	Projekt ustawy nie wskazuje relacji pomiędzy skierowaniem w formie elektronicznej a skierowaniem stanowiącym elektroniczną dokumentację medyczną w rozumieniu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Czy w związku z tym możliwe jest funkcjonowanie e-skierowania poza systemem P1? Czy skierowanie w formie elektronicznej będzie mogło zostać zrealizowane np. poprzez zgranie go na zewnętrzny nośnik danych (np. pendrive) i przekazanie	Wyjaśnienia Zgodnie z art. 2 pkt 6 lit. a ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, elektroniczną dokumentację medyczną stanowią dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej, opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym

			świadczeniodawcy lub poprzez transmisję bezpiecznym kanałem komunikacji bezpośrednio między świadczeniodawcami zgodnie z wolą i zgodą pacjenta? Propozycja do rozważenia: doprecyzowanie samodzielności dokumentu e-skierowania, jeśli spełnia on kryteria elektronicznej dokumentacji medycznej (standard struktury dokumentu i odpowiedni podpis). Tym samym przepływ danych mógłby odbywać się również bezpośrednio pomiędzy systemami świadczeniodawców. W naszej ocenie może to zwiększyć efektywność niektórych procesów np. przebiegających z lokalnym etapem wykorzystania skierowań oraz zwiększyć sprawność działania całego systemu na wypadek awarii - e-skierowania będą mogły dalej funkcjonować, zmieni się jedynie kanał przesyłania danych, zaś po awarii dane będą mogły być uzupełnione na platformie P1.	ePUAP, w tym dokumenty umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju, a zatem również skierowania. W projekcie ustawy w zmienianym art. 2 pkt 6 ustawy o systemie przesądza się, że EDM stanowią skierowania określone w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach. Podkreślić przy tym należy, że w chwili obecnej tylko skierowania wprost wskazane w przepisach prawa będą mogły być wystawiane w SIM. Rozwiązanie takie nie wyklucza jednak możliwości tworzenia innych skierowań poza SIM w postaci elektronicznej.
10.	Art. 1 pkt 2 lit. a (dot. zmienianego art. 20 ust. 2a pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej „NFZ”)	Nie każde świadczenie udzielane na podstawie skierowania wymaga wpisania na listę oczekujących. Ponadto, brzmienie przepisu dotyczące danych świadczeniobiorcy w przypadku braku numeru PESEL oraz przepis ust. 2 pkt 3 lit. d ustawy o świadczeniach winny mieć takie samo brzmienie. Przepis art. 20 ust. 2a pkt 2 zobowiązuje świadczeniobiorcę do podania danych, które następnie świadczeniodawca rejestruje przy dokonaniu wpisu na listę oczekujących – przepisy zatem powinny brzmieć tak samo.	Uwaga uwzględniona Treść art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d ustawy o świadczeniach zostanie odpowiednio zmodyfikowana. Jednocześnie należy wyjaśnić, że projektowany przepis nie przesądza o tym, że każde świadczenie udzielane na podstawie skierowania w postaci elektronicznej wymaga wpisania na listę oczekujących, a reguluje jedynie sposób postępowania w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania.

11.	Art. 1 pkt 2 lit. a (dot. zmienianego art. 20 ust. 2a pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W art. 1 pkt 2 lit. a wprowadzającym nową treść pkt 2 w ust. 2a art. 20 ustawy o świadczeniach należy usunąć przecinek pomiędzy „kod dostępu” a „oraz numer PESEL” – te dane powinny być podawane łącznie w zamian za klucz dostępu. Aktualne treść sugeruje, że zawsze trzeba podawać numer PESEL łącznie z kluczem dostępu lub kodem dostępu. To zbędne namnażanie ilości przekazywanych danych.	Uwaga uwzględniona
12.	Art. 1 pkt 2 lit. a (dot. zmienianego art. 20 ust. 2a pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	STORM	Nie określono o czyj numer PESEL lub numer dokumentu chodzi	Wyjaśnienia Przepis dotyczy skierowania wystawionego świadczeniobiorcy, zatem nie ma ryzyka, że przepis będzie budził wątpliwości interpretacyjne. Przepis odnosi się do numeru PESEL świadczeniobiorcy.
13.	Art. 1 pkt 2 lit. a (dot. zmienianego art. 20 ust. 2a pkt 2 w	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Aby zachować uniwersalność ustawy należy przewidzieć sytuację kiedy inny dokument potwierdzający tożsamość nie będzie posiadał łącznie serii i numeru.	Uwaga nieuwzględniona Przyjmuje się, że jeśli dokument potwierdzający tożsamość, nie posiada serii – wskazuje się wyłącznie numer.

	ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)			Takie rozwiązania legislacyjne były już stosowane i nie budziły wątpliwości interpretacyjnych (por. art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. i ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.)
14.	Art. 1 pkt 2 lit. a (dot. zmienianego art. 20 ust. 2a pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych	Prezes Urzędu Ochrony danych Osobowych pragnie zwrócić uwagę Projektodawcy na to, że obecnie obowiązujące przepisy dotyczące dowodów osobistych tj. ustawa z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1464 oraz z 2018 r. poz. 730) nie zezwalają na wydanie osobie dowodu osobistego bez nadania jej numeru PESEL.	Uwaga uwzględniona Przepis otrzymał następujące brzmienie już w wersji projektu z dnia 5 października 2018 r.: „2) udostępnić świadczeniodawcy, przed dokonaniem wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, klucz dostępu do skierowania w postaci elektronicznej albo kod dostępu, oraz numer PESEL, a w przypadku osoby, która nie ma nadanego numeru PESEL – serię i numer dowodu osobistego , paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość;”,
15.	Art. 1 pkt 3 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 2)	Konsultant Krajowy w dziedzinie Rehabilitacji medycznej – Prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Majcher	E-skierowaniem powinny być również objęte świadczenia lecznicze z zakresu rehabilitacji leczniczej. Obecnie bardzo dużym problemem w realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej jest bardzo długi okres oczekiwania na każdy rodzaj świadczeń leczniczych w zakresie rehabilitacji leczniczej. Ograniczona dostępność wynika w	Uwaga nieuwzględniona Skierowanie na rehabilitację leczniczą nie mieści się w katalogu skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w SIM również w chwili obecnej.

			dużej mierze z dublowania tych świadczeń wynikających z braku kontroli nad skierowaniami uzyskiwanymi na te świadczenia oraz możliwość pozyskiwania skierowań przez tego samego świadczeniobiorcę od różnych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego. Objęcie e-skierowaniem świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej zdecydowanie poprawiłoby dostępność i skróciło kolejki oczekujących.	Należy zauważyć jednak, że wraz z rozwojem Platformy P1 katalog skierowań będzie stopniowo rozszerzał się.
16.	Art. 1 pkt 2 lit. b (dot. dodawanego art. 20 ust. 2ab w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Konieczne wydaje się skorygowanie projektowanego przepisu z uwagi na fakt, iż: - nie w każdym przypadku wystawionego skierowania dokonywane jest wpisanie na listę oczekujących i - nie każde dokonanie wpisu na listę oczekujących będzie wiązało się ze zmianą statusu skierowania w postaci elektronicznej, dlatego też nie można mówić, że świadczeniodawca będzie dokonywał wpisu na listę oczekujących poprzez „<i>określenie odpowiedniego statusu skierowania w systemie teleinformatycznym...</i>”. Nie jest to równoznaczne i jednocześnie na co sugeruje proponowany przepis, a raczej jest to następstwo wpisania na listę oczekujących tym bardziej, że świadczeniodawca musi dokonać wpisu na listę oczekujących gdy brak jest dostępu do systemu teleinformatycznego (ust. 2c i 2d) na podstawie informacji, o której mowa w art. 59b ust. 1 projektowanej ustawy.	Uwaga częściowo uwzględniona Ponieważ nie w każdym przypadku wystawionego skierowania dokonywane jest wpisanie na listę oczekujących, proponuje się wprowadzenie analogicznej regulacji jak w art. 20 ust. 2ab ustawy o świadczeniach do art. 19a wprowadzonego w wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. Podkreślić jednak należy, że wprowadzenie regulacji stanowiącej, że świadczeniodawca dokonuje wpisu na listę oczekujących poprzez „<i>określenie odpowiedniego statusu skierowania w systemie teleinformatycznym...</i>” jest uzasadnione, gdyż odnosi się wyłącznie do przypadku, o którym mowa w art. 20 ust. 2a pkt 2, tj. posługiwania się przez świadczeniodawcę skierowaniem w postaci elektronicznej.
17.	Art. 1 pkt 2 lit. d	NFZ	Przepis w brzmieniu: „na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej” jest mało precyzyjny.	Wyjaśnienia

	(dot. dodawanego art. 20 ust. 10fa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		Skierowanie może być do tej samej komórki organizacyjnej np. w AOS, ale na inne świadczenie, gdyż dotyczy np. innej jednostki chorobowej/innej dolegliwości pacjenta.	Należy zauważyć, że skierowanie jest na konkretne świadczenie, a nie do komórki organizacyjnej. Pacjent może posiadać kilka skierowań, na to samo świadczenie, w związku z zaistnieniem różnych dolegliwości. Natomiast wpis na listę oczekujących będzie możliwy wyłącznie na podstawie jednego skierowania. Użycie kolejnych skierowań, na takie samo świadczenie, będzie możliwe dopiero z chwilą, kiedy inne skierowanie, na takie samo świadczenie, uzyska status „zrealizowane”.
18.	Art. 1 pkt 2 lit. d (dot. dodawanego art. 20 ust. 10fa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Zgadzając się z zasadą, że pacjent powinien leczyć się tylko w jednej poradni specjalistycznej danego rodzaju Federacja zwraca uwagę na niedoskonałości zaproponowanych regulacji. Pacjent otrzymuje skierowanie do poradni a już kiedyś gdzieś się leczył i nawet o tym nie pamięta – brak możliwości zakończenia leczenia i odblokowania możliwości korzystania z innej poradni. W systemie funkcjonują poradnie o specyficznych nazwach, projekt nie rozstrzyga czy np. pacjent z padaczką będzie mógł się leczyć jednocześnie w poradni neurologicznej i poradni leczenia padaczki, albo pacjent z podejrzanym znamieniem barwnikowym będzie mógł korzystać jednocześnie z poradni dermatologicznej, chirurgicznej, onkologicznej i chirurgii onkologicznej. Zapis: „na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej” jest zbyt ogólny. Przykładowo pacjent u wybranego przez siebie chirurga leczony z powodu wrastającego paznokcia, czy zmiany barwnikowej, doznaje urazu i teraz uraz wolałby leczyć	Wyjaśnienia Zgodnie z art. 20 ust. 10 ustawy o świadczeniach również w chwili obecnej w celu otrzymania danego świadczenia pacjent może wpisać się wyłącznie na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Propozycja regulacji w art. 20 ust. 10fa stanowi jedynie doszczegółowienie ww. obowiązującego przepisu w kontekście uruchomienia skierowań w postaci elektronicznej wystawianych w SIM. Funkcjonowanie poradni o różnych nazwach również nie może mieć wpływu na możliwość zapisania się na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej.

			bliżej domu u innego chirurga – czy tak będzie można, czy nie? Czy aby leczyć uraz będzie musiał zakończyć leczenie u tego poprzedniego?	
19.	Art. 1 pkt 2 lit. d (dot. dodawanego art. 20 ust. 10fa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	STORM	Zapis nie uwzględnia przypadku wystawienia więcej niż jednego skierowania od tej samej osoby uprawnionej. To oznacza, że jeżeli świadczeniobiorca otrzymał skierowanie w formie papierowej (bo nie działał system) i później otrzymał (na podstawie art. 59b) dane o wystawionym skierowaniu elektronicznym, może korzystać z nich niezależnie – ustępu 10 w tym wypadku nie stosuje się odpowiednio bo nie jest spełniony warunek.	Uwaga uwzględniona Projektowany art. 20 ust. 10fa ustawy o świadczeniach zostanie zmodyfikowany przez usunięcie sformułowania „ <i>od więcej niż jednej osoby uprawnionej do wystawiania tych skierowań</i> ”.
20.	Art. 1 pkt 3 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Jolanta Grzyb konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego dla województwa opolskiego tożsama uwaga zgłoszona przez NFZ	W miejsce obecnego zapisu: „3. Skierowanie, o którym mowa w art. 32, jest wystawiane w postaci elektronicznej w przypadku, gdy: 1) uprawnia świadczeniobiorcę do wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz otrzymania tego świadczenia od świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy skierowanie; 2) otrzymania świadczenia opieki zdrowotnej realizowanego wyłącznie na podstawie skierowania, jeżeli świadczenie to będzie finansowane ze środków innych niż środki publiczne”. proponuję wprowadzić zapis: „3. Skierowanie, o którym mowa w art. 32, jest wystawiane	Uwaga uwzględniona Uwaga o charakterze redakcyjnym. Niemniej jednak w wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. art. 59aa ust. 3 został zmieniony przedmiotowo.

			w postaci elektronicznej w przypadku: 1) gdy uprawnia świadczeniobiorcę do wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz otrzymania tego świadczenia od świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy skierowanie; 2) możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej realizowanego wyłącznie na podstawie skierowania, jeżeli świadczenie to będzie finansowane ze środków innych niż środki publiczne."	
21.	Art. 1 pkt 3 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Nie będzie jasne, czy skierowanie jest na świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i finansowane jest ze środków publicznych czy też nie. Czy na skierowaniu w postaci elektronicznej będzie zawarta informacja, która na to wskaże (np. numer umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ). Fundusz nie zawiera umów na realizację wszystkich badań diagnostycznych, są one wykonywane w ramach kontraktowanych świadczeń (np. AOS, SZP lub w innych rodzajach świadczeń), dlatego przepis w ust. 3 pkt 1: „który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy skierowanie” wydaje się niewłaściwy.	Wyjaśnienia Art. 59aa ust. 2 i 3 w wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. został zmieniony przedmiotowo.
22.	Art. 1 pkt 3 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej oraz Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza	Jeżeli lekarz nie ma zawartej umowy z NFZ lub nie jest pracownikiem podmiotu, który taką umowę zawarł, może wystawiać e-skierowania tylko na leczenie szpitalne (i tylko te finansowane ze środków publicznych). Pacjent zaś, który chce otrzymać e-skierowanie na świadczenie niefinansowane ze środków publicznych, ma taką możliwość jedynie na te badania diagnostyczne, które mogą być	Wyjaśnienia W wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. preredagowaniu uległ art. 59aa ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach w zakresie skierowań w postaci elektronicznej na świadczenia niefinansowane ze środków

	świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		udzielone tylko na podstawie skierowania (przy czym e-skierowanie będzie mógł wystawić tylko lekarz/felczer/pielęgniarka/położna działający w ramach umowy z NFZ), czyli np. badanie RTG. Bardziej elastycznym modelem byłoby przyjęcie perspektywy ścieżki pacjenta i procesu leczenia, gdzie każdy profesjonalista medyczny może wystawić e-skierowanie, natomiast sposób finansowania świadczeń nie ulega zmianie – podlega istniejącym przepisom. Taki model e-skierowania byłby bardziej przejrzysty, elastyczny i technicznie neutralny, co zwiększy powszechność jego wykorzystywania i dostępność dla pacjentów.	publicznych.
23.	Art. 1 pkt 3 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej oraz Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza	Regulacja zakresu dokumentów objętych obowiązkiem prowadzenia w formie elektronicznej na poziomie rozporządzenia zapewnia większą elastyczność dla ewentualnych zmian, które w uzasadnieniu Projektu ustawy zapowiada Projektodawca. Rozwiązanie takie zapewni też spójność systemową przepisów w tym zakresie - wykaz dokumentów tworzących elektroniczną dokumentację medyczną określany będzie na poziomie rozporządzeń.	Uwaga uwzględniona Wyjaśnienia w tabeli zawierającej uwagi z opiniowania i konsultacji publicznych do wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. (uwagi nr 11 i 23).
24.	Art. 1 pkt 3 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 3 w ustawie z dnia 27	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej oraz Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza	W tym zakresie zwracamy uwagę na zasadność poszerzenia zakresu e-skierowań o skierowania, o których mowa w art. 59 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, czyli skierowań na rehabilitację leczniczą. Z tego rodzaju świadczeń korzystają w dużej mierze osoby niepełnosprawne, dla których	Wyjaśnienia W chwili obecnej rozszerzenie art. 59aa ustawy o świadczeniach o skierowania na rehabilitację leczniczą nie jest możliwe, gdyż skierowania te również w

	sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		możliwość posłużenia się e- skierowaniem (a także otrzymania go podczas konsultacji telemedycznej) będzie istotnym ułatwieniem. W naszej ocenie wprowadzenie e- skierowań w tym zakresie powinno stanowić priorytet.	obowiązującym art. 5 pkt 32b ustawy o świadczeniach znajdują się poza zakresem systemu P1.
25.	Art. 1 pkt 3 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Nowoprojektowany art. 59aa ustawy o świadczeniach zawiera w ust. 4 zapis umożliwiający nadawanie identyfikatora skierowania zarówno przez system świadczeniodawcy jak i Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. Brak regulacji określających wzajemne relacje tych identyfikatorów.	Wyjaśnienia Dwie możliwości nadawania identyfikatora zaproponowane w projekcie są analogiczne do zasad dotyczących e-recept i wynikają z faktu, iż usługodawca będzie mógł posługiwać się własnym systemem lub systemem udostępnionym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), a będącym modułem systemu P1 (Aplikacja Usługodawców i Aptek). W związku z tym w pierwszym przypadku identyfikator nadaje system usługodawcy i przekazuje e-skierowanie z identyfikatorem do P1. Natomiast w drugim przypadku ten identyfikator nadaje P1 i zapisuje e-skierowanie z tym identyfikatorem w P1. Stąd konieczność wskazania i rozgraniczenia, który system nadaje identyfikator, natomiast niezależnie od tego kto nadaje identyfikator to pewna konwencja jego budowy będzie wspólna.

26.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 1 pkt 6 i 7 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Czy to są takie same identyfikatory jak w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d, z uwagi, iż (na podstawie informacji, o której mowa w art. 59b ust. 1, zgodnie z art. 20 ust. 2c i 2d) świadczeniodawca, w przypadku braku dostępu na listę oczekujących dokonuje wpisu na listę oczekujących na podstawie tej informacji, więc dane dotyczące identyfikatorów pacjenta muszą być zgodne w obu przepisach. W art. 20 brak jest „niepowtarzalnego identyfikatora nadanego przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501.”, który stanowi inny identyfikator obok PESEL i innego dokumentu tożsamości. W pkt 7 - wydaje się, iż przepis dotyczy świadczeniodawcy, który wystawia skierowanie, a nie świadczeniodawcy, do którego kierowany jest pacjent – proponuję doprecyzowanie przepisu. Określenie: „rodzaj podmiotu” nie jest precyzyjne i w związku z tym mogą wystąpić wątpliwości w zakresie interpretacji takiego określenia (nie wiadomo jednoznacznie co ten termin oznacza).	Wyjaśnienia Pacjent w SIM posługuje się wyłącznie identyfikatorem określonym w art. 17c ust. 2 ustawy o systemie informacji. Zarówno w zakresie identyfikatorów, jak również innych elementów, informacja o wystawionym skierowaniu (w zakresie usługodawcy oraz rodzaju podmiotu do którego kieruje się świadczeniobiorcą) nie wymaga doprecyzowania. Oczywiście jest, że nazwa usługodawcy oraz jego identyfikator mogą dotyczyć wyłącznie wystawiającego skierowanie, a nie podmiotu, do którego pacjent jest kierowany. Nie jest bowiem konieczne określenie w skierowaniu nazwy podmiotu, do którego pacjent jest kierowany.
27.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 1 pkt 10 w ustawie z dnia	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Zmiana w art. 59b ust. 1 ustawy o świadczeniach wprowadzająca konieczność podawania: „10) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą skierowanie” powinna zostać zmieniona na kontakt z miejscem wydania skierowania. Lekarz nie jest niewolnikiem systemu i nie może być dostępny całą dobę	Uwaga uwzględniona Przepis zostanie odpowiednio przeredagowany.

	27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		dla wszystkich zainteresowanych kontaktem z nim. Nie ma też obowiązku posiadania telefonu przez lekarza. Obowiązek umożliwienia kontaktu dotyczy świadczeniodawcy i to z nim, w godzinach pracy, może odbywać się kontakt. Zmuszanie lekarzy wystawiających skierowania do pozostawiania w dyspozycji pod telefonem 24 godziny na dobę przez wszystkie dni w roku jest sprzeczne z regulacjami prawnymi dotyczącymi pracy lekarza ale i każdego pracownika. NFZ nie posiada takich środków aby sfinansować taką dostępność. Dlatego zapis należy bezwzględnie zmienić.	
28.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Reumatyków	Naszą wątpliwość budzi ilość informacji dotyczących skierowania przekazaną świadczeniobiorcy - wszystkie te dane powinny znajdować się na e-skierowaniu, a informacja dla pacjenta powinna ograniczać się do niezbędnego minimum.	Wyjaśnienia Liczba danych w informacji o wystawionym skierowaniu, którą otrzymuje pacjent nie jest nadmiarowa. Ponadto 3 elementy takiej informacji pojawią się tylko w niektórych informacjach (przypadek pilny, rodzaj podmiotu, miejsce realizacji skierowania).
29.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 2 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004	Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Reumatyków	Jesteśmy za wykorzystywaniem jako kanału informacji telefonów komórkowych i sms. Jest to forma częściej wykorzystywana w społeczeństwie zwłaszcza w jego starszej części. W przypadku seniorów informacja o skierowaniu oprócz na telefon pacjenta, powinna być wysyłana do osoby uprawnionej przez pacjenta do uzyskiwania informacji nt. jego zdrowia - pozwala to na dopilnowanie przez opiekuna wykonania zlecanych badań.	Wyjaśnienie Zgodnie z projektem ustawy, świadczeniobiorca otrzyma Informację, o wystawionym e- skierowaniu na wskazany w systemie informacji numer telefonu, w formie wiadomości tekstowej, zawierającej kod dostępu.

	r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)			Jednocześnie pacjent ma możliwość wyboru czy chce otrzymać informacje niezbędne do realizacji skierowania na wskazany adres poczty elektronicznej bądź w postaci wydruku. Ponadto informacja o skierowaniu będzie również widoczna w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP), w ramach którego istnieje możliwość składania oświadczeń o wyrażeniu zgody na udzielanie informacji, o której mowa w art. 9 ust. 3 ustawy o <i>prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta</i> , tj. informacji o stanie zdrowia.
30.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 2 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W przeprowadzanej zmianie treści art. 59b ust. 2 ustawy o świadczeniach Federacja proponuje rozszerzyć zakres wiadomości tekstowej o informację o celu skierowania (np. nazwa badania, czy poradni specjalistycznej). Podczas jednej wizyty zdarza się, że wystawiane jest kilka skierowań na różne świadczenia wtedy uzyskanie serii sms-ów przez pacjenta bardzo utrudni mu umawianie się na porady w odpowiednich poradniach przy jednoczesnym ujawnianiu jego danych wrażliwych co do innych skierowań jakie posiada, a może nie chce się z tym ujawniać w rejestracji.	Uwaga nieuwzględniona SMS jest co do zasady krótką wiadomością, która ma przekazać syntetyczne dane. Jeśli Pacjent preferuje bardziej szczegółowe informacje, może zdecydować się na otrzymanie informacji o wystawionym skierowaniu na adres poczty elektronicznej. Ponadto, informacja o wystawionym e-skierowaniu widoczna będzie również w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). Bieżący wzór SMS będzie zawierał informację o kodzie dostępu, dacie i czasie wystawienia skierowania oraz informację o wymagalności numeru

				PESEL. „IKP: <kod_dostępu> - kod dostępu-e-SKIEROWANIA z dnia <data_wystawienia> <czas_wystawienia>. Wraz z kodem wymagany jest identyfikator PESEL pacjenta”. Przyjęte rozwiązanie jest analogiczne do rozwiązania przyjętego w odniesieniu do recepty wystawianej w postaci elektronicznej.
31.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 1 pkt 1 i 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	STORM	Zbyt podobne do siebie określenia. I chyba też nie dodefiniowane co to takiego i jaką ma postać. W Art. 20 ust 2a pkt 2 jest mowa o kluczu dostępu albo kodzie dostępu.	Uwaga uwzględniona Pojęcia kodu i klucza dostępu zostaną zdefiniowane w następujący sposób. Kod dostępu to ciąg 4 cyfr generowany w momencie zapisu dokumentu przez system o którym mowa w art. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Kod pozwala na autoryzację dostępu do dokumentu w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy. Klucz dostępu to ciąg 44 cyfr generowany w momencie zapisu dokumentu przez system o którym mowa w art. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Klucz pozwala na autoryzację dostępu do dokumentu.

32.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 2 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	STORM	Świadczeniobiorca mógł w międzyczasie zmienić numer dokumentu tożsamości (od czasu wystawienia skierowania do czasu realizacji mogło upłynąć dużo czasu). Starego numeru nie pamięta.	Uwaga uwzględniona W wersji projektu z dnia 5 października 2018 r. uwzględniona została już zmiana art. 59b ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach w zakresie informacji o wymagalności numeru PESEL. Zmiana ta zostanie dodatkowo uzupełniona o usunięcie frazy „ <i>jeżeli świadczeniobiorca podał ten numer</i> ” i ujednolicona przez użycie określenia „ <i>jeżeli dotyczy</i> ”.
33.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 1 pkt 13 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Określenie: „rodzaj podmiotu” nie jest precyzyjne i w związku z tym mogą wystąpić wątpliwości w zakresie interpretacji takiego określenia (nie wiadomo jednoznacznie co ten termin oznacza).	Wyjaśnienia Określenie „rodzaj podmiotu” obowiązuje w chwili obecnej. Ponadto, nie jest to obligatoryjny element informacji, lecz wpisywany jest tylko wtedy gdy w skierowaniu określono podmiot, do którego kierowany jest pacjent.
34.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 1 pkt 14 w	NFZ	Sformułowanie: „miejsce realizacji skierowania” proponuję zastąpić określeniem: „miejsce udzielania świadczenia, na które wystawione jest dane skierowanie”.	Uwaga nieuwzględniona Pojęcia „miejsce realizacji skierowania” oraz „miejsce udzielania świadczenia, na które wystawione jest dane

	ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)			skierowanie” są tożsame przy czym pojęcie „miejsce realizacji skierowania” jest bardziej zwięzłe i uniwersalne w związku z tym jego zastosowanie jest uzasadnione.
35.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust.2 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	1) zgodnie z projektowanym przepisem ustawy o świadczeniach w formie wiadomości tekstowej - SMS na wskazany przez świadczeniobiorcę numer telefonu ma być przesyłany wyłącznie kod dostępu do skierowania. Proponuję rozważyć uzupełnienie tej wiadomości SMS, co usprawniłoby posługiwanie się tym kodem przez świadczeniobiorcę. Zauważyć należy, że pacjenci mogą dysponować jednocześnie wieloma skierowaniami na różne badania, do różnych lekarzy specjalistów, do różnych podmiotów. Świadczeniobiorcy nie wszystkie skierowania od razu realizują, w szczególności gdy dane świadczenie jest realizowane z dala od miejsca zamieszkania, gdy jest to planowe świadczenie szpitalne, które często wiąże się z poszukiwaniem przez świadczeniobiorcę odpowiedniego wykonawcy świadczenia, z wcześniejszym zorganizowaniem spraw prywatnych i służbowych. Otrzymanie smsami wyłącznie kodów dostępu bez innych atrybutów charakteryzujących to skierowanie, utrudnia posługiwanie się tymi kodami. Wystarczy, że podczas jednej wizyty u lekarza specjalisty świadczeniobiorca otrzyma trzy różne skierowania, w skutek czego otrzyma trzy wiadomości SMS. Trudno będzie zorientować się który	Uwaga nieuwzględniona SMS jest co do zasady krótką wiadomością, która ma przekazać syntetyczne dane. Jeśli Pacjent preferuje bardziej szczegółowe informacje, może zdecydować się na otrzymanie informacji o wystawionym skierowaniu na adres poczty elektronicznej. Informacje o skierowaniach będą również zawarte w Internetowym Koncie Pacjenta. Bieżący wzór SMS będzie zawierał informację o kodzie dostępu, dacie i czasie wystawienia skierowania oraz informację o wymagalności numeru PESEL. „IKP: <kod_dostępu> - kod dostępu-e-SKIEROWANIA z dnia <data_wystawienia> <czas_wystawienia>. Wraz z kodem

			kod dotyczy którego skierowania. Oczywiście istnieje możliwość, że podczas rejestracji u świadczeniodawcy świadczeniobiorca będzie podawał poszczególne kody aż trafi na właściwy, ale to będzie wydłużało sam proces rejestracji i świadczeniobiorca może też poprosić o wydruk skierowania, gdzie będą zamieszczone informacje dotyczące skierowania, ale takie działanie ogranicza praktyczne zastosowanie wiadomości SMS.	wymagany jest identyfikator PESEL pacjenta”. Przyjęte rozwiązanie jest analogiczne do rozwiązania przyjętego w odniesieniu do recepty wystawianej w postaci elektronicznej.
36.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 2 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Niekiedy dokumentem potwierdzającym tożsamość będzie dowód osobisty a więc wymagane będzie podanie nie tylko numeru ale i serii. Takiej modyfikacji uległ też przepis art. 20 ust. 2a pkt 2 projektowanej ustawy.	Wyjaśnienia Vide uwaga Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
37.	Art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 2 pkt 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W tym samym ustępie 2 w pkt 3 Federacji wnosi o usunięcie zwrotu „na każde żądanie świadczeniobiorcy”. Pozostawienie takiego zapisu powoduje, że każde wystawienie skierowania elektronicznego skończy się koniecznością wydruku, gdyż pacjent na wszelki wypadek będzie chciał otrzymać „papier”. To zjawisko zaczyna być już wyraźnie widoczne przy zwolnieniach elektronicznych kiedy pacjenci początkowo chętnie rezygnujący z wydruku potwierdzającego wydanie eZLA stopniowo zaczynają żądać wydruków za każdym razem.	Uwaga nieuwzględniona Nie ma podstaw do twierdzenia, że dopuszczenie takiej możliwości spowoduje, że wszyscy pacjenci będą żądali wydruku. Tego samego rodzaju regulacja obowiązuje przy wystawianiu e-recept i w chwili obecnej zastosowanie innego rozwiązania nie jest możliwe. Rozwiązanie to ma

	zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)			bowiem stopniowo budować zaufanie pacjentów do elektronicznej postaci skierowań i recept. Należy pamiętać, że informatyzacja jest procesem, który musi pozwolić pacjentom na przyzwyczajenie się do nowych rozwiązań.
38.	Art. 3 pkt 1 (w zakresie art. 2 w pkt 6 lit. a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia dotyczące definicji elektronicznej dokumentacji medycznej)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Zmiany wprowadzane w art. 3 dotyczące zmian w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia dotyczące definicji elektronicznej dokumentacji medycznej (art. 2 w pkt 6 lit. a) jeszcze bardziej gmatwają sytuację w zakresie definicji pojęć dotyczących dokumentacji elektronicznej i papierowej. Jeżeli recepta jest dokumentacją medyczną to jej kopia lub dokładny opis powinny znaleźć się w dokumentacji podmiotu prowadzonej papierowo zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (par. 2 ust. 5).	Wyjaśnienia Należy rozróżnić pojęcie „dokumentacji medycznej” od elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Recepta również w chwili obecnej mieści się w definicji EDM zawartej w art. 2 pkt 6 lit. a ustawy o SIOZ. Podkreślić przy tym należy, iż w przeciwieństwie do recept w postaci papierowej informacje o wszystkich wystawionych pacjentowi e-receptach będą przechowywane w systemie P1, w tym m. in. w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP).
39.	Art. 4 (w zakresie art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej)	Główny Inspektor Farmaceutyczny	Przedmiotowy projekt nowelizuje w art. 4 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, z późn. zm.) w zakresie zmiany brzmienia art. 15a ust. 2. Zgodnie z opiniowanym projektem pielęgniarkom i położnym zostaje przyznane uprawnienie - po spełnieniu określonych w tym przepisie wymagań - do wystawiania recept na określone produkty lecznicze. Pragnę uprzejmie zwrócić uwagę, że ze względu na nadanie uprawnienia pielęgniarkom i położnym w zakresie wystawiania recept w ograniczonym zakresie powstaje konieczność doprecyzowania przepisów rozdziału 4 ustawy	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji Projektowana nowelizacja ma na celu doprecyzowanie uprawnień pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne niezbędnych do kontynuacji leczenia. Przedmiotowa propozycja Głównego

			z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211 z późn. zm.) w zakresie regulacji dotyczących prowadzenia reklamy produktów leczniczych i kierowania jej do osób uprawnionych do przepisywania recept. W obecnym brzmieniu przepisów rozdziału 4 pr. farm, jedną z form prowadzenia reklamy produktów leczniczych jest reklama kierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept (art. 52 ust. 2 pkt 2). Przedmiotem takiej reklamy mogą być wszystkie produkty (o każdej kategorii dostępności), a jedną z form reklamy kierowanej do osób uprawnionych do przepisywania recept jest przekazywanie bezpłatnych próbek produktów leczniczych (art. 52 ust. 2 pkt 4). Po przyznaniu pielęgniarcom i położnym uprawnienia do wystawiania recept możliwe jest prowadzenie reklamy wszystkich produktów leczniczych w tym dostarczanie próbek produktów pielęgniarcom i położnym. Należy zauważyć, iż prowadzenie reklamy produktów leczniczych dostępnych na receptę wobec lekarzy, którzy mają uprawnienie do wystawiania recept na wszystkie produkty wydaje się uzasadnione. Jednocześnie wątpliwości budzi możliwość kierowania takiej reklamy, w tym przekazywanie bezpłatnych próbek pielęgniarcom i położnym, które posiadają uprawnienie jedynie co do wąskiego zakresu leków. Mając na uwadze powyższe zasadne jest doprecyzowanie art. 54 prawa farmaceutycznego poprzez dodanie ust. 1a i określenie, że zakres reklamy kierowanej do osób uprawnionych do wystawiania recept ograniczona jest do zakresu posiadanych przez nich uprawnień.	Inspektora Farmaceutycznego zostanie przekazana zgodnie z właściwością do DPLiF, do rozważenia przy kolejnych pracach legislacyjnych.
40.	Art. 4 (w	NFZ	Brak okresu przejściowego na dostosowanie systemów	Wyjaśnienia

	zakresie art. 15a ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej)		informatycznych NFZ. Wprowadzona zmiana wiąże się z koniecznością dokonania zmian w systemach informatycznych NFZ (weryfikacja kompetencji osób z ukończonym kursem specjalistycznym, wystawiających zlecenia i recepty na wyroby medyczne w ramach kontynuacji) zaś przepisy projektowanej ustawy wchodzi w życie 14 dni od ogłoszenia, co tym samym uniemożliwia dostosowanie systemów informatycznych NFZ do projektowanej regulacji.	Projektowana zmiana odnosi się wyłącznie do zakresu kompetencji pielęgniarek i położnych. Szczegółowy zakres uprawnień pielęgniarek w tym zakresie określa rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Wejście w życie tej zmiany nie spowoduje zatem konieczności dostosowywania systemów informatycznych NFZ.
41.	Art. 4 (w zakresie art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W nowelizowanej treści art. 15a ust. 2 w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej Federacja proponuje zastąpić konieczność ukończenia kursu specjalistycznego przeszkoleniem przez lekarza udzielającego świadczeń w danym podmiocie. W sytuacji niedoboru kadr medycznych należy maksymalizować możliwość wykorzystania kompetencji personelu już udzielającego świadczeń. Pielęgniarki i położne, które ukończyły studia na tych kierunkach potrafią po krótkim przeszkoleniu poradzić sobie z kontynuacją leczenia wcześniej zaordynowanego przez lekarza. Jedynie przeszkolenia wymagają w zakresie prawnego formalnego co do wystawiania recept i takie szkolenie znacznie sprawniej, taniej i bez utraty czasu przez deficytowy personel medyczny może wykonać współpracujący z nią lekarz. Można pozostawić równolegle możliwość odbycia kursu specjalistycznego ale jako alternatywę wobec prostego przeszkolenia w miejscu pracy.	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji Projektowana nowelizacja ma na celu doprecyzowanie uprawnień pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne niezbędnych do kontynuacji leczenia. Przedmiotowa propozycja zostanie przekazana zgodnie z właściwością, do rozważenia przy kolejnych pracach legislacyjnych.

42.	Propozycja dodatkowej regulacji w art. 1 w zakresie zmiany w art. 20 ust. 2 pkt 5 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	NFZ	Proponuję nadanie przepisowi następującego brzmienia: „5) przechowuje oryginał skierowania w postaci papierowej przekazany przez świadczeniobiorcę, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania <u>w formie papierowej</u>.”. Wydaje się, że przedmiotowy przepis dotyczący przechowywania skierowania w postaci papierowej winien ulec zmianie. Przechowywanie oryginałów skierowań może dotyczyć jedynie skierowań wystawionych w formie papierowej.	Uwaga nieuwzględniona Z przepisu w dotychczasowym brzmieniu jasno wynika, że chodzi o skierowanie w postaci papierowej.
43.	Propozycja dodatkowej regulacji w art. 1 w zakresie zmiany w art. 20 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków	NFZ	Proponuję wprowadzić do ustawy o świadczeniach w art. 20 przepis, zgodnie z którym świadczeniodawcy byłiby zobowiązani do potwierdzania planowanych terminów udzielenia świadczenia na np. 3-5 dni przed udzieleniem świadczenia ewentualnie czas ten mógłby zostać wydłużony do 7 dni biorąc pod uwagę, że są świadczeniodawcy, którzy udzielają świadczeń jeden raz w tygodniu. Kontakt np. telefoniczny, mailowy z osobą oczekującą na świadczenie miałby na celu potwierdzenie przybycia danej osoby w wyznaczonym pierwotnie terminie. W przypadku rezygnacji pacjenta ze świadczenia zwolnione miejsce mogłoby być wykorzystane dla kolejnych pacjentów z listy lub pacjentów mających prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Kontakt z pacjentami na kilka	Uwaga uwzględniona W wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. dodano w ustawie o świadczeniach art. 23b określający obowiązki informacyjne świadczeniodawcy.

	publicznych		dni przed udzieleniem świadczenia umożliwiłby świadczeniodawcy powiadomienie innych pacjentów o nowych terminach udzielenia świadczenia. Koszty związane z komunikowaniem się z pacjentami (kontakt tel., wysyłanie e-maili, itp.) byłyby mniejsze niż koszt utraconej płatności za świadczenie, które nie zostało zrealizowane w wyniku niestawienia się przez osobę w wyznaczonym przez świadczeniodawcę terminie.	
44.	Propozycja dodatkowej regulacji	NFZ	Projektowane przepisy ustawy dotyczące wprowadzenia e-skierowania dotyczą zarówno badań diagnostycznych realizowanych w ramach środków publicznych, jak i poza tym systemem, wydaje się konieczne wprowadzenie regulacji oraz narzędzi umożliwiających realizatorowi przedmiotowych badań (tj. m.in. pracowni TK czy RM) zweryfikowanie czy badanie takie może być zrealizowane i sfinansowane w ramach środków publicznych, a zatem czy skierowanie zostało wydane przez podmiot posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.	Uwaga nieuwzględniona W wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. przeformułowaniu uległ art. 59aa ust. 2 i 3 ustawy o świadczeniach. Uznano m. in., że skierowania na badania tomografii komputerowej (TK) mogą być wystawiane w SIM również w przypadku gdy są finansowane ze środków innych niż środki publiczne. Dodatkowo wskazać należy, że na obecnym etapie nie przewiduje się wprowadzenia w e-skierowaniu informacji wskazującej na numer umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ.
45.	Art. 5 (przepis o wejściu w życie)	Naczelna Izba Lekarska Uwaga tożsama z uwagą zgłoszoną w trakcie uzgodnień międzyresortowych przez Rządowe Centrum Legislacji	Wprowadzenie obligatoryjnego wymogu wystawiania skierowania w postaci elektronicznej w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie projektowanej ustawy będzie kolidowało z art. 56 ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, który zawiera ogólną regułę, że skierowania mogą być wystawiane w postaci papierowej do końca 2020 r.	Uwaga uwzględniona Proponuje się zmianę art. 56 ust. 3 ustawy o SIOZ w powiązaniu z definicją EDM w art. 2 pkt 6 ustawy o SIOZ, które to zmiany wprost będą wskazywać, iż dostosowanie się usługodawców do wystawiania skierowań w postaci

				elektronicznej dotyczyć będzie wyłącznie skierowań, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach. Pozostałe skierowania nie będą stanowić EDM i nie będą wystawiane w Systemie P1. Wystawianie ich zatem w postaci papierowej w chwili obecnej nie będzie ograniczone czasowo (w wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. jest to art. 11 ustawy zmieniającej).
46.	Art. 5 (przepis o wejściu w życie)	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej oraz Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza	Projektodawca powinien wyraźnie wskazać czas na dostosowanie się do nowych wymogów i w ten sposób zapewnić możliwość dostosowania systemów teleinformatycznych przez podmioty. Mogłoby to nastąpić poprzez wskazanie w projektowanym art. 59aa ust. 1, że skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej, z zastrzeżeniem art. 56 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.	Uwaga uwzględniona Proponuje się zmianę art. 56 ust. 3 ustawy o SIOZ w powiązaniu z definicją EDM w art. 2 pkt 6 ustawy o SIOZ, które to zmiany wprost będą wskazywać, iż dostosowanie się usługodawców do wystawiania skierowań w postaci elektronicznej dotyczyć będzie wyłącznie skierowań, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach. Pozostałe skierowania nie będą stanowić EDM i nie będą wystawiane w Systemie P1. Wystawianie ich zatem w postaci papierowej w chwili obecnej nie będzie ograniczone czasowo (w wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. jest to art. 11 ustawy zmieniającej).
47.	Propozycja dodatkowej regulacji	NFZ	Projektowane przepisy ustawy dotyczące wprowadzenia e-skierowania dotyczą zarówno badań diagnostycznych realizowanych w ramach środków publicznych, jak i poza	Uwaga wymaga dodatkowych konsultacji z NFZ w zakresie wykazu

			tym systemem, wydaje się konieczne wprowadzenie regulacji oraz narzędzi umożliwiających realizatorowi przedmiotowych badań (tj. m.in. pracowni TK czy RM) zweryfikowanie czy badanie takie może być zrealizowane i sfinansowane w ramach środków publicznych, a zatem czy skierowanie zostało wydane przez podmiot posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.	badan diagnostycznych Jednocześnie jednak podkreślić należy, że proponuje się zmianę definicji EDM poprzez wskazanie katalogu skierowań wystawianych w SIM w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (vide uwaga nr 11 i 23 w tabeli zawierającej uwagi w ramach opiniowania i konsultacji publicznych do projektu ustawy w wersji z dnia 5 października 2018 r.).
48.	Propozycja dodatkowej regulacji	CSIOZ	W przedmiotowym projekcie należy wprowadzić możliwość wystawiania przez lekarza skierowania w postaci elektronicznej bez konieczności osobistego zbadania lub zbadania jej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.	Wyjaśnienia Obecne przepisy nie uniemożliwiają wystawienia przez lekarza skierowania po zbadaniu pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Odpowiednio doprecyzowane zostanie uzasadnienie projektu ustawy oraz zmieniony zostanie przepis dotyczący postaci informacji o wystawionym e-skierowaniu (i konsekwentnie o e-recepcie).
49.	Uzasadnienie	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej oraz Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza	Uznajemy za zasadne wyraźne wskazanie w uzasadnieniu Projektu ustawy, że e-skierowania mogą być wystawiane w ramach świadczeń telemedycznych - będzie to miało cenną wartość w zakresie edukowania i podnoszenia świadomości uczestników systemu ochrony zdrowia. Informacja o takiej możliwości będzie też pozytywnie	Uwaga uwzględniona Proponuje się dodać w uzasadnieniu doprecyzowanie wskazujące na to, że obecne przepisy nie stoją na przeszkodzie wystawienia przez lekarza

			odbierana przez samych pacjentów. W naszej ocenie telemedycyna powinna być także jak najszerszej wykorzystywana w ramach planowanego pilotażu e-skierowania. Pozwoli to w pełni uświadomić pacjentom korzyści z informatyzacji ochrony zdrowia - pacjent bez wychodzenia z domu będzie mógł skontaktować się z lekarzem i otrzymać e-receptę i e-skierowanie. Zbudowanie takiego poczucia korzyści wśród pacjentów bardzo pozytywnie wpłynie na odbiór działań na dalszych etapach tworzenia systemu e-zdrowia.	skierowania po zbadaniu pacjenta za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ponadto zmieniony zostanie przepis dotyczący postaci informacji o wystawionym e-skierowaniu (i konsekwentnie o e-recepcie).
50.	Ocena Skutków Regulacji pkt 1 Jaki problem jest rozwiązywany	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W Ocenie Skutków Regulacji w części „Jaki problem jest rozwiązywany?” zapisano, że zdefiniowano problem braku pewnych regulacji i niewłaściwych zapisów ustawowych. Natomiast w Uzasadnieniu zapisano, że celem projektu ustawy jest zmiana czterech ustaw. Zdaniem Federacji celem powinno być usunięcie nieprawidłowości i uzupełnienie brakujących regulacji.	Wyjaśnienia Choć Ocena Skutków Regulacji stanowi integralną część Uzasadnienia projektu, nie można zgodzić się ze stwierdzeniem, że pkt 1 OSR musi być zbieżny literalnie z treścią Uzasadnienia. W Uzasadnieniu szczegółowo opisano istotę zmian w projekcie, a wskazanie na tytuły zmienianych ustaw jest elementem tego wyjaśnienia.
51.	Ocena Skutków Regulacji pkt 6 Wpływ na sektor finansów publicznych	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Ustawa nakłada nowe obowiązki i koszty na świadczeniodawców (usługodawców), gdyż dostosowanie do nowych rozwiązań będzie wiązało się z zakupem/modernizacją posiadanych systemów komputerowych i oprogramowania. Wbrew zapisom projektu, nie można tego zrealizować bez kosztów. Federacja nie wyraża zgody na wdrażanie kolejnych etapów informatyzacji ochrony zdrowia bez zaplanowania środków finansowych dla podmiotów leczniczych, które mają realizować te zmiany. Dotychczas wprowadzana informatyzacja nie przyniosła bowiem oszczędności po	Wyjaśnienia Już w świetle obowiązujących przepisów świadczeniodawcy obowiązani są do zgłoszenia gotowości podłączenia swoich systemów do Systemu P1 oraz do podłączenia się do tego systemu, nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r. (art. 56 ust. 5 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia). Projektowane przepisy nie będą miały

			stronie świadczeniodawców, co skutkuje tym, że ograniczane są, i tak zbyt małe, środki na profilaktykę i leczenie pacjentów.	zatem innego wpływu niż ten określony w obowiązujących przepisach prawa.
52.	Ocena Skutków Regulacji pkt 6 Wpływ na sektor finansów publicznych	ZWIĄZEK PRACODAWCÓW BUSINESS CENTRE CLUB	Generalną uwagą do projektu ustawy jest po raz kolejny fakt, że na realizację wprowadzanych rozwiązań podmioty lecznicze nie otrzymują środków, co znacznie pogarsza sytuację finansową i uszczupla środki wydatkowane na świadczenia zdrowotne. Dostosowanie do nowych rozwiązań będzie wymagało przecież poniesienia dodatkowych kosztów pracowniczych oraz związanych z modernizacją informatyczną. Nawet taka czynność jak konieczność wydruku skierowania elektronicznego na każde żądanie pacjenta generuje dodatkowe koszty, które są niczym nieuzasadnione w świetle mającej nastąpić pełnej informatyzacji podmiotów.	Wyjaśnienia Już w świetle obowiązujących przepisów świadczeniodawcy obowiązani są do zgłoszenia gotowości podłączenia swoich systemów do Systemu P1 oraz do podłączenia się do tego systemu, nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r. (art. 56 ust. 5 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia). Projektowane przepisy nie będą miały zatem innego wpływu niż ten określony w obowiązujących przepisach prawa.

ZESTAWIENIE UWAG ZGŁOSZONYCH W TRAKCIE UZGODNIENÍ MIĘDZYRESORTOWYCH

Projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej

– w wersji z 16 sierpnia 2018 r.

L.p.	Jednostka redakcyjna	Podmiot zgłaszający uwagę	Treść uwagi	Uwagę uwzględniona/nieuwzględniona
1.	tytuł	Rządowe Centrum Legislacji	Należy zauważyć, że przedmiot ustawy określa się w jej tytule w sposób adekwatnie informujący o jej treści (§ 18 ust. 1 Zasad techniki prawodawczej). Tym samym tytuł projektowanej ustawy powinien odpowiadać zakresowi przedmiotowemu nowelizowanych ustaw, a zatem być związany z e-skierowaniami i listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Takiego związku nie wykazują jednak zaproponowane regulacje, dotyczące udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej (art. 2 projektu) oraz uprawnień pielęgniarek i położnych do	Uwaga nieuwzględniona Zgodnie z § 18 ust. 1. Zasad techniki prawodawczej przedmiot ustawy określa się możliwie najzwięźlej, jednakże w sposób adekwatnie informujący o jej treści. W Komentarzu do Zasad Techniki Prawodawczej wskazano, że tytuł powinien być sformułowany „<i>możliwie najprościej, w sposób łatwy do zapamiętania i zgrabny językowo</i>” [Komentarz..., s. 60]. Zaproponowany tytuł jest zwięzły i w sposób adekwatny informuje o treści ustawy. Obecna praktyka nadawania tytułów projektom ustaw zmieniających więcej ustaw, polegająca na wskazaniu wyłącznie jednego tytułu ustawy oraz użycie formuły „<i>oraz niektórych innych ustaw</i>” wogóle nie informuje o treści ustawy, w szczególności w przypadku zmian tak obszernych ustaw jak ustawa <i>o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i>, zmienianej nawet kilka razy w roku.

			wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne niezbędnych do kontynuacji leczenia (art. 4 projektu).	
2.	art. 1 pkt 1 (dot. uchylanego pkt 32b w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Finansów	Projektowane uchylenie art. 5 pkt 32b z uwagi na swoją szczegółowość istotną dla NFZ, wymaga szerszego wyjaśnienia skutków tego uchylenia, pod kątem udzielania i sposobu dokumentowania uprawnienia do świadczeń na podstawie skierowania, w tym finansowania tych świadczeń, po usunięciu ww. przepisu.	Wyjaśnienia Jak wskazano w Uzasadnieniu do projektu ustawy, w art. 5 pkt 32b ustawy o świadczeniach zawarto definicję skierowania, która zakłada, że skierowanie jest co do zasady dokumentem w postaci elektronicznej, natomiast w enumeratywnie wskazanych przypadkach ma ono postać papierową. Zastosowana typologia nie jest właściwa i budzi liczne wątpliwości interpretacyjne, bowiem katalog skierowań w postaci papierowej ma niejednorodny charakter (obejmując skierowania odpowiadające poszczególnym zakresom świadczeń, jak i wszelkie skierowania np. dla osób o nieustalonej tożsamości). Należy jednocześnie zauważyć, że proponowane zmiany nie mają wpływu na udzielanie i sposób dokumentowania uprawnienia do świadczeń na podstawie skierowania, gdyż pilotaż skierowania w postaci elektronicznej jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy rozpocznie się w końcu roku 2018. W związku z powyższym w chwili obecnej w obrocie prawnym nie funkcjonują skierowania w postaci elektronicznej. Funkcjonalności Platformy P1 związane z wprowadzeniem e-skierowań są właśnie tworzone, a rozpoczęcie pilotażu umożliwi ich przetestowanie. Obecne przepisy dotyczące skierowań w postaci elektronicznej nie znajdują zatem jeszcze zastosowania. Uchylany przepis nie może zatem wywierać wpływu na organizację udzielania świadczeń.
3.	art. 1 pkt 2 lit. c (dot. dodawanego ust. 2c w art. 20 ustawy z	Minister Finansów	Dodawany ust. 2c w art. 20 wskazuje na prowadzenie listy oczekujących poza systemem teleinformatycznym, jako odrębnego wykazu u świadczeniodawcy w przypadku braku dostępu do systemu. Taka alternatywa	Wyjaśnienia Art. 20 ust. 2c nie wskazuje na prowadzenie listy oczekujących poza systemem teleinformatycznym. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej prowadzona jest zawsze przez danego świadczeniodawcę, w systemie informatycznym tego świadczeniodawcy,

	dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		jest obarczona ryzykiem, włącznie z utratą danych. Poza tym należy wyjaśnić, czy możliwe będzie zarejestrowanie skierowania po usunięciu braku dostępu do systemu bez udziału pacjenta? Ponadto, w przypadku braku dostępu do systemu, należy wyjaśnić czy pierwszy świadczeniodawca będzie obowiązany poinformować pacjenta, aby nie zgłaszał się do innych świadczeniodawców, eliminując tym ryzyko powtórznego zapisania się pacjenta z tym samym skierowaniem.	a nie w systemie P1, w którym wystawiane są skierowania w postaci elektronicznej. System P1 nie służy bowiem do prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, lecz do wystawiania i przechowywania skierowań, które uprawniają świadczeniodawców do zapisania świadczeniobiorcy na określone świadczenie. Listy oczekujących prowadzone są natomiast u konkretnego świadczeniodawcy, bez względu na dostęp do Systemu P1, również w chwili obecnej, gdy świadczeniodawcy nie mają dostępu do Systemu P1. Regulacji zawartej w art. 20 ust. 2c nie należy odrywać od ust. 2ab i 2d. W przypadku bowiem dysponowania przez pacjenta e-skierowaniem, świadczeniodawca dokona wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (czyli wpisze pacjenta do tzw. kolejki) przez określenie odpowiedniego statusu skierowania w systemie P1 (art. 20 ust. 2ab). W przypadku jednak braku dostępu do tego systemu (np. awarii), świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, wyłącznie na podstawie informacji o skierowaniu, o której mowa w art. 59b ust. 1 (art. 20 ust. 2c). Wówczas jednak, niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu P1, wpis na listę oczekujących zostanie „uzupełniony” o określenie odpowiedniego statusu skierowania w systemie P1 (art. 20 ust. 2d). Powyższe automatycznie uniemożliwi powtórne zapisanie się pacjenta z tym samym skierowaniem. Gdyby nawet bowiem pacjent wpisał się na podstawie samej informacji o skierowaniu do np. 3 świadczeniodawców, to wówczas, po ustaniu awarii P1, tylko jeden z tych 3 świadczeniodawców (pierwszy, który podejmie zmianę statusu) będzie mógł utrwalić zapis pacjenta na liście przez zmianę statusu skierowania. Kolejni świadczeniodawcy nie będą już mogli tego dokonać, co będzie oznaczać usunięcie pacjenta z listy oczekujących.
4.	art. 1 pkt 2 lit. d (dot.	Minister Finansów	Zgodnie z projektowanymi regulacjami, pomimo stwierdzeń	Uwaga nieuwzględniona

dodawane go ust. 10fa w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	przeciwnych w uzasadnieniu, jak się wydaje możliwe będzie zapisanie jednego pacjenta do kilku świadczeniodawców na to samo świadczenie opieki zdrowotnej na podstawie e-skierowań wystawionych przez osobę uprawnioną. Odwołanie w dodanym ust. 10fa do ust. 10, w art. 20, „W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy” nie wyłącza przypadku wpisania się na następną jedną listę oczekujących u innego świadczeniodawcy. Jeśli funkcjonalność e-skierowania uniemożliwia taką praktykę, jak wskazuje Uzasadnienie, to projektowana regulacja powinna to jednoznacznie odzwierciedlać w treści wprowadzanej zmiany. Niezależnie od tego proszę o informację, jak wprowadzenie e-skierowania wpłynie na zarządzanie kolejkami z poziomu centralnego. Mając na uwadze racjonalizację kosztów w NFZ, ważne jest, aby e-skierowania wystawiane były z ważnych wskazań medycznych, a konieczność wystawienia kolejnego skierowania (powtórna diagnostyka), była wyraźnie uzasadniona (wymóg programu).	System P1 skonstruowany jest w ten sposób, że w realizacji może być tylko jedno skierowanie na określone świadczenie. Do czasu jego realizacji (i zmiany statusu w Systemie P1 z „w realizacji” na „zrealizowano”), nie będzie możliwości zapisu na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy. Wbrew twierdzeniu zawartemu w uwadze, odwołanie się do art. 20 ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyłącza możliwość wpisania się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy. Odnosząc się do wpływu e-skierowania na zarządzanie tzw. kolejkami z poziomu centralnego wskazać należy, że e-skierowania będą wystawiane, podobnie jak e-recepty, w ramach Platformy P1 i w związku z powyższym ich centralizacja nastąpi już na etapie ich tworzenia oraz przydzielania im numerów, co ma niebagatelne znaczenie dla praktycznej realizacji normy prawnej określającej, że pacjent w celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Możliwość posłużenia się przez pacjenta e-skierowaniem (zamiast dostarczania w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących oryginału skierowania w postaci papierowej) otwiera zarówno przed pacjentami, jak i prowadzącymi listy oczekujących nowe możliwości. Dla tych pierwszych będą to znaczne udogodnienia w umówieniu się na konkretne świadczenie opieki zdrowotnej (bez konieczności dostarczania oryginału skierowania), a dla drugich możliwość racjonalizowania zapisów na listach oczekujących. Pacjent nie będzie bowiem mógł już (nawet przez dopuszczalny w chwili obecnej okres 14 dni roboczych od momentu zapisu) zapisać się na więcej niż jedną listę oczekujących na podstawie tego samego skierowania. Odnosząc się natomiast do kwestii wyraźnego uzasadnienia wystawienia kolejnego skierowania wyłącznie z ważnych wskazań medycznych należy podnieść, iż konieczność wystawienia kolejnego skierowania na to samo świadczenie (już po realizacji pierwszego) pozostaje w zakresie planu leczenia konkretnego pacjenta i o konieczności skierowania pacjenta na
--	---	---

				kolejne badanie decyduje lekarz, a nie program, czy system P1. Powyższa kwestia pozostaje zatem poza zakresem przedmiotowej regulacji.
5.	art. 1 pkt 3 (dot. dodawane go art. 59aa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeni ach opieki zdrowotnej finansowan ych ze środków publicznych)	Minister Finansów	Dodawany art. 59aa w ust. 3 reguluje wykorzystanie skierowania na diagnostykę, czyli z art. 32 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wydaje się, że tożsame uregulowania powinny objąć skierowania z art. 57 i art. 58 wymienionej ustawy, które także, jak się przypuszcza, będą podlegały pilotażowi w IV kwartale 2018 r. Niezależnie od powyższego ust. 3 pkt 2 dodawanego art. 59aa wymaga przerwania.	Wyjaśnienia Zarówno zakres przedmiotowy skierowań, które będą podlegały tworzeniu w Systemie P1, jak i brzmienie ust. 3 w art. 59aa uległy zmianie w nowej wersji projektu ustawy przesłanej do konsultacji w dniu 5 października 2018 r. W nowym brzmieniu art. 59aa ust. 2 zrezygnowano z odniesienia do art. 32 ustawy o świadczeniach mówiącego o skierowaniach na badania diagnostyczne, a wprowadzono katalog badań diagnostycznych, dla których konieczne jest posiadanie przez pacjenta skierowania. Jak bowiem podkreślono w uzasadnieniu do projektu ustawy, e-skierowania nie będą obejmować dokumentów, które często nazywane są również skierowaniami albo zleceniami, a dotyczą one kierowania pacjentów na różnego rodzaju badania czy konsultacje w ramach już udzielanych tym pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej (gdy to świadczeniodawca pokrywa koszty tych badań). W ust. 3 doprecyzowano natomiast, że skierowania na badania medycyny nuklearnej oraz tomografii komputerowej będą wystawiane w postaci elektronicznej (w ramach P1) także wtedy, gdy pacjent będzie je finansował samodzielnie. W przypadku tych badań bowiem wymóg skierowania nie jest powiązany wyłącznie z finansowaniem tych badań ze środków publicznych na podstawie ustawy o świadczeniach, ale wynika również z innych przepisów prawa.
6.	art. 1 pkt 3 projektu (dot. dodawane go art. 59aa w ustawie z dnia 27	Rządowe Centrum Legislacji	Ze względu na wprowadzenie regulacji art. 59aa ustawy o świadczeniach, zgodnie z którą skierowania są wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej (tylko w przypadku skierowań na świadczenia z zakresu badań diagnostycznych, w tym medycznej diagnostyki	Uwaga uwzględniona Proponuje się w art. 11 ustawy następującą regulację: „Skierowania, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy zmienianej w art. 2, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2020 r.”

	sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		specjalistycznej, skierowań na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne i skierowań na leczenie szpitalne), wyjaśnienia wymaga relacja tych rozwiązań do obecnie obowiązującego art. 56 ust. 3 u.s.i.o.z., w myśl którego skierowania mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2020 r.	Jednocześnie doprecyzowaniu podlega art. 2 pkt 6 lit. a ustawy o SIOZ w następujący sposób: „a) recepty i skierowania, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,”.
7.	art. 1 pkt 4 (dot. zmienianego art. 59b ust. 1 i 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej	wątpliwości, czy informacja o wystawionym skierowaniu, o której mowa w art. 1 pkt 4 (zmieniany art. 59b ust. 1 i 2), będzie dostosowana do osób niepełnosprawnych. W szczególności nie jest jasne, czy wiadomość tekstowa, o której mowa w zmienianym art. 59b ust. 2 pkt 2, będzie dostępna dla osób niewidomych.	Wyjaśnienia Wiadomość tekstowa będzie dostarczona na telefon komórkowy pacjenta, w przypadku osób niewidomych dostępność zawartości będzie dostępna przez użycie odpowiednich komunikatorów dla osób niewidomych, gdzie treść SMSa jest przekazywana na dedykowane urządzenie przez bluetooth (urządzenie układające treść tekstową w Braile’a).
8.	art. 3 pkt 2 lit. b (dot. zmienianego art. 11 ust. 4 pkt 8 w ustawie z	Minister Finansów	Zmiana treści pkt 8 w art. 11 ust. 4 polega na usunięciu szerszej regulacji. Czy mamy zatem do czynienia z trwałym usunięciem np.: „decyzji dotyczącej deklaracji wyboru”, która nie będzie już występować	Wyjaśnienia W związku z faktem, że nie przewiduje się w ramach Platformy P1 funkcjonalności polegającej na złożeniu za jej pośrednictwem deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, proponuje się dodatkową zmianę w art. 10 ustawy z dnia 27 października

	dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia)		elektronicznie? Kwestia wymaga wyjaśnienia, w szczególności w zakresie związku z planowanymi funkcjonalnościami Platformy P1.	2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, polegającą na uchyleniu ust. 2 i 6. (dodany nowy art. 7 w projekcie).
9.	art. 3 pkt 2 lit. b projektu (dot. zmienianeg o art. 11 ust. 4 pkt 8 w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia)	Rządowe Centrum Legislacji	Zgodnie z nowym brzmieniem art. 11 ust. 4 pkt 8 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia usługodawca będzie zamieszczał w Systemie Informacji Medycznej dane dotyczące realizacji recepty lub zmiany statusu skierowania. Przepis ten nie będzie już obejmował swoim zakresem, jak dotychczas, decyzji dotyczącej deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której była mowa w art. 56 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Należy jednak zauważyć, że co prawda przepis art. 56 ustawy o świadczeniach został uchylony, ale regulacja dotycząca deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej została zawarta w obowiązującym obecnie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.	Wyjaśnienia W związku z faktem, że nie przewiduje się w ramach Platformy P1 funkcjonalności polegającej na złożeniu za jej pośrednictwem deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, proponuje się dodatkową zmianę w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, polegającą na uchyleniu ust. 2. (dodany nowy art. 7 w projekcie).

10.	art. 3 (dot. zmienianej ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia)	Minister Finansów	Proszę o wyjaśnienie czy projektowane w projekcie zmiany, w warstwie elektronicznej P1, spowodują konieczność dostosowania systemów u świadczeniodawców?	Wyjaśnienia Już w świetle obowiązujących przepisów świadczeniodawcy obowiązani są do zgłoszenia gotowości podłączenia swoich systemów do Systemu P1 oraz do podłączenia się do tego systemu, nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r. (art. 56 ust. 5 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia). Projektowane przepisy nie będą miały zatem innego wpływu niż ten określony w obowiązujących przepisach prawa.
11.	art. 3 pkt 3 lit. c projektu (dot. zmienianeg o art. 11 ust. 4 pkt 8 w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia)	Rządowe Centrum Legislacji	Szczegółowego wyjaśnienia wymaga kwestia uchylecia upoważnienia zawartego w art. 14 ust. 5 u.s.i.o., zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, opis poszczególnych modułów i ich funkcjonalność, oraz system kodów stosowanych przy oznaczeniu danych zawartych w modułach, mając na uwadze zapewnienie spójności i jednorodności zakresu i rodzaju danych, która umożliwi ich wyodrębnienie w ramach Systemu Informacji Medycznej oraz ich scalenie w zbiór indywidualny. Z wyjaśnień przedstawionych na str. 4 uzasadnienia wynika jedynie, że „W chwili obecnej regulacja ta jest nieadekwatna do rzeczywistego kształtu Systemu Informacji Medycznej”. Nie jest jednak jasne na czym polega wskazana „nieadekwatność”, a przede	Wyjaśnienia Zdecydowano o uchyleniu art. 14 ustawy o systemie, gdyż regulacja ta w całości jest nieadekwatna do rzeczywistego kształtu SIM, w którym nie występują moduły.

			wszystkim jak będą funkcjonowały te moduły bez systemu kodów stosowanych przy oznaczaniu danych w nich zawartych, co stanowi obecnie przedmiot uchylanego rozporządzenia.	
12.	Uzasadnienie	Minister Finansów	Sformułowanie: „Zgodnie z art. 2 pkt 6 w lit. a ustawy o systemie EDM stanowią recepty i skierowania (zamiast: „dokumenty umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju”). Zmiana ta wyklucza wszelkie wątpliwości interpretacyjne w zakresie rzeczywistego zakresu przedmiotowego EDM”, budzi wątpliwości co do przyczyny takiego zawężenia zakresu przedmiotowego EDM. Uzasadnienie w tym zakresie powinno być uzupełnione. W tym kontekście doprecyzowania wymaga również stwierdzenie „Wszystkie pozostałe skierowania umożliwiające pacjentom uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie będą miały postać papierową”.	Wyjaśnienia Przedmiotowa nowelizacja nie dokonuje zmiany zakresu przedmiotowego EDM. Zmiana zakresu EDM została dokonana już wcześniej, na gruncie ustawy z dnia 20 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1524) i tam zostało to uzasadnione. Pod pojęciem dokumentów umożliwiających usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju mieszczą się w chwili obecnej wyłącznie recepty i skierowania, gdyż zlecenia na wyroby medyczne zostały już wyłączone. Przedmiotowa zmiana polegająca na wskazaniu wprost w definicji EDM recept i skierowań związana jest z doprecyzowaniem rodzajów skierowań, które obecnie będą stanowić EDM. Pojęcie skierowania nie jest bowiem tak jednorodne jak pojęcie recepty. Nie wszystkie skierowania będą skierowaniami w postaci elektronicznej wystawianymi w Systemie P1. Na skutek uwag innych podmiotów do przedmiotowego projektu proponuje się również zmianę polegającą na dodaniu art. 11 w ustawie zmieniającej (treść tożsama z art. 56 ust. 3 ustawy o SIOZ), aby nie ulegało wątpliwości, że ograniczony czas na wystawianie skierowań w postaci papierowej dotyczy wyłącznie skierowań stanowiących EDM i wystawianych w Systemie P1.
13.	Uzasadnienie	Rządowe Centrum Legislacji	Z informacji przedstawionych na str. 4 uzasadnienia i pkt 10 oceny skutków regulacji wynika, że „Możliwość posłużenia się przez pacjenta e-skierowaniem (zamiast dostarczania w terminie 14 dni roboczych od dnia	Uwaga uwzględniona Doprecyzowano uzasadnienie.

			dokonania wpisu na listę oczekujących oryginału skierowania w postaci papierowej) otwiera zatem zarówno przed pacjentami, jak i prowadzącymi listy oczekujących nowe możliwości. Dla pierwszych będą to znaczne udogodnienia w umówieniu się na konkretne świadczenie opieki zdrowotnej (bez konieczności dostarczania oryginału skierowania), a dla drugich możliwość racjonalizowania zapisów na listach oczekujących.”. Należy jednak zauważyć, że obecnie obowiązujące przepisy ustawy o świadczeniach przewidują już możliwość wpisania się świadczeniobiorcy na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania w postaci elektronicznej, przez udostępnienie świadczeniodawcy kodu dostępu do skierowania w postaci elektronicznej oraz numeru PESEL, bez konieczności dostarczania oryginału skierowania (art. 20 ust. 2a pkt 2 ustawy o świadczeniach). Oryginał skierowania dostarcza się tylko w przypadku skierowania w postaci papierowej, zgodnie z art. 20 ust. 2a pkt 1 ustawy o świadczeniach, który nie został objęty przedmiotową nowelizacją. Wydaje się zatem, że zaproponowane	
--	--	--	---	--

			w przedmiotowej nowelizacji rozwiązania nie wprowadzają możliwości posługiwania się e-skierowaniem, jak wskazuje projektodawca, a jedynie doprecyzowują obecnie obowiązujące regulacje. Biorąc pod uwagę powyższe, uzasadnienie i ocena skutków regulacji wymagają odpowiedniego skorygowania w tym zakresie.	
14.	Uzasadnienie	Rządowe Centrum Legislacji	Na str. 5 uzasadnienia wskazano, że projektowane przepisy nie będą oddziaływać na mikro, małych i średnich przedsiębiorców, „w zakresie nałożenia na nich nowych, bądź wykonywania dotychczasowych obowiązków”, mimo, że w pkt 7 oceny skutków regulacji projektodawca zaznaczył, że projekt będzie miał wpływ na usługodawców (ułatwienia związane z prowadzeniem list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie skierowania w postaci elektronicznej). Mając na uwadze powyższe, uspoźnienia w tym zakresie wymaga uzasadnienie i ocena skutków regulacji.	Uwaga uwzględniona Dokonano w uzasadnieniu zmiany polegającej na wskazaniu, że projektowane przepisy będą miały wpływ na przedsiębiorców.
15.	OSR pkt 3	Rządowe Centrum Legislacji	W ocenie skutków regulacji w pkt 3 należy wskazać, jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich	Wyjaśnienia Projektowana regulacja odnosi się do rodzajów skierowań – które będą wystawiane w postaci elektronicznej. W krajach UE nie ma jednolitej

			OECD/UE.	praktyki w zakresie rodzajów badań diagnostycznych czy laboratoryjnych, które są wykonywane w drodze skierowania, rozumianego zgodnie z polskimi regulacjami.
16.	OSR pkt 4	Rządowe Centrum Legislacji	W ocenie skutków regulacji w pkt 4 wykazano wpływ projektowanej regulacji na usługodawców w zakresie wystawiania e-skierowań, ale nie wskazano na prowadzenie list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.	Wyjaśnienie Dokonano zmiany treści pkt 4 OSR.
17.	OSR pkt 6	Minister Finansów	Pkt 6 „Źródła finansowania” należy uzupełnić o informację, iż ewentualne skutki tej ustawy mieszczą się w ramach kosztów przewidzianych dla ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia tj. dla Platformy P1.	Uwaga uwzględniona W części „Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń” dodane zostanie zdanie: „Ewentualne skutki finansowe będą się mieścić w ramach kosztów przewidzianych dla ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, tj. dla Platformy P1.”

ZESTAWIENIE UWAG ZGŁOSZONYCH W TRAKCIE KONSULTACJI PUBLICZNYCH I OPINIOWANIA

Projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej – wersja II z dnia 5.10.2018 r.

L.p.	Jednostka redakcyjna	Podmiot zgłaszający uwagę	Treść uwagi	Uwaga uwzględniona/nieuwzględniona
1.	Uwaga ogólna	NFZ	Dodatkowo proponuję rozważenie możliwości <u>wprowadzenia zmiany, zgodnie z którą świadczeniodawca powinien o zmianach planowanego terminu udzielenia świadczenia informować w określonych przedziałach czasowych, np. nie rzadziej niż raz na trzy miesiące</u> . W przypadku, gdy do planowanego terminu udzielenia świadczenia pozostało mniej niż 30 dni, wówczas o każdej jego zmianie powinien być informowany świadczeniobiorca. Świadczeniodawcy wielokrotnie zgłaszali problem z informowaniem świadczeniobiorców o każdej zmianie planowanego terminu udzielenia świadczenia. Problem ten dotyczy przede wszystkim świadczeniodawców z długimi czasami oczekiwania i staje się co raz bardziej istotny w związku z rozszerzeniem grupy osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Przyjmowanie osób z ww. uprawnieniem powoduje, że często konieczne są wielokrotne zmiany planowanych terminów udzielenia świadczenia osobom wpisanym na listę oczekujących.	Uwaga uwzględniona Proponuje się dokonanie zmiany we wprowadzanym art. 19a ust. 4 pkt 2 oraz art. 20 ust. 8 ustawy o świadczeniach albo przez rezygnację ze sformułowania „każda zmiana” albo przez dookreślenie, że w przypadku świadczeń, na które jest długi czas oczekiwania, informacja o zmianie może następować w określonych przedziałach czasowych.

2.	Uwaga ogólna	Naczelna Rada Lekarska	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wyraża zdecydowany sprzeciw wobec nieracjonalnego poszerzania zakresu obowiązków świadczeniodawców dotyczących prowadzenia list oczekujących. Samorząd lekarski wielokrotnie zwracał uwagę na konieczność uproszczenia zasad prowadzenia list oczekujących. W szczególności wskazywano na zasadność w rezygnacji z obowiązku prowadzenia list w rodzajach świadczeń, gdzie zarówno specyfika koszyka świadczeń jak i brak wymogu skierowania czyni tę listę niecelową (np. w rodzaju świadczeń stomatologicznych). W przypadku świadczeń, dla których nie istnieje wymóg skierowania, trudno w pełni odpowiedzialnie dokonać wpisu na listę oczekujących, gdy nie wiadomo, czy pacjent jest w ogóle uprawniony do danego świadczenia lub należycie do niego przygotowany.	Wyjaśnienia Zakres obowiązków świadczeniodawców dotyczących prowadzenia list oczekujących nie zostanie znacząco poszerzony. W chwili obecnej, obok listy, świadczeniodawcy prowadzą swoje harmonogramy przyjęć wszystkich pacjentów. Projektowana regulacja ma na celu ujednolicenie zasad prowadzenia tych harmonogramów, a także zwiększenie transparentności przyjmowania wszystkich kategorii pacjentów. Ponadto należy podkreślić, iż sam fakt braku skierowania na niektóre rodzaje świadczeń nie oznacza, że należy rezygnować z weryfikacji, czy pacjenci są przyjmowani zgodnie z kolejnością zgłoszeń i kryterium medycznym. Wpisanie na skierowaniu kryterium medycznego także nie oznacza, że zostało ono wpisane poprawnie. Dlatego przepisy prawa przewidują możliwość weryfikacji przez świadczeniodawcę kryterium medycznego wpisanego na skierowaniu. W przypadku braku skierowania za ustalenie kryterium odpowiada świadczeniodawca.
3.	Uwaga ogólna	Wojewoda Lubuski	W uośoz nie uwzględniono trybu postępowania w sytuacji, gdy świadczeniobiorca np. ze względu na: - znalezienie szybszego terminu u innego świadczeniodawcy, - wydłużenie terminu oczekiwania u	Wyjaśnienia W art. 20 ust. 10a-10d ustawy o świadczeniach, uregulowany został tryb postępowania związanego z

			świadczeniodawcy, - zaprzestanie wykonywania świadczeń przez świadczeniodawcę (urata kontraktu, zdarzenia losowe) zechce przenieść skierowanie do innego świadczeniodawcy. Proponuje się określenie trybu postępowania w sytuacji, gdy świadczeniobiorca zechce przenieść skierowanie do innego świadczeniodawcy (m.in. jak wyrejestrować skierowanie i zarejestrować je u innego świadczeniodawcy?	„przeniesieniem skierowania” w przypadku zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń przez świadczeniodawcę. Sytuacji jednak zaprzestania wykonywania świadczeń przez świadczeniodawcę nie można zrównać z przypadkami znalezienia szybszego terminu u innego świadczeniodawcy albo wydłużenia terminu oczekiwania. Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że ustawa przewiduje możliwość rezygnacji świadczeniobiorcy ze świadczenia u danego świadczeniodawcy – zgodnie z art. 20 ust. 9, świadczeniobiorca ma obowiązek poinformowania świadczeniodawcy o rezygnacji. Jest mu wówczas zwracane skierowanie papierowe/ zmieniający jest status skierowania elektronicznego w P1 i może się on zarejestrować u innego świadczeniodawcy.
4.	Uwaga ogólna	Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z o.o.	Proponowane rozwiązania zwiększą obowiązek <u>sprawozdawczy</u>. Mając na uwadze, że aktualnie funkcjonują co najmniej 4 formy sprawozdawczości dla każdej z list pacjentów oczekujących (w przypadku naszego podmiotu są to 134 listy oczekujących) na poszczególne świadczenia - nakładanie na świadczeniodawców obowiązku sprawozdawania kolejnych informacji w <u>znacznie rozszerzonym zakresie</u> - skutkować będzie koniecznością poniesienia <u>znacznych kosztów</u> związanych z modernizacją lub zmianą systemów informatycznych oraz dodatkowych kosztów pracowniczych. Dostosowanie systemów do gromadzenia i przetwarzania danych w zakresie	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.

		projektowanych wymagań, a następnie wdrożenie ich w życie jest procesem niezwykle pracochłonnym i czasochłonnym, wymagającym zaangażowania zwiększonych zasobów ludzkich (informatycy, pracownicy administracji, personel medyczny). Należy zwrócić uwagę, że co do zasady podstawową działalnością podmiotów leczniczych jest udzielanie świadczeń zdrowotnych - ratowanie życia i zdrowia, diagnozowanie i leczenie pacjentów. W naszej opinii proponowane zmiany prowadzą do nadmiernego uszczegółowienia, a w rezultacie do wzrostu biurokratyzacji w tym zakresie. Powadzenie harmonogramów przyjęć, w tak uszczegółowionej formie, będzie wymagać zatrudnienia dodatkowych osób do ich obsługi oraz będzie odbywać się kosztem czasu pracy lekarzy. Planowanie terminów udzielenia świadczenia już teraz odbywa się zgodnie z obowiązującymi zasadami to jest: w sposób zapewniający poszanowanie zasad sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń, jednak ostatecznie to lekarz przede wszystkim w oparciu o potrzeby zdrowotne pacjenta decyduje o terminie udzielenia świadczenia. Dodatkowo, dla przykładu w zakresie świadczeń stacjonarnych, w szczególności zabiegowych, poza potrzebami zdrowotnymi pacjenta wpływ na wyznaczony termin ma również rodzaj zabiegu oraz tzw. potencjał wykonawczy oddziału - personel, sprzęt. Trzeba mieć na uwadze, że mimo wszystko listy oczekujących na świadczenia zdrowotne nie są i nie mogą być stricte kolejką, w której każdy nowo zapisywany ustawiany jest na jej końcu. Zatem	
--	--	---	--

			położenie nadmiernego nacisku na ich prowadzenie zgodnie ze sztywnymi wytycznymi może doprowadzić do tego, że o terminie udzielenia świadczenia faktycznie zdecyduje miejsce na końcu kolejki a nie względy medyczne i rzeczywiste potrzeby zdrowotne pacjenta.	
5.	Uwaga ogólna	Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ	Mając na uwadze wprowadzenie obowiązku wynikającego z pkt 3 i pkt 4 art. 23b, który w części był realizowany w LOW NFZ do maja 2018 roku, tj. informowania pacjentów o zbliżającym się terminie udzielenia świadczenia, <u>konieczne będzie przygotowanie systemu informatycznego wspierającego działania Funduszu</u> . Projekt ustawy zakłada nie tylko poinformowanie samego pacjenta, który oczekuje w kolejce na świadczenia prowadzone w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, ale również późniejszy kontakt z pacjentem, w celu potwierdzenia czy odwołania wizyty.	Wyjaśnienia Systemy informatyczne NFZ będą wymagały odpowiedniego przygotowania. Z tego względu zaproponowano dłuższe vacatio legis, tj. przepisy wejdą w życie 1 lipca 2019 r.
6.	Uwaga ogólna	Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia	<u>Ilość obowiązków sprawozdawczych</u> , konieczność monitorowania harmonogramów, po wprowadzeniu nowych przepisów wykluczą jednoczesne udzielanie świadczeń zdrowotnych i konieczność ich sprostaniu. Podmiot leczniczy będzie musiał zatrudnić dodatkową osobę, co najmniej w średnim stopniu zaawansowaną informatycznie, do prowadzenia harmonogramów i sprawozdań. Problemem będzie nie tylko zatrudnienie dodatkowej osoby, ale <u>konieczność dosprzętowania podmiotu, wyposażenia w szybkie łącza internetowe (co nie jest możliwe w całej Polsce) oraz finansowanie bieżącego utrzymania całej struktury</u> . Projekt przewiduje nakładanie nowych zadań bez	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.

			wskazania źródeł finansowania, a tym samym jest przez nas negatywnie zaopiniowany.	
7.	Uwaga ogólna	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Zwracam uwagę, że <u>prowadzenie dwóch list oczekujących – jak to obecnie robi Narodowy Fundusz Zdrowia prowadząc listy oczekujących – osobno na świadczenia pilne (tryb pilny) i osobno na świadczenia planowe – jest sprzeczne z literą i duchem ustawy.</u> Zgodnie z zapisami art. 20 ust. 1a oraz 1b świadczeniodawca powinien prowadzić jedną listę oczekujących. Szczególnie w kontekście zapisów art. 20 ust. 5 oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661). Zgodnie z zapisem § 3 w/w rozporządzenia, cytuję: „Świadczeniobiorcę zakwalifikowanego do kategorii medycznej „przypadek pilny” umieszcza się na liście oczekujących przed świadczeniobiorcami zakwalifikowanymi do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.	Wyjaśnienia Jest tylko jedna lista oczekujących, na której umieszcza się zarówno pacjentów uznanych za przypadki pilne jak i stabilne. Wprowadzane przepisy nie zmieniają tej zasady.
8.	Uwaga ogólna	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Zwracam uwagę na fakt, iż każdy nowy pacjent „pilny” przesuwa w kolejce wszystkich pacjentów „stabilnych”. Podobnie każda nieobecność lekarza (urlop, zwolnienie lekarskie itp.). Jeśli mamy dookreślać w harmonogramie konkretny termin wizyty, to będziemy musieli bardzo często – nawet codziennie – informować wszystkich pacjentów o zmianie terminów. Będzie to bardzo kosztowne i będzie wprowadzało znaczne zamieszanie, bo pacjent przed wizytą otrzyma kilkadziesiąt informacji o zmianie terminu przyjęcia. Rozwiązanie bardzo kosztowne i kłopotliwe.	Uwaga uwzględniona Proponuje się dokonanie zmiany we wprowadzanym art. 19a ust. 4 pkt 2 oraz art. 20 ust. 8 ustawy o świadczeniach albo przez rezygnację ze sformułowania „każda zmiana” albo przez dookreślenie, że w przypadku świadczeń, na które jest długi czas oczekiwania, informacja o zmianie może następować w określonych przedziałach czasowych.

9.	Uwaga ogólna	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Projektowane zapisy ustawowe o prowadzeniu harmonogramu są sprzeczne z prawami pracowników wynikającymi z Kodeksu Pracy: pracownicy – w tym lekarze – mają prawo do zgłoszenia nieobecności (urlop na żądanie), do zwolnienia chorobowego, do urlopu okolicznościowego, szkoleniowego i wypoczynkowego. Harmonogramy NFZ (i projektowane rozwiązania ustawowe) nie pozwalają na planowanie takich urlopów. Co więcej – trudno planować takie przerwy w pracy (w harmonogramie) z kilkuletnim wyprzedzeniem.	Wyjaśnienia Proponowane zmiany nie są sprzeczne z Kodeksem pracy. Każdy świadczeniodawca organizuje pracę swoich pracowników w taki sposób, aby przestrzegać przepisów prawa powszechnie obowiązującego. Planując udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej konieczne jest branie pod uwagę również urlopów pracowników. Jest to jednak kwestia wewnętrznej organizacji świadczeniodawcy.
10.	Uwaga ogólna	Fundacja MY Pacjenci	E-skierowanie ma potencjał zmniejszania skali wizyt u specjalistów pod jednym warunkiem, niezawartym jednak w projekcie ustawy. E-skierowanie rozumiane jako przekierowanie pacjenta od lekarza POZ do lekarza specjalisty, <u>pozbawione funkcjonalności informacji zwrotnej od specjalisty do lekarza POZ</u> informującej o rozpoznaniu i wdrożonym leczeniu jest w istocie nie e-skierowaniem ale e-transferem. Rozwiązanie proponowane w projekcie ustawy cyfryzuje patologię polegającą na tym, że lekarze POZ odsyłają pacjentów na diagnostykę i leczenie do lekarzy specjalistów. Brak funkcjonalności informacji zwrotnej dla lekarza POZ utwierdza nas w przekonaniu, że wprowadzenie e-skierowania nie zmieni modelu współpracy między lekarzami POZ a specjalistami i tym samym nie odciąży lekarzy specjalistów i nie skróci kolejek do nich. E-skierowanie w proponowanym kształcie nie daje nadziei na zmniejszenie zapotrzebowania na wizyty u lekarzy specjalistów ponieważ nie zmienia modelu opieki i zwiększa zakresu opieki sprawowanej nad pacjentem	Wyjaśnienia Obowiązek przekazywania informacji zwrotnej od lekarza specjalisty do lekarza POZ wynika z § 12 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. <i>w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej</i>, który stanowi, że „<i>Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego leczący świadczeniobiorcę w poradni specjalistycznej jest obowiązany pisemnie informować kierującego świadczeniobiorcę lekarza ubezpieczenia zdrowotnego lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego oraz lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych, w</i>

			przez lekarzy POZ przy wsparciu specjalistów. Projekt ustawy nie wykorzystuje potencjału narzędzi e-zdrowia do dokonywania zmian systemowych a jedynie cyfryzuje obecne status quo. Defekt braku tej istotnej funkcjonalności e-skierowania należy wyeliminować.	<i>tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych.”</i> Dodatkowo, z dniem 1 stycznia 2019 r. powstanie obowiązek przekazywania takiej informacji zwrotnej w postaci elektronicznej, gdyż informacja ta została na podstawie rozporządzenia MZ zaliczona do Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM). Ponadto, od 2021 r. w wymianie EDM będzie pośredniczyła Platforma P1, która zapewni, że lekarz POZ będzie mógł na swój wniosek (a więc niezależnie od działania lekarza specjalisty) uzyskać dostęp do EDM, w tym do ww. informacji od lekarza specjalisty (oczywiście za zgodą pacjenta).
11.	Uwaga ogólna	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Konfederacja Lewiatan, Business Centre Club, Polskie Stowarzyszenie HL7 oraz Polska Izba Informatyki Medycznej – wspólne stanowisko	Konieczność uelastycznienia możliwości wystawiania i korzystania z e-skierowań, w sposób zorientowany na ciągłość opieki i wymagania ścieżki pacjenta. Zawężenie możliwości wystawiania e-skierowań do skierowań na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych (z nielicznymi wyjątkami) stanować będzie nieuzasadnione ograniczenie funkcjonalności systemu i ograniczenie dostępności pacjentów do e-zdrowia. Potrzeba zapewnienia interoperacyjności systemu e-skierowania, również poprzez uwzględnienie w planowaniu wdrożenia stanu standaryzacji i klasyfikacji usług w poszczególnych segmentach działalności medycznej;	Wyjaśnienia Proponowane rozwiązania nie zawężają możliwości wystawiania skierowań w postaci elektronicznej wyłącznie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto należy wskazać, że sama instytucja skierowań dotyczy przede wszystkim świadczeń finansowanych ze środków publicznych, gdyż w sytuacji gdy świadczenia nie są finansowane ze środków publicznych, w większości przypadków (z nielicznymi wyjątkami, które MZ planuje również ująć w SIM) nie jest

			Zapewnienie pełnej interoperacyjności e-skierowania jako samowystarczalnego elektronicznego dokumentu medycznego, obowiązującej także poza strukturami organizacyjnymi platformy P1.	konieczne dysponowanie przez pacjenta skierowaniem. Jednocześnie, proponuje się zmianę art. 59aa ust. 2 przez wprowadzenie upoważnienia ustawowego dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, w którym wskazany zostanie katalog skierowań wystawianych w SIM. Powyższe pozwoli również na doprecyzowanie, że skierowania, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach wystawiane są w postaci elektronicznej w ramach Systemu P1. Pozostałe skierowania (poza P1) mogą być natomiast wystawiane zarówno w postaci papierowej jak i elektronicznej. Rozwiązanie takie nie powoduje zatem ograniczenia dostępności pacjentów do e-zdrowia, a oderwanie skierowania wytworzonego w Systemie P1 od tego systemu jest na obecnym etapie realizacji projektu P1 niemożliwe również ze względów technicznych.
12.	Uwaga ogólna	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Konfederacja Lewiatan, Business Centre Club, Polskie Stowarzyszenie HL7	Jeśli w świetle Projektu ustawy skierowania inne niż wskazane w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej także mogą być formalnie wystawiane w postaci elektronicznej, to czy w praktyce będzie to systemowo wykonalne i na jakich zasadach? Aby świadczeniobiorca otrzymał informację o wystawionym skierowaniu, musi być ono bowiem zintegrowane z systemem P1. Czy w braku integracji możliwe będzie wystawienie e-skierowania? W konsekwencji czy w zależności od	Wyjaśnienia Każde skierowanie będzie mogło mieć postać elektroniczną, ale nie każde w chwili obecnej będzie obsługiwane w SIM. Numery identyfikujące skierowania dotyczą wyłącznie skierowań wystawianych w SIM.

		oraz Polska Izba Informatyki Medycznej – wspólne stanowisko	przyjętego modelu rozbudowy P1 może dojść do sytuacji, w której świadczeniodawca nie będzie mógł wystawić e-skierowania np. na badania laboratoryjne? Ponadto, czy okoliczność, że numer identyfikujący skierowanie w postaci elektronicznej może być nadawany przez system teleinformatyczny usługodawcy niezależnie od systemu P1 uniezależnia e-skierowania od systemu P1? E-skierowanie technicznie może oznaczać skierowanie w formie elektronicznej spełniające kryteria elektronicznej dokumentacji medycznej oraz skierowanie w formie elektronicznej niespełniające tych kryteriów, a zatem niestanowiące elektronicznej dokumentacji medycznej w rozumie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Jakie będą konsekwencje rozróżnienia tych dwóch form?	
13.	Uwaga ogólna	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej , Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Konfederacja Lewiatan, Business Centre Club, Polskie Stowarzyszenie HL7 oraz Polska Izba Informatyki Medycznej – wspólne stanowisko	Czy do systemu PI będzie mógł się podłączyć każdy świadczeniodawca, w tym niefinansowany ze środków publicznych, tak by móc wystawiać skierowania w formie elektronicznej?	Wyjaśnienia Podłączenie do systemu P1 nie jest uzależnione od udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Pojęcie usługodawcy definiuje art. 2 pkt 15 ustawy <i>o systemie informacji w ochronie zdrowia</i> , stanowiąc, że jest nim każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą.
14.	Uwaga ogólna	Pracodawcy Rzeczypospolitej	Uznajemy zatem za zasadne <u>wyraźne wskazanie w uzasadnieniu Projektu ustawy, że e-skierowania mogą</u>	Uwaga uwzględniona

		Polskiej , Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Konfederacja Lewiatan, Business Centre Club, Polskie Stowarzyszenie HL7 oraz Polska Izba Informatyki Medycznej – wspólne stanowisko	<u>być wystawiane w ramach świadczeń telemedycznych</u> - będzie to miało cenną wartość w zakresie edukowania i podnoszenia świadomości uczestników systemu ochrony zdrowia. Informacja o takiej możliwości będzie też pozytywnie odbierana przez samych pacjentów. W naszej ocenie telemedycyna powinna być także jak najszerszej wykorzystywana w ramach planowanego pilotażu e-skierowania. Pozwoli to w pełni uświadomić pacjentom korzyści z informatyzacji ochrony zdrowia - pacjent bez wychodzenia z domu będzie mógł skontaktować się z lekarzem i otrzymać e-receptę i e-skierowanie. Zbudowanie takiego poczucia korzyści wśród pacjentów bardzo pozytywnie wpłynie na odbiór działań na dalszych etapach tworzenia systemu e-zdrowia.	Uzasadnienie zostanie odpowiednio uzupełnione. Jednocześnie proponuje się doprecyzowanie przepisu zawartego w art. 59b ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach przez rozszerzenie „innej uzgodnionej postaci” informacji o wystawionym skierowaniu na sytuacje udzielania świadczeń za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Analogiczna zmiana zostanie zaproponowana w przepisach dotyczących e-recepty.
15.	Uwaga ogólna	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej , Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Konfederacja Lewiatan, Business Centre Club, Polskie Stowarzyszenie HL7 oraz Polska Izba Informatyki Medycznej – wspólne stanowisko	Postulat: w naszej ocenie <u>system harmonogramów przyjęć</u> powinien być od początku planowany jako <u>jeden spójny system zintegrowany z Platformą P1</u>. Zapewnienie interoperacyjności również w tym zakresie zapewni nie tylko większy komfort po stronie pacjenta, ale usprawni też monitorowanie list oczekujących, dostarczając danych umożliwiającących lepsze zarządzanie procesem udzielania świadczeń. Planowany system powinien też lepiej uwzględniać specyfikę udzielania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Cenną inicjatywą jest także wprowadzenie systemu powiadomień o terminie udzielenia świadczenia, w tym zakres uszczegółowione powinny jednak zostać kwestie dotyczące formy i komunikatu, tak by stosunkowo najniższym kosztem faktycznie docierały jak najłatwiej do jak największej liczby odbiorców.	Wyjaśnienia Obecny kształt Platformy P1 nie pozwala na stworzenie systemu harmonogramów przyjęć w zintegrowaniu z SIM.
16.	Uwaga ogólna	Naczelna Rada	W odniesieniu do przekazywania przez	Wyjaśnienia

		Pielęgniarek i Położnych	świadczeniodawców informacji o prowadzonych listach oczekujących na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz pierwszym wolnym terminie udzielenia tych świadczeń proponujemy <u>rozważenie możliwości, aby prowadzenie list oczekujących odbywało się w aplikacji oddziału wojewódzkiego Funduszu w czasie rzeczywistym</u> i wówczas OW Funduszu umożliwi świadczeniobiorcom wpisywanie się na listę na wizyty lub badania drogą elektroniczną oraz monitorowanie statusu na liście oczekujących, a także powiadamianie o terminie udzielenia świadczenia. Ponadto pozwoliłoby to oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu na weryfikację list oczekujących, powiadamiając pacjentów o zmniejszonym czasie oczekiwania u innego świadczeniodawcy.	Wprowadzenie proponowanego rozwiązania na wszystkie świadczenia nie jest możliwe.
17.	Uwaga ogólna	Departament Cyfryzacji w Urzędzie Marszałkowskim Woj. Kujawsko-Pomorskiego - Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego za pośrednictwem Biura Związku Województw RP	Nie ujęto roli platform regionalnych, co skutecznie odsuwa je na plan dalszy do roli pobocznej. Centralizacja wystawiania e-recept do pojedynczego systemu jest błędem, gdyż nie będzie możliwe budowanie węzłów na wypadek wszelkich awarii, czy choćby zmian w systemie. Nie ma nigdzie architektury rozwiązania, ale obecny kształt zapisów nie adresuje przynajmniej od strony idei kwestii utrzymania systemu w działaniu niezależnie od okoliczności.	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji
18.	Uwaga ogólna	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Wprowadzenie do przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych postanowień wskazujących, że wystawione skierowanie w postaci elektronicznej jest	Uwaga uwzględniona Proponuje się dodać przepis wskazujący na archiwizację e-skierowań w SIM.

			przechowywane w SIM. Z uwagi bowiem na propozycję uchYLENIA art. 14 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia brak będzie podstawy prawnej aby w SIM były przechowywane te skierowania. Wskazać w tym miejscu należy, że w zakresie recepty wystawionej w postaci elektronicznej w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne w art. 96a ust. 9a znajdują się już przepisy wskazujące, że Recepty w postaci elektronicznej są przechowywane w SIM.	
19.	Uwaga ogólna	Departament Cyfryzacji w Urzędzie Marszałkowskim Woj. Kujawsko- Pomorskiego - Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko- Pomorskiego za pośrednictwem Biura Związku Województw RP	Brak też jest jasnych zasad co do archiwizacji wystawionych e- skierowań, oraz zasad które zapewnią o tym, iż nie powtórzy się np. numeracja (indeks).	Uwaga uwzględniona Proponuje się dodać przepis wskazujący na archiwizację e-skierowań w SIM. Wyjaśnienia w kwestii nadawania numerów Zasady nadawania identyfikatorów zaproponowane w projekcie są analogiczne do zasad dotyczących e-recept. Usługodawca będzie mógł posługiwać się własnym systemem lub systemem udostępnionym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), a będącym modulem systemu P1 (Aplikacja Usługodawców i Aptek). W związku z tym w pierwszym przypadku identyfikator nadaje system usługodawcy i przekazuje e-skierowanie z identyfikatorem do P1. Natomiast w drugim przypadku ten identyfikator nadaje P1 i zapisuje e-skierowanie z tym identyfikatorem w P1. Stąd konieczność wskazania i

				rozgraniczenia, który system nadaje identyfikator, natomiast niezależnie od tego kto nadaje identyfikator to pewna konwencja jego budowy będzie wspólna, a numery nie będą mogły się powtórzyć.
20.	Uwaga ogólna	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Wprowadzenie obowiązku prawnego aby wszystkie wydawane przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego decyzje dotyczące wycofania z obrotu, wstrzymaniu w obrocie i ponownym dopuszczeniu do obrotu produktów leczniczych zawierały kod EAN. Wprowadzenie obowiązku prawnego umożliwi aby za pomocą platformy P1, poprzez powiązanie kodu EAN z numerem serii opakowania, była możliwość uniemożliwienia wydania pacjentowi produktu leczniczego objętego decyzją o wstrzymaniu w obrocie oraz dawały możliwość poinformowania pacjentów, którzy nabyli wskazane produkty przed wydaniem decyzji.	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji
21.	Uwaga ogólna	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Wprowadzenie informacji, że w wydruku informacyjnym e-recepty oraz e-skierowania mogą zostać zamieszczone kody QR.	Uwaga uwzględniona Przepisy dotyczące informacji o wystawionej receptce oraz o wystawionym skierowaniu zostaną odpowiednio doprecyzowane.
22.	Uwaga ogólna	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Rozszerzenie zakresu danych przetwarzanych w Centralnym Wykazie Usługobiorców, o którym mowa w art. 15 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, o adres zameldowania. Adres ten powinien być przekazywany z rejestru PESEL.	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji
23.	Uwaga ogólna	Pracodawcy Rzeczypospolitej	<u>Regulacja zakresu dokumentów objętych obowiązkiem prowadzenia w formie elektronicznej na poziomie</u>	Uwaga uwzględniona

		Polskiej , Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Konfederacja Lewiatan, Business Centre Club, Polskie Stowarzyszenie HL7 oraz Polska Izba Informatyki Medycznej – wspólne stanowisko	<u>rozporządzenia zapewnia większą elastyczność dla ewentualnych zmian</u> , które w uzasadnieniu Projektu ustawy zapowiada Projektodawca. Rozwiązanie takie zapewni też spójność systemową przepisów w tym zakresie - wykaz dokumentów tworzących elektroniczną dokumentację medyczną określany będzie na poziomie rozporządzeń.	Proponuje się zmianę definicji EDM zawartej w art. 2 pkt 6 ustawy o SIOZ, w taki sposób, że EDM stanowić będą: a) recepty b) dokumenty określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 13a ustawy o SIOZ c) skierowania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia Jednocześnie, proponuje się dodać upoważnienie ustawowe dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, o którym mowa w lit. c.
24.	Uwaga ogólna	Copernicus Podmiot Leczniczy Spółka z o.o.	Z uwagi na konieczność modyfikacji (rozszerzenia zakresu) lub ewentualnie zmiany aktualnie funkcjonującego u świadczeniodawców oprogramowania, <u>dostosowanie systemów informatycznych do zmian wprowadzanych konsultowanym projektem wiązać się będzie z dodatkowymi kosztami</u> . Wdrożenie ww. zmian ustawowych będzie generowało również dodatkowe koszty pracownicze.	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.
25.	Uwaga ogólna	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Do zastanowienia czy dla skierowań nie mogłoby być jak dla recept, czyli na podstawie wydruku następowałyby realizacja. Z naszej perspektywy tj. zapewnienia pacjentowi bezpieczeństwa i obsługi sytuacji awaryjnej dla systemu ale i dla usługodawcy jest to przydatne narzędzie. W innym wypadku może świadczenie się nie odbyć bo nie będzie można pobrać z P1 skierowania w razie problemów.	Uwaga nieuwzględniona W art. 20 ust. 2c ustawy o świadczeniach uregulowana została możliwość wykorzystania informacji o wystawionym skierowaniu w przypadku braku dostępu do Systemu P1.
26.	Uwaga ogólna	Federacja Związków Pracodawców	Ustawa nakłada <u>nowe obowiązki i koszty na świadczeniodawców (usługodawców)</u> , gdyż dostosowanie do nowych rozwiązań będzie wiązało się z	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o

		Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	zakupem/modernizacją posiadanych systemów komputerowych i oprogramowania. Wbrew zapisom projektu, nie można tego zrealizować bez kosztów. Federacja nie wyraża zgody na wdrażanie kolejnych etapów informatyzacji ochrony zdrowia bez zaplanowania środków finansowych dla podmiotów leczniczych, które mają realizować te zmiany. Dotychczas wprowadzana informatyzacja nie przyniosła bowiem oszczędności po stronie świadczeniodawców, co skutkuje tym, że ograniczane są, i tak zbyt małe, środki na profilaktykę i leczenie pacjentów.	świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.
27.	Uwaga ogólna	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Proponuję też <u>znowelizować zapisy dotyczące szczególnych uprawnień do przyjęcia poza kolejnością i bez skierowania</u> . Jeśli już wolą ustawodawcy było pominięcie kryteriów medycznych to może jednak – w związku z uproszczeniem procedur – wprowadzić dla wszystkich tych osób obowiązek posiadania skierowania? Dzięki temu lekarz POZ (kierujący) podejmie wstępną decyzję o kierunku leczenia (a nie pacjent samodzielnie) i otrzyma zwrotną informację dla lekarza kierującego. Przełoży się to na poprawę sytuacji zdrowotnej tych pacjentów i szybsze wdrożenie właściwego leczenia. Będą też zachowane dobrodziejstwa elektronicznego skierowania.	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji
28.	Uwaga ogólna	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Korzystając z okazji <u>zwracam uwagę na regulacje art. 20 ust. 3 oraz art. 20 ust. 10 ustawy</u> . Te zapisy pozwalają przepisać na inną listę oczekujących – z zachowaniem kolejności – świadczeniobiorców, którzy oczekiwali na przyjęcie ale nie zostali przyjęci z powodu np. zakończenia realizacji umowy. Brakuje podobnej regulacji dla pacjentów, którzy są „w trakcie leczenia”. Ci chorzy muszą ubiegać się o nowe skierowanie i	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji

		Wrocławiu	ustawiać na końcu kolejki. Taka regulacja ustawowa jest efektem „myślenia szpitalem” osób projektujących przepisy: pacjent, który już doczekał się operacji np. zaćmy, ma rozwiązany problem medyczny. W AOS jest odmiennie: pacjenci pozostają „w trakcie leczenia”. Jednak ustawodawca zapomina o nich. Podobnie jest z kwestią skali – koszty powiadomienia pacjentów o terminach są niewielkie w stosunku do cen świadczeń szpitalnych i bardzo znaczne w przypadku AOS. Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ utrzymuje stawki za leczenie na podobnym poziomie od 2009 r. Za wizytę kontrolną płaci niecałe 34 zł. Wzrost kosztów związany z nowymi obowiązkami – nawet o 1-2 zł na wizytę (koszt oprogramowania, sms-a, pracy, telefonów itp.) znacząco pogorszy sytuację ekonomiczną świadczeniodawców.	
29.	Uwaga ogólna	Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ	Dodatkowo system informatyczny NFZ powinien zostać zmodyfikowany w taki sposób aby wszelkiego rodzaju analizy pod kątem określenia terminowości przesyłanych danych, kompletności oraz rzetelności były możliwe do wykonania w sposób automatyczny. Nadmienić należy, że z uwagi na to, iż dane będą przesyłane znacznie częściej niż dotychczas oraz będą zawierać znacznie większą ilość informacji, dotychczasowe rozwiązania polegające na opracowaniu analiz i weryfikacji danych za pośrednictwem programu Excel nie będą możliwe do wykonania i będą wymagały znacznego zwiększenia nakładów pracy pracowników Oddziałów oraz zwiększenia ich liczby. Wprowadzenie nowego obowiązku, o którym mowa powyżej na pewno spotka się z niezadowolaniem świadczeniodawców, ponieważ każda Placówka będzie zmuszona zatrudnić dodatkowy	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych. Jednocześnie wskazać należy, że przepisy dotyczące harmonogramów przyjęć wejdą w życie z dniem 1 lipca 2019 r., co powinno zapewnić czas na dostosowanie systemu informatycznego NFZ.

			personel, który będzie odpowiadał za przekazanie raportów zarówno tygodniowych jak i przekazywanych w każdy dzień roboczy danej komórki organizacyjnej. Szczególnie dotyczy to świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie całodobowym, ponieważ w dniach wolnych od pracy pracownicy administracyjni, którzy nie wykonują swoich czynności będą zmuszeni do przekazania raportów do Oddziału Funduszu. W chwili obecnej Oddział już zaobserwował u niektórych świadczeniodawców problemy kadrowe w zakresie realizacji zadań dotyczących sprawozdawczości kolejkowej. Wprowadzenie nowych rozwiązań problem ten może pogłębić, co przełoży się z pewnością na terminowość i rzetelność przekazanych danych, które mogą w konsekwencji wprowadzić pacjentów w błąd, co z kolei negatywnie wpłynie na wizerunek zarówno NFZ jak i ogólną ocenę zmian systemowych dokonaną przez pacjentów. Nadmienić również należy, że rejestracja pacjentów jest prowadzona przez pracowników rejestracji zazwyczaj do późnych godzin wieczornych. Z kolei pracownicy administracyjni pracują zazwyczaj do godziny 15:00-16:00. Podobna sytuacja dotyczy rejestracji pacjentów na Oddziały Szpitalne w trybie planowym. Bardzo często kwalifikacja do zabiegów odbywa się już poza godzinami pracy komórek odpowiedzialnych za raportowanie danych do NFZ, ponieważ oceny tej dokonują lekarze specjaliści. Dlatego w ocenie Oddziału <u>wprowadzenie obowiązku sprawozdawczości z zakresu pierwszego wolnego terminu w każdy dzień roboczy będzie negatywnie odebrane przez świadczeniodawców.</u>	
--	--	--	--	--

30.	Uwaga ogólna	Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ w Lublinie	Zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczące list osób oczekujących opracowane przez MZ w projekcie z 5 października 2018 roku, <u>znacząco odbiegają od zmian, które przy współpracy z Oddziałami NFZ zaproponował Zespół ds. przygotowania propozycji zmian w zakresie prowadzenia list oczekujących, powołany w Centrali NFZ.</u> Istotą tych zmian było usprawnienie sprawozdawczości przekazywanej przez świadczeniodawców poprzez: - wprowadzenie <u>obowiązku prowadzenia terminarza na zakresy świadczeń i wybrane świadczenia w miejsce obecnych list</u> oczekujących do komórek organizacyjnych i na wybrane świadczenia. Pozwoliłoby to na rozwiązanie obecnych problemów z prowadzeniem listy oczekujących do komórki organizacyjnej, w której są realizowane różne zakresy świadczeń, ułatwiłoby dla potrzeb analitycznych zestawienie danych o osobach oczekujących z informacjami o realizacji świadczeń. Obecnie tego rodzaju analizy są bardzo utrudnione, - <u>rezygnację z publikowania średniego rzeczywistego czasu oczekiwania</u>. Najważniejszą informacją byłaby informacja o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia. - <u>zmianę zakresu danych o osobach oczekujących na świadczenia</u>. Komunikatem XML dotyczącym list osób oczekujących (LIO CZ) świadczeniodawcy sprawozdawaliby: co najmniej raz w tygodniu informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia (bez zmian w stosunku do obecnej sprawozdawczości), raz w miesiącu wykazy osób oczekujących na świadczenie (wszystkich oczekujących) oraz wykazy osób skreślonych z terminarza w ciągu okresu sprawozdawczego. W stosunku do obecnej	Wyjaśnienia w zakresie prac Zespołu Przywołane prace miały charakter roboczy, a ich wyniki nie stanowią oficjalnego uzgodnienia. Oficjalna propozycja zmian w zakresie list oczekujących zawarta jest w niniejszym projekcie ustawy. Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.
-----	--------------	--	---	---

			sprawozdawczości, rezygnacja z przekazywania przez świadczeniodawców liczby osób oczekujących, średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, liczby osób skreślonych ale rozszerzone o wszystkie osoby oczekujące na świadczenie niezależnie od powodu oczekiwania. Świadczeniodawcy nie musieli by dokonywać żadnych obliczeń a przekazywaliby wprost ze swoich terminarzy wykaz osób, o których mowa powyżej. - za pośrednictwem aplikacji AP-KOLCE świadczeniodawcy w czasie rzeczywistym przekazywaliby dla wybranych świadczeń informacje o osobach wpisywanych do terminarza oraz co najmniej raz w tygodniu informacje o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia. Przedstawione przez MZ zmiany nakładają na świadczeniodawców i NFZ dodatkowe obowiązki, które w obecnej sytuacji kadrowej będą bardzo trudne lub wręcz niemożliwe do spełnienia: - przekazywanie przez świadczeniodawcę informacji o PWT na koniec każdego dnia roboczego, - przekazywanie przez świadczeniodawcę informacji o PWT na koniec każdego dnia roboczego, - przekazywanie przez świadczeniodawcę w każdy pierwszy dzień tygodnia informacji o prowadzonych listach oczekujących, - Fundusz jest zobowiązany do kontaktu ze świadczeniobiorcami w celu potwierdzenia terminu udzielenia świadczeń. W przypadku gdy Fundusz otrzyma od pacjenta informację o niemożności stawienia się w danym terminie, jest on zobowiązany poinformować o tym świadczeniodawcę.	
--	--	--	---	--

			Podmioty realizujące umowy podnoszą, że wprowadzenie zaproponowanych rozwiązań spowoduje <u>dezorganizację pracy w działach administracyjnych, konieczność zatrudnienia dodatkowych osób do prowadzenia tylko sprawozdawczości kolejkowej</u>. Bardzo często przywoływany jest wątek gospodarowania środkami publicznymi przeznaczonymi na leczenie pacjentów, które lepiej przeznaczyć na dodatkowe świadczenia, zatrudnienie dodatkowego personelu itd. Rozmowy przeprowadzone z przedstawicielami świadczeniodawców jasno wskazują, że przekazywanie informacji o PWT codziennie jest organizacyjnie niewykonalne. W przypadku największego szpitala w Lublinie, zebranie informacji o pierwszym wolnym terminie zajmuje pracownikowi 4 godziny. W mniejszych podmiotach sprawozdawczość dotycząca PWT wraz z obowiązkiem przesłania raportu na koniec dnia roboczego oraz tygodniowa, stawia przed kierownictwem bardzo poważne problemy organizacyjne (wydłużenie czasu pracy, dodatkowe koszty itd.) Należy także wspomnieć, że kontrola codziennej sprawozdawczości dotyczącej PWT w OW NFZ, przy obecnym sposobie weryfikacji jest niemożliwa (brak rozwiązań informatycznych, ograniczone zasoby kadrowe). Świadczeniodawcy z terenu działania LOW NFZ przesyłają tygodniowo ok. 900 raportów dotyczących PWT oraz miesięcznie 1200 raportów dotyczących danych statystycznych, tj. 4800 miesięcznie. Zaproponowane zmiany zwiększą ilość raportów do weryfikacji do prawie 23 tys. miesięcznie. Weryfikacja poprawności przekazywanych danych, w szczególności czy świadczeniodawca przekazał	
--	--	--	---	--

			informacje o PWT na koniec dnia roboczego, <u>wymaga wdrożenia nowych rozwiązań informatycznych</u>. Uwzględniając możliwość codziennej modyfikacji harmonogramu udzielania świadczeń (także wstecznie), należy wprowadzić nowe sprawdzenia do procesu walidacyjnego, które umożliwią automatyczną publikację przedmiotowych informacji dla pacjentów. Należy wspomnieć, że systemy informatyczne świadczeniodawców nie umożliwiają wysłania raportu dotyczącego PWT automatycznie zgodnie z ustawionym wcześniej harmonogramem. System dziedziny LOW NFZ nie posiada także funkcjonalności pozwalającej na automatyczne logowanie na portalu i przekazywanie raportów. Z informacji przekazywanych w aplikacji AP-KOLCE wynika, iż w dzień roboczy termin na świadczenie opieki zdrowotnej ma wyznaczonych około 400-500 osób. Nałożenie na LOW NFZ obowiązku kontaktu z pacjentami w celu weryfikacji terminu udzielenia świadczenia, spowoduje konieczność stworzenia Call Center i zatrudnienia minimum 5 osób do wykonywania telefonów do pacjentów i świadczeniodawców. Każdy z pracowników musiałby wykonywać dziennie ok. 100 telefonów. Spowoduje to generację ogromnych kosztów i wprowadzi niesamowite zamieszanie na linii NFZ-pacjent-Świadczeniodawca	
31.	Uwaga ogólna	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II	<u>Dodatkowo należałoby zastanowić się nad rozwiązaniem problemu dot. przyjęć poza kolejnością pacjentów z niepełnosprawnością znaczną w ośrodkach opieki długoterminowej i hospicyjnej</u> 1. Taki podział w przypadku pacjentów obłożnie chorych	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji

			i umierających a tylko tacy są przyjmowani w opiece długoterminowej i paliatywnej jest niesprawiedliwy społecznie. 2. Wszyscy pacjenci przebywający w tego typu ośrodkach są osobami, którzy jeżeli nie posiadają to powinni posiadać orzeczenie o niepełnosprawności znacznej, różni ich jedynie to, że nie wszyscy zdążyli takie orzeczenie otrzymać, ze względu na szybki postęp choroby. 3. O charakterze tych ośrodków świadczy również to że są one zwolnione z opłat PFRON. 4. Personel bardzo często ma dylemat kogo przyjmować kiedy ma do wyboru między pacjentem posiadającym orzeczenie o niepełnosprawności znacznej, który powinien być przyjęty poza kolejnością a pacjentem nie posiadającym takiego orzeczenia (pomimo że powinien je posiadać) cierpiącym na bóle i inne uciążliwe objawy. 5. Nie możemy pacjentów z niepełnosprawnością znaczną przyjmować poza kolejnością ponieważ ze względu na charakter naszego zakładu, takich pacjentów posiadających orzeczenie jest stosunkowo dużo (hospicjum 33,3%, ZOL 25%, więc tworzy się dodatkowa kolejka. Chociaż jak nadmieniałam wcześniej wszyscy takie orzeczenie powinni mieć. 6. W sytuacji tak dużej liczby pacjentów z niepełnosprawnością znaczną pacjenci którzy z różnych względów takiego orzeczenia nie posiadają nie mają żadnych szans na przyjęcie .do naszego ośrodka.	
32.	Uwaga ogólna	Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ	W ocenie Oddziału <u>rozszerzenie zakresu obejmującego sprawozdawczość dotyczącą kolejek o dodatkowe informacje obejmujące kompletny harmonogram przyjęć oraz zwiększenie częstotliwości przesyłania raportów</u> wymaga przeprowadzenia działań mających	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.

			na celu znaczne zwiększenie wydajności przetwarzania danych przez systemy informatyczne NFZ.	Wyjaśnienia Systemy informatyczne NFZ będą wymagały odpowiedniego przygotowania. Z tego względu zaproponowano dłuższe vacatio legis, tj. przepisy wejdą w życie 1 lipca 2019 r.
33.	Uwaga ogólna	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność	Skierowanie proj. datą 5 .10.2018 i terminem do 11.0.2018r. narusza RAŻĄCO termin 21.dniowy jako minimalny okres na przedstawienie opinii przez organizacje związków zawodowych - co wynika z przepisów ustaw z 1991r.o związkach zawodowych. Należy przywrócić termin wynikający z tego przepisu.	Wyjaśnienia W dniu 5 października 2018 r. przekazana została zmodyfikowana wersja projektu ustawy <i>o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej</i> , która podlegała już konsultacjom z zachowaniem ustawowych terminów.
34.	Art. 1 pkt 1 (dot. zmienianego art. 96 w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne)	Konfederacja Lewiatan tożsama uwaga zgłoszona przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Łódzki Urząd Wojewódzki w Łodzi	W art. 1 pkt 1 projektu koniecznym wydaje się przyjęcie innej numeracji dodawanej jednostki redakcyjnej w art. 96 z uwagi na fakt, że ust. 1a już istnieje - został dodany na mocy nowelizacji z 20 lipca 2018 r.	Uwaga uwzględniona Uwaga redakcyjna

35.	Art. 1 pkt 1 (dot. zmienianego art. 96 w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne)	NFZ	W zakresie art. 1 projektu wprowadzającego zmiany do ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.): 1) postanowieniami projektowanego art. 1 pkt 1 dodaje się w art. 96a ust. 1a. Należy zauważyć, że taka jednostka redakcyjna już istnieje (dodana ustawą z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty (Dz. U. z 2018 r. poz. 697). Obowiązujący aktualnie art. 96a ust. 1a określa zakres danych wymaganych na receptce transgranicznej i podobnie jak ust. 1b, powinien być utrzymany w mocy w zw. z implementacją do polskiego porządku prawnego dyrektywy PE i Rady 2011/24/UE z 9.03.2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Ze względu na konieczność pozostawienia tego przepisu, należy zmodyfikować miejsce zamieszczenia proponowanej jednostki redakcyjnej.	Uwaga uwzględniona Uwaga redakcyjna
36.	Art. 1 pkt 1 (dot. zmienianego art. 96 w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne)	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	W art. 1. [...] Prawo farmaceutyczne [...] wprowadza się zmiany w art. 96 po ust. 1, gdzie dodaje się ust. 1a, ale w art. 96 PF istnieje już ust. 1a, zatem albo zastępujemy konkretny punkt/otrzymuje nowe brzmienie albo dodajemy kolejny o nowym oznaczeniu.	Uwaga uwzględniona Uwaga redakcyjna
37.	Art. 1 pkt 1 (dot. zmienianego art. 96 w ustawie z dnia 6	Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie farmacji szpitalnej za pośrednictwem	W art. 96 ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne istnieje art.96 ust.1a, zatem zapis w art.1 pkt 1 projektu winien brzmieć „ust.1a otrzymuje brzmienie”, albo należy dodać proponowaną treść pod innym numerem.	Uwaga uwzględniona Uwaga redakcyjna

	września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne)	Wojewody Małopolskiego		
38.	Art. 1 pkt 2 (dot. zmienianego art. 96b ust. 2 pkt 2 w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne)	NFZ	Proponuję uzupełnienie art. 96b ust. 2 pkt 2 poprzez dodanie zwrotu „albo w przypadku jego braku - serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość” – uzupełnienie przepisu zapewni zgodność z projektowanym art. 96a ust. 1a, w którym przewiduje się możliwość realizacji recepty z uwzględnieniem nr PESEL, a w przypadku jego braku - serii i numeru paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, zatem projektowany przepis powinien być uzupełniony o możliwość podania numeru i serii innego dokumentu do systemu niż PESEL.	Uwaga nieuwzględniona SMS jest co do zasady krótką wiadomością, która ma przekazać syntetyczne dane. Bieżący wzór SMS będzie zawierał informację o kodzie dostępu, dacie i czasie wystawienia skierowania oraz informację o wymagalności numeru PESEL.
39.	Art. 2 pkt 1 lit. b (dot. zmienianego art. 5 w zakresie pkt 32c w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Konfederacja Lewiatan	W art. 2 pkt 1 lit. b projektu - rozważenia wymaga zasadność dokonywanej zmiany z uwagi na obecne brzmienie tego punktu w ustawie; dodatkowo wracamy uwagę na niezgodność z Zasadami Techniki Prawodawczej w zakresie wskazania publikatora - został on już wskazany w pkt 32b lit. a zmienianego ustępu.	Uwaga nieuwzględniona Zmiana ma charakter legislacyjno-redakcyjny. W związku z uchyleniem w art. 5 pkt 32b (w którym po raz pierwszy wskazano ustawę <i>o systemie informacji w ochronie zdrowia</i> wraz z adresem publikacyjnym) należało przywrócić w pierwszym, najbliższym odesłaniu do ustawy <i>o systemie informacji w ochronie zdrowia</i> – adres publikacyjny tej ustawy. Stąd proponuje się nowe brzmienie pkt 32c – przy którym uwzględniono adres publikacyjny ustawy <i>o systemie informacji w ochronie zdrowia</i> .
40.	Art. 2 pkt 2 (dot.	NFZ	Rozważenia wymaga kwestia ewentualnego objęcia zasadami określonymi w tym przepisie <u>również innych</u>	Uwaga uwzględniona W art. 19a ust. 1 jak i art. 20 ust. 1

	zmienianego art. 19a ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		<u>świadczeń opieki pozaszpitalnej realizowanych w trybie stacjonarnym i całodobowym, tj. świadczeń rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej np. świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych w ośrodkach dziennych</u> , zgodnie z uwagą Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia, wyrażoną w piśmie znak IK.1442227.MM z 12 września 2018 r. Tego rodzaju zmiana wpłynęłaby porządkująco na system rejestrowania osób oczekujących na świadczenia i wyeliminowałby wątpliwości, czy świadczeniodawcy prowadzący obecnie listy oczekujących np. do zakładów/ośrodków rehabilitacji dziennej, zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej, zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych powinni nadal je prowadzić.	proponuje się określić zakres świadczeń jako: Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane [...]
41.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Art. 19a ustawy o świadczeniach zakłada uwzględnienia terminów w harmonogramach przyjęć tylko przez samego pacjenta lub ustawowego opiekuna. Duża grupa osoby starsze w imieniu których te działania prowadzi rodzina lub inne osoby byłyby wykluczone, tym samym funkcjonalność pełnomocników w IKP gdzie możemy nadać dostęp innej osobie do naszych skierowań nie przyniesie korzyści bo i tak nie będzie mogła w imieniu pacjenta zapisać go na świadczenie. Czy istnieje szansa na rozszerzenie zbioru ograniczonego tylko do danej osoby i jej opiekunów prawnych?	Uwaga uwzględniona Art. 19a ust. 4 oraz analogicznie art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach zostanie odpowiednio przeredagowany.
42.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 2 w ustawie z dnia	NFZ	Proponuję doprecyzowanie pojęć: świadczeniobiorca zgłaszający się po raz pierwszy do świadczeniodawcy oraz świadczeniobiorca kontynuujący leczenie. Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem można byłoby przyjąć, że pacjent tylko raz u świadczeniodawcy będzie	Uwaga nieuwzględniona W projekcie ustawy proponuje się następujące kategorie świadczeniobiorców:

	27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	pacjentem pierwszorazowym, niezależnie od tego, czy kolejny kontakt ze świadczeniodawcą będzie związany z tym samym czy innym schorzeniem i, czy będzie stanowił kontynuację wcześniej rozpoczętego świadczenia. Jeśli przykładowo pacjent zostanie skierowany do poradni otorynolaryngologicznej z powodu przewlekłego zapalenia migdałków, to wszystkie świadczenia realizowane w określonych przez specjalistę terminach powinny być traktowane jako kontynuacja leczenia. Jeśli pacjent po zakończonym leczeniu ww. jednostki chorobowej zostanie ponownie skierowany do poradni otorynolaryngologicznej z powodu np. zapalenia ucha, powinien być traktowany jako pacjent, który pierwszy raz się zgłasza do świadczeniodawcy. Trudno bowiem uznać go za kontynuującego leczenie i wyznaczyć mu termin zgodnie z planem leczenia, który nie został jeszcze określony, ponieważ nie odbyła się jeszcze pierwsza wizyta pacjenta, w czasie której lekarz specjalista zajął się zapaleniem ucha. <u>Należałoby zatem przyjąć, że pacjent pierwszorazowy to osoba rejestrowana pierwszy raz lub po raz kolejny, lecz w celu udzielenia nowego (kolejnego) świadczenia.</u> Jeśli pacjent po zakończeniu leczenia wraca do świadczeniodawcy (choćby z tą samą jednostką chorobową) powinien być traktowany jako pacjent zgłaszający się po raz pierwszy. Pacjent kontynuujący leczenie, to z kolei pacjent, który ma w ściśle ustalonych terminach wyznaczane kolejne etapy świadczenia (zgodnie z § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki	a) przyjęty na bieżąco - w przypadku świadczeniobiorcy, który otrzymał świadczenie w dniu zgłoszenia, z wyłączeniem świadczeniobiorcy, o którym mowa w lit. d i f, b) oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących c) oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego - w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12, d) uprawniony do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – ze wskazaniem podstawy tego uprawnienia, e) kontynuujący leczenie, f) przyjęty w stanie nagłym.
--	--	---	--

			zdrowotnej),	
43.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmieniającego art. 19a w zakresie ust. 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność	Należy doprecyzować pojęcie świadczeniobiorcy kontynuujący leczenie. W szczególności, jeśli nie zakończył jeszcze leczenia na daną chorobę np. zapalenie zatok przynosowych a posiada skierowanie na świadczenie związane z tym samym zakresem np. zapalenie krtani kontynuuje leczenie czy też będzie traktowany jako pacjent pierwszorazowy;	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji
44.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmieniającego art. 19a w zakresie ust. 2 pkt 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Konfederacja Lewiatan	W zakresie e-skierowań (art. 2 pkt 2 projektu - dodawany art. 19a ust. 2 pkt 3) wątpliwości budzi zasadność wprowadzanej kategoryzacji świadczeniodawców (6 różnych typów) i niezbędność przedmiotowej zmiany w kontekście efektywności i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych. W naszej ocenie jest to nadmierne obciążanie podmiotów leczniczych wprowadzaniem do systemu zbędnych informacji.	Wyjaśnienia Wprowadzenie kategoryzacji świadczeniobiorców ma na celu ujednolicenie zasad wyznaczania terminów udzielania świadczeń. W praktyce jednak jest to powszechny, nienazwany w chwili obecnej podział pacjentów.
45.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmieniającego art. 19a w	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki	Zgodnie z projektowanymi regulacjami [Art. 19a ust. 2] w harmonogramie utworzonym na okres od wejścia w życie nowelizacji ustawy do końca aktualnej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia świadczeniodawca	Wyjaśnienia Wprowadzenie harmonogramów przyjęć ma na celu ujednolicenie zasad

	zakresie ust. 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	umieści świadczeniobiorców zgodnie z następującą kolejnością: a. najpierw świadczeniodawca powinien określić rezerwę wolnych, pustych miejsc w harmonogramie dla pacjentów posiadających szczególne uprawnienia - będą to miejsca zarówno na wizyty pierwszorazowe jak i kontrolne [Art. 19a ust. 2 pkt 1b)], ponieważ istnieje obowiązek przyjęcia tych pacjentów w dniu zgłoszenia lub w terminie maksymalnie 7 dni roboczych od zgłoszenia, b. następnie świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie pacjentów kontynuujących leczenie - zgodnie z planem leczenia [Art. 19a ust. 2 pkt 2], c. jeśli pozostaną jakiegokolwiek wolne miejsca – świadczeniodawca winien umieścić w harmonogramie świadczeniobiorców zgłaszających się po raz pierwszy – zgodnie z kolejnością wynikającą z prowadzonej listy oczekujących, d. takie określenie priorytetów nakłada na świadczeniodawców ustawy obowiązek zapewnienia terminów wizyt kontrolnych (zgodnie z planem leczenia), co w konsekwencji uprawnia do nie wyznaczania jakichkolwiek terminów wizyt pierwszorazowych (za wyjątkiem osób posiadających szczególne uprawnienia) w przypadku braku wolnych miejsc w harmonogramie. To z kolei powoduje, że podział kontraktu stosowany przez NFZ na osobne limity punktów dla wizyt pierwszorazowych i kontrolnych staje się niezgodny z ustawą, ponieważ brak środków finansowych na wizyty kontrolne i przyjmowanie pacjentów „pierwszorazowych” będzie sprzeczne z wolą ustawodawcy.	wyznaczania terminów udzielania świadczeń dla różnych grup świadczeniobiorców. W praktyce jednak jest to powszechny, nienazwany w chwili obecnej podział pacjentów. Nie można zatem zgodzić się ze stwierdzeniem, że podział kontraktu stosowany przez NFZ na osobne limity punktów dla wizyt pierwszorazowych i kontrolnych staje się niezgodny z ustawą.
--	--	---	--	---

46.	Art. 2 pkt 2 i 4 (dot. zmienianego art. 19a i art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Świętokrzyskie Centrum Onkologii – Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego za pośrednictwem Biura Związku Województw RP	<u>Wycofanie wszystkich zapisów dotyczących prowadzenia wpisów do kolejek oczekujących dotyczących świadczeniobiorców innych niż pierwszorazowi.</u> Biorąc pod uwagę rozpiętość zakresu gromadzenia danych o kolejkach oczekujących (ŚCO w chwili obecnej zobligowane jest doprowadzenia 122 kolejek oczekujących, przy czym dla 5 komórek organizacyjnych konieczne jest prowadzenie 75 kolejek oczekujących), wskazane jest zrezygnowanie z wprowadzenia zapisów dotyczących świadczeniobiorców innych niż pierwszorazowi. Proponowane zmiany w projekcie w sposób drastyczny mogą utrudnić funkcjonowanie zakładów opieki zdrowotnej. Jako alternatywę należy rozważyć zmianę wytycznych do prowadzenia kolejek oczekujących poprzez ograniczenie świadczeniodawcom prowadzenia kolejek jedynie na daną komórkę organizacyjną, a nie tak jak jest w tej chwili na zakres świadczeń (np. dla Działu Chemioterapii ŚCO prowadzi 21 różnych kolejek oczekujących – 1 dla komórki organizacyjnej oraz 20 dla każdego programu lekowego)	Uwaga częściowo uwzględniona Listy oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, za wyjątkiem ich rozszerzenia na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, nie ulegają zmianom, tj. listy oczekujących wciąż dotyczyć będą pacjentów pierwszorazowych. Pozostali pacjenci będą natomiast uwzględniani w harmonogramach przyjęć. Już obecnie świadczeniodawca musi ustalać terminy dla wszystkich grup pacjentów, którym udziela świadczenia (pacjentów z listy, pacjentów z karta DILO, pacjentów kontynuujących leczenie). W przeciwnym razie nie byłoby możliwe odpowiednie zorganizowanie pracy świadczeniodawcy, który w pierwszej kolejności zapewnia dostęp do świadczeń pacjentom innym niż pierwszorazowi. Jednocześnie, proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.
47.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a w ustawie z dnia	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół	Projektowany art. 19a ust. 1 ustawy o świadczeniach stwierdza, że świadczenia mają być udzielane zgodnie z harmonogramem przyjęć prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Projekt ustawy nie	Wyjaśnienia Pojęcie harmonogramu przyjęć wprowadzone do ustawy o świadczeniach nie jest tożsame z pojęciem

	27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	definiuje pojęcia harmonogramu. Zatem sięgamy do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Tam w § 1 pkt 2 znajdujemy wyjaśnienie, że harmonogram, to wykaz, stanowiący załącznik do umowy, zawierający informacje dotyczące: a) dostępności miejsca udzielania świadczeń, b) personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej wraz z czasem jego pracy, c) sprzętu i aparatury medycznej. Taka konstrukcja projektu ustawy prowadzi do wniosku, że: 1) Skoro harmonogram dotyczy tylko okresu zawarcia umowy, to świadczeniodawca nie ma prawa wyznaczać terminów wykraczających poza harmonogram. Może to być kłopotliwe dla Pacjentów w końcowym okresie obowiązywania umów z NFZ. Za taką interpretacją przepisów przemawia analiza art. 20 ust. 3 oraz art. 20 ust. 10 ustawy. Wpis do harmonogramu zobowiązuje do udzielenia świadczenia, a tylko osoby wpisane na listę oczekujących mają możliwość przepisania się w określony ustawowo sposób na inną listę oczekujących. Osoby „w trakcie leczenia” nie mają takich uprawnień. Zatem wpisanie ich do harmonogramu na okres po zakończeniu umowy z NFZ nie jest możliwe. 2) Zgodnie z projektowanym zapisem Art. 20 ust. 4 ustawy lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanie się załącznikiem do umowy z NFZ?	harmonogramu określonym w § 1 pkt 2 załącznika do rozporządzenia ws OWU, o czym świadczy już różnica w nazwach. Ponadto harmonogram, o którym mowa w OWU to załącznik do umowy o udzielanie świadczeń, który określa m. in. personel oraz sprzęt. Nie może on być więc w żadnym zakresie pojęciem zbieżnym z harmonogramem przyjęć.
48.	Art. 2 pkt 2 (dot.	Centrum Medyczne	W kontekście zapisów art. 19a ust 2 pkt 1b i 2 proszę o określenie, czy intencją ustawodawcy jest dookreślenie,	Wyjaśnienia

	zmienianego art. 19a ust. 2 pkt 1b i 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	że prawo wynikające z art. 47c ust. 4 ustawy dotyczy wyłącznie świadczeń pierwszorazowych – a wizyty kontrolne powinny odbywać się w terminach wynikających z planu leczenia ustalonego przez lekarza, czy też uprawnienie do przyjęcia w dniu zgłoszenia dotyczy również wizyt kontrolnych?	Posiadanie przez pacjenta prawa do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej nie wyklucza podejmowania wobec takiego pacjenta działań wynikających z planu leczenia. Wizyty kontrolne powinny odbywać się w terminach wynikających z planu leczenia ustalonego przez lekarza.
49.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	W jakim trybie świadczeniodawca ma uzyskiwać zgodę świadczeniobiorcy na wpisanie w harmonogramie przyjęć zmiany terminu udzielenia świadczenia [Art. 19 a ust. 4 pkt 2)]? Co w sytuacji braku zgody świadczeniobiorcy na wpisanie odpowiednich danych do harmonogramu? Czy należy to traktować jako brak zgody na udzielenie świadczenia? Jak to dokumentować? Należy to dookreślić lub zastosować domniemanie zgody: „zgłoszenie się do świadczeniodawcy oznacza zgodę na dokonywanie wpisów ...”	Uwaga uwzględniona Art. 19a ust. 4 oraz analogicznie art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach zostanie odpowiednio przeredagowany.
50.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 pkt 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach	NFZ	W związku z tym, że w harmonogramie mają się znaleźć wszyscy pacjenci, którym udzielane są świadczenia do zaproponowanej listy kategorii świadczeniobiorców proponuję dodać dodatkową kategorię: „oczekujący DiLO – w przypadku świadczeniobiorcy wpisanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy”, z jednoczesnym wyłączeniem tych świadczeniobiorców z kategorii wskazanej w lit. a	Uwaga uwzględniona Art. 19a ust. 2 oraz w konsekwencji art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach zostanie odpowiednio przeredagowany.

	opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ustawy; w konsekwencji ewentualnego uwzględnienia tej uwagi należy dokonać stosownej nowelizacji ust. 1a w art. 20.	
51.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 pkt 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NIL	Wyodrębnianie w projektowanym art. 19a ust. 4 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych aż 6 kategorii pacjentów oczekujących na świadczenie opieki zdrowotnej jest nieracjonalne i niczym nieuzasadnione. Wiedza o powodach przyjęcia ze względów innych niż medyczne jest czysto statystyczna i obarczanie obowiązkiem gromadzenia takich danych wszystkich świadczeniodawców nie jest uzasadnione potrzebą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.	Wyjaśnienia Wprowadzenie harmonogramów przyjęć ma na celu ujednolicenie zasad wyznaczania terminów udzielania świadczeń dla różnych grup świadczeniobiorców. W praktyce jednak jest to powszechny, nienazwany w chwili obecnej podział pacjentów. Nie można zatem zgodzić się ze stwierdzeniem, że obarczanie obowiązkiem gromadzenia takich danych wszystkich świadczeniodawców nie jest uzasadnione potrzebą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Każda kategoria ma swoje uzasadnienie i nie jest zbierana w celach statystycznych. Pozwala na stworzenie pełnego obrazu dotyczącego wszystkich pacjentów przyjętych przez świadczeniodawcę: - wyodrębnienie osób posiadających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością – pozwala na weryfikację, czy ich prawo do otrzymania terminu poza kolejnością jest przestrzegane - osoby przyjęte w trybie nagłym - pozwala na ustalenie czy zasadne było udzielenie świadczenia osobie z listy, która otrzymała

				świadczenie w terminie wcześniejszym niż wynikający z listy, - osoby, które decydują się na późniejsze terminy, niż wynikające z listy obecnie zawyżają średni czas oczekiwania, mimo, że oczekują „na życzenie” a nie dlatego że jest kolejka.
52.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. a w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Zapis art. 19a ust. 4 punkt 3 lit. a) jest sprzeczny z innymi zapisami ustawy. Nie ma możliwości wpisania do harmonogramu wszystkich osób wpisywanych na listę oczekujących, ponieważ często okres oczekiwania jest dłuższy niż zakres czasowy obowiązywania harmonogramu (czyli do końca umowy z NFZ).	Wyjaśnienia Pojęcie harmonogramu przyjęć wprowadzone do ustawy o świadczeniach nie jest tożsame z pojęciem harmonogramu określonym w § 1 pkt 2 załącznika do rozporządzenia ws OWU. W związku z powyższym, nie jest konieczne wpisywanie do harmonogramu, o którym mowa w OWU wszystkich pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.
53.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. c w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność	Doprecyzować, czy pacjenci posiadający prawo do korzystania poza kolejnością (np. osoby represjonowane) pragną otrzymać świadczenie nie w trybie ich uprawnień tj. nawet w dniu zgłoszenia, ale np. poczekać na zakończenie urlopu lekarza ,którego wybrali, to czy wówczas powinni zostać zapisani na listę oczekujących z terminem jak osoby nieposiadające tych uprawnień i w jaki sposób odnosi się to do przepisu określonego pkt 3 lit. e uznać za rezerwującego świadczeniobiorcy, który wybierze późniejszy dzień udzielenia świadczenia niż proponowany przez świadczeniodawcę.	Wyjaśnienia Korzystanie przez pacjentów ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością jest uprawnieniem, a nie obowiązkiem. W związku z powyższym, osoby te mogą wybrać, tak jak każdy inny pacjent, późniejszy termin udzielenia świadczenia, niż w dniu zgłoszenia.

	ze środków publicznych)			
54.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. c w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Do kategorii posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej powinni być kwalifikowani świadczeniobiorcy posiadający odpowiednie uprawnienia, o ile czekają na udzielenie świadczenia. <u>Jeśli istnieje możliwość udzielenia im świadczenia w dniu zgłoszenia, wówczas powinni być zakwalifikowani jako przyjęci na bieżąco.</u> Będzie to bowiem miało przełożenie na liczbę osób oczekujących na świadczenia, która będzie publikowana przez Fundusz (vide dalsze uwagi). Doprecyzowania wymaga jak powinna być traktowana osoba z ww. uprawnieniami, jeżeli wybiera późniejszy termin niż ten zaproponowany przez świadczeniodawcę. Czy w takim przypadku rezygnuje ze swojego uprawnienia i powinna zostać wpisana na listę oczekujących z terminem udzielenia świadczenia wynikającym z kolejności zgłoszeń.	Wyjaśnienia Korzystanie przez pacjentów ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością jest uprawnieniem, a nie obowiązkiem. W związku z powyższym, osoby te mogą wybrać, tak jak każdy inny pacjent, późniejszy termin udzielenia świadczenia, niż w dniu zgłoszenia.
55.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. e w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach	Odrębnym rozważaniom prosimy poddać zagadnienie wprowadzenia kategorii świadczeniobiorców - rezerwujący, pod względem zasadności wyodrębnienia takiej kategorii kwalifikacji tej kategorii do grona osób zapisanych na listę oczekujących. Jedynie w przypadku wpisów na listę oczekujących drogą elektroniczną, jest możliwość stwierdzenia, że świadczeniobiorca dokonał samodzielnego wyboru terminu późniejszego niż pierwszy wolny termin. W obecnym stanie prawnym, świadczeniodawcy wpisują pacjenta na wizytę w pierwszym wolnym terminie, natomiast dopuszczalnych przesunięć tego terminu na późniejszy, dokonują na piśmie wniosek świadczeniobiorcy. Czynią to w dwóch przypadkach, tj. ze względów medycznych (np.	Uwaga uwzględniona Odstąpiono od wprowadzenia takiej kategorii świadczeniobiorców.

			świadczeniobiorca ma realizowane lub zaplanowane inne świadczenia medyczne w tym samym czasie) lub z uzasadnionych przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy (wyjazd, uroczystości w rodzinie i tp.). Zauważyć należy również, że w większości rodzajów i zakresów świadczeń, w sytuacji gdy świadczeniobiorca nie złoży pisemnej zgody na termin udzielenia świadczenia późniejszy niż wynika to z listy oczekujących, można uczynić zarzut wobec świadczeniodawcy, że działając na szkodę dla zdrowia świadczeniobiorcy, wyznaczył mu późniejszy termin niż wynika to z listy oczekujących. Świadczeniodawca może spotkać się także z zarzutem, iż wyznaczając późniejsze terminy dla niektórych świadczeniobiorców, rezerwuje on wolne terminy dla wybranych pacjentów, którym zamierza udzielić świadczenia poza kolejnością.	
56.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. e w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Wątpliwości rodzić może rozumienie projektowanego przepisu w zakresie uznania za rezerwującego, świadczeniobiorcy, który wybierze późniejszy dzień udzielenia świadczenia niż proponowany przez świadczeniodawcę. Jeśli natomiast wybierze późniejszą godzinę udzielenia świadczenia, ale tego samego dnia np. pacjentowi zaproponowano przyjęcie do poradni okulistycznej 15 listopada o godz. 10:00, natomiast pacjent poprosił o termin przyjęcia 15 listopada o godz. 16:30, wówczas będzie zakwalifikowany do kategorii oczekujący.	Wyjaśnienia Swobodny wybór godziny w ramach pierwszego wolnego terminu nie może powodować kwalifikowania pacjenta jako rezerwującego.
57.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia	Należy doprecyzować tryb dokonywania weryfikacji „wpisu dokonywanego drogą elektroniczną” bowiem przepis sugeruje, że to pacjent dokonuje wpisu do	Uwaga uwzględniona W art. 19a w ust. 7 ustawy o świadczeniach

	art. 19a ust. 5 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NSZZ Solidarność	harmonogramu, jeśli zgłosi się do świadczeniodawcy za pośrednictwem drogi elektronicznej.	zdanie drugie zostanie odpowiednio przeredagowane: „Zgłoszenia drogą elektroniczną są dokonywane w dowolnym czasie.”
58.	Art. 2 pkt 2 lit. g (dot. zmienianego art. 19a ust. 7 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Wojewoda Lubuski	Proponuje się w art. 19a ust. 7 zapis: „7. Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia w godzinach otwarcia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Ograniczenie to nie ma zastosowania w przypadku wpisów dokonywanych drogą elektroniczną.” U wielu świadczeniodawców jest rejestracja, która zwykle pracuje w innym/dłuższym przedziale czasowym, niż wynika to z harmonogramu pracy komórek organizacyjnych świadczeniodawcy, zgodnie z umową z NFZ (np.: przyjęcia prywatne). Świadczeniobiorca zamiast zarejestrować się np. rano musiałby czekać do popołudnia, gdy świadczeniodawca zaczyna udzielać świadczeń zgodnie z harmonogramem NFZ.	Uwaga uwzględniona W art. 19a w ust. 7 ustawy o świadczeniach zdanie drugie 2 zostanie odpowiednio przeredagowane: „Zgłoszenia drogą elektroniczną są dokonywane w dowolnym czasie.”
59.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II	Nie ma możliwości umieszczenia w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcy oczekującego na świadczenia opieki paliatywnej lub długoterminowej wyznaczając przy tym dokładny termin przyjęcia. Nie mamy możliwości określenia terminu zgonu pacjenta, po którym możemy dokonać przyjęcia następnego pacjenta. Dodatkowo w ZOL-u lub domowej opiece	Uwaga uwzględniona Harmonogram przyjęć będzie odnosił się do stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne. Ponadto proponuje się dodanie przepisu w

	świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		długoterminowej czas pobytu pacjenta jest bardzo długi, może trwać nawet kilka lat. Będą być może jakieś daty określone (jeżeli w projekcie ustawy nie zostaną dokonane zmiany) ale daty nie będą miały nic wspólnego z rzeczywistością.	brzmieniu: „ Świadczeniodawca może nie wpisywać terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń: 1) pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, 2) opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż udzielanych w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.”
60.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Zgodnie z zapisem projektowanego Art. 19a ust. 4 w powiązaniu z zapisami Art. 20 ust. 2 pkt 2. świadczeniodawca ma informować świadczeniobiorcę „w każdy możliwy sposób” o terminie wizyty i jego zmianie. Jak to ma być realizowane? Mamy wysłać sms, zadzwonić, napisać list i dać ogłoszenie do gazety? Proponuję ten zapis uszczegółowić. Proponuję, aby określić, że wystarczy wysłać sms pod wskazany numer telefonu komórkowego lub przeprowadzić rozmowę telefoniczną lub skontaktować się za pomocą poczty elektronicznej, a dopiero jeśli nie będzie to możliwe wysłać list.	Wyjaśnienia Sformułowanie „w każdy możliwy sposób” charakteryzuje się dużą elastycznością i nie wyklucza wysyłania sms, rozmów telefonicznych, poczty elektronicznej, a nawet listów. To rozwiązanie jest korzystniejsze dla świadczeniodawców niż „sztywne” określenie możliwych sposobów kontaktowania się ze świadczeniobiorcą. Dla większej przejrzystości sformułowanie to zostało zmienione na „w wybrany przez siebie sposób”.
61.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II	Wskazane byłoby określenie jak taka zgoda powinna wyglądać. Jednak należałoby się zastanowić czy taka zgoda w ogóle ma sens w sytuacji kiedy pacjent dostarcza skierowanie do świadczeniodawcy z oczekiwaniem na udzielenie świadczenia medycznego a jego udzielenie jest związane z konieczności wpisania na listę oczekujących.	Uwaga uwzględniona Art. 19a ust. 4 oraz analogicznie art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach w zakresie konieczności uzyskiwania zgody zostanie odpowiednio preredagowany.

	zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)			
62.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	W Art. 19a zupełnie pominięto świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym, dla których prowadzi się osobną listę oczekujących [Art. 20 ust. 12 i 13]. Należy dookreślić jaka powinna być kolejność wpisywania tych chorych. Zgodnie z wyżej opisaną kolejnością przyjęć zapewne powinno to nastąpić po osobach wpisanych zgodnie z planem leczenia i osobach posiadających szczególne uprawnienia. Tylko jaki jest stosunek pacjentów „onkologicznych” do pacjentów „pilnych”? Proszę to dookreślić, bo w przypadku konkurowania o to samo miejsce osoby z kolejki z kategorią „pilny” i osoby z kolejki „onkologicznej” musimy wiedzieć, kogo wpisać przed kim.	Uwaga częściowo uwzględniona Art. 19a ust. 2 oraz w konsekwencji art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach jako przyjęcie uwagi NFZ w zakresie dodania nowej kategorii świadczeniobiorców: „oczekujący DiLO, z jednoczesnym wyłączeniem tych świadczeniobiorców z kategorii wskazanej w lit. a oczekujący”, zostanie odpowiednio przeredagowany. Podkreślenia przy tym wymaga, że projekt nie wprowadza zmian odnośnie zasad prowadzenia list oczekujących dla osób z kartą DiLO.
63.	Art. 2 pkt 2 (dot. zmienianego art. 19a ust. 7 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Obecne brzmienie projektowanego przepisu może budzić wątpliwości w zakresie pojęcia „wpisów dokonywanych drogą elektroniczną”. Wpisów do harmonogramu może dokonać jedynie świadczeniodawca, świadczeniobiorca dokonuje zgłoszenia. Obecny przepis sugerować może, że to pacjent dokonuje wpisu do harmonogramu, jeśli zgłosi się do świadczeniodawcy za pośrednictwem „drogi elektronicznej”. W związku z tym, że listy oczekujących mają być częścią harmonogramu wydaje się, że w obecnym brzmieniu przepisu pacjent będzie mógł sam wpisać się na listę oczekujących. Zaznaczyć należy również, że zgodnie z obowiązującym art. 20 ust. 3 (niezmienianym przedmiotową nowelizacją)	Uwaga uwzględniona W art. 19a w ust. 7 ustawy o świadczeniach zd. 2 zostanie odpowiednio przeredagowane: „7. Wpisów do harmonogramu przyjęć dokonuje się każdego dnia co najmniej w godzinach otwarcia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zgłoszenia drogą elektroniczną dokonywane są w dowolnym czasie.”

			świadczeniodawca wpisując pacjenta na listę oczekujących zobowiązuje się do udzielenia danego świadczenia.	
64.	Art. 2 pkt 3 (dot. zmienianego art. 20 w zakresie ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Aktualność zachowują uwagi zgłoszone do art. 19a ust. 1 projektu. Ponadto należy zwrócić uwagę, że na liście oczekujących świadczeniobiorcy mają być umieszczeni według kolejności zgłoszenia. Na listę mają być wpisywani świadczeniobiorcy z dwóch kategorii: oczekujący i rezerwujący. Świadczeniobiorca rezerwujący może wybrać dużo późniejszy planowany termin udzielenia świadczenia. Kolejnej osobie zgłaszającej się do świadczeniodawcy powinien być zaproponowany najbliższy możliwy termin udzielenia świadczenia, tj. pierwszy wolny termin przypadający po terminach przyznanych osobom z kategorii oczekujący. W związku z powyższym proponuję dodać przepis regulujący powyższą kwestię. Przykładowo w poradni kardiologicznej ostatnia osoba wpisana na listę oczekujących z kategorii oczekujący ma wyznaczony termin udzielenia świadczenia na 21 listopada, natomiast ostatnia osoba z kategorii rezerwujący ma planowany termin udzielenia świadczenia na 18 grudnia. Kolejnemu zgłaszającemu się świadczeniobiorcy z kategorii oczekujący powinien być zaproponowany termin po ostatniej wpisanej na listę oczekujących osobie z kategorii oczekujący, tj. 21 lub 22 listopada (w zależności od harmonogramu pracy świadczeniodawcy i możliwości przyjęcia kolejnej osoby 21 listopada), a nie 18 grudnia,	Uwaga nieuwzględniona Już z definicji kategorii „rezerwujący” wynika jasno, że dotyczy ona świadczeniobiorców, którzy wybrali swobodnie późniejszy termin udzielenia świadczenia niż zaproponowany przez świadczeniodawcę jako pierwszy wolny termin. Brak jest jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, że kolejnej osobie zgłaszającej się po osobie, której zgłoszenie zostało zakwalifikowane na jej żądanie jako rezerwujący, zostanie zaproponowany nie pierwszy wolny termin, lecz termin po ostatniej osobie zaliczonej do kategorii rezerwujący.
65.	Art. 2 pkt 3 (dot. zmienianego art. 20 w	NFZ	Z projektowanego przepisu może wynikać dopuszczalność przekazania świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę informacji o planowanym terminie udzielenia świadczenia również ustnie. W takich	Uwaga częściowo uwzględniona Sformułowanie „w każdy możliwy sposób” charakteryzuje się dużą elastycznością i nie

	zakresie ust. 2 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	przypadkach świadczeniobiorca nie dysponuje potwierdzeniem, że został wpisany na listę oczekujących, co przede wszystkim będzie miało znaczenie przy odległych terminach udzielenia świadczenia. W związku z powyższym <u>proponuję, aby świadczeniodawca miał obowiązek informowania pisemnie lub drogą elektroniczną o terminie udzielenia świadczenia.</u> Ponadto projektowany przepis w brzmieniu „informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia oraz na żądanie pacjenta uzasadnia przyczyny wyboru tego terminu” może budzić wątpliwości dotyczące pozostawania w spójności z art. 42f ust. 5 pkt 1 w zw. z art. 42b ust. 9 oraz art. 42i ust. 6 ustawy o świadczeniach w ich aktualnym brzmieniu, a także § 2 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 1551) zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie wydawania zgody”. Art. 42f ust. 5 pkt 1 jak również art. 42i ust. 6 przewidują obowiązek dołączenia dokumentacji medycznej oraz pisemnej informacji, o której mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2 (...) do wniosku o wydanie przez dyrektora OW NFZ: 1) zgody na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej świadczenia opieki zdrowotnej zawartego w wykazie, o którym mowa w art. 42e ust. 1 ustawy o świadczeniach	wyklucza wysyłania sms, rozmów telefonicznych, poczty elektronicznej, a nawet listów. Dla większej przejrzystości sformułowanie to zostało zmienione na „w wybrany przez siebie sposób”. Odnosząc się natomiast do kwestii konieczności załączenia do wniosku o <i>zgody na zwrot kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE</i> pisemnej informacji o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej i terminie udzielenia świadczenia, proponuje się w art. 42f ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach powołać się na zaświadczenie wystawione przez świadczeniodawcę o wpisie na listę oczekujących, zamiast zmuszania wszystkich świadczeniodawców do wystawiania pisemnych informacji o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, w szczególności, że w praktyce część z nich takiej pisemnej informacji nie wystawia.
--	--	--	---

			albo 2) zgody na uzyskanie w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub w państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) świadczenia opieki zdrowotnej albo jego kontynuację, na zasadach wynikających z przepisów o koordynacji, a także na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia. Załączenie pisemnej informacji przewidzianej w art. 20 ust. 2 pkt 2 jest wymogiem formalno-prawnym, którego niezachowanie warunkuje możliwość prowadzenia postępowania administracyjnego w przedmiocie uzyskania przez pacjenta zgody na leczenie wydawanej przez dyrektorów OW NFZ. Analogiczne obostrzenia przewiduje § 2 ust. 5 rozporządzenia w sprawie wydawania zgody, który wskazuje, iż osoba składająca wniosek (...) przekazuje do oddziału Funduszu wnioski z wypełnioną częścią I.B, II, III i VI wraz z dokumentacją medyczną w zakresie objętym tym wnioskiem i pisemną informacją, o której mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2 ustawy, zwaną dalej „pisemną informacją”. Wobec powyższego w celu zachowania spójności przepisów oraz zapewnienia świadczeniobiorcom możliwości uzyskania wymaganej prawem dokumentacji niezbędnej w postępowaniach o wydanie zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ na leczenie o charakterze planowanym, gdzie przedmiotowa zgoda wydawana jest po zweryfikowaniu spełnienia tzw. przesłanki kolejkowej, <u>niezbędne jest dostosowanie powyższych przepisów lub zmiana projektowanego przepisu art. 20 ust 2 pkt 2.</u> Opcjonalnie dostosowanie może zostać zapewnione	
--	--	--	--	--

			przez szczegółowe uregulowanie ww. zagadnień w treści projektowanego art. 59aa,	
66.	Art. 2 pkt 3 (dot. zmienianego art. 20 w zakresie ust. 2 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność	Z przepisu wynika dopuszczalność przekazania przez świadczeniodawcę informacji o planowanym terminie udzielenia świadczenia też telefonicznie ustnie.	Wyjaśnienia Sformułowanie „w każdy możliwy sposób” charakteryzuje się dużą elastycznością i nie wyklucza wysyłania sms, rozmów telefonicznych, poczty elektronicznej, a nawet listów. Dla większej przejrzystości sformułowanie to zostało zmienione na „w wybrany przez siebie sposób”.
67.	Art. 2 pkt 3 (dot. zmienianego art. 20 w zakresie ust. 2a pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Art. 20 ust. 2a pkt 2 wskazuje na sytuacje w której dla pacjenta wygeneruje się kod tylko dla posiadającego PESEL, z kolei w art. 59b ust. 1 2) kod dostępu nie jest fakultatywny. Taki zapis dla recept jest jak najbardziej właściwy, ponieważ po pierwsze obcokrajowiec nie założy konta w IKP i tym samym nie ustawi nr telefonu aby otrzymać sms, po drugie w każdej aptece są czytniki kodów kreskowych i to taka realizacja, a nie podanie PESEL i PIN(4-cyfrowego kodu) będzie dominować. Skierowania o tyle sytuacja się różni, że duża liczba podmiotów nie ma czytników, a przy rejestracji na świadczenie i tak musi zapisać dane pacjenta w tym jego identyfikator, dlatego też <u>uważamy, że przekazywanie PESEL/inny id + PIN będzie najpowszechniejsze. Jeżeli tego nie dopuścimy oznaczać to będzie, że długi ciąg cyfr nieprzystosowane podmioty</u>	Wyjaśnienia Art. 20 ust. 2a pkt 2 zakłada, że pacjent może skorzystać z kodu dostępu oraz numeru PESEL (ewentualnie innego dokumentu) albo z klucza dostępu. Oba sposoby są możliwe.

			(bez czynników) będą musiały wprowadzać.	
68.	Art. 2 pkt 3 lit. c (dot. zmienianego art. 20 w zakresie ust. 2 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II	Nie możemy, informując pacjenta podać terminu przyjęcia. Jest to niewykonalne, ponieważ nie mamy wiedzy kiedy zwolni się miejsce, jak długo będzie trwać pobyt poprzedniego pacjenta, którego ukończenie jest warunkiem przyjęcia następnego świadczeniobiorcy. Podanie jakiegokolwiek terminu sprawi wiele problemów i nieporozumień z pacjentem lub jego rodziną.	Uwaga uwzględniona Harmonogram przyjęć będzie odnosił się do stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne. Ponadto proponuje się dodanie przepisu w brzmieniu: „Świadczeniodawca może nie wpisywać terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń: 1) pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, 2) opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż udzielanych w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.”
69.	Art. 2 pkt 3 lit. d (dot. zmienianego art. 20 w zakresie ust. 2a pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W art. 1 pkt 2 lit. a wprowadzającym nową treść pkt 2) w ust. 2a art. 20 ustawy o świadczeniach należy usunąć przecinek pomiędzy „kod dostępu” a „oraz numer PESEL” – te dane powinny być podawane łącznie w zamian za klucz dostępu. Aktualne treść sugeruje, że zawsze trzeba podawać numer PESEL łącznie z kluczem dostępu lub kodem dostępu. To zbędne namnażanie ilości przekazywanych danych. Aby zachować uniwersalność ustawy należy przewidzieć sytuację kiedy inny dokument potwierdzający tożsamość nie będzie posiadał łącznie serii i numeru.	Uwaga uwzględniona już w projekcie ustawy w wersji z dnia 5 października 2018 r.

70.	Art. 2 pkt 3 lit. f (dot. zmienianego art. 20 w zakresie ust. 2c w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Czy ust. 2c nie powinien odnosić się do dokonania wpisu na liście oczekujących, a nie w harmonogramie przyjęć?	Uwaga uwzględniona. Art. 20 ust. 2c zostanie przeredagowany.
71.	Art. 2 pkt 3 lit. g (dot. zmienianego art. 20 w zakresie ust. 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Wojewoda Lubuski	Proponuje się doprecyzowanie pojęć: • „HARMONOGRAM PRZYJĘĆ” Ponadto proponuje się wprowadzenie i zdefiniowanie następujących pojęć: • Harmonogram pracy – uzgodniony z NFZ i prowadzony przez NFZ plan pracy komórek i personelu świadczeniodawcy. • Rejestr przyjęć – prowadzony przez świadczeniodawcę terminarz przyjęć świadczeniobiorców (w ramach czasowych określonych w harmonogramie przyjęć) powinien zawierać.... • Przyjęcia – zobowiązanie świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w zakresie określonym w umowie z NFZ na finansowanie świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych. • Przyjęcia dzielą się: 1. Ze względu na zagrożenie dla zdrowia i życia	Uwaga nieuwzględniona Proponowane regulacje mają zbyt kazuistyczny charakter by umieszczać je na poziomie ustawy. Jednocześnie podkreślić należy, że nowe pojęcie „HARMONOGRAM PRZYJĘĆ” nie zastąpiło używanego w ustawie o świadczeniach pojęcia „LISTA OCZEKUJĄCYCH”. Lista oczekujących stanowić będzie po wejściu w życie przedmiotowych zmian tylko część harmonogramu przyjęć (proponowany art. 20 ust. 4).

			świadczeniodawcy na: a) nagłe, b) pilne, c) stabilne. 2. Ze względu na aktualność: a) aktualne (oczekujące na realizację) dawniej lista oczekujących b) nieaktualne - zrealizowane, mające w Rejestrze przyjęć odnotowany czas realizacji i personel realizujący - skreślone, mające w Rejestrze przyjęć odnotowany czas skreślenia, powód i personel skreślający c) powody skreśleń przyjęć w Rejestrze przyjęć: - rezygnacja świadczeniobiorcy (wycofanie skierowania na świadczenie) - niezgłoszenie świadczeniobiorcy - przekazanie świadczenia do innego świadczeniodawcy (zaprzestanie wykonywania świadczeń przez świadczeniodawcę...) 3. Przyjęcia w Rejestrze należy aktualizować : a) w oparciu o dane ze skierowań świadczeniobiorców na świadczenia wykonywane przez świadczeniodawcę w ramach umów świadczeniodawcy z NFZ b) w oparciu o uprawnienia świadczeniobiorców określonych w c) zgodnie z art. 19a ust. 2 lit. b d) z powodu zmian prawnych dotyczących świadczeń (zmiana zakresu i wielkości umowy z NFZ) realizowanych przez świadczeniodawcę. W proponowanej nowelizacji występuje nowe pojęcie „HARMONOGRAM PRZYJĘĆ”, które w większości	
--	--	--	---	--

			przypadków zastąpiło używane w dotychczasowej uośoz pojęcie „LISTA OCZEKUJĄCYCH”. W nowelizacji występuje zatem pojęcie HARMONOGRAM PRZYJĘĆ zarówno w starym znaczeniu LISTA OCZEKUJĄCYCH jak i nowym szerszym znaczeniu, na co wskazują proponowane zmiany w art.20 ust. 4: Proponowane zmiany usystematyzowałyby poszczególne pojęcia i pozwoliłyby na zrezygnowanie z używania pojęcia „listy oczekujących”.	
72.	Art. 2 pkt 3 lit. h (dot. dodawanego ust. 10fa w art. 20 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Zgadzając się z zasadą, że pacjent powinien leczyć się tylko w jednej poradni specjalistycznej danego rodzaju Federacja zwraca uwagę na niedoskonałości zaproponowanych regulacji. Pacjent otrzymuje skierowanie do poradni a już kiedyś gdzieś się leczył i nawet o tym nie pamięta – <u>brak możliwości zakończenia leczenia i odblokowania możliwości korzystania z innej poradni.</u> W systemie funkcjonują poradnie o specyficznych nazwach, projekt nie rozstrzyga czy np. pacjent z padaczką będzie mógł się leczyć jednocześnie w poradni neurologicznej i poradni leczenia padaczki, albo pacjent z podejrzanym znamieniem barwnikowym będzie mógł korzystać jednocześnie z poradni dermatologicznej, chirurgicznej, onkologicznej i chirurgii onkologicznej. Zapis: „na takie samo świadczenie opieki zdrowotnej” jest zbyt ogólny. Przykładowo pacjent u wybranego przez siebie chirurga leczony z powodu wrastającego paznokcia, czy zmiany barwnikowej, doznaje urazu i teraz uraz wolałby leczyć bliżej domu u innego chirurga – czy tak będzie można, czy nie? Czy aby leczyć uraz będzie musiał zakończyć leczenie u tego poprzedniego?	Wyjaśnienia Zgodnie z art. 20 ust. 10 ustawy o świadczeniach również w chwili obecnej w celu otrzymania danego świadczenia pacjent może wpisać się wyłącznie na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Propozycja regulacji w art. 20 ust. 10fa stanowi jedynie doszczegółowienie ww. obowiązującego przepisu w kontekście uruchomienia skierowań w postaci elektronicznej wystawianych w SIM. Funkcjonowanie poradni o różnych nazwach również nie może mieć wpływu na możliwość zapisania się na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej.
73.	Art. 2 pkt 3 lit. h	NFZ	Z zaproponowanego brzmienia przepisu można	Uwaga uwzględniona

	(dot. dodawanego ust. 10fa w art. 20 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		wywnioskować, że świadczeniobiorca będzie mógł otrzymać więcej niż jedno skierowanie na takie samo świadczenie od jednej osoby uprawnionej do jego wystawienia, co budzi wątpliwości.	Proponuje się przeredagowanie art. 20 ust. 10fa ustawy o świadczeniach poprzez usunięcie sformułowania „ <i>od więcej niż jednej osoby uprawnionej do wystawiania tych skierowań</i> ”.
74.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach	Projekt ustawy o zmianach wprowadza w ustawie o świadczeniach po zmianach przepis art. 19a, w którym ust.4 pkt 3 określa kategorie świadczeniobiorców. Świadczeniobiorcy oczekujący (lit. a) i rezerwujący (lit. e) umieszczani są na listach oczekujących (wynika to z art. 20 ust.1a ustawy o świadczeniach po zmianach). Pozostali świadczeniobiorcy wpisani są w harmonogramie przyjęć i nie są uwzględniani na listach oczekujących. W art. 23 ustawy o świadczeniach po zmianie, w ust. 1 pkt 2 z danych sprawozdawczych przekazywanych do NFZ nie wyłączono lit. e dot. rezerwujących. Z powyższego wynikałoby, że świadczeniodawcy mieliby obowiązek przekazywania danych wymienionych w art.23 ust.1 lit a) i c) - bez podziału na kategorie (oczekujący i rezerwujący) i po raz drugi tych samych danych o osobach rezerwujących wymienionych w art.23 ust. 2 lit a) i c), które dostarczane byłyby w podziale na kategorie wraz z innymi danymi sprawozdawczymi. Pozyskiwanie danych od świadczeniodawców, wymienionych w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach po zmianach, bez podziału na	Uwaga uwzględniona Art. 23 ust. 1 zostanie odpowiednio przeredagowany.

			kategorie (oczekujący i rezerwujący), stwarza konieczność dodatkowego obciążenia pracą świadczeniobiorców, NFZ i systemów informatycznych. Dla celów analityczno-sprawdzających zasadne wydaje się również wprowadzenie obowiązku przekazywania do NFZ terminu udzielenia świadczenia przypisanego osobom na listach oczekujących, a nie tylko imienia, nazwiska i nr PESEL (konieczna byłaby zmiana art.23 ust. 1 pkt 1 lit. a ustawy o świadczeniach po zmianach). W związku z powyższym prosimy o rozważenie wprowadzenia zmiany w art. 23 ustawy o świadczeniach po zmianach: - w ust. 1 poprzez wykreślenie słowa „informację” - w ust. 1 pkt 1 poprzez nadanie mu brzmienia: „1) informację, odrębnie dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust.4 pkt 3 lit a i e, o prowadzonych listach oczekujących na udzielenie świadczenia, z wyłączeniem listy oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art.20 ust. 12, obejmującą:” , - w ust. 1 pkt 1 lit a poprzez nadanie mu brzmienia: „a) dane o których mowa w art.20 ust.2 pkt 3 lit. c, d i h, dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień tygodnia poprzedzającego,” - w ust. 1 pkt 2 poprzez nadanie mu brzmienia: „2) odrębnie dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust.4 pkt 3 lit. b-d i f:” .	
75.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 ust. 1 w	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego	Proponowane w projekcie brzmienie zdania wstępnego w art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych :	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do

	ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Funduszu Zdrowia	„Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, przekazuje w każdy pierwszy dzień tygodnia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informacje:”, zmienić na: „Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, <u>przekazuje w każdą środę, bądź w przypadku gdy ta wypada w dzień ustawowo wolny od pracy w najbliższym po środzie dniu niebędącym dniem ustawowo wolnym do pracy</u>, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informacje: ”. Uwaga ta wynika z wieloletnich doświadczeń Oddziału Funduszu i historii zmian przepisów w zakresie sprawozdawczości dokonywanej przez świadczeniodawców co najmniej raz w tygodniu. Proponowane zapisy wydają się nawiązywać do przepisów regulujących sprawozdawczość pierwszego wolnego terminu obowiązujących do dnia 30 czerwca 2017 roku, które rodziły niezliczone problemy interpretacyjne po stronie świadczeniodawców. Uzasadnia ją obawa, że wymagalność danych pozyskiwanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu, ustalona na pierwszy lub ostatni dzień tygodnia, a w przypadku informacji o pierwszym wolnym terminie dookreślanego jako dzień roboczy, bez doprecyzowania czy chodzi o dzień roboczy w rozumieniu Kodeksu Pracy, harmonogramu czasu pracy podmiotu świadczeniodawcy czy wreszcie harmonogramu czasu pracy miejsca udzielania świadczeń, w ramach którego prowadzony jest harmonogram i lista oczekujących, rodzi po stronie świadczeniodawców Oddziału Funduszu	OW NFZ w cyklach miesięcznych.
--	--	-------------------------	--	--------------------------------

			szereg wątpliwości interpretacyjnych. Powyższe sprawia najwięcej problemów, gdy konieczne jest zbadanie dotrzymania terminów w przedmiotowej sprawozdawczości. W związku z powyższym, w oparciu o kilkuletnie doświadczenie Oddziału Funduszu w przedmiocie oceny dopełnienia obowiązku sprawozdawczego z dotrzymaniem ustalonego terminu, proponuje się ustalenie środy jako dnia na przekazanie informacji ze stanem na ten sam dzień, z uwzględnieniem możliwej sytuacji, gdy środa wypadnie w dzień ustawowo wolny od pracy. Wybór „środkowego” dnia tygodnia wynika co najmniej z dwóch powodów: a) zdecydowana większość świadczeniodawców udziela świadczeń w środy, w przeciwieństwie do poniedziałków, gdy indywidualne praktyki lekarskie często nie pracują - eliminuje się tym samym nakładanie wymogu przekazania danych w dniu, w którym podmiot w całości lub w konkretnym miejscu udzielania świadczeń tych nie udziela, b) stan danych na ostatni dzień tygodnia, biorąc pod uwagę różne tryby w jakich udzielane są świadczenia medyczne (stacjonarnym, otwartym), bywa różny u różnych świadczeniodawców (ostatni dzień udzielania świadczeń wypada najczęściej pomiędzy czwartkiem a niedzielą), natomiast poza nielicznymi możliwymi wyjątkami, wszystkie podmioty udzielają świadczeń w środę (tj. „według stanu na dzień przekazania”).	
76.	Art. 2 pkt 4 lit. a (dot. zmienianego art. 23 ust. 1 i 2	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność	<u>Przekazywanie przez świadczeniodawcę danych o osobach oczekujących co tydzień może nadmiernie obciążyć w zakresie sprawozdawczości świadczeniodawców</u> tak jak określone w ust. 4	Uwaga uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do

	w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		przekazywanie informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia <u>na koniec każdego dnia</u> a dane zostaną wyświetlone informatorze o kolejach oczekujących najwcześniej po 1-2 dniach i będą postrzegane jako nieaktualne.	OW NFZ w cyklach miesięcznych.
77.	Art. 2 pkt 4 lit. a (dot. zmienianego art. 23 ust. 1 i 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Ust. 1 i 2 <u>nie jest jasny cel przekazywania przez świadczeniodawcę danych co tydzień</u> . Należy zauważyć, że są świadczeniodawcy, którzy nie realizują świadczeń w pierwszy dzień tygodnia, zatem nie mogliby wywiązywać się z ww. obowiązku. Jeśli mieliby sprawozdawać dane w pierwszy dzień roboczy pracy komórki organizacyjnej, okazałoby się, że nie każdy świadczeniodawca określałby dane według takiego samego stanu (np. część pracuje od poniedziałku do piątku, część od wtorku do czwartku). Wówczas dokonywanie jakichkolwiek analiz mogłoby być istotnie utrudnione, bowiem w jaki sposób powinna być określona w analizach liczba osób oczekujących (według jakiego stanu danych). Dodatkowo świadczeniodawca byłby zobowiązany go przekazywania danych dotyczących różnych list oczekujących/harmonogramów przyjęć w różnym czasie w zależności od pracy komórki organizacyjnej. Ponadto, niejasne jest, jaki byłby cel pozyskiwania informacji o zmianie w ciągu miesiąca kategorii osoby umieszczonej w harmonogramie np. zmiana kategorii z oczekujący na rezerwujący. <u>Zaproponowana sprawozdawczość świadczeniodawców wydawać się może nadmiarowa i może stanowić dodatkowe obciążenie dla świadczeniodawców</u> . Liczbę	Uwaga częściowo uwzględniona: Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.

			świadczeniobiorców, którym udzielono świadczenia w danym miesiącu można ustalić na podstawie przesyłanych przez świadczeniodawców raportów statystycznych. <u>Ponadto konieczna będzie dodatkowa weryfikacja danych po stronie Funduszu.</u> Proponuję zatem, aby świadczeniodawcy co miesiąc przekazywali do oddziału wojewódzkiego Funduszu informację o prowadzonych harmonogramach przyjęć i wchodzących w ich skład listach oczekujących, z wyłączeniem list oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 12, obejmującą: - dane według stanu na ostatni dzień miesiąca o osobach umieszczonych w harmonogramie przyjęć z oznaczeniem kategorii, o których mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 oraz kategorii medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2, odnoszących się do świadczeniobiorców z kategorii oczekujący i rezerwujący (na tej podstawie będzie można określić strukturę przyjęć, liczbę osób zakwalifikowanych do poszczególnych kategorii, dane te mogłyby być wykorzystywane przy planowaniu potrzeb zdrowotnych), - dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 (należałoby przewidzieć, że świadczeniodawcy będą mieli obowiązek w przypadku każdej osoby, której udzielono świadczenia podania kategorii, o których mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 oraz kategorii medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 2, odnoszących się do świadczeniobiorców z kategorii oczekujący i rezerwujący wraz z podaniem dat umieszczenia w harmonogramie/na liście oczekujących, skreślenia z harmonogramu/listy oczekujących. Na tej podstawie Fundusz mógłby obliczać średnie czasy	
--	--	--	--	--

			oczekiwania według określonych w przepisach wzorów, jednocześnie świadczeniodawcy zostaliby zwolnieni z przekazywania danych, które z kolei powinny podlegać weryfikacji przez Fundusz. Zrealizowany zostałby postulat świadczeniodawców dotyczący ograniczenia danych przekazywanych do Funduszu różnymi kanałami.	
78.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Lubuski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia	Zgodnie z art. 23 ust. 1 i 4 projektu nastąpi <u>zwiększenie zakresu przekazywanych Funduszowi informacji o listach oczekujących oraz częstotliwości ich raportowania</u> . Dane te będą wymagały weryfikacji ze strony NFZ, aby między innymi dane publikowania w Informatorze o Terminach Oczekiwania były najlepszej jakości. Działania te wymagają rozwoju i dostosowania systemu informatycznego.	Uwaga uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.
79.	Art. 2 pkt 4 lit. b (dot. zmienianego art. 23 ust. 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II	Nie jesteśmy w stanie informować pacjenta 2 dni wcześniej o wyznaczonym terminie, ponieważ po pierwsze trudno jest wyznaczyć wcześniej termin przyjęcia a po drugie przyjęcia dokonywane są szybciej zazwyczaj już dnia następnego, po zwolnieniu się miejsca. Oczekiwanie do 2 dni znacznie wydłuży kolejkę oczekujących pacjentów.	Uwaga uwzględniona Proponuje się w art. 23b ust. 1 usunąć terminy (nie później niż 5 dni i 2 dni). Jednocześnie, proponuje się dodać w art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach regulację ułatwiającą świadczeniodawcom określenie zasad informowania kolejnych świadczeniobiorców o zwolnionym miejscu na liście oczekujących na skutek rezygnacji innego świadczeniobiorcy.

80.	Art. 2 pkt (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie toksykologii klinicznej za pośrednictwem Wojewody Małopolskiego	-świadczeniodawca będzie obciążony zatrudnieniem dodatkowych osób, które będą na bieżąco monitorowały ruch pacjentów i wykonywały sprawozdawczość na potrzeby NFZ, -narzucenie świadczeniodawcy zbyt wnikliwej kontroli NFZ nad dostępem do świadczeń nie doprowadzi do istotnej poprawy w tym zakresie, -proponowana w projekcie ustawy modyfikacja przepisów dotycząca skierowań zawiera pozytywne aspekty jak np. kontrolę nad listą oczekujących na poszczególne świadczenia zdrowotne. Według Konsultanta wielość odniesień zawartych w proponowanych zapisach powoduje, że zrozumienie ich jest utrudnione.	Uwaga uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.
81.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Odnosnie art. 2 pkt 4 projektu - zwracamy uwagę, iż proponowane <u>zmiany dotyczące zwiększenia częstotliwości sprawozdawczości</u> (tj. zmiany w art. 23 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach) <u>wiążą się z ok. pięciokrotnym zwiększeniem liczby danych cząstkowych przekazywanych przez świadczeniodawców do Oddziałów Wojewódzkich NFZ</u>. Z kolei pięciokrotne zwiększenie liczby tych danych sprawi, że znacząco utrudniona lub wręcz niemożliwa stanie się ich bieżąca weryfikacja przez Oddział. Dla przykładu, Opolski OW przyjmuje obecnie dane sprawozdawcze dla ok. 1700 komórek organizacyjnych łącznie 5 razy w miesiącu (1 raz w miesiącu dane statystyczne oraz 4 razy dane o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia). Projektowane zmiany zwiększyłyby liczbę pozyskiwanych danych do 25 razy miesięcznie (4 razy dane statystyczne oraz 21 razy dane o pierwszym wolnym terminie).	Uwaga uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.

			Prawdopodobne jest wobec tego znaczące pogorszenie wskaźnika skuteczności spływu danych, co w połączeniu z utrudnioną ich weryfikacją będzie prowadziło do ogólnie gorszej jakości i poprawności pozyskiwanych informacji. Powyższe zaś może znacząco utrudnić prowadzenie analiz danych pozyskiwanych od świadczeniodawców - w szczególności zakres danych statystycznych zawężony do 1 tygodnia nie pozwoli na precyzyjne porównywanie okresów sprawozdawczych tak, jak ma to miejsce obecnie przy okresie sprawozdawczym równoważnym 1 miesiącowi -nie można bowiem dla celów statystycznych przyjąć, iż miesiąc równy jest 4 (28 dni) lub 5 (35 dni) tygodniom. Nie bez znaczenia jest fakt, że zmiana zwielokrotniałaby wartość kosztów zasobów ludzkich niezbędnych do zaangażowania po stronie świadczeniodawcy ale także po stronie NFZ, bez żadnej gwarancji wartości dodanej w postaci wzrostu jakości danych czy ich wiarygodności. <u>Nie przedstawiono żadnych wyliczeń w zakresie celowości i kosztów takich zmian dla świadczeniodawcy i płatnika.</u>	
82.	Art. 2 pkt 4 lit. a (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych	Świętokrzyskie Centrum Onkologii – Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego za pośrednictwem Biura Związku Województw RP	<u>Przekazywanie w systemie comiesięcznym</u> pozwoli w sposób racjonalny realizować obowiązek zapisany w przepisach.	Uwaga uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych.

	ze środków publicznych)			
83.	Art. 2 pkt 4 lit. b (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Świętokrzyskie Centrum Onkologii – Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego za pośrednictwem Biura Związku Województw RP	<u>Przekazywanie w systemie cotygodniowym</u> pozwoli w sposób racjonalny realizować obowiązek zapisany w przepisach.	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach dokonać zmiany polegającej na wskazaniu, że świadczeniodawca przekazuje informacje o pierwszym wolnym terminie codziennie do godziny 10.00 według stanu na dzień poprzedzający raportowanie (tego samego dnia informacja ta powinna być publikowana przez NFZ). Jednocześnie, proponuje się wprowadzić przepis umożliwiający świadczeniodawcy zawnioskowanie do OW NFZ o wyrażenie zgody na raportowanie informacji o pierwszym wolnym terminie w cyklu tygodniowym z uwagi na trudności techniczne lub niewielką skalę działania świadczeniodawcy.
84.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Copernicus Podmiot Lecznicy Spółka z o.o.	Zaproponowane zmiany - <u>uszczegółowienie oraz obowiązek codziennego przekazywania do NFZ harmonogramu przyjąć ze 134 oddziałów/poradni/pracowni, przy rocznej liczbie pacjentów powyżej 350 tys. osób (w roku 2017 - 362.536 osób wg unikatowego nr PESEL) w naszym podmiocie, wydają się nierealne do wykonania</u> przy obecnych zasobach systemowych oraz ludzkich. Należy podkreślić, że jeśli podmiot leczniczy nie otrzyma dodatkowych środków na wdrożenie nowych zadań oraz ich obsługę, sytuacja finansowa świadczeniodawcy ulegnie pogorszeniu. Wprowadzenie zmian będzie musiało się	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach dokonać zmiany polegającej na wskazaniu, że świadczeniodawca przekazuje informacje o pierwszym wolnym terminie codziennie do godziny 10.00 według stanu na dzień poprzedzający raportowanie (tego samego dnia informacja ta powinna być publikowana przez NFZ). Jednocześnie, proponuje się wprowadzić przepis umożliwiający świadczeniodawcy zawnioskowanie do OW

			odbyć kosztem środków finansowych dotychczas przeznaczanych na świadczenia zdrowotne. Ponadto nadmierna biurokracja w zakresie rozwiązań dotyczących kolejek doprowadzi do zaburzenia proporcji w nakładzie pracy pomiędzy udzielaniem świadczeń zdrowotnych a prowadzeniem harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących.	NFZ o wyrażenie zgody na raportowanie informacji o pierwszym wolnym terminie w cyklu tygodniowym z uwagi na trudności techniczne lub niewielką skalę działania świadczeniodawcy.
85.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Wojewoda Lubuski	w art. 23 ust. 1 jest : „1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, przekazuje w każdy pierwszy dzień tygodnia oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację:....” Proponuje się zapis: „1. Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, przekazuje <u>w każdy pierwszy roboczy dzień tygodnia</u> oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację:....” Proponowana poprawka współgra z zapisem art. 23 ust. 4: „4. Świadczeniodawca przekazuje na koniec każdego jego dnia roboczego oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu...”	Uwaga bezprzedmiotowa w związku z przywróceniem raportowania do OW NFZ w cyklach miesięcznych.
86.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Art. 23 ust. 4 wprowadza <u>obowiązek przekazywania na koniec dnia roboczego informacji o pierwszych wolnych terminach</u> . Pracujemy w AOS całodobowo. Czyli mamy to robić przed północą. Ale o tej porze nie pracuje administracja. Jak to zorganizować? Administracja pracuje do godz. 15.00. Większość poradni do 19.00 – 20.00. Poradnia chirurgii ogólnej działa całodobowo przez 7 dni w tygodniu. Kto to ma robić? I jakim kosztem? I kto w NFZ będzie to analizował w godzinach nocnych? Może chociaż dla poradni specjalistycznych niech to będzie kolejny	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach dokonać zmiany polegającej na wskazaniu, że świadczeniodawca przekazuje informacje o pierwszym wolnym terminie codziennie do godziny 10.00 według stanu na dzień poprzedzający raportowanie (tego samego dnia informacja ta powinna być publikowana przez NFZ). Jednocześnie, proponuje się

	ze środków publicznych		dzień roboczy – w godzinach rannych?	wprowadzić przepis umożliwiający świadczeniodawcy zawnieśkowanie do OW NFZ o wyrażenie zgody na raportowanie informacji o pierwszym wolnym terminie w cyklu tygodniowym z uwagi na trudności techniczne lub niewielką skalę działania świadczeniodawcy.
87.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Proszę pamiętać, że pierwszy wolny termin, o którym mowa w Art. 23 ust. 4, będzie to termin za maksymalnie 7 dni – bowiem taki mamy obowiązek w stosunku do pacjentów posiadających szczególne uprawnienia. To nie znaczy, że każdy inny pacjent będzie mógł z tego terminu skorzystać. Więc po co przekazywać takie dane? W projektowanym przepisie wyłączamy tylko pacjentów z kolejki „onkologicznej” [Art. 20 ust. 12], których w ogóle nie umieszcza się w harmonogramie [Art. 19a ust. 2].	Wyjaśnienia Pierwszy wolny termin dotyczy wyłącznie pacjentów na listach oczekujących. W związku z tym stwierdzenie, że termin, o którym mowa w art. 23 ust. 4 będzie to termin za maksymalnie 7 dni nie jest zasadne.
88.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 ust. 1 pkt 1 lit. a w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Proponowane w projekcie brzmienie art. 23 ust. 1 pkt 1 lit. a Ustawy, tj. „dane o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. c i d, dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień tygodnia poprzedzającego”, zmienić na: <u>„dane o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b, c, d, i h oraz pkt 4 a także dane, o których mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3, dotyczące osób oczekujących według stanu na dzień przekazania lub dzień poprzedzający przekazanie”</u> . Powyższą uwagę uzasadnia okoliczność, że zakres danych ograniczony do imienia, nazwiska i nr PESEL świadczeniobiorcy oczekującego na udzielenie	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się uwzględnić te dane nie w ramach sprawozdawczości z list oczekujących, lecz w ramach rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zmianę rozporządzenia Ministra Zdrowia wydawanego na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

	publicznych		świadczenia nie pozwala na szczegółowe monitorowanie zaplanowanych świadczeń w oparciu o harmonogram i listę oczekujących, w przypadku konieczności porównania tych informacji z raportami o udzielonych świadczeniach. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że proponowany w tym wypadku przez Oddział Funduszu zakres danych jest niewiele szerszy od obowiązującego do dnia 31 grudnia 2014 roku, określonych w § 4 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, mianowicie: imię (imiona), nazwisko, identyfikator osoby oraz kod identyfikatora – o których mowa w § 4 pkt 1 i 2 tego rozporządzenia, data wpisu na listę oczekujących - o której mowa w § 8 ust. 1 pkt 3 lit. a tego rozporządzenia oraz dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących - o których mowa w § 8 ust. 1 pkt 7 tego rozporządzenia, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 Ustawy. Tym samym, w sprawozdawczym raz w tygodniu przez świadczeniodawców wykazie osób, <u>proponuje się poszerzenie zakresu danych ujętego w projekcie, tj.: imienia i nazwiska oraz nr PESEL o datę wpisu do harmonogramu, datę planowanego terminu udzielenia świadczenia, datę skreślenia z harmonogramu, kodu skreślenia i kodu świadczeniobiorcy.</u>	
--	-------------	--	--	--

89.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 ust. 1 pkt 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Proponowane w projekcie brzmienie art. 23 ust. 1 pkt 3 Ustawy: „liczbę świadczeniobiorców, którym zmieniono kategorię, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt. 3, wraz z oznaczeniem dotychczasowej oraz nowej kategorii” zmienić na: <u>„liczbę świadczeniobiorców, którym zmieniono kategorię, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3”.</u> Dodatkowo, w przypadku dokonania ww. zmiany, proponuje się uzupełnienie brzmienia art. 23 ust. 1 pkt 1 lit. a Ustawy, tj.: <u>„dane o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b, c, d, i h oraz pkt 4 a także dane, o których mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 - przed zmianą i po zmianie kategorii, dotyczące osób oczekujących według stanu na dzień przekazania lub dzień poprzedzający przekazanie ”.</u> Użyte w projekcie sformułowanie „wraz z oznaczeniem dotychczasowej oraz nowej kategorii ”, rodziłoby za sobą konieczność utworzenia w strukturze sprawozdawanego przez świadczeniodawców komunikatu XML sześćdziesięciu atrybutów uwzględniających zmianę kategorii świadczeniodawcy - bowiem dla sześciu kategorii możliwa jest zmiana na pięć innych i to w obie strony (6 kategorii x 5 możliwych kategorii na które można zmienić pierwotnie ustaloną i x 2- zmiana w odwrotnej konfiguracji). Dla każdego z takich atrybutów (jeden atrybut stanowi parę kategorii świadczeniobiorcy odzwierciedlającą zmianę, np. zmiana z „kontynuujący leczenie” na „rezerwujący”) musi zostać podana wartość liczbowa. Zdecydowana większość sytuacji nie wystąpi w praktyce	Uwaga uwzględniona Art. 23 ust. 1 pkt 3 zostanie odpowiednio przeredagowany.
-----	---	---	---	---

			- atrybut zostanie oznaczony liczbą „0” (brak pacjentów zmieniających kategorię). Powyższe rodzi nadmierny i nieuzasadniony wzrost objętości raportu, rodzi szereg potencjalnych błędów na etapie jego tworzenia przez świadczeniodawców oraz szereg trudności na etapie analizy danych w oddziale wojewódzkim NFZ. Zdaniem Oddziału Funduszu <u>nieporównywalnie większą wartość i potencjał do analiz, niesie za sobą poszerzenie informacji o zmianie kategorii świadczeniobiorcy, powiązanej z imieniem i nazwiskiem osoby ujętej w harmonogramie.</u> Pozwoliłoby to śledzić zmianę kategorii w każdym tygodniu i wobec każdej osoby od dnia wpisu do dnia skreślenia a powyższe informacje umożliwiłyby porównywanie z danymi ujętymi w innych raportach (w szczególności w raportach o udzielonych świadczeniach).	
90.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Ust. 4 <u>przekazywanie przez świadczeniodawców informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia na koniec każdego dnia roboczego może stanowić dla świadczeniodawców zwiększone obciążenie sprawozdawcze</u>, bowiem świadczeniodawca mógł aktualnie w odniesieniu do wszystkich prowadzonych list oczekujących wysłać jednego dnia informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, natomiast po wejściu w życie projektowanych przepisów w zależności od harmonogramu pracy miejsca udzielania świadczeń termin sprawozdawczy może wypadać innego dnia. Przykładowo poradnia kardiologiczna u danego świadczeniodawcy pracuje w poniedziałki i środy, a poradnia neurologiczna w piątki, wówczas świadczeniodawca informacje o pierwszym wolnym	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach dokonać zmiany polegającej na wskazaniu, że świadczeniodawca przekazuje informacje o pierwszym wolnym terminie codziennie do godziny 10.00 według stanu na dzień poprzedzający raportowanie (tego samego dnia informacja ta powinna być publikowana przez NFZ). Jednocześnie, proponuje się wprowadzić przepis umożliwiający świadczeniodawcy zawnioskowanie do OW NFZ o wyrażenie zgody na raportowanie informacji o pierwszym wolnym terminie w cyklu tygodniowym z uwagi na trudności

			terminie udzielenia świadczenia do poradni kardiologicznej będzie miał obowiązek przesyłać w poniedziałki i środy, a w przypadku poradni neurologicznych w piątki. Wymusić to może konieczność rozbudowania mechanizmów weryfikacyjnych po stronie Funduszu, co będzie wymagało czasu. <u>W przypadku, w którym świadczeniodawcy mieliby przekazywać dane każdego dnia roboczego, wówczas zasadnym byłoby, aby zmiany w informatorze prowadzonym przez Fundusz były również dokonywane każdego dnia.</u> Z uwagi na mechanizmy przesyłania danych, <u>zaktualizowane przez świadczeniodawcę dane zostaną wyświetlone w informatorze np. po 1-2 dniach.</u> Podkreślenia wymaga fakt, że obecnie w informatorze publikowane są informacje dotyczące około 65 tys. kolejek, co przy zwiększeniu częstotliwości przesyłania danych dotyczących zarówno informacji o pierwszym wolnym terminie jak i danych, o których mowa w art. 23 ust. 1 i 2 spowodować może, że Fundusz będzie weryfikował dane, które mogą być już. <u>Proponuję ograniczyć w art. 23 zakres publikowanych w informatorze prowadzonym przez Fundusz danych do pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia oraz liczby osób oczekujących na świadczenia z kategorii: oczekujący, rezerwujący, kontynuujący leczenie, posiadający prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.</u> Liczba ta byłaby obliczana przez Fundusz na podstawie przekazywanych przez świadczeniodawców danych. <u>Jednocześnie proponuję doprecyzować, że informacje z zakresu list oczekujących publikowane są przez Centralę Funduszu</u>	techniczne lub niewielką skalę działania świadczeniodawcy.
91.	Art. 2 pkt 4	NFZ	art. 23 ustawy o świadczeniach wskazuje, jakie dane	Uwaga uwzględniona

	(dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		świadczeniodawca powinien przekazywać do Funduszu, a rozporządzenie wydawane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach określa szczegółowe zasady przekazywania danych, <u>terminy wejścia nowego brzmienia art. 23 oraz utrzymania w mocy ww. rozporządzenia powinny być takie same.</u>	Proponuje się uchylenie art. 9 ustawy zmieniającej.
	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 ust. 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Proponowane w projekcie brzmienie art. 23 ust. 4 Ustawy: „Świadczeniodawca przekazuje na koniec każdego jego dnia roboczego oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, z wyłączeniem świadczenia, o którym mowa w art. 20 ust. 12, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej” zmienić na: „Świadczeniodawca przekazuje na koniec każdego jego dnia roboczego, oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informację, <u>według stanu na dzień przekazania</u> , o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, z wyłączeniem świadczenia, o którym mowa w art. 20 ust. 12, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej”.	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach dokonać zmiany polegającej na wskazaniu, że świadczeniodawca przekazuje informacje o pierwszym wolnym terminie codziennie do godziny 10.00 według stanu na dzień poprzedzający raportowanie (tego samego dnia informacja ta powinna być publikowana przez NFZ). Jednocześnie, proponuje się wprowadzić przepis umożliwiający świadczeniodawcy zawnioskowanie do OW NFZ o wyrażenie zgody na raportowanie informacji o pierwszym wolnym terminie w cyklu tygodniowym z uwagi na trudności techniczne lub niewielką skalę działania świadczeniodawcy.

			Powyższą uwagę uzasadnia potrzeba dookreślenia według stanu na jaki dzień sporządzono informację.	
92.	Art. 2 pkt 4 lit. b (dot. zmienianego art. 23 ust. 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NIL	Przewidziany w projekcie, w proponowanym brzmieniu art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <u>obowiązek przekazywania Narodowemu Funduszowi Zdrowia danych o pierwszym wolnym terminie na koniec każdego roboczego dnia nie ma racjonalnego uzasadnienia</u> . W sytuacji, w której okres oczekiwania na hospitalizację lub wizytę w poradni specjalistycznej wynosi najczęściej powyżej miesiąca (często liczony jest w miesiącach), codzienne przekazywanie danych o pierwszym wolnym terminie jest zbędne. Pacjent śledzący zmiany w informatorze prowadzonym przez Fundusz i dowiadujący się o nagle zwolnionym terminie (taki sens teoretycznie miałoby codzienne sprawozdawanie tych danych) i tak nie może skorzystać z tej okazji, gdyż świadczenia muszą być udzielane w określonej kolejności.	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach dokonać zmiany polegającej na wskazaniu, że świadczeniodawca przekazuje informacje o pierwszym wolnym terminie codziennie do godziny 10.00 według stanu na dzień poprzedzający raportowanie (tego samego dnia informacja ta powinna być publikowana przez NFZ). Jednocześnie, proponuje się wprowadzić przepis umożliwiający świadczeniodawcy zawniaskowanie do OW NFZ o wyrażenie zgody na raportowanie informacji o pierwszym wolnym terminie w cyklu tygodniowym z uwagi na trudności techniczne lub niewielką skalę działania świadczeniodawcy.
93.	Art. 2 pkt 4 lit. a (dot. zmienianego art. 23 ust.4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NIL	Prezydium negatywnie ocenia przewidziany w projekcie, w proponowanym brzmieniu art. 23 ust. 4 [chodzi raczej o art. 23 ust. 1 pkt 2] ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obowiązek sporządzania sprawozdań odrębnie dla kilku grup pacjentów.	Wyjaśnienia Obowiązek raportowania dotyczący odrębnie każdej grupy świadczeniobiorców jest konsekwencją wprowadzenia harmonogramów przyjęć pokazujących wszystkich pacjentów, którym u danego świadczeniodawcy udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej.

94.	Art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 ust. 1, 2 i 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach	Odnosząc się do proponowanych zmian w art.23 ust. 1, 2 i 4 ustawy o świadczeniach po zmianach, w zakresie terminów przekazywania danych sprawozdawczych (codziennie i cotygodniowo), które w obecnym stanie prawnym są dostarczane co najmniej raz w tygodniu i do 10-tego każdego miesiąca za miesiąc poprzedni uważamy, że przy obecnej ilości kolejek przekazywanych do Oddziału (wg stanu na dzień 10.10.2018 r. - stanowią one liczbę 2415 kolejek), przy obecnych zasobach kadrowych, nie będzie możliwości prowadzenia codziennych kontroli w zakresie wywiązywania się przez świadczeniodawców z obowiązku terminowego i rzetelnego przekazywania informacji i danych, wskazanych w ustawie o świadczeniach po zmianach. Wątpliwe jest także, czy świadczeniodawcy podołają w/w obowiązkowi.	Uwaga częściowo uwzględniona Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych. Ponadto, proponuje się w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach dokonać zmiany polegającej na wskazaniu, że świadczeniodawca przekazuje informacje o pierwszym wolnym terminie codziennie do godziny 10.00 według stanu na dzień poprzedzający raportowanie (tego samego dnia informacja ta powinna być publikowana przez NFZ). Jednocześnie, proponuje się wprowadzić przepis umożliwiający świadczeniodawcy zawniaskowanie do OW NFZ o wyrażenie zgody na raportowanie informacji o pierwszym wolnym terminie w cyklu tygodniowym z uwagi na trudności techniczne lub niewielką skalę działania świadczeniodawcy.
95.	Art. 2 pkt 5 (dot. zmienianego art. 23a w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	W art. 23a ust. 1 oczekujemy od świadczeniodawcy umawiania się drogą elektroniczną na wizyty i badania. Można byłoby to połączyć z koniecznością przekazania tej informacji do P1? Przed projektem jest postawiony wskaźnik na spełnienie następującego rezultatu: Usługodawcy udostępniający informacje o rejestracji on-line na wizytę osiągnięcie co najmniej 30% wszystkich podmiotów.	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji Analizę taką może przeprowadzać CSIOZ poprzez badanie ankietowe, które wskazuje, że obecnie „<i>Prawie 47% szpitali wdrożyło usługę e-rejestracji w swoich placówkach. Tego samego wdrożenia dokonało tylko 24% stacjonarnych i</i>

	ze środków publicznych)			całodobowych świadczeń zdrowotnych innych niż szpitalne oraz 27% AŚZ-ów, w tym 27% POZ-ów.”.
96.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego art. 23b ust. 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ	Szczęólnego podkreślenia wymagają skutki projektowanych zmian dla Narodowego Funduszu Zdrowia i ogólnie pojęta możliwość realizacji nakładanych rozważaną nowelizacją zadań przez NFZ, w tym także przy obecnych zasobach kadrowych (liczbie etatów), budżetowych i pozostałych, ustawowych zadaniach Oddziału Funduszu. Na wstępie podkreślenia wymaga, że Oddział Funduszu nie kwestionując zasadności wprowadzenia rozwiązań dotyczących informowania świadczeniobiorców o terminie zbliżającej się wizyty, wynikającym z aplikacji AP-KOLCE. wskazuje, że projektowany system informacyjny winien, w przekonaniu Oddziału Funduszu, działać w sposób zautomatyzowany, z wykorzystaniem narzędzi teleinformatycznych (de facto wyłącznie SMS i e-mail) pozyskujących konieczne dane z systemu AP- KOLCE. w którym świadczeniodawcy prowadzi listy oczekujących i w przyszłości harmonogramy. Z powyższym wiązać musiałby się <u>obowiązek informacyjny Narodowego Funduszu Zdrowia o zbliżającym się terminie udzielenia świadczenia wyłącznie wobec pacjentów, od których świadczeniodawca (za zgodą tych pierwszych) pozyskał numer telefonu komórkowego lub adres poczty elektronicznej e-mail i wprowadził te dane do aplikacji AP-KOLCE.</u> Jednocześnie <u>rozważyć należałoby wprowadzenie ustawowego zobowiązania świadczeniobiorcy do aktualizacji podanych danych kontaktowych.</u> Na marginesie również, wyłącznie jako	<u>Uwaga nieuwzględniona</u> Uwaga poza zakresem regulacji

			głos w dyskusji, zasygnalizować należy, że w obecnych przepisach <u>brak jest jakichkolwiek konsekwencji dla pacjenta, który bez wcześniejszej informacji w jakiegokolwiek formie, nie zgłasza się na wizytę</u> (np. znany innym systemom europejskim brak możliwości skorzystania przez pewien czas ze świadczenia). Z doświadczeń w zakresie kontaktu z pacjentami oczekującymi jesteśmy przekonani, że zmiany te byłyby przez nich akceptowalne (umożliwiałyby wszak uzyskanie wcześniej świadczenia przez tych właśnie oczekujących). W wyniku nowelizacji przepisów Ustawy Fundusz zobowiązany być winien do informowania pacjentów o zbliżającym się terminie świadczenia wyłącznie drogą elektroniczną (nie w formie rozmowy telefonicznej). Oddział Funduszu <u>proponuje w projektowanym art. 23b ust. 3 Ustawy doprecyzować o wskazanie, że Fundusz jest obowiązany do kontaktu ze świadczeniobiorcami, których dane kontaktowe w postaci numeru telefonu komórkowego lub adres poczty elektronicznej zostały podane w aplikacji AP-KOLCE.</u> W zakresie natomiast ust. 4 <u>proponuje się usunięcie odwołania do art. 20 ust. 8 Ustawy, albowiem ten nie dotyczy niemożności stawienia się przez pacjenta na zaplanowaną wizytę a niemożności odbycia się takiej wizyty z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.</u> Zauważenia również wymaga, że w przypadku otrzymania od świadczeniobiorcy informacji w trybie art. 20 ust. 7 Ustawy („W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym	
--	--	--	--	--

			świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie”) Fundusz stanowiłby dodatkowe ogniwo w relacji świadczeniodawca-pacjent i to w zakresie ustaleń, które de facto wymagają dwustronnych ustaleń nowego terminu udzielenia świadczenia (to przecież świadczeniodawca jest w posiadaniu informacji o urlopach/usterkach sprzętu/remontach/chorobach personelu; odpowiednio zaś pacjent będzie jedynym, który może określić kiedy stawić będzie mógł się na wizytę). Generalnie, wchodzenie przez Fundusz, z założenia dwustronną, relację pacjent-świadczeniodawca w zakresie ustalenia nowego terminu świadczenia w przypadku wystąpienia po którejkolwiek ze stron okoliczności, których nie można było przewidzieć w momencie pierwotnie ustalonego terminu udzielenia świadczenia naraża pacjenta na zbędną procedurę, wydłuża proces zmiany tego terminu i nie przewiduje wypracowania już przy okazji pierwszego/jednego kontaktu wspólnego stanowiska pacjenta i podmiotu wykonującego działalność leczniczą odnośnie terminu udzielenia świadczenia. Nowe zasady zmiany terminu narażałyby zatem pacjenta na więcej kontaktów i to z podmiotem pośredniczącym zamiast jednego, bezpośredniego którym mógłby od razu załatwić sprawę. Niepodważalna pozostaje przy tym rola Funduszu w zakresie pomocy informacyjnej pacjentowi w zakresie czynności, których powinien dokonać nie mogąc zgłosić się do świadczeniodawcy w wyznaczonym terminie. <u>Dodatkowych zmian, w przekonaniu Oddziału Funduszu,</u>	
--	--	--	--	--

			wymagałyby ujęte w projekcie zasady zmiany terminu udzielenia świadczenia i to niezależnie od ich przyczyn. Oddział Funduszu proponuje nienaruszanie w tym zakresie zadań świadczeniodawcy, który co oczywiste winien być otwarty i holistyczny wobec pacjenta, i to właśnie w ramach tej dwustronnej relacji ustalane powinny zostać ewentualne zmiany terminu udzielenia świadczenia. Na marginesie, w naszej opinii, nie wydaje się, że gdyby to zadanie ciążyło wyłącznie na świadczeniodawcach, to przy obecnych możliwościach systemów teleinformatycznych stanowiłoby ich dodatkowe obciążenie osobowo-organizacyjne, tym bardziej, że obowiązek taki posiada. Ponadto wykluczyć nie można wystąpienia sytuacji nadzwyczajnych, wymagających niezwłocznego kontaktu, który znacznie łatwiej nawiązać bezpośrednio świadczeniodawcy z pacjentem.	
97.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego art. 23b ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Zwracamy uwagę, iż proponowany zapis art. 23b ust. 1 ustawy narzucający świadczeniodawcom <u>obowiązek przypominania świadczeniobiorcom o planowanym terminie udzielenia świadczenia będzie przepisem martwym</u> . Po pierwsze wymagał on będzie od świadczeniodawców znacznie większego nakładu pracy ze strony osób odpowiedzialnych za rejestrację świadczeniobiorców, po drugie nie istnieje skuteczna metoda weryfikacji, czy świadczeniodawca ze swego obowiązku się wywiązuje. Należy zatem założyć, że większość świadczeniodawców nie będzie stosowała się do ww. przepisu.	Wyjaśnienia Odstąpiono od wprowadzenia zmiany polegającej na wprowadzeniu dla świadczeniodawców obowiązku przypominania świadczeniobiorcom o planowanym terminie udzielenia świadczenia.
98.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego	Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ	W części dotyczącej zmian w zakresie wprowadzenia obowiązku wynikającego z art. 23 b ustawy o świadczeniach dotyczącego przekazywania pacjentom w	Uwaga częściowo uwzględniona Odstąpiono od wprowadzenia zmiany

	art. 23b ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	we Wrocławiu	każdy możliwy sposób informacji przypominającej o planowanym terminie udzielenia świadczenia. Informujemy, że <u>rozwiązanie to będzie wymagało znacznego zwiększenia nakładów kadrowych lub finansowych u świadczeniodawców.</u> Z zaobserwowanego doświadczenia można stwierdzić, iż w chwili obecnej są Placówki, które stosują takie rozwiązania. Jednak w przypadku pacjentów kontynuujących leczenie, rozwiązanie to nie przynosi oczekiwanego efektu. Pacjent zazwyczaj nie zgłasza się na wizytę oraz nie powiadamia o tym fakcie świadczeniodawcę. Z kolei Placówka nie ma podstaw prawnych, aby takiego pacjenta zdyscyplinować i jest zmuszona wyznaczyć kolejny termin wizyty kontrolnej. Z informacji uzyskanych od świadczeniodawców wynika, że takie sytuacje występują często i również często dotyczą tych samych pacjentów. Dlatego w ocenie Oddziału <u>konieczne jest, aby wprowadzić rozwiązania w zakresie zdyscyplinowania pacjentów oczekujących na wizytę kontrolną oraz określenia szczegółowych zasad możliwości zmiany planowanego terminu wizyty kontrolnej.</u> W przypadku pacjentów tzw. pierwszorazowych również konieczne jest wprowadzenie jednoznacznych i szczegółowych zasad możliwości zmiany terminu udzielenia świadczenia. Świadczeniodawcy informują Oddział, iż bardzo często pacjenci nawet w dniu planowanej wizyty oczekują wyznaczenia nowego terminu udzielenia świadczenia, nie wskazując żadnego uzasadnionego medycznie bądź życiowo powodu. Zazwyczaj Placówki nie są w stanie powiadomić kolejnej osoby z kolejki o możliwości szybszego udzielenia świadczenia. Dlatego	polegającej na wprowadzeniu dla świadczeniodawców obowiązku przypominania świadczeniobiorcom o planowanym terminie udzielenia świadczenia. W art. 23b ust. 4 uzupełniono regulację o wyrażenie „niezwłocznie” w stosunku do obowiązku Funduszu informowania świadczeniodawcy o niemożności stawienia się świadczeniobiorcy lub o jego rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej. Jednocześnie, proponuje się dodać w art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach regulację ułatwiającą świadczeniodawcom określenie zasad informowania kolejnych świadczeniobiorców o zwolnionym miejscu na liście oczekujących na skutek rezygnacji innego świadczeniobiorcy.
--	--	----------------------------	---	---

			wskazane jest, aby w ustawie uwzględnić zapis, że przesunięcie planowanego terminu udzielenia świadczenia może nastąpić na wniosek pacjenta i może dotyczyć wyłącznie względów medycznych bądź sytuacji życiowo uzasadnionych. Oceny takiego wniosku pacjenta, powinien dokonywać wyłącznie świadczeniodawca. Z kolei w części dotyczącej wprowadzenia obowiązku informowania pacjentów o planowanym terminie udzielenia świadczenia przez Oddziały NFZ, w ocenie Oddziału <u>rozwiązanie polegające na tym, iż Fundusz będzie przekazywał informację o rezygnacji bądź niemożności stawienia się u świadczeniodawcy w wyznaczonym terminie może skutkować tym, iż taka informacja wpłynie zbyt późno do Placówki udzielającej świadczeń.</u> Ponadto na podstawie takiej informacji otrzymanej od pacjenta wyłącznie świadczeniodawca ma możliwość ustalenia nowego terminu wizyty, a w szczególności zabiegu. Pamiętać należy, że informacja przypominająca o planowanym terminie zostanie przekazana na 2 dni przez planowanym terminem wizyty np. w poradni specjalistycznej bądź na 5 dni przed planowanym terminem rozpoczęcia hospitalizacji związanej z wykonaniem np. operacji zaćmy. Dlatego należałoby <u>rozważyć rezygnację z rozwiązania, polegającego na przekazywaniu informacji przez świadczeniobiorców do NFZ w przypadku świadczeń, dla których są prowadzone harmonogramy przyjęć za pośrednictwem aplikacji udostępnionej przez Fundusz. W tych przypadkach proponujemy, aby pacjent był obowiązany informować</u>	
--	--	--	--	--

			<u>o rezygnacji i ewentualnej niemożności stawienia się na wizytę wyłącznie świadczeniodawcę.</u>	
99.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego art. 23b w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność	Pacjenci w zależności od świadczenia będą od każdego podmiotu otrzymywać powiadomienie i jak należy rozumieć także od NFZ. Obowiązek powinien sprecyzować na świadczeniodawcy a nie instytucji finansującej-NFZ-cie.	Uwaga częściowo uwzględniona Odstąpiono od wprowadzenia zmiany polegającej na wprowadzeniu dla świadczeniodawców obowiązku przypominania świadczeniobiorcom o planowanym terminie udzielenia świadczenia. W art. 23b ust. 4 uzupełniono regulację o wyrażenie „niezwłocznie” w stosunku do obowiązku Funduszu informowania świadczeniodawcy o niemożności stawienia się świadczeniobiorcy lub o jego rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej. Jednocześnie, proponuje się dodać w art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach regulację ułatwiającą świadczeniodawcom określenie zasad informowania kolejnych świadczeniobiorców o zwolnionym miejscu na liście oczekujących na skutek rezygnacji innego świadczeniobiorcy.
100.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego art. 23b w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach	NFZ	Obowiązek ten powinien być realizowany wyłącznie przez świadczeniodawców. <u>Usunięcia wymagałyby ust. 2-4 ww. jednostki redakcyjnej oraz art. 188 ust. 1 pkt 12.</u> Należy zauważyć, że zaangażowanie w to samo zadanie dwóch różnego rodzaju podmiotów (NFZ i świadczeniodawcy) budzić może wątpliwości (pacjenci w zależności od świadczenia będą od innego podmiotu otrzymywać powiadomienie), oraz komplikować system	Uwaga częściowo uwzględniona Odstąpiono od wprowadzenia zmiany polegającej na wprowadzeniu dla świadczeniodawców obowiązku przypominania świadczeniobiorcom o planowanym terminie udzielenia świadczenia.

	opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		powiadaminia (świadczeniodawcy będą zobowiązani oznaczać świadczenia, w przypadku których mają wysyłać powiadomienia, a w przypadku których nie). W 2017 r. osiem OW NFZ wysyłało SMS-y do pacjentów z przypomnieniami o planowanych terminach udzielenia świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w przypadku których są prowadzone listy oczekujących w aplikacji udostępnionej przez NFZ – AP-KOLCE. Analizując informacje o osobach skreślonych z list oczekujących na udzielenie ww. świadczeń z powodu niezgłoszenia się w wyznaczonych terminach, należy zauważyć niewielki wpływ ww. aktywności (wysyłanie wiadomości SMS) na te dane. Są OW NFZ, które nie wysyłały SMS-ów, a procent osób niezgłaszających się na wizyty jest zbliżony jak w przypadku OW NFZ, które wysyłały te wiadomości SMS. W skali kraju odsetek osób skreślonych z powodu niezgłoszenia się w wyznaczonym terminie wyniósł w 2017 r. w przypadku ww. świadczeń kilkanaście procent. Powyższe może wynikać z faktu, że SMS-y są wysyłane przez podmiot trzeci, niezaangażowany w proces udzielania świadczeń, nieuczestniczący w uzgadnianiu terminu udzielenia świadczenia. Ponadto OW NFZ informowały o przypadkach, kiedy po wysłaniu SMS-a przypominającego o terminie wizyty pacjenci udawali się do świadczeniodawcy i na miejscu dowiadywali się, że termin został przesunięty, a NFZ podał wcześniejszy planowany termin udzielenia świadczenia. Niezależnie od przyczyny niezaktualizowania na czas w aplikacji AP-KOLCE przez świadczeniodawcę planowanego terminu udzielenia świadczenia (niewywiązywania się przez świadczeniodawcę z obowiązku, przyczyny techniczne związane z własnym systemem informatycznym lub	W art. 23b ust. 4 uzupełniono regulację o wyrażenie „niezwłocznie” w stosunku do obowiązku Funduszu informowania świadczeniodawcy o niemożności stawienia się świadczeniobiorcy lub o jego rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej. Jednocześnie, proponuje się dodać w art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach regulację ułatwiającą świadczeniodawcom określenie zasad informowania kolejnych świadczeniobiorców o zwolnionym miejscu na liście oczekujących na skutek rezygnacji innego świadczeniobiorcy.
--	---	--	--	---

			niewłaściwe działanie aplikacji AP-KOLCE i inne) i przedstawionych pacjentowi wyjaśnień, kolejny SMS przypominający o terminie wizyty wysłany przez NFZ do tego pacjenta będzie mógł nie mieć wartości informacyjnej i nie przyniesie tym samymżądanego efektu.	
101.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego art. 23b ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Wojewoda Lubuski	W art. 23b ust. 1 pkt 1 proponuje się dodanie pkt 3 i 4 w brzmieniu: „3) Przepisu ust. 1 pkt 1 nie stosuje się gdy wyznaczony termin jest krótszy niż 5 dni. 4) Przepisu ust. 1 pkt 2 nie stosuje się gdy wyznaczony termin jest krótszy niż 2 dni.”	Uwaga uwzględniona Odstąpiono od wprowadzenia zmiany polegającej na wprowadzeniu dla świadczeniodawców obowiązku przypominania świadczeniobiorcom o planowanym terminie udzielenia świadczenia.
102.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego art. 23b w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NIL	Prezydium negatywnie ocenia, przewidziany w projektowanym przepisie art. 23b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, <u>obowiązek świadczeniodawcy przekazania pacjentowi „w każdy dostępny sposób” informacji przypominającej o wizycie.</u> Problem niestawiania się pacjentów na wyznaczone wizyty jest w ostatnim czasie bardzo szeroko komentowany a postawa pacjentów niedbających o odwołanie wizyty słusznie krytykowana. Warto zauważyć, że w dyskusji najczęściej sugeruje się wprowadzenie zapisów dyscyplinujących pacjentów do wykonania prostej w końcu czynności odwołania wizyty. <u>Właściwym rozwiązaniem opisanego wyżej problemu</u>	Wyjaśnienia Odstąpiono od wprowadzenia zmiany polegającej na wprowadzeniu dla świadczeniodawców obowiązku przypominania świadczeniobiorcom o planowanym terminie udzielenia świadczenia. W art. 23b ust. 4 uzupełniono regulację o wyrażenie „niezwłocznie” w stosunku do obowiązku Funduszu informowania świadczeniodawcy o niemożności stawienia się świadczeniobiorcy lub o jego rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej.

			powinno być określenie konsekwencji niewykonania przez świadczeniobiorcę obowiązku uprzedzenia o niemożności stawienia się na wizytę lub o rezygnacji z wizyty, określonego w art. 20 ust. 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tymczasem projekt przerzuca cały problem po raz kolejny na barki świadczeniodawców, nakazując właśnie im troskę o przybycie pacjenta na wizytę.	Jednocześnie, proponuje się dodać w art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach regulację ułatwiającą świadczeniodawcom określenie zasad informowania kolejnych świadczeniobiorców o zwolnionym miejscu na liście oczekujących na skutek rezygnacji innego świadczeniobiorcy.
103.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego art. 23b ust. 3 i 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach	Realizacja zadań określonych w art. 23b ust. 3 i 4 ustawy o świadczeniach po zmianach , budzi wątpliwości. <u>Przepisy nie regulują terminów wyznaczonych na realizację w/w zadań, analogicznych jak dla zadań świadczeniodawców</u> wskazanych w art.23b ust. 1 (ust.2 - wyłączenie stosowania ust. 1 dla aplikacji udostępnionej przez Fundusz tj. AP-KOLCE). Ponadto, <u>w uzasadnieniu do Projektu nie wskazano uzasadnienia z jakiego powodu potwierdzanie terminu wizyty dla pacjentów oraz przyjmowanie wiadomości o niemożności stawienia się lub rezygnacji z udzielonego świadczenia, czyli pozyskiwanie od świadczeniobiorców informacji istotnych dla świadczeniodawcy, odbywać się powinno za pośrednictwem Funduszu, tj. drogą dłuższą czasowo.</u> Bezpośredni kontakt świadczeniodawcy z pacjentem daje możliwość przesunięcia terminu lub natychmiastowego wykreślenia pacjenta z harmonogramu przyjęć, zwolnienia miejsca w kolejce i podjęcia kontaktu z innymi pacjentami zapisanymi w harmonogramie przyjęć. Ponadto, z treści przepisów ustawy o świadczeniach po zmianach wynika, że w aplikacji AP-KOLCE będą	Uwaga częściowo uwzględniona W art. 23b ust. 4 uzupełniono regulację o wyrażenie „niezwłocznie” w stosunku do obowiązku Funduszu informowania świadczeniodawcy o niemożności stawienia się świadczeniobiorcy lub o jego rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej. Jednocześnie, proponuje się dodać w art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach regulację ułatwiającą świadczeniodawcom określenie zasad informowania kolejnych świadczeniobiorców o zwolnionym miejscu na liście oczekujących na skutek rezygnacji innego świadczeniobiorcy.

			prorowadzone również wpisy świadczeniobiorców należących do co najmniej dwóch dodatkowych kategorii, tj. kontynuujących leczenie i rezerwujących, z którymi Fundusz zobowiązany byłby podjąć kontakt w w/w celu. Zachodzi ogromna obawa czy w ogóle jest to zadanie możliwe do zrealizowania przy obecnym stanie zasobów kadrowych oraz funkcjonalności systemów informatycznych. Z oceny skutków regulacji do Projektu nie wynika, aby zmiana ustaw miała wpływ na zwiększenie zatrudnienia, a w Świętokrzyskim O W NFZ jedynie dwóch pracowników realizuje zadania związane ze sprawozdawczością dotyczącą list osób oczekujących. Zatem wprowadzane powyższą zmianą przedsięwzięcie, powinno być poprzedzone dokonaniem analiz zmian koniecznych do wprowadzenia w systemie informatycznym AP-KOLCE, umożliwiających pracownikowi NFZ szybką realizację w/w zadań określonych w art. 23b ust. 3 i 4 ustawy o świadczeniach po zmianach.	
104.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego art. 23b ust. 3 i 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Z kolei proponowany zapis art, 23b ust. 3 i 4 ustawy o świadczeniach, <u>narzucający Oddziałowi Funduszu obowiązek potwierdzania terminu w kontakcie ze świadczeniobiorcami którzy zostali wpisani do harmonogramu w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu jest niemożliwy do zrealizowania</u>, zarówno biorąc pod uwagę możliwości kadrowe Oddziału i ilość dodatkowej pracy, jakiej wymagałaby realizacja ww. obowiązku (w przypadku Opolskiego O W NFZ realizacja ww. obowiązku wymagałaby np. w listopadzie 2018 r. skontaktowania się z 2898 osobami), jak i brak realnej możliwości szybkiego kontaktu z ww. świadczeniobiorcami. Zwracamy bowiem uwagę, że <u>jedyny możliwy w rozpatrywanej sytuacji kontakt ze</u>	Wyjaśnienia W art. 23b ust. 4 uzupełniono regulację o wyrażenie „niezwłocznie” w stosunku do obowiązku Funduszu informowania świadczeniodawcy o niemożności stawienia się świadczeniobiorcy lub o jego rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej. Jednocześnie, proponuje się dodać w art. 20 ust. 9a ustawy o świadczeniach regulację ułatwiającą świadczeniodawcom określenie zasad informowania kolejnych świadczeniobiorców o zwolnionym miejscu na liście oczekujących na skutek rezygnacji

			świadczeniobiorcą, tj. przesyłanie korespondencji <u>pisemnej</u> i oczekiwanie na odpowiedź niejednokrotnie trwać będzie dłużej, niż faktyczny czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej lub czas pozostały do udzielenia tego świadczenia osobie weryfikowanej.	innego świadczeniobiorcy. Nierozumiiałym jest stwierdzenie, że jedyny możliwy kontakt ze świadczeniobiorcą to przesyłanie korespondencji pisemnej.
105.	Art. 2 pkt 6 (dot. zmienianego art. 23b ust. 3 i 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Prokuratoria Generalna Rzeczypospolitej Polskiej	W świetle projektowanego art. 23b ust. 3 i 4 u.ś.o.z. należałoby rozważyć, <u>czy rzeczywiście obowiązek kontaktu ze świadczeniobiorcą w sprawach dotyczących terminu udzielania świadczenia, dla których prowadzone są harmonogramy przyjęć w aplikacji udostępnionej przez Prezesa NFZ, powinien ciążyć na NFZ-cie, a nie świadczeniodawcy.</u> Dla świadczeniobiorców prawdopodobnie bardziej intuicyjny będzie kontakt w tym zakresie ze świadczeniodawcą, który ma im udzielić stosownych świadczeń opieki zdrowotnej, a nie z NFZ- em, co może prowadzić — szczególnie w kontekście sytuacji opisanej w projektowanym art. 23b ust. 4 u.ś.o.z. — do trudności we właściwym prowadzeniu list oczekujących. Jednocześnie wydaje się, że realizacja obowiązku kontaktu ze świadczeniobiorcami przez NFZ wymagać będzie zatrudnienia osób odpowiedzialnych za realizację tych kontaktów. Tymczasem OSR nie wskazuje na konieczność poniesienia jakichkolwiek kosztów przez NFZ w tym zakresie.	Wyjaśnienia W art. 23b ust. 4 uzupełniono regulację o wyrażenie „niezwłocznie” w stosunku do obowiązku Funduszu informowania świadczeniodawcy o niemożności stawienia się świadczeniobiorcy lub o jego rezygnacji ze świadczenia opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga, że w NFZ w kilku oddziałach wojewódzkich prowadził pilotaż w zakresie wysyłania do pacjentów krótkich wiadomości tekstowych (SMS) przypominających o terminach wizyt.
106.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych	Proponuję, aby art. 2 pkt 7 otrzymał brzmienie: „7) po art. 59a dodaje się art. 59aa w brzmieniu: „Art. 59aa 1. Skierowanie jest wystawiane w postaci papierowej albo w postaci elektronicznej. 2. Skierowania, o których mowa w art. 57 i art. 58, a	Uwaga nieuwzględniona Jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy, skierowania w postaci elektronicznej, nie będą obejmować dokumentów, które potocznie często są

	2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		także skierowania na badania: laboratoryjne, medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, endoskopowe przewodu pokarmowego i echokardiograficzne płodu są wystawiane w postaci elektronicznej, za wyjątkiem skierowania wystawionego: 1) dla osoby o nieustalonej tożsamości; 2) w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia; 3) na potrzeby świadczenia opieki zdrowotnej, udzielanego poza granicami kraju, o którym mowa w art. 42a. 3. Skierowania na badania laboratoryjne, medycyny nuklearnej i tomografii komputerowej są wystawiane w postaci elektronicznej także w przypadku gdy są finansowane ze środków innych niż publiczne.” W związku z planowanym rozpoczęciem w czwartym kwartale 2018 r. pilotażu eskierowania w ramach realizowanej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Platformy P1 oraz po zapoznaniu się z uzasadnieniem projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych stoi na stanowisku, iż katalogiem skierowań w postaci elektronicznej powinien zostać poszerzony o zlecenia na badania laboratoryjne.	nazywane również skierowaniami albo zleceniami, a dotyczą one kierowania pacjentów na różnego rodzaju badania czy konsultacje w ramach już udzielanych tym pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej. Dotyczy to takich sytuacji, jak kierowanie pacjenta w ramach planowego leczenia operacyjnego w szpitalu na badania diagnostyczne i konsultacje, czy też kierowanie przez podmiot udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dodatkowe badania diagnostyczne w związku z prowadzonym leczeniem (wówczas to świadczeniodawca pokrywa koszty tych badań). Nie jest zatem możliwe uwzględnienie w wykazie badań, na które wystawiane będzie e-skierowanie w ramach systemu P1, badań laboratoryjnych. Jednocześnie, proponuje się zmianę definicji EDM poprzez wskazanie katalogu skierowań wystawianych w SIM w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (vide uwaga nr 11 i 23).
107.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 1	Krajowa Izba Fizjoterapeutów	W związku z trwającymi pracami nad projektem ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (UD 420) uprzejmie informuję, że	Wyjaśnienia W chwili obecnej nie jest możliwe rozszerzenie katalogu świadczeń, na które

	w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		opiniowany projekt ustawy nie uwzględnia skierowań, o których mowa w art. 59 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, chyba że intencją projektodawcy było ujęcie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej odpowiednio w ramach świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, czy też leczenia szpitalnego. Jeżeli skierowanie na świadczenia rehabilitacji leczniczej miałoby pozostać i być konsekwentnie uwzględnione w innych przepisach ustawy dotyczących skierowań, zasadne jest wyłączenie obowiązku skierowania na rehabilitację leczniczą osób, o których mowa w art. 47 ust.1a i 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	wystawiane będą skierowania w ramach systemu P1. Możliwe to jednak będzie w późniejszym okresie w ramach rozwoju Platformy P1. Katalog skierowań wystawianych w SIM zostanie określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (vide uwaga nr 11 i 23).
108.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego proponuje rozszerzenie katalogu świadczeń zdrowotnych wystawianych za pomocą e-skierowań o świadczenia rehabilitacji leczniczej. Uzasadniając powyższe Kasa informuje, że w wielu przypadkach czas oczekiwania na rehabilitację leczniczą jest zbyt długi i powoduje ograniczenie dostępności pacjentów do tych świadczeń. Spowodowane jest to m.in. powielaniem skierowania wystawionego przez różnych lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego temu samemu świadczeniobiorcy. Wprowadzenie e-skierowań przyczyniłoby się do skrócenia kolejek oczekujących na świadczenia rehabilitacyjne, a tym samym poprawy dostępności tego rodzaju świadczeń.	Uwaga nieuwzględniona W chwili obecnej nie jest możliwe rozszerzenie katalogu świadczeń, na które wystawiane będą skierowania w ramach systemu P1. Możliwe to jednak będzie w późniejszym okresie w ramach rozwoju Platformy P1. Jednocześnie, proponuje się zmianę definicji EDM poprzez wskazanie katalogu skierowań wystawianych w SIM w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (vide uwaga nr 11 i 23).
109.	Art. 2 pkt 7 (dot.	Pracodawcy Rzeczypospolitej	Projektowany art. 59aa ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej daje swobodę wyboru formy	Uwaga uwzględniona

	dodawanego art. 59aa ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Polskiej, Fundacja Telemedyczna Grupa Robocza, Konfederacja Lewiatan, Business Centre Club, Polskie Stowarzyszenie HL7 oraz Polska Izba Informatyki Medycznej – wspólne stanowisko	skierowania. Jednocześnie art. 59aa ust. 2 przywołanej ustawy określa zakres skierowań, które mają być obowiązkowo wystawiane w postaci elektronicznej. <u>Czy oznacza to, że pozostałe skierowania także mogą być wystawiane w postaci elektronicznej?</u> W naszej ocenie powinno tak właśnie być, jako że art. 59aa ust. 1 wyraźnie daje w tym zakresie możliwość wyboru. Niemniej przepisy te mogą być także potencjalnie rozumiane w sposób, zgodnie z którym skierowania niezastrzeżone wyraźnie do obowiązkowego wystawiania w formie elektronicznej mogą być wystawiane tylko w formie papierowej. Konsekwentnie, czy zastrzeżenie, że skierowania na badania medycyny nuklearnej i tomografii komputerowej są wystawiane w postaci elektronicznej także w przypadku gdy są finansowane ze środków innych niż środki publiczne <u>oznacza, że skierowania na pozostałe badania finansowane ze środków innych niż środki publiczne nie mogą być wystawiane w ten sposób?</u> Zmianę art. 59aa poprzez wskazanie, że skierowanie jest wystawiane w formie elektronicznej, w tym również na świadczenia finansowane z innych środków niż środki publiczne oraz usunięcie pozostałych ustępów niniejszego przepisu. W związku z powyższym postulujemy zmianę projektowanej ustawy o świadczeniach w art. 59 aa poprzez wskazanie, że skierowanie jest wystawiane wyłącznie w formie elektronicznej, w tym również na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane z innych środków niż środki publiczne oraz usunięcie pozostałych ustępów.	Proponuje się zmianę art. 59aa ust. 2 przez doprecyzowanie, że skierowania, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach wystawiane są w postaci elektronicznej w ramach Systemu P1. Pozostałe skierowania mogą być natomiast wystawiane zarówno w postaci papierowej jak i elektronicznej. Jednocześnie, proponuje się zmianę definicji EDM poprzez wskazanie katalogu skierowań wystawianych w SIM w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (vide uwaga nr 11 i 23).
--	--	---	---	--

110.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Proponuję <u>rozważenie dokonania analizy projektowanego przepisu w zakresie wykazu badań diagnostycznych</u>, z uwagi na fakt, iż obecne brzmienie wyłącza z obowiązku wystawiania skierowania w postaci elektronicznej w szczególności badania realizowane w ramach świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie (SOK), tj. np. pozytonową tomografię emisyjną (PET), badania genetyczne, czy izotopowe. Zgodnie z projektem możliwość wystawiania skierowań transgranicznych w formie papierowej będzie istniała do końca 2020 r. W projekcie <u>brak jest regulacji w jaki sposób po 2020 r. świadczeniobiorca będzie mógł wykorzystać skierowanie wystawione przez polskiego świadczeniodawcę w transgranicznej opiece zdrowotnej</u>. Aby świadczeniobiorca mógł ubiegać się w Narodowym Funduszu Zdrowia o zwrot kosztów leczenia na podstawie przepisów dyrektywy transgranicznej, powinien w tych przypadkach, w których wymagają tego polskie przepisy, uzyskać jeszcze przed skorzystaniem z leczenia w innym państwie UE odpowiednie krajowe dokumenty potwierdzające jego prawo do leczenia, w tym odpowiednie skierowanie. Biorąc pod uwagę powyższe, proponuję przywrócenie brzmienia przepisu z wersji projektu ustawy z dnia 16.08.2018 r., tj.: „Skierowanie [...], jest wystawiane w postaci elektronicznej w przypadku, gdy uprawnia świadczeniobiorcę do wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz otrzymania tego świadczenia od świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy skierowanie”. Brak tego przepisu z jednoczesnym pozostawieniem nowej wersji przepisu art. 59aa ust. 2 w brzmieniu:	Wyjaśnienia Proponuje się zmianę definicji EDM poprzez wskazanie katalogu skierowań wystawianych w SIM w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (vide uwaga nr 11 i 23). W odniesieniu do kwestii wystawiania skierowania w postaci elektronicznej również w odniesieniu do badań realizowanych w ramach hospitalizacji czy porad specjalistycznych, wyjaśnić należy, iż skierowania w postaci elektronicznej w SIM, tzw. e-skierowania, nie będą obejmować dokumentów, które potocznie często są nazywane również skierowaniami albo zleceniami, a dotyczą one kierowania pacjentów na różnego rodzaju badania czy konsultacje w ramach już udzielanych tym pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej. Dotyczy to takich sytuacji, jak kierowanie pacjenta w ramach planowego leczenia operacyjnego w szpitalu na badania diagnostyczne i konsultacje, czy też kierowanie przez podmiot udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dodatkowe badania diagnostyczne w związku z prowadzonym leczeniem (§ 12 ust. 6 i 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej). Wówczas to świadczeniodawca pokrywa koszty tych badań, a od pacjenta nie jest
------	---	-----	--	---

			„2. Skierowania, o których mowa w art. 57 i art. 58, a także skierowania na badania medycyny nuklearnej, na badania tomografii komputerowej, na badania rezonansu magnetycznego, na badania endoskopowe przewodu pokarmowego, na badania echokardiograficzne płodu są wystawiane w postaci elektronicznej, za wyjątkiem skierowania wystawionego: 1) dla osoby o nieustalonej tożsamości; 2) w przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia; 3) na potrzeby świadczenia opieki zdrowotnej, udzielanego poza granicami kraju, o którym mowa w art. 42a.” <u>spowodować może konieczność wystawiania skierowania w postaci elektronicznej również w odniesieniu do wymienionych badań realizowanych w ramach hospitalizacji czy porad specjalistycznych, a zatem będących ich integralnym elementem.</u>	wymagane skierowanie. Uwaga uwzględniona w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej W odniesieniu do kwestii braku regulacji, w jaki sposób po 2020 r. świadczeniobiorca będzie mógł wykorzystywać skierowanie wystawione przez polskiego świadczeniodawcę w transgranicznej opiece zdrowotnej, proponuje się dodać przepis stanowiący, że w tym celu pacjent może posługiwać się wydrukiem informacyjnym (odpowiedniej zmiany dokonuje się w art. 42d oraz art. 42f ustawy o świadczeniach).
111.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 2 pkt 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych	NFZ	Wątpliwości budzić może rozumienie sformułowania „brak dostępu...”, w szczególności czy oznacza ono brak aktywacji tej usługi w ogóle (tj. z pełnymi obecnymi i przyszłymi funkcjonalnościami np. możliwością dołączenia poprzednich badań, w tym RTG, TK, RM), czy okresowo, w szczególności z powodu awarii sieci itp.	Wyjaśnienia Pojęcie „braku dostępu” do systemu P1 jest pojęciem obowiązującym i utrwalonym w obowiązujących przepisach prawa, nie tylko w obszarze skierowań, ale również recept.

	ze środków publicznych)			
112.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 2 pkt 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Proponowane brzmienie art. 59aa ust. 2 pkt 3 zawiera odesłanie do art. 42a ustawy o świadczeniach, który wskazuje ogólnie jakie rodzaje kosztów leczenia prowadzonego poza granicami kraju finansowane mogą być ze środków publicznych. Brak jest jednak bezpośredniego odniesienia do przepisów prawa regulujących konieczność: - uzyskania skierowania na leczenie (w przypadku chęci skorzystania przez świadczeniobiorcę z leczenia uzyskiwanego na podstawie przepisów tzw. dyrektyw transgranicznej) tj. art. 42b ust. 3 ustawy o świadczeniach, - uzyskania wpisu na listę oczekujących na dane świadczenie opieki zdrowotnej i potwierdzenia tego faktu poprzez uzyskanie tzw. pisemnej informacji - art. 42f ust. 5 pkt 1 oraz art. 42i ust. 6 ustawy o świadczeniach.	Uwaga uwzględniona W art. 59aa w ust. 2 pkt 3 zostanie usunięty. Jednocześnie proponuje się dodać przepis stanowiący, że pacjent będzie mógł w celach określonych w art. 42b ust. 3 ustawy o świadczeniach posługiwać się wydrukiem informacyjnym (zamiast skierowaniem w postaci papierowej) wystawionym przez polskiego świadczeniodawcę w transgranicznej opiece zdrowotnej.
113.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NFZ	Proponuję <u>rozważenie rezygnacji z tego przepisu albo jego rozszerzenia na inne badania</u>, ponieważ wyłączenie jedynie dwóch rodzaju badań bez uwzględnienia w szczególności badań RM, których wartość diagnostyczna i liczba znacząco rośnie, nie spowoduje właściwego monitorowania dostępności do badań obrazowych. Należy też rozważyć w jaki sposób egzekwowany byłby ww. obowiązek w przypadku braku umów wykonawców z NFZ albo MZ.	Wyjaśnienia W projekcie ustawy nie będą określone świadczenia opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w SIM. Wykaz takich świadczeń zostanie określony na poziomie aktu wykonawczego, gdyż proponuje się zmianę definicji EDM poprzez wskazanie katalogu skierowań wystawianych w SIM w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (vide uwaga nr 11 i 23).

114.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	NIL	Wątpliwości budzi również przewidziane w projekcie objęcie obowiązkiem wystawiania skierowań na badania medycyny nuklearnej i tomografii komputerowej w postaci elektronicznej także w przypadku, gdy badania te są finansowane ze środków innych niż środki publiczne.	Wyjaśnienia Obowiązek dysponowania skierowaniem na tego rodzaju badania diagnostyczne wynika nie tylko z regulacji dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 32 ustawy o świadczeniach), ale również z innych przepisów prawa. Skierowania wystawiane są bowiem również na badania (niezależnie od źródła ich finansowania) w przypadku gdy stosowane jest promieniowanie jonizujące. Celem Ministerstwa Zdrowia jest włączenie do katalogu skierowań obsługiwanych w ramach systemu P1 również skierowań, które wymagane są przez inne przepisy prawa. Jednocześnie jednak podkreślić należy, że proponuje się zmianę definicji EDM poprzez wskazanie katalogu skierowań wystawianych w SIM w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (vide uwaga nr 11 i 23).
115.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej)	Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ Solidarność	Wskazane jest <u>wyłączenie badań obrazowych z tego obowiązku albo rozszerzenie świadczeń na inne badania</u> , ponieważ określenie jedynie dwóch rodzaju badań bez np. badań RM, których liczba rośnie, nie da realnego monitorowania dostępności do badań obrazowych, w szczególności przy braku umów wykonawców z NFZ i wykonywania badań jedynie odpłatnych. TYM bardziej, że do opisu kolejnego badania obrazowego wskazane jest posiadanie do porównania przez lekarza badań poprzednich-nie jest	Wyjaśnienia W projekcie ustawy nie będą określone świadczenia opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w SIM. Wykaz takich świadczeń zostanie określony na poziomie aktu wykonawczego, gdyż proponuje się zmianę definicji EDM poprzez wskazanie katalogu skierowań wystawianych w SIM w

	finansowanych ze środków publicznych)		możliwe z racji objętości danych dostarczenie ich drogą wyłącznie elektroniczną.	rozporządzeniu Ministra Zdrowia (vide uwaga nr 11 i 23).
116.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Nowoprojektowany art. 59aa ustawy o świadczeniach zawiera w ust. 4 zapis umożliwiający nadawanie identyfikatora skierowania zarówno przez system świadczeniodawcy jak i Elektroniczną Platformę Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych. <u>Brak regulacji określających wzajemne relacje tych identyfikatorów.</u>	Wyjaśnienia Dwie możliwości nadawania identyfikatora zaproponowane w projekcie są analogiczne do zasad dotyczących e-recept i wynikają z faktu, iż usługodawca będzie mógł posługiwać się własnym systemem lub systemem udostępnionym przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), a będącym modułem systemu P1 (Aplikacja Usługodawców i Aptek). W związku z tym w pierwszym przypadku identyfikator nadaje system usługodawcy i przekazuje e-skierowanie z identyfikatorem do P1. Natomiast w drugim przypadku ten identyfikator nadaje P1 i zapisuje e-skierowanie z tym identyfikatorem w P1. Stąd konieczność wskazania i rozgraniczenia, który system nadaje identyfikator, natomiast niezależnie od tego kto nadaje identyfikator to pewna konwencja jego budowy będzie wspólna.
117.	Art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 4 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o	NFZ	Należy rozważyć w jaki sposób egzekwowane byłoby prawidłowe korzystanie z systemu teleinformatycznego w przypadku wykonywania badań jedynie poza obszarem badań finansowanych ze środków publicznych.	Wyjaśnienia Prawdopodobnie uwaga dotyczy art. 59aa ust. 3 (a nie 4). Kwestia funkcjonowania podmiotu wykonującego badania czy kierującego na badania poza obszarem badań

	świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)			finansowanych ze środków publicznych pozostaje bez znaczenia. Pojęcie usługodawcy, który ma obowiązek podłączenia do Systemu P1 nie obejmuje bowiem wyłącznie świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, ale obejmuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, również „prywatne”.
118.	Art. 2 pkt 8 (dot. dodawanego art. 59b ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Zmiana w art. 59b ust. 1 ustawy o świadczeniach wprowadzająca konieczność podawania: „10) numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą skierowanie”, <u>powinna zostać zmieniona na kontakt z miejscem wydania skierowania</u> . Lekarz nie jest niewolnikiem systemu i nie może być dostępny całą dobę dla wszystkich zainteresowanych kontaktem z nim. Nie ma też obowiązku posiadania telefonu przez lekarza. Obowiązek umożliwienia kontaktu dotyczy świadczeniodawcy i to z nim, w godzinach pracy, może odbywać się kontakt. Zmuszanie lekarzy wystawiających skierowania do pozostawania w dyspozycji pod telefonem 24 godziny na dobę przez wszystkie dni w roku jest sprzeczne z regulacjami prawnymi dotyczącymi pracy lekarza ale i każdego pracownika. NFZ nie posiada takich środków aby sfinansować taką dostępność. Dlatego zapis należy bezwzględnie zmienić.	Uwaga uwzględniona Przepis zostanie odpowiednio przeredagowany.
119.	Art. 2 pkt 8 (dot. dodawanego art. 59b ust. 1 w ustawie z dnia	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół	<u>Niedopuszczalne jest przekazywanie pacjentowi numeru telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą skierowanie</u> [Art. 59b ust 1 pkt 10)]. Taki zapis powoduje, że lekarz byłby zobowiązany do całodobowego odbierania telefonów – bo telefon	Uwaga uwzględniona Przepis zostanie odpowiednio przeredagowany.

	27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	bezpośredni to telefon komórkowy lekarza. U nas w jednym gabinecie przyjmuje kilku lekarzy (codziennie inny). Z tego powodu telefon do gabinetu nie jest „telefonem do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą skierowanie”. Jeśli ustawodawca wprowadzi taki obowiązek może drastycznie zmaleć liczba lekarzy zainteresowanych pracą w AOS i wystawianiem skierowań.... Zresztą jaki jest cel takiej regulacji? Czy lekarz w nocy w domu będzie w stanie udzielić informacji pacjentowi? I przy okazji – jak to zorganizować „bezkosztowo”, skoro ustawa o działalności leczniczej wprowadza pojęcie „dyżuru pod telefonem”??? A przecież o to chodzi ustawodawcy w tym przypadku...	
120.	Art. 2 pkt 8 (dot. dodawanego art. 59b ust. 1 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Usunięcie z propozycji brzmienia art. 59b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych danej dotyczącej informacji o identyfikatorze usługobiorcy a więc o obowiązku podania jego numeru PESEL.	Uwaga uwzględniona Przepis zostanie odpowiednio przeredagowany.
121.	Art. 2 pkt 8 (dot. dodawanego art. 59b ust. 1 w ustawie z dnia	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół	Proszę sobie wyobrazić informację tekstową (sms) zawierająca wszystkie dane wynikające z Art. 59b ust. 1. Te wszystkie dane powinniśmy przekazać pacjentowi zgodnie z brzmieniem Art. 59b ust. 2 pkt 2). Jeśli zamiarem	Wyjaśnienia Zamiarem ustawodawcy było ograniczenie danych wysyłanych sms-em do kodu dostępu i numeru PESEL, i jest to wyraźnie

	27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	ustawodawcy było ograniczenie danych wysyłanych sms-em do kodu dostępu i numeru PESEL, to powinien to jasno doprecyzować.	wskazane w art. 59b ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach. SMS jest bowiem co do zasady krótką wiadomością, która ma przekazać syntetyczne dane. Jeśli Pacjent preferuje bardziej szczegółowe informacje, może zdecydować się na otrzymanie informacji o wystawionym skierowaniu na adres poczty elektronicznej. Ponadto, informacja o wystawionym e-skierowaniu widoczna będzie również w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). Bieżący wzór SMS będzie zawierał informację o kodzie dostępu, dacie i czasie wystawienia skierowania oraz informację o wymagalności numeru PESEL. „IKP: <kod_dostępu> - kod dostępu-e-SKIEROWANIA z dnia <data_wystawienia> <czas_wystawienia>. Wraz z kodem wymagany jest identyfikator PESEL pacjenta”. Przyjęte rozwiązanie jest analogiczne do rozwiązania przyjętego w odniesieniu do recepty wystawianej w postaci elektronicznej.
122.	Art. 2 pkt 8 (dot. dodawanego art. 59b ust. 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W przeprowadzanej zmianie treści art. 59b ust. 2 ustawy o świadczeniach Federacja <u>proponuje rozszerzyć zakres wiadomości tekstowej o informację o celu skierowania (np. nazwa badania, czy poradni specjalistycznej)</u> . Podczas jednej wizyty zdarza się, że wystawiane jest kilka skierowań na różne świadczenia	Uwaga nieuwzględniona SMS jest co do zasady krótką wiadomością, która ma przekazać syntetyczne dane. Jeśli pacjent preferuje bardziej szczegółowe informacje, może zdecydować się na

	r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		wtedy uzyskanie serii sms-ów przez pacjenta bardzo utrudni mu umawianie się na porady w odpowiednich poradniach przy jednoczesnym ujawnianiu jego danych wrażliwych co do innych skierowań jakie posiada, a może nie chce się z tym ujawniać w rejestracji.	otrzymanie informacji o wystawionym skierowaniu na adres poczty elektronicznej. Ponadto, informacja o wystawionym e-skierowaniu widoczna będzie również w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP). Bieżący wzór SMS będzie zawierał informację o kodzie dostępu, dacie i czasie wystawienia skierowania oraz informację o wymagalności numeru PESEL. „IKP: <kod_dostępu> - kod dostępu-e-SKIEROWANIA z dnia <data_wystawienia> <czas_wystawienia>. Wraz z kodem wymagany jest identyfikator PESEL pacjenta”. Przyjęte rozwiązanie jest analogiczne do rozwiązania przyjętego w odniesieniu do recepty wystawianej w postaci elektronicznej.
123.	Art. 2 pkt 8 (dot. dodawanego art. 59b ust. 2 pkt 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W tym samym ustępie 2 w pkt 3 Federacja <u>wnosi o usunięcie zwrotu „na każde żądanie świadczeniobiorcy”</u>. Pozostawienie takiego zapisu powoduje, że każde wystawienie skierowania elektronicznego skończy się koniecznością wydruku, gdyż pacjent na wszelki wypadek będzie chciał otrzymać „papier”. To zjawisko zaczyna być już wyraźnie widoczne przy zwolnieniach elektronicznych kiedy pacjenci początkowo chętnie rezygnujący z wydruku potwierdzającego wydanie eZLA stopniowo zaczynają żądać wydruków za każdym razem.	Uwaga nieuwzględniona Nie ma podstaw do twierdzenia, że dopuszczenie takiej możliwości spowoduje, że wszyscy pacjenci będą żądali wydruku. Tego samego rodzaju regulacja obowiązuje przy wystawianiu e-recept i w chwili obecnej zastosowanie innego rozwiązania nie jest możliwe. Rozwiązanie to ma bowiem stopniowo budować zaufanie pacjentów do elektronicznej postaci

	ze środków publicznych)			skierowań i recept. Należy pamiętać, że informatyzacja jest procesem, który musi pozwolić pacjentom na przyzwyczajenie się do nowych rozwiązań. Nie można jednak wykluczyć, że w przyszłości możliwa będzie rezygnacja z wydruków.
124.	Art. 4 (dot. zmienianego art. 2 pkt 6 lit. a w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia)	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	Zmiany wprowadzane w art. 4 dotyczące zmian w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia dotyczące definicji elektronicznej dokumentacji medycznej (art. 2 w pkt 6 lit. a) jeszcze bardziej gmatwają sytuację w zakresie definicji pojęć dotyczących dokumentacji elektronicznej i papierowej. Jeżeli recepta jest dokumentacją medyczną to jej kopia lub dokładny opis powinny znaleźć się w dokumentacji podmiotu prowadzonej papierowo zgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (par. 2 ust. 5).	Wyjaśnienia Należy rozróżnić pojęcie „dokumentacji medycznej” od elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Recepta również w chwili obecnej mieści się w definicji EDM zawartej w art. 2 pkt 6 lit. a ustawy o SIOZ. Podkreślić przy tym należy, iż w przeciwieństwie do recept w postaci papierowej informacje o wszystkich wystawionych pacjentowi e-receptach będą przechowywane w systemie P1, w tym m. in. w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP).
125.	Art. 4 (dot. zmienianego art. 2 w pkt 6 lit. a w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia)	NFZ	W zakresie art. 4 projektu wprowadzającego zmiany do ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.) proponuję nadanie art. 56 ust. 3 następującego brzmienia: „3. Skierowania, o których mowa w art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mogą być wystawiane w postaci papierowej do dnia 31 grudnia 2020 r.”. Propozycja związana jest pozostawianiem możliwości wystawiania skierowań transgranicznych w formie	Uwaga niezrozumiała Przedstawiona propozycja zmiany brzmienia art. 56 ust. 3 ustawy o SIOZ (obecnie art. 11 ustawy zmieniającej) jest tożsama z brzmieniem projektu ustawy.

			papierowej do końca 2020 r.	
126.	Art. 6 (dot. zmienianego art. 15a ust. 2 w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W nowelizowanej treści art. 15a ust. 2 w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej Federacja <u>proponuje zastąpić konieczność ukończenia kursu specjalistycznego przeszkoleniem przez lekarza udzielającego świadczeń w danym podmiocie</u> . W sytuacji niedoboru kadr medycznych należy maksymalizować możliwość wykorzystania kompetencji personelu już udzielającego świadczeń. Pielęgniarki i położne, które ukończyły studia na tych kierunkach potrafią po krótkim przeszkoleniu poradzić sobie z kontynuacją leczenia wcześniej zaordynowanego przez lekarza. Jedynie przeszkolenia wymagają w zakresie prawno-formalnym co do wystawiania recept a takie szkolenie znacznie sprawniej, taniej i bez utraty czasu przez deficytowy personel medyczny może wykonać współpracujący z nią lekarz. Można pozostawić równolegle możliwość odbycia kursu specjalistycznego ale jako alternatywę wobec prostego przeszkolenia w miejscu pracy.	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji Projektowana nowelizacja ma na celu doprecyzowanie uprawnień pielęgniarek i położnych w zakresie wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne niezbędnych do kontynuacji leczenia. Przedmiotowa propozycja zostanie przekazana zgodnie z właściwością, do rozważenia przy kolejnych pracach legislacyjnych.
127.	Art. 8 (w zakresie art. 10 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw)	NFZ	W zakresie art. 8 projektu wprowadzającego zmiany do ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1515) proponuję nadanie nowelizowanemu art. 10 ust. 2 i 3 następującego brzmienia: „2. Do dnia 30 czerwca 2019 r. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy są wystawiane, potwierdzane i realizowane na dotychczasowych zasadach. W okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 30 czerwca 2019 r., świadczeniodawcy w porozumieniu z Narodowym Funduszem Zdrowia, mogą wystawiać i realizować zlecenia na zaopatrzenie w wyroby	Uwaga uwzględniona Przepis zostanie odpowiednio preredagowany.

			medyczne i zlecenia naprawy na zasadach określonych przepisami ustawy, o której mowa w art. 6, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.” 3. Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy, które do dnia 30 czerwca 2019 r. zostały: 1) wystawione, 2) wystawione i potwierdzone –są odpowiednio potwierdzane i realizowane albo realizowane na dotychczasowych zasadach, jednak nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2020 r., z wyłączeniem zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń naprawy, o których mowa w ust. 2 zdanie 2.”. Analogiczne postanowienia powinny zostać zawarte w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy, tak aby jednoznacznie wynikało z nich, że do dnia 30 czerwca 2019 r. zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy będą wystawiane na dotychczasowych wzorach, z wyłączeniem zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń naprawy wystawianych od dnia 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2019 r. na zasadach określonych przepisami ustawy, o której mowa w art. 6 ustawy, które będą wystawiane na nowych wzorach. Powyższe uwagi wynikają ze zmiany sposobu realizacji zlecenia tzn. zlecenia wystawione na dotychczasowych zasadach oraz na dotychczasowych wzorach potwierdzane są w OW NFZ przed wydaniem świadczeniobiorcy wyrobu medycznego natomiast zlecenia wystawione na nowych zasadach i na nowych wzorach będą tylko weryfikowane w OW NFZ i potwierdzane na dzień wydania pacjentowi wyrobu	
--	--	--	--	--

			medycznego.	
128.	Art. 8 (w zakresie art. 10 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw)	Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Bydgoszczy	W art. 8 w punkcie 2 oraz 3 podano, że zlecenia na dotychczasowych zleceniach mogą być potwierdzane i realizowane do dnia 1 lipca 2019 r. Czyli przez okres 6 miesięcy i jednego dnia. Wnoskujemy, aby datę tą określić jako 30 czerwca 2018 r. – równo przez 6 miesięcy. Data końcowa przypadająca z końcem miesiąca lub roku jest bardziej czytelna, mniej myląca dla świadczeniodawców.	Uwaga uwzględniona Przepis zostanie odpowiednio przeredagowany.
129.	Art. 8 (w zakresie art. 10 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw)	Stowarzyszenia Osób z NTM "UroConti"	<u>Okres przejściowy powinien zostać wydłużony do 12 miesięcy</u> , co pozwoli wszystkim interesariuszom zaznajomić się i wdrożyć nowy system.	Uwaga nieuwzględniona: Nastąpiło już przesunięcie terminu i okres półroczny wydaje się wystarczający do zapoznania się z nowymi rozwiązaniami.
130.	Art. 10 (przepis przejściowy w zakresie harmonogramu przyjęć)	Prokuratoria Generalna Rzeczypospolitej Polskiej	Projektowany art. 10 projektu ustawy jest przepisem przejściowym i zakłada możliwość nieprowadzenia przez część świadczeniodawców harmonogramu przyjąć do dnia 1 stycznia 2020 r. <u>Przepisy przejściowe nie przewidują jednak okresu przejściowego w zakresie realizacji przez świadczeniodawców obowiązku informacyjnego względem NFZ-u, określonego w projektowanym art. 23 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z. Stan prawny</u>	Uwaga uwzględniona Przepis zostanie odpowiednio przeredagowany, tak aby uwzględnił również obowiązki informacyjne świadczeniodawców wobec NFZ.

			ukształtowany przez projektowane przepisy może zatem prowadzić do sytuacji, w której świadczeniodawcy — w okresie przejściowym — nie będą mieli obowiązku prowadzenia harmonogramu przyjęć, ale pozostaną zobowiązani do cotygodniowego przekazywania do NFZ-u informacji objętych zakresem tego harmonogramu. W związku z powyższym wydaje się, że projektowany art. 10 projektu ustawy powinien przewidywać okres przejściowy nie tylko dla prowadzenia harmonogramu przyjęć przez świadczeniodawców, ale także dla realizacji obowiązku informacyjnego określonego w projektowanym art. 23 ust. 1 pkt 2 u.ś.o.z.	
131.	Uzasadnienie	Prokuratoria Generalna Rzeczypospolitej Polskiej	Z uzasadnienia projektu ustawy nie wynika, czy NFZ dysponuje narzędziami teleinformatycznymi, pozwalającymi na gromadzenie i przetwarzanie pakietu informacji o innych świadczeniobiorcach znajdujących się w harmonogramie przyjęć niż oczekujący na udzielenie świadczenia (w tym m.in. o pacjentach przyjętych na bieżąco, poza kolejnością, w stanie nagłym czy też kontynuujących leczenie). W szczególności uzasadnienie projektu ustawy nie daje odpowiedzi na pytanie, <u>czy</u> przywołana przez projektodawcę aplikacja AP-KOLCE pozwala na gromadzenie i przetwarzanie wszystkich danych wskazanych w projektowanym nowym brzmieniu art. 23 ust. 1 u.ś.o.z. Jednocześnie OSR nie zakłada żadnych wydatków po stronie NFZ, celem wdrożenia analizowanego projektu ustawy. W związku z powyższym wyjaśnienia wymaga, <u>czy będące w dyspozycji NFZ-u narzędzia teleinformatyczne pozwalają na gromadzenie i przetwarzanie wszystkich danych</u>	Wyjaśnienia Narzędzia teleinformatyczne NFZ po odpowiedniej ich modyfikacji będą pozwalały na gromadzenie i przetwarzanie wszystkich danych. Wydatki na odpowiednią modyfikację aplikacji AP-KOLCE będą poniesione przez NFZ w ramach prac rozwojowych przewidzianych w umowach z wykonawcami odpowiadającymi za utrzymanie i rozwój systemów IT.

			wskazanych w projektowanym nowym brzmieniu art. 23 ust. 1 u.ś.o.z., a jeżeli nie — jaki jest prognozowany koszt dostosowania narzędzi teleinformatycznych do ww. realizacji ww. zadania i skąd zostaną pozyskane przez NFZ środki finansowe na ten cel.	
132.	Uzasadnienie	Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”	W Ocenie Skutków Regulacji w części „Jaki problem jest rozwiązywany?” zapisano, że zdefiniowano problem braku pewnych regulacji i niewłaściwych zapisów ustawowych. Natomiast w Uzasadnieniu zapisano, że celem projektu ustawy jest zmiana czterech ustaw.	Wyjaśnienia Pomiędzy zacytowanymi zdaniem brak jest sprzeczności. Zdefiniowanie problemu polegającego na braku pewnych regulacji skutkuje zmianą konkretnych ustaw (w II wersji projektu ustawy jest to 7 ustaw).
133.	Ocena Skutków Regulacji	Wojewoda Lubuski	W ocenie skutków regulacji nie uwzględniono, że zmiana ustawy będzie miała także wpływ na usługodawców/świadczeniodawców w zakresie: - dodatkowe obowiązki i koszty (m.in. zakup oprogramowania, wdrożenie, obsługa informatyczna, ewentualna konieczność wymiany sprzętu informatycznego) - zwiększenie częstotliwości sporządzania i przesyłania sprawozdań związanych z kolejkami (art. 23 a ust. 1 i 2) - obowiązek informowania o zbliżającym się terminie wizyty (art. 23b) - obowiązek sporządzania wydruków skierowań elektronicznych na życzenie świadczeniobiorcy: co będzie generowało dodatkowe koszty osobowe i rzeczowe.	Uwaga uwzględniona częściowo OSR w pkt 4 odnoszącym się do usługodawców zostanie odpowiednio uzupełniony o informację o zmianie częstotliwości przesyłania informacji o pierwszym wolnym terminie oraz o obowiązku informowania o zbliżającym się terminie wizyty. Podkreślić natomiast należy, że obowiązek sporządzania wydruków o skierowaniach istnieje już w chwili obecnej (art. 59b ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach).
134.	Ocena Skutków Regulacji	Wojewoda Lubuski	W ocenie skutków regulacji nie uwzględniono, że zmiana ustawy będzie miała także wpływ na pacjenta/świadczeniobiorcy w zakresie:	Uwaga nieuwzględniona Uwaga ma charakter subiektywny. Wprowadzane rozwiązania mają bowiem

			- utrudnienia związane ze stosowaniem nowoczesnych rozwiązań informatycznych dla seniorów i osób niepełnosprawnych.	służyć również seniorom i osobom niepełnosprawnym. Ewentualne utrudnienia związane ze stosowaniem nowoczesnych rozwiązań informatycznych mogą teoretycznie dotyczyć również innych grup społecznych. Brak jest zatem uzasadnienia aby w XXI w. wskazywać na tego typu utrudnienia.
135.	Ocena Skutków Regulacji	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Projektowane regulacje art. 23 wprowadzają <u>liczne dodatkowe obowiązki, które spowodują konieczność znacznego wzrostu zatrudnienia i zakupu nowych funkcjonalności systemów informatycznych.</u> Tymczasem w Ocenie Skutków Regulacji określono, że wprowadzane rozwiązania nie są związane z jakimikolwiek kosztami. Proszę o szczegółową informację jak to jest możliwe.	Wyjaśnienia Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych. Ponadto, proponuje się w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach dokonać zmiany polegającej na wskazaniu, że świadczeniodawca przekazuje informacje o pierwszym wolnym terminie codziennie do godziny 10.00 według stanu na dzień poprzedzający raportowanie (tego samego dnia informacja ta powinna być publikowana przez NFZ). Jednocześnie, proponuje się wprowadzić przepis umożliwiający świadczeniodawcy zawnioskowanie do OW NFZ o wyrażenie zgody na raportowanie informacji o pierwszym wolnym terminie w cyklu tygodniowym z uwagi na trudności techniczne lub niewielką skalę działania świadczeniodawcy.
136.	Ocena Skutków Regulacji	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki	Jak mamy realizować „bezkosztowo” obowiązki wynikające z Art. 23a ust. 1?	Wyjaśnienia Obowiązek wynikający z art. 23a ust. 1 istnieje w chwili obecnej.

		Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu		
137.	Ocena Skutków Regulacji	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Jak mamy realizować „bezkosztowo” obowiązki wynikające z Art. 23b? Proszę zauważyć, że zwykły sms ma ograniczenie liczby znaków. Wprowadzenie obowiązku informacji o terminie wizyty oraz o obowiązku poinformowania o niemożności stawienia się w wyznaczonym terminie przekracza objętość jednej wiadomości tekstowej. To znacznie podraża koszty. Ponadto ponownie proszę dookreślić „w każdy możliwy sposób”. Proponuję ten zapis <u>uszczegółowić</u> . Proponuję, aby określić, że wystarczy wysłać sms pod wskazany numer telefonu komórkowego lub przeprowadzić rozmowę telefoniczną lub skontaktować się za pomocą poczty elektronicznej, a dopiero jeśli nie będzie to możliwe wysłać list.	Wyjaśnienia Odstąpiono od wprowadzenia zmiany polegającej na wprowadzeniu dla świadczeniodawców obowiązku przypominania świadczeniobiorcom o planowanym terminie udzielenia świadczenia.
138.	Ocena Skutków Regulacji	Centrum Medyczne Dobrzyńska – Wojewódzki Zespół Specjalistycznej Opieki Zdrowotnej z siedzibą we Wrocławiu	Proszę zwrócić uwagę, że projektowane zmiany i nowe obowiązki dla świadczeniodawców nie są działaniami „bezkosztowymi”. Wprowadzenie w/w rozwiązań informacyjnych spowoduje zdecydowany wzrost kosztów działalności. <u>Należy odpowiednio zwiększyć wycenę świadczeń w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej.</u>	Uwaga nieuwzględniona Uwaga poza zakresem regulacji.
139.	Ocena Skutków Regulacji	Wielkopolski Oddział Wojewódzki	Podkreślenia wymaga nadto <u>konieczność uwzględnienia w Ocenie Skutków Regulacji kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia związanych z ewentualną realizacją</u>	Uwaga uwzględniona Skutki finansowe po stronie NFZ zostaną

		Narodowego Funduszu Zdrowia projektowanych zmian w zakresie jego zadań. W projekcie przyjmuje się, że regulacja nie spowoduje skutków dla sektora finansów publicznych, podczas gdy nie jest możliwe zrealizowanie zadań ujętych w projektowanych przepisach nowelizacji bez zwiększenia kosztów administracji Narodowego Funduszu Zdrowia. Podobnie, odpowiednie zapisy uwzględniane były np. przy wprowadzaniu przepisów regulujących system elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców czy też wdrażających dyrektywę transgraniczną. Zaznaczenia w tym miejscu wymaga, że w przypadku konieczności zapewnienia także telefonicznej obsługi świadczeniobiorców związanej z terminami udzielenia świadczenia, powyższe generować musi <u>znaczący wzrost kosztów funkcjonowania oddziałów wojewódzkich Funduszu</u>. Nieuniknione są również, nawet przy uwzględnieniu naszych, jak wydaje się zasadnych postulatów, koszty związane z monitorowaniem sprawozdawanych codziennie informacji o pierwszym wolnym terminie i cotygodniowo o harmonogramie. Powyższe wynika z wstępnej oceny możliwości realizacji ww. zadań przez Oddział Funduszu, z której wynika, że tylko w ramach obecnie prowadzonych list oczekujących w systemie AP-KOLCE (przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Oddziałem Funduszu), w ciągu najbliższych 10 dni zostanie przyjętych w ramach pierwszej wizyty około 5 tysięcy osób. Oznacza to, że średnio licząc (przykładowo: na niedzielę 14 października br. zaplanowano 23 osoby, a na wtorek 16	pokryte przede wszystkim w ramach prac rozwojowych przewidzianych w umowach z wykonawcami odpowiadającymi za utrzymanie i rozwój systemów IT.
--	--	---	---

			października zaplanowano 802 osoby) należałoby się skontaktować z 553 osobami dziennie. Należy w tym miejscu zauważyć, że liczba ta nie dotyczy wszelkich zgłoszeń zmian terminów i nie uwzględnia osób widniejących w przyszłych harmonogramach. Uwzględniając powyższe, <u>ostrożnie szacując, koniecznych byłoby tysiąc i więcej kontaktów dziennie</u>, nie licząc kontaktów do świadczeniodawców, celem zgłoszenia im sytuacji, o których mowa w proponowanym brzmieniu art. 23b ust. 4. Podkreślenia jednocześnie wymaga, że obecnie w Oddziale Funduszu kolejkami oczekujących zajmują się dwaj doświadczeni pracownicy, co tylko obrazuje skalę niedostatecznego potencjału organizacyjno-budżetowego do realizacji nowych zadań.	
140.	Ocena Skutków Regulacji	NIL	Dodatkowo należy wskazać, że Ocena Skutków Regulacji w ogóle pomija się poważne <u>koszty, jakie poniosą świadczeniodawcy</u> w związku z przebudową systemów teleinformatycznych związaną z poszerzeniem zakresu obowiązków.	Wyjaśnienia Proponuje się w art. 23 ust. 1 ustawy o świadczeniach przywrócić raportowanie do OW NFZ w cyklach miesięcznych. Ponadto, proponuje się w art. 23 ust. 4 ustawy o świadczeniach dokonać zmiany polegającej na wskazaniu, że świadczeniodawca przekazuje informacje o pierwszym wolnym terminie codziennie do godziny 10.00 według stanu na dzień poprzedzający raportowanie (tego samego dnia informacja ta powinna być publikowana przez NFZ). Jednocześnie, proponuje się wprowadzić przepis umożliwiający świadczeniodawcy zawnioskowanie do OW NFZ o wyrażenie zgody na raportowanie informacji o

				pierwszym wolnym terminie w cyklu tygodniowym z uwagi na trudności techniczne lub niewielką skalę działania świadczeniodawcy.
--	--	--	--	--

ZESTAWIENIE UWAG ZGŁOSZONYCH W TRAKCIE UZGODNIENÍ MIĘDZYRESORTOWYCH

Projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej – wersja II,
projekt z dnia 5 października 2018 r.

L.p.	Jednostka redakcyjna	Podmiot zgłaszający uwagę	Treść uwagi	Uwagę uwzględniona/nieuwzględniona
1.	tytuł	Rządowe Centrum Legislacji	Należy zauważyć, że przedmiot ustawy określa się w jej tytule w sposób adekwatnie informujący o jej treści (§ 18 ust. 1 Zasad techniki prawodawczej). Takiego związku nie wykazują jednak zaproponowane regulacje, dotyczące wydawania produktów leczniczych z aptek (art. 1 projektu) udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej (art. 3 projektu) oraz uprawnień pielęgniarek i położnych do wystawiania recept i zleceń na wyroby medyczne niezbędnych do kontynuacji leczenia (art. 6 projektu).	Uwaga nieuwzględniona Zgodnie z § 18 ust. 1. Zasad techniki prawodawczej przedmiot ustawy określa się możliwie najzwięźlej, jednakże w sposób adekwatnie informujący o jej treści. W Komentarzu do Zasad Techniki Prawodawczej wskazano, że tytuł powinien być sformułowany „<i>możliwie najprościej, w sposób łatwy do zapamiętania i zgrabny językowo</i>” [Komentarz..., s. 60]. Zaproponowany tytuł jest zwięzły i w sposób adekwatny informuje o treści ustawy. Obecna praktyka tytułowania projektów ustaw zmieniających kilka ustaw, polegająca na wskazaniu wyłącznie jednego tytułu

				ustawy oraz użycie formuły „ <i>oraz niektórych innych ustaw</i> ” w ogóle nie informuje o treści ustawy, w szczególności w przypadku zmian tak obszernych ustaw jak ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zmienianej nawet kilka razy w roku.
2.	uwaga ogólna	Minister Finansów	Proszę o wyjaśnienie czy projektowane zmiany, w warstwie elektronicznej P1, spowodują konieczność dostosowania systemów u świadczeniodawców?	Wyjaśnienia Już w świetle obowiązujących przepisów świadczeniodawcy obowiązani są do zgłoszenia gotowości podłączenia swoich systemów do Systemu P1 oraz do podłączenia się do tego systemu, nie później niż do dnia 31 grudnia 2019 r. (art. 56 ust. 5 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia). Projektowane przepisy nie będą miały zatem innego wpływu niż ten określony w obowiązujących przepisach prawa.
3.	uwaga ogólna	Minister Finansów	Wyjaśnienia wymaga, czy i w jakim czasie pełne dane, jakimi dysponuje świadczeniodawca w zakresie skierowań u niego przyjętych i oczekujących (na świadczenie zdrowotne), zostaną przeniesione do Platformy P1 według zaplanowanej metodyki, aby uzyskać jak najszybciej pełny obraz o liczbie osób oczekujących na świadczenia objęte niniejszym projektem, co najmniej według stanu na dzień wejścia w życie	Wyjaśnienia W ramach realizacji Projektu P1 nie przewiduje się przenoszenia do P1 skierowań wystawionych na dotychczasowych zasadach.

			tego projektu. Należy wyjaśnić czy nie jest zasadne wprowadzenie w tym zakresie właściwej regulacji.	
4.	uwaga ogólna	Minister Finansów	W przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego P1 , świadczeniodawca powinien wpisać świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy, na podstawie informacji o wystawionym skierowaniu. Czy zdaniem projektodawcy oznacza to, że brak dostępu do P1 nie będzie dla świadczeniodawcy utrudnieniem do uzyskania informacji o wystawionym elektronicznym skierowaniu?	Wyjaśnienia W przypadku braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia. Dokonuje tego na podstawie informacji o wystawionym skierowaniu. Informację o wystawionym skierowaniu natomiast pacjent uzyskuje – wcześniej, tj. w trakcie trwania wizyty lekarskiej.
5.	art. 1 pkt 1 (dot. dodawanego w art. 96 ust. 1a ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne)	Minister Spraw Zagranicznych	Pojęcie „środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego”, zostało zniesione z dniem 20 lipca 2016 r. na mocy rozporządzenia PE i Rady (UE) nr 609/2013 w sprawie żywności przeznaczonej dla niemowląt i małych dzieci oraz żywności specjalnego przeznaczenia medycznego i środków spożywczych zastępujących całodzienną dietę, do kontroli masy ciała oraz uchylającego dyrektywę Rady 92/52/EWG, dyrektywy Komisji 96/8/WE, 1999/21/WE, 2006/125/WE i 2006/141/WE, dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/39/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 41/2009 i (WE) nr 953/2009. Rozporządzenie (UE) nr 609/2013 uchyliło i zastąpiło	Wyjaśnienia Nie podważając słuszności zgłoszonej uwagi, przedmiotowa regulacja w bardzo wąskim zakresie odnosi się do zmian w ustawie z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne. Uwaga Ministra Spraw Zagranicznych z uwagi na kompleksowy charakter i konieczność zmiany przede wszystkim ustawy o <i>bezpieczeństwie żywności i żywienia</i>, która jest punktem wyjścia przy tworzeniu legislacji dotyczącej żywności o

			dyrektywę PE i Rady 2009/39/WE w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego. W pkt 13 preambuły do ww. rozporządzenia ustawodawca unijny wskazał na powody, które leżały u podstaw zniesienia pojęcia „środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego”. Aktualnie wyróżnia się cztery kategorie żywności, wskazane enumeratywnie w art. 1 ust. 1 lit. a) - d) rozporządzenia (UE) nr 609/2013, tj.: preparaty do początkowego żywienia niemowląt i preparaty do dalszego żywienia niemowląt; produkty zbożowe przetworzone oraz żywność dla dzieci; żywność specjalnego przeznaczenia medycznego; środki spożywcze zastępujące całodzienną dietę, do kontroli masy ciała. Właściwe wydaje się zatem przeanalizowanie krajowych aktów prawnych, w których występuje pojęcie „środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego” pod kątem ich dostosowania do nazewnictwa wprowadzonego rozporządzeniem (UE) nr 609/2013.	przeznaczeniu medycznym zostanie wzięta pod uwagę przy innych nowelizacjach. Obecna nowelizacja ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne nie ma żadnego związku z kategoriami żywności.
6.	art. 1 pkt 1 (dot. dodawanego w art. 96 ust. 1a ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne)	Minister Cyfryzacji	Treść projektowanego art. 96 ust. 1a ustawy – <i>Prawo farmaceutyczne</i> wskazuje, że produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne wydawane na podstawie recepty w postaci elektronicznej, są wydawane po udostępnieniu klucza dostępu do recepty albo kodu dostępu oraz numeru PESEL. W opinii Ministerstwa Cyfryzacji, ze względu na potencjalnie tożsame zakres znaczeń określeń <i>klucz dostępu do recepty lub pakietu recept</i>, o którym mowa w art. 96b ust. 1 pkt 1 oraz <i>kod dostępu</i>, o którym mowa w art. 96b ust. 1 pkt 2 zasadne byłoby uzupełnienie projektu o definicje ww. określeń.	Uwaga uwzględniona Pojęcia kodu i klucza dostępu zostaną zdefiniowane w następujący sposób. Kod dostępu to ciąg 4 cyfr generowany w momencie zapisu dokumentu przez system o którym mowa w art. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Kod pozwala na autoryzację dostępu do dokumentu w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy. Klucz dostępu to ciąg 44 cyfr generowany

				w momencie zapisu dokumentu przez system o którym mowa w art. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Klucz pozwala na autoryzację dostępu do dokumentu.
7.	art. 1 pkt 2 (dot. dodawanego w art. 96b ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne) oraz analogiczna uwaga do: art. 2 pkt 8 (dot. art. 59b ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	RCL	Należałoby uzupełnić brzmienie przepisu art. 96b ust. 2 pkt 2, o kwestie związane z brakiem numeru PESEL.	Wyjaśnienia W art. 96 ust. 1a (jednostka redakcyjna zostanie zmieniona) ustawy PF zaproponowano wprowadzenie normy prawnej, która wprost przesądza, że produkty lecznicze na receptę w postaci elektronicznej są wydawane po udostępnieniu aptece klucza dostępu albo kodu dostępu wraz numerem PESEL (a w przypadku jego braku serii i numeru paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość). W związku z powyższym, regulacja zawarta w art. 96b ust. 2 pkt 2 PF ma jedynie charakter uzupełniający, mając na celu przypomnienie pacjentowi, że w przypadku posługiwania się kodem dostępu konieczne jest udostępnienie aptece w celu realizacji recepty również numeru PESELu, który to numer (a nie inny numer) w większości przypadków będzie udostępniany wraz z kodem dostępu. W krótkiej wiadomości tekstowej nie jest natomiast możliwe ani uzasadnione przekazywanie dosłownego brzmienia przepisów prawa. Zasadniczym

				celem przekazania wiadomości sms jest podanie kodu dostępu. Przypomnienie o konieczności dysponowania numerem PESEL w tym samym smsie ma jedynie funkcję informacyjną. Nie bowiem art. 96b ust. 2 pkt 2 PF stanowi podstawę do żądania przez aptekę udostępnienia jej wraz kodem dostępu numeru PESELu (ewentualnie numeru innego dokumentu). Podstawa ta zawarta została w art. 96 ust. 1a PF.
8.	art. 2 pkt 1 (dot. uchylenia pkt 32b w art. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Finansów	Projektowane uchylenie art. 5 pkt 32b z uwagi na swoją szczegółowość istotną dla NFZ, wymaga szerszego wyjaśnienia skutków tego uchylenia, pod kątem udzielania i sposobu dokumentowania uprawnienia do świadczeń na podstawie skierowania w aspekcie monitorowania i finansowania tych świadczeń, po usunięciu ww. przepisu (dotyczy np.: skierowania na rehabilitację leczniczą).	Wyjaśnienia Jak wskazano w Uzasadnieniu do projektu ustawy, w art. 5 pkt 32b ustawy o świadczeniach zawarto definicję skierowania, która zakłada, że skierowanie jest co do zasady dokumentem w postaci elektronicznej, natomiast w enumeratywnie wskazanych przypadkach ma ono postać papierową. Zastosowana typologia nie jest właściwa i budzi liczne wątpliwości interpretacyjne, bowiem katalog skierowań w postaci papierowej ma niejednolity charakter (obejmując skierowania odpowiadające poszczególnym zakresom świadczeń, jak i wszelkie skierowania np. dla osób o nieustalonej tożsamości). Należy jednocześnie zauważyć, że proponowane zmiany nie mają wpływu na udzielanie i sposób dokumentowania

				uprawnienia do świadczeń na podstawie skierowania, gdyż pilotaż skierowania w postaci elektronicznej jak wskazano w uzasadnieniu do projektu ustawy rozpocznie się w końcu roku 2018. W związku z powyższym w chwili obecnej w obrocie prawnym nie funkcjonują skierowania w postaci elektronicznej. Funkcjonalności Platformy P1 związane z wprowadzeniem e-skierowań są właśnie tworzone, a rozpoczęcie pilotażu umożliwi ich przetestowanie. Obecne przepisy dotyczące skierowań w postaci elektronicznej nie znajdują zatem jeszcze zastosowania. Uchylany przepis nie może zatem wywierać wpływu na organizację udzielania świadczeń. Odnosząc się do skierowania na rehabilitację leczniczą, podkreślić należy, że sytuacja prawna tych skierowań nie ulega zmianie. Zarówno w obowiązującym stanie prawnym, jak i projektowanym obecnie skierowania na rehabilitację leczniczą nie będą wystawiane w SIM.
9.	art. 2 pkt 3 lit. f (dot. ust. 2c w art. 20 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze	Minister Finansów	Dodawany ust. 2c w art. 20 wskazuje na prowadzenie listy oczekujących (harmonogramu) poza systemem teleinformatycznym, jako odrębnego wykazu u świadczeniodawcy w przypadku braku dostępu do systemu. Taka alternatywa jest obarczona ryzykiem, włącznie z utratą danych. Poza tym należy wyjaśnić, czy możliwe będzie zarejestrowanie skierowania po usunięciu braku dostępu do	Wyjaśnienia Art. 20 ust. 2c ustawy o świadczeniach nie wskazuje na prowadzenie listy oczekujących poza systemem teleinformatycznym. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia opieki

	środków publicznych)		systemu bez udziału pacjenta? Brak wyjaśnienia, jak rozwiązania używane przez świadczeniodawcę do prowadzenia harmonogramów (dotychczas co do zasady jako niezależna aplikacja wobec rozwiązań w Platformie P1), będą pomocne w migracji danych z harmonogramu do P1, aby zafunkcjonował automatyzm i nadanie identyfikatora skierowaniu. Ponadto, w przypadku braku dostępu do systemu, należy wyjaśnić czy pierwszy świadczeniodawca będzie obowiązany poinformować pacjenta, aby nie zgłaszał się do innych świadczeniodawców, eliminując tym ryzyko powtórnego zapisania się pacjenta z tym samym skierowaniem.	zdrowotnej prowadzona jest zawsze przez danego świadczeniodawcę, w systemie informatycznym tego świadczeniodawcy, a nie w systemie P1, w którym wystawiane są tylko skierowania w postaci elektronicznej, a nie prowadzona lista oczekujących. System P1 nie służy bowiem do prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, lecz do wystawiania i przechowywania skierowań, które uprawniamy świadczeniodawców do zapisania świadczeniobiorcy na określone świadczenie. Listy oczekujących prowadzone są natomiast u konkretnego świadczeniodawcy, bez względu na dostęp do Systemu P1, również w chwili obecnej, gdy świadczeniodawcy nie mają dostępu do Systemu P1. Regulacji zawartej w art. 20 ust. 2c nie należy odrywać od ust. 2ab i 2d. W przypadku bowiem dysponowania przez pacjenta e-skierowaniem, świadczeniodawca dokona wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia (czyli wpisze pacjenta do tzw. kolejki) przez określenie odpowiedniego statusu skierowania w systemie P1 (art. 20 ust. 2ab). W przypadku jednak braku dostępu do tego systemu (np. awarii), świadczeniodawca wpisuje świadczeniobiorcę w kolejnej pozycji
--	----------------------	--	--	---

				prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia, wyłącznie na podstawie informacji o skierowaniu, o której mowa w art. 59b ust. 1 (art. 20 ust. 2c). Wówczas jednak, niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do systemu P1, wpis na listę oczekujących zostanie „uzupełniony” o określenie odpowiedniego statusu skierowania w systemie P1 (art. 20 ust. 2d). Powyższe automatycznie uniemożliwi powtórne zapisanie się pacjenta z tym samym skierowaniem. Gdyby nawet bowiem pacjent wpisał się na podstawie samej informacji o skierowaniu do np. 3 świadczeniodawców, to wówczas, po ustaniu awarii P1, tylko jeden z tych 3 świadczeniodawców (pierwszy, który podejmie zmianę statusu) będzie mógł utrwalić zapis pacjenta na liście przez zmianę statusu skierowania. Kolejni świadczeniodawcy nie będą już mogli tego dokonać, co będzie oznaczać usunięcie pacjenta z listy oczekujących.
10.	art. 2 pkt 3 (dot. ust. 4 w art. 20 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Finansów	Zmiana treści ust. 4 w art. 20 pozbawia listę oczekujących (harmonogram) atrybutu dokumentacji medycznej. Należy przedstawić uzasadnienie takiego rozwiązania.	Wyjaśnienia W projektowanym art. 19a ust. 5 wskazano, że harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej. Natomiast w zmienianym ust. 4 art. 20 przesądzono, że lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć.

				W drodze wnioskowania <i>a maiori ad minus</i> , uznać należy, że lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi dokumentację medyczną.
11.	art. 2 pkt 3 lit. h (dot. dodawanego ust. 10fa w art. 20 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Finansów	Zgodnie z projektowanymi regulacjami, pomimo stwierdzeń przeciwnych w uzasadnieniu, jak się wydaje możliwe będzie zapisanie jednego pacjenta do kilku świadczeniodawców na to samo świadczenie opieki zdrowotnej na podstawie e-skierowań wystawionych przez osobę uprawnioną. Odwołanie w dodanym ust. 10fa do ust. 10, w art. 20, „W celu otrzymania danego świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorca może wpisać się na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy” nie wyłącza przypadku wpisania się na następną jedną listę oczekujących u innego świadczeniodawcy na takie samo badanie. Jeśli funkcjonalność e-skierowania uniemożliwia taką praktykę, jak wskazuje Uzasadnienie, to projektowana regulacja powinna to jednoznacznie odzwierciedlać w treści wprowadzanej zmiany. Niezależnie od tego proszę o informację, jak wprowadzenie e-skierowania wpłynie na zarządzanie kolejkami z poziomu centralnego. Mając na uwadze racjonalizację kosztów w NFZ, ważne jest, aby e-skierowania wystawiane były z ważnych wskazań medycznych, a konieczność wystawienia kolejnego skierowania (powtórna diagnostyka), była wyraźnie uzasadniona (wymóg e-skierowania).	Wyjaśnienia System P1 skonstruowany jest w ten sposób, że w realizacji może być tylko jedno skierowanie na określone świadczenie. Do czasu jego realizacji (i zmiany statusu w Systemie P1 z „w realizacji” na „zrealizowano”), nie będzie możliwości zapisu na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy. Wbrew twierdzeniu zawartemu w uwadze, odwołanie się do art. 20 ust. 10 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wyłącza możliwość wpisania się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy. Odnosząc się do wpływu e-skierowania na zarządzanie tzw. kolejkami z poziomu centralnego wskazać należy, że e-skierowania będą wystawiane, podobnie jak e-recepty, w ramach Platformy P1 i w związku z powyższym ich centralizacja nastąpi już na etapie ich tworzenia oraz przydzielania im numerów, co ma niebagatelne znaczenie dla praktycznej realizacji normy prawnej określającej, że pacjent w celu otrzymania danego

				świadczenia opieki zdrowotnej może wpisać się tylko na jedną listę oczekujących u jednego świadczeniodawcy. Możliwość posłużenia się przez pacjenta e-skierowaniem (zamiast dostarczania w terminie 14 dni roboczych od dnia dokonania wpisu na listę oczekujących oryginału skierowania w postaci papierowej) otwiera zarówno przed pacjentami, jak i prowadzącymi listy oczekujących nowe możliwości. Dla tych pierwszych będą to znaczne udogodnienia w umówieniu się na konkretne świadczenie opieki zdrowotnej (bez konieczności dostarczania oryginału skierowania), a dla drugich możliwość racjonalizowania zapisów na listach oczekujących. Pacjent nie będzie bowiem mógł już (nawet przez dopuszczalny w chwili obecnej okres 14 dni roboczych od momentu zapisu) zapisać się na więcej niż jedną listę oczekujących na podstawie tego samego skierowania. Odnosząc się natomiast do kwestii wyraźnego uzasadnienia wystawienia kolejnego skierowania wyłącznie z ważnych wskazań medycznych należy podnieść, iż konieczność wystawienia kolejnego skierowania na to samo świadczenie (już po realizacji pierwszego) pozostaje w zakresie planu leczenia konkretnego pacjenta i o konieczności
--	--	--	--	--

				skierowania pacjenta na kolejne badanie decyduje lekarz, a nie program, czy system P1. Powyższa kwestia pozostaje zatem poza zakresem przedmiotowej regulacji.
12.	art. 2 pkt 4 (dot. zmienianego art. 23 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Finansów	Należy objaśnić związek obszaru uregulowanego w zmienianym art. 23 z identyfikatorem skierowania i dalszym gromadzeniem danych związanych z nim na Platformie P1, a oczekiwanym zarządzaniem kolejkami przez regulatora ochrony zdrowia. Dotychczasowa praktyka publikowanych przez NFZ kolejek na stronie internetowej potwierdza, że są one nieadekwatne (czas rozpoczęcia świadczenia) i stąd mało pomocne dla pacjenta. Projektowane rozwiązanie nie może utrzymywać tego stanu.	Wyjaśnienia Uzupełniono art. 20 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach o identyfikator skierowania w przypadku skierowań w postaci elektronicznej. Podkreślić jednak należy, że listy oczekujących na udzielenie świadczenia nie są prowadzone w systemie P1, a w systemach informatycznych świadczeniodawców.
13.	art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Finansów	Czy w Platformie P1 przewidziano możliwość wystawiania skierowań w postaci elektronicznej przez lekarzy prywatnych praktyk (nie mających umowy z NFZ) na świadczenia wymienione w art. 59aa? W chwili obecnej raczej projekt nie sankcjonuje takiego rozwiązania, a pozyskana w ten sposób informacja byłaby ważna dla projektowanych przyszłych zmian w systemie ochrony zdrowia.	Wyjaśnienia W projektowanym art. 59aa ust. 3 ustawy o świadczeniach wyraźnie wskazano, że skierowania na badania medycyny nuklearnej i tomografii komputerowej są wystawiane w postaci elektronicznej także w przypadku, gdy są finansowane ze środków innych niż publiczne, czyli przez lekarzy prywatnych nie mających umowy z NFZ (w wyniku uwzględnienia innych uwag regulacja ta zostanie przeniesiona do rozporządzenia Ministra Zdrowia wydawanego na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach). Jednocześnie, niezrozumiała jest część

				uwagi – „ <i>W chwili obecnej raczej projekt nie sankcjonuje takiego rozwiązania (...)</i> ” w kontekście brzmienia uwagi następnej – „ <i>Należy wyjaśnić dlaczego dotyczy to tylko tych dwóch badań</i> ”. Jednocześnie należy podkreślić, że dostęp do P1 dotyczy wszystkich usługodawców, również prywatnych.
14.	art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 3 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Finansów	Dodawany art. 59aa ust. 3 nakłada obowiązek wystawiania skierowania w postaci elektronicznej na badania medycyny nuklearnej (MN) i tomografii komputerowej (TK), także w przypadku, gdy są one finansowane ze środków innych niż środki publiczne. Należy wyjaśnić dlaczego dotyczy to tylko tych dwóch badań.	Wyjaśnienia Wykaz badań dla których skierowania w postaci elektronicznej wystawiane będą w SIM także w przypadku, gdy badania te są finansowane ze środków innych niż środki publiczne może ulec jeszcze zmianie. Ograniczeniem jednak dla tego rodzaju rozszerzenia jest okoliczność, czy przepisy prawa wymagają na dane badanie skierowania niezależnie od źródła finansowania takiego badania, a także w jaki sposób dane badanie jest finansowane ze środków publicznych (samodzielnie czy w ramach innych świadczeń, np. w ramach POZ, AOS czy leczenia szpitalnego). Wskazanie tych dwóch badań w projekcie ustawy przedłożonym do uzgodnień (a w wyniku uzgodnień w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia wydawanego na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach) wynika z faktu, że zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ustawy <i>Prawo atomowe</i> wymagane jest

				wystawianie skierowań w przypadku badań związanych ze stosowaniem promieniowania jonizującego.
15.	art. 2 pkt 7 (dot. dodawanego art. 59aa ust. 2 w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Finansów	Dopuszczając wystawienie skierowania w postaci papierowej dla osoby o nieustalonej tożsamości, należałoby w późniejszym czasie tj. po ustaleniu tożsamości tej osoby, zapisać konieczność wprowadzenia albo modyfikacji takiego skierowania w P1.	Wyjaśnienia Zgodnie z projektowaną regulacją skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości będą miały postać papierową i nie będą w związku z powyższym wystawiane w systemie P1. Niezależnie od powyższego, wyjaśnić należy, że w systemie ochrony zdrowia, gdzie nie rzadko podejmowane działania mają charakter nagły (związany z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego) konieczne jest istnienie regulacji umożliwiających wystawienie recepty, zlecenia czy skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości. Projektowana regulacja nie wprowadza jednak możliwości wystawiania skierowania dla osoby o nieustalonej tożsamości, a przesądza jedynie, że skierowanie dla osoby o nieustalonej tożsamości powinno mieć postać papierową, podobnie jak e-recepta. Brak wiedzy o tożsamości pacjenta uniemożliwia bowiem wystawienie skierowania w postaci elektronicznej.
16.	art. 2 pkt 8 (dot. art. 59b w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o	Minister Cyfryzacji	Treść projektowanego art. 59b ust 1 <i>ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</i> wskazuje, że w przypadku skierowania w postaci elektronicznej, świadczeniobiorca otrzymuje informację o	Uwaga uwzględniona Pojęcia kodu i klucza dostępu zostaną zdefiniowane w następujący sposób.

	świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)		wystawionym skierowaniu zawierającą m.in. klucz dostępu do skierowanie oraz kod dostępu. W opinii Ministerstwa Cyfryzacji ze względu na potencjalnie tożsamy zakres znaczeń określić <i>klucz dostępu do skierowania</i> oraz <i>kod dostępu</i> zasadne byłoby uzupełnienie projektu o definicje ww. określić.	Kod dostępu to ciąg 4 cyfr generowany w momencie zapisu dokumentu przez system o którym mowa w art. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Kod pozwala na autoryzację dostępu do dokumentu w połączeniu z identyfikatorem usługobiorcy. Klucz dostępu to ciąg 44 cyfr generowany w momencie zapisu dokumentu przez system o którym mowa w art. 7 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Klucz pozwala na autoryzację dostępu do dokumentu.
17.	art. 2 pkt 8 (dot. art. 59b w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)	Minister Finansów	W celu ograniczenia kosztów należy rozważyć odstąpienie od wydruku z systemu informacji o wystawionym skierowaniu (art. 59b), dla pacjentów posiadających telefon mający funkcję odbierania wiadomości tekstowych.	Uwaga nieuwzględniona Sam fakt posiadania przez pacjenta telefonu komórkowego (z uwagi na jego nieweryfikowalność przez pracownika medycznego) nie może stanowić podstawy do wyłączenia możliwości otrzymania informacji o wystawionym skierowaniu w postaci wydruku. Ponadto, informatyzacja w ochronie zdrowia jest procesem, w którym pacjenci muszą zyskać zaufanie do nowych technologii. Wykluczenie możliwości uzyskania wydruku informacji o wystawionym skierowaniu mogłoby doprowadzić do efektu odwrotnego od zamierzonego.

18.	art. 2 pkt 9 (dot. dodawanego pkt 12 w ust. 1 w art. 188 w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia)	Minister Finansów	W art. 2 pkt 9 projektu dodawany pkt 12 nakłada na NFZ zbieranie danych o osobach ubezpieczonych w celu przypominania o wyznaczonym terminie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. W Uzasadnieniu nie wyjaśnia się <u>w jakim stopniu, jeśli w ogóle, NFZ jest przygotowany do realizowania takiego przypominania i jakie należy ewentualnie ponieść działania do osiągnięcia zamierzonej funkcjonalności.</u>	Wyjaśnienia NFZ po odpowiednich modyfikacjach systemu teleinformatycznego jest przygotowany do realizacji tego zadania. Już w 2017 r. osiem OW NFZ wysyłało SMS-y do pacjentów z przypomnieniami o planowanych terminach udzielenia świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w przypadku których są prowadzone listy oczekujących w aplikacji udostępnionej przez NFZ – AP-KOLCE.
19.	art. 4 pkt 2 lit. c (dot. art. 11 pkt 8 w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia)	Minister Finansów	Zmiana treści art. 4 pkt 2 lit c) polega na usunięciu danych o szerszej regulacji. Czy mamy zatem do czynienia z trwałym usunięciem np.: „decyzji dotyczącej deklaracji wyboru”, która nie będzie już występować elektronicznie? Kwestia wymaga wyjaśnienia, w szczególności w zakresie związku z zaplanowanymi funkcjonalnościami Platformy P1.	Wyjaśnienia W związku z faktem, że nie przewiduje się w ramach Platformy P1 funkcjonalności polegającej na złożeniu za jej pośrednictwem deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, proponuje się dodatkową zmianę w art. 10 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, polegającą na uchyleniu ust. 2 i 6 (dodany nowy art. 7 w projekcie).
20.	art. 12 pkt 2 projektu (przepisy o wejściu w życie)	RCL	Brak jest uzasadnienia do zachowania w mocy – do dnia 30 czerwca 2020 r. dotychczasowych przepisów wykonawczych wydanych na podstawie upoważnienia zawartego w art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Dla prawidłowego i kompleksowego zrealizowania przepisów dotyczących harmonogramów konieczne jest wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia na podstawie zmienionego art. 190 ust. 1 z dniem wejścia w życie nowych przepisów	Uwaga uwzględniona Proponuje się uchylenie art. 9 ustawy zmieniającej.

			ustawowych,	
21.	art. 12 pkt 3 projektu (przepisy o wejściu w życie)	Minister Finansów	Należy wyjaśnić powody dla których, prowadzenie zarówno harmonogramu przyjęć, jak i list oczekujących przez świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej zostało odroczone do 1 stycznia 2020 r. (art. 12 pkt 3 projektu).	Wyjaśnienia Wprowadzenie dłuższego vacatio legis dla zmiany polegającej na objęciu listą oczekujących (a także harmonogramami) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej nie stanowi odroczenia, lecz jest konieczne, aby świadczeniodawcy udzielający świadczeń w tych zakresach mogli w odpowiedni sposób przygotować się do zmiany. Dla świadczeniodawców udzielających ww. świadczeń proponowane zmiany mają bowiem głębszy wymiar niż dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w szpitalach oraz w AOS, gdyż ci świadczeniodawcy nie są obowiązani w chwili obecnej do prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczeń.
22.	Uzasadnienie	Minister Finansów	Sformułowanie: „Zgodnie z art. 2 pkt 6 w lit. a ustawy o systemie EDM stanowią recepty i skierowania (zamiast: „dokumenty umożliwiające usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju”). Zmiana ta wyklucza wszelkie wątpliwości interpretacyjne w zakresie rzeczywistego zakresu przedmiotowego EDM”, budzi wątpliwości co do przyczyny takiego zawężenia zakresu przedmiotowego EDM. Uzasadnienie w tym zakresie powinno być uzupełnione. W tym kontekście doprecyzowania wymaga również stwierdzenie „Wszystkie pozostałe skierowania umożliwiające	Wyjaśnienia Przedmiotowa nowelizacja nie dokonuje zmiany zakresu przedmiotowego EDM. Zmiana zakresu EDM została dokonana już wcześniej, na gruncie ustawy z dnia 20 lipca 2017 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1524) i w tym projekcie zostało to uzasadnione. Pod pojęciem dokumentów

			pacjentom uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie będą miały postać papierową”.	umożliwiających usługobiorcy uzyskanie od usługodawcy świadczenia opieki zdrowotnej określonego rodzaju mieszczą się w chwili obecnej wyłącznie recepty i skierowania, gdyż zlecenia na wyroby medyczne zostały już wyłączone. Przedmiotowa zmiana polegająca na wskazaniu wprost w definicji EDM recept i skierowań związana jest z doprecyzowaniem rodzajów skierowań, które obecnie będą stanowić EDM. Pojęcie skierowania nie jest bowiem tak jednorodne jak pojęcie recepty. Nie wszystkie skierowania będą skierowaniami w postaci elektronicznej wystawianymi w Systemie P1. Na skutek uwag innych podmiotów do przedmiotowego projektu proponuje się również zmianę polegającą na dodaniu art. 11 w ustawie zmieniającej (treść tożsama z art. 56 ust. 3 ustawy o SIOZ), aby nie ulegało wątpliwości, że ograniczony czas na wystawianie skierowań w postaci papierowej dotyczy wyłącznie skierowań stanowiących EDM i wystawianych w Systemie P1. Ponadto regulacja ta częściowo zostanie przeniesiona do rozporządzenia Ministra Zdrowia wydawanego na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy o świadczeniach.
23.	Uzasadnienie	Rządowe Centrum Legislacji	Konieczne jest skorygowanie informacji przedstawionych w uzasadnieniu (str. 4), aby wynikało z nich jednoznacznie, że zaproponowane rozwiązania nie wprowadzają nowej	Uwaga uwzględniona W przekazanej nowej wersji projektu

			„możliwości” posługiwania się e-skierowaniem, a doprecyzowują obecnie obowiązujące regulacje.	ustawy z dnia 5 października 2018 r. uwzględniona została przedmiotowa uwaga w taki sposób, że sformułowanie „wprowadzenie e-skierowania” zostało zastąpione wyrażeniem „wdrozenie e-skierowań”, co nie powinno budzić wątpliwości, że proponowana regulacja nie wprowadza przepisów umożliwiających wystawianie skierowań w postaci elektronicznej (te już istnieją, nie są jednak jeszcze realizowane), ale wprowadza w tych przepisach takie zmiany, które umożliwią ich skuteczne wdrożenie.
24.	OSR oraz Uzasadnienie	Rządowe Centrum Legislacji	Uspójnienie uzasadnienia i OSR w zakresie oddziaływania projektowanej regulacji na działalność mikro, małych i średnich przedsiębiorstw.	Uwaga uwzględniona W przekazanej nowej wersji projektu ustawy z dnia 5 października 2018 r. dokonano w uzasadnieniu zmiany polegającej na wskazaniu, że projektowane przepisy będą miały wpływ na przedsiębiorców. Ponadto doprecyzowany zostanie OSR w punkcie 4 w zakresie Usługodawców.
25.	OSR pkt 3	Rządowe Centrum Legislacji	Wskazać należy, jak problem został rozwiązany w innych krajach.	Uwaga nieuwzględniona Specyfika rozwiązań w zakresie skierowań nie pozwala na przedstawienie i porównanie rozwiązań w innych krajach członkowskich OECD/UE. Kraje członkowskie w zróżnicowany sposób definiują skierowania i dokonują

				wdrożenia skierowań w postaci elektronicznej. Jednocześnie podkreślić należy, jak słusznie zauważyło RCL w innej uwadze do uzasadnienia projektu ustawy, że „ <i>zaproponowane rozwiązania w obszarze skierowań nie wprowadzają nowej „możliwości” posługiwania się e-skierowaniem, a doprecyzowują obecnie obowiązujące regulacje</i> ”. Wszelkie zatem porównania rozwiązań w innych krajach członkowskich OECD/UE dotyczące skierowań w postaci elektronicznej powinny być zostać uwzględnione w OSR do ustawy wprowadzającej instytucję skierowania w postaci elektronicznej.
26.	OSR pkt 6	Minister Finansów	Wobec istotnych zmian wprowadzanych dla skierowania w systemie teleinformatycznym należy umieścić, w pkt 6 „Wpływ na sektor finansów publicznych”, wzmiankę o <u>braku wpływu regulacji na koszty dostosowania systemów u świadczeniodawców i NFZ.</u>	Wyjaśnienia Zaproponowane rozwiązania w obszarze skierowań nie wprowadzają nowej „możliwości” posługiwania się e-skierowaniem, a doprecyzowują obecnie obowiązujące regulacje.
27.	OSR pkt 10	Minister Finansów	Zawarta w pkt 10 „Wpływ na pozostałe obszary” informacja o ułatwieniach dla pacjenta z uwagi na brak konieczności przekazywania skierowań w postaci papierowej, jest poprawna jedynie w odniesieniu do części regulacji i wymaga kompletnego omówienia wprowadzanych zmian.	Uwaga uwzględniona Pkt 10 w OSR zostanie doprecyzowany.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej

Na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845 oraz z 2018 r. poz. 697, 1515 i 1544).

§ 2. Skierowania, o których mowa w § 1, są wystawiane na:

- 1) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, o których mowa w art. 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) badania medycyny nuklearnej;
- 4) badania tomografii komputerowej (TK);
- 5) badania rezonansu magnetycznego (MR);
- 6) badania endoskopowe przewodu pokarmowego;
- 7) badania echokardiograficzne płodu;
- 8) pozytonową tomografię emisyjną (PET).

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

§ 3. Skierowania na badania medycyny nuklearnej i tomografii komputerowej są wystawiane także w przypadku, gdy są finansowane ze środków innych niż środki publiczne.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.).

W projekcie rozporządzenia wskazuje się świadczenia opieki zdrowotnej, dla których skierowania są wystawiane w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, tj:

1) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych, o których mowa w art. 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) leczenie szpitalne w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 57 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

3) badania medycyny nuklearnej;

4) badania tomografii komputerowej (TK);

5) badania rezonansu magnetycznego (MR);

6) badania endoskopowe przewodu pokarmowego;

7) badania echokardiograficzne płodu;

8) pozytonową tomografię emisyjną (PET).

Minister Zdrowia, określając wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania w postaci elektronicznej są wystawiane w SIM, kieruje się zarówno sposobem finansowania tych świadczeń, jak również zasadami realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie skierowania. Skierowania na badania medycyny nuklearnej oraz na badania tomografii komputerowej będą wystawiane w postaci elektronicznej w SIM także w przypadku, gdy badania te będą finansowane ze środków innych niż środki publiczne. W tych przypadkach skierowanie jest bowiem niezbędne, w każdym przypadku, nie tylko wówczas, gdy dane badanie finansowane jest ze środków publicznych. Skierowania

w postaci elektronicznej w SIM nie będą natomiast obejmować dokumentów, które potocznie są często nazywane również skierowaniami albo zleceniami, a dotyczą one kierowania pacjentów na różnego rodzaju badania czy konsultacje w ramach już udzielanych tym pacjentom świadczeń opieki zdrowotnej. Dotyczy to takich sytuacji, jak kierowanie pacjenta w ramach planowego leczenia operacyjnego w szpitalu na badania diagnostyczne i konsultacje, czy też kierowanie przez podmiot udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na dodatkowe badania diagnostyczne w związku z prowadzonym leczeniem (§ 12 ust. 6 i 7 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej). Wówczas to świadczeniodawca pokrywa koszty tych badań, a od pacjenta nie jest wymagane skierowanie.

Projekt rozporządzenia wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Projektowane rozporządzenie 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.

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

Nazwa projektu Rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Janusz Cieszyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Agnieszka Kister – Dyrektor Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia, 22 530 03 60, a.kister@mz.gov.pl	Data sporządzenia 29.10.2018 r. Źródło: art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) Nr w wykazie prac RM:
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Rozporządzenie ma na celu określenie wykazu świadczeń opieki zdrowotnej, dla których skierowania będą wystawiane są w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.).

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

Określenie skierowań w postaci elektronicznej, które będą wystawiane w Systemie Informacji Medycznej. Będą to skierowania, o których mowa w art. 57 i art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), czyli skierowania na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, na leczenie szpitalne, oraz na wybrane następujące badania diagnostyczne - badania medycyny nuklearnej, badania tomografii komputerowej, badania rezonansu magnetycznego, badania endoskopowe przewodu pokarmowego, badania echokardiograficzne płodu oraz badania pozytonowej tomografii emisyjnej.

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
Świadczeniobiorcy/pacjenci	39 mln	Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)	Korzystanie ze skierowań.
Usługodawcy	38 tys.	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą	Wystawianie i realizowanie skierowań.
Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	1	Zarządzenie Ministra Zdrowia	Obsługa Platformy P1, w ramach której będą wystawiane e-skierowania.
Lekarze i lekarze dentyści	171 821	https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0007/128527/Zestawienie-nr-01.pdf	Wystawianie i realizowanie skierowań.
Felczerzy	211	https://www.nil.org.pl/rejestry/centralny-rejestr-felczerow	Wystawianie i realizowanie skierowań.

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

Projekt zostanie przesłany do opiniowania i konsultacji publicznych, których wynik zostanie omówiony w raporcie z opiniowania i konsultacji publicznych po ich przeprowadzeniu.

Projekt w ramach opiniowania – na 14 dni – otrzymają:

- 1) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 3) Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 4) Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 5) Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 6) Rzecznik Praw Pacjenta;
- 7) Prezes Głównego Urzędu Statystycznego;
- 8) Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia;
- 9) Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 10) Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 11) Główny Inspektor Farmaceutyczny;

- 12) Główny Inspektor Sanitarny;
- 13) Prezes Prokuratury Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej;
- 14) Rada Dialogu Społecznego;
- 15) wojewodowie – wszyscy;
- 16) marszałkowie województw – wszyscy;
- 17) konsultanci krajowi – wszyscy.

Projekt w ramach opiniowania przez związki zawodowe – na 30 dni – otrzymają:

- 1) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 2) Ogólnopolski Związek Zawodowy Położnych;
- 3) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 4) Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochron Zdrowia;
- 5) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 6) Porozumienie Rezydentów OZZL;
- 7) NSZZ „Solidarność”;
- 8) NSZZ „Solidarność 80”;
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 10) Forum Związków Zawodowych.

Projekt w ramach opiniowania przez związki pracodawców – na 30 dni – otrzymają:

- 1) Porozumienie Pracodawców Służby Zdrowia;
- 2) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) Konfederacja „Lewiatan”;
- 4) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 5) Związek Pracodawców – Business Centre Club;
- 6) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 7) Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 8) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 9) Pracodawcy Zdrowia;
- 10) Związek pracodawców służby zdrowia MSWiA.

W ramach konsultacji publicznych – na 14 dni – projekt otrzymają:

- 1) Naczelna Izba Lekarska;
- 2) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych;
- 3) Naczelna Izba Aptekarska;
- 4) Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych;
- 5) Krajowa Izba Fizjoterapeutów;
- 6) Kolegium Lekarzy Rodzinnych;
- 7) Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce;
- 8) Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”;
- 9) Federacja Pacjentów Polskich;
- 10) Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 11) Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”;
- 12) Dialog dla Zdrowia;
- 13) Obywatele dla Zdrowia;
- 14) Razem dla Zdrowia;
- 15) Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych;
- 16) Polskie Stowarzyszenie Diabetyków;
- 17) Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Reumatyków „REF”;
- 18) Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”;
- 19) Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”;
- 20) Koalicja Hepatologiczna;
- 21) Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP;
- 22) Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego;
- 23) Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji;
- 24) Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 25) Polskie Towarzystwo Informatyczne;
- 26) Polska Izba Informatyki Medycznej;
- 27) Krajowa Izba Gospodarcza;
- 28) Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych;
- 29) Polska Unia Szpitali Klinicznych;

- 30) Związek Miast Polskich;
- 31) Związek Powiatów Polskich;
- 32) Polska Federacja Szpitali;
- 33) Wielkopolski Związek Szpitali Powiatowych;
- 34) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali powiatowych;
- 35) Małopolski Związek Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 36) Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców;
- 37) Związek Pracodawców opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień;
- 38) Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych Samorządu Województwa Mazowieckiego;
- 39) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 40) oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia – wszystkie.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) niniejszy projekt zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

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	Nie dotyczy												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projektowana regulacja nie spowoduje skutków dla sektora finansów publicznych, w tym dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.												

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	6	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych	0	0	0	0	0	0	0

	i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0			
	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt nie będzie miał wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny, a także osób niepełnosprawnych oraz osób starszych.						
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: brak								
9. Wpływ na rynek pracy								
Nie dotyczy.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:			☐ demografia ☐ mienie państwowe			☒ informatyzacja ☐ zdrowie		
Omówienie wpływu		Określenie skierowań w postaci elektronicznej wystawianych w Systemie Informacji Medycznej.						
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego								
Planuje się, że rozporządzenie wejdzie w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.								
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?								
Nie jest planowana.								
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)								
Brak.								

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia.

**w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców,
szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania
podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych**

Na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Rozporządzenie określa zakres niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, w tym sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczegółowy sposób rejestrowania tych informacji, w tym w harmonogramie przyjęć oraz ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, Narodowemu Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej „Funduszem”, lub innemu podmiotowi zobowiązanemu do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w tym także rodzaje wykorzystywanych nośników informacji oraz wzory dokumentów.

2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) ustawa – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) osoba, której udzielono świadczenia - następujące kategorie osób:
 - a) świadczeniobiorcę,
 - b) osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
 - c) osobę, o której mowa w art. 2 ust. 2 ustawy,
 - d) osobę niebędącą ubezpieczonym, posiadającą uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustaw, o których mowa w art. 12 pkt 2–6 i 9 ustawy;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669 i 1925.

3) osobisty numer identyfikacyjny – stały symbol numeryczny, jednoznacznie identyfikujący osobę uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA);

4) przepustka – okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza podmiotem leczniczym w trakcie stacjonarnego leczenia: psychiatrycznego, długoterminowego, paliatywnego i hospicyjnego, uzdrowiskowego lub rehabilitacji leczniczej, bez dokonywania z niego wypisu, po wyrażeniu zgody przez tego świadczeniobiorcę albo przez jego rodzica, albo opiekuna prawnego oraz przez podmiot leczniczy, w którym świadczeniobiorca przebywa.

§ 2. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie, zwani dalej „świadczeniodawcami”, tworzą i prowadzą w postaci elektronicznej rejestr świadczeń opieki zdrowotnej, zwany dalej „rejestrem świadczeń”.

2. W rejestrze świadczeń gromadzone są dane charakteryzujące każde udzielone świadczenie opieki zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie, zwane dalej „świadczeniem”.

§ 3. 1. Rejestr świadczeń obejmuje następujące dane dotyczące udzielonego świadczenia zdrowotnego:

1) charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego, zgodnie z przepisami § 4;

2) kod świadczenia, wynikający z powiązania kodu funkcji ochrony zdrowia oraz kodu jednostki statystycznej, określony zgodnie z tabelą nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia, zwany dalej „kodem świadczenia”;

3) kod przyczyny głównej według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w oddziale szpitalnym, przyczyną główną jest rozpoznanie przy wypisie, wpisane do księgi chorych komórki organizacyjnej, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania; jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone w związku z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą onkologiczną”, lub na podstawie karty onkologicznej – przyczyną główną jest podejrzenie lub rozpoznanie nowotworu złośliwego lub miejscowo złośliwego, zwanego dalej „nowotworem złośliwym”, wpisane do karty onkologicznej po udzieleniu tego świadczenia; w

przypadku gdy przyczyną główną jest rozpoznanie choroby rzadkiej, znajdującej się w klasyfikacji ORPHANET, dodatkowo jest przekazywany właściwy numer tej klasyfikacji;

4) kody nie więcej niż trzech przyczyn współistniejących według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

5) kody zrealizowanych istotnych procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, w polskiej wersji uznanej przez płatnika za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń (pełny kod składa się z siedmiu znaków), z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, a jeżeli kod dotyczy procedury dokonania przeszczepu lub innej procedury określonej przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych – dodatkowo datę wykonania tej procedury;

6) datę rozpoczęcia udzielania świadczenia zdrowotnego;

7) datę zakończenia udzielania świadczenia zdrowotnego;

8) datę i godzinę rozpoczęcia oraz zakończenia przebywania świadczeniobiorcy na przepustce – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym lub pobyt;

9) liczbę dni lub osobodni, w których udzielano świadczenia zdrowotnego – w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w pkt 2, jest osoba leczona, cykl leczenia lub sesja;

10) datę wpisu na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1 albo 12 ustawy, zwaną dalej „listą oczekujących”, oraz kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy – jeżeli udzielone świadczenie jest przyczyną skreślenia z listy oczekujących;

11) identyfikator świadczeniodawcy udzielającego świadczenia zdrowotnego określony według załącznika nr 2 do rozporządzenia, zwany dalej „identyfikatorem świadczeniodawcy”;

12) identyfikator osoby udzielającej świadczenia zdrowotnego lub osoby odpowiedzialnej za jego udzielenie; w przypadku wykonania operacji lub zabiegu w oddziale szpitalnym dodatkowo identyfikator osoby kierującej wykonaniem tej operacji albo zabiegu, na który składa się:

a) numer prawa wykonywania zawodu, a w przypadku gdy osoba wykonuje zawód medyczny, dla którego nie jest przyznawany numer prawa wykonywania zawodu – numer PESEL,

b) kod przynależności do danej grupy zawodowej, określony w tabeli nr 1 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

13) charakteryzujące skierowanie lub zlecenie, jeżeli świadczenie zdrowotne zostało udzielone na podstawie skierowania lub zlecenia:

- a) datę wystawienia skierowania lub zlecenia,
- b) identyfikator skierowania lub zlecenia, jeżeli występuje,
- c) identyfikator świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie lub zlecenie albo pełna nazwa innego podmiotu uprawnionego do zlecania świadczeń finansowanych ze środków publicznych oraz VIII część kodu resortowego, jeżeli została nadana,
- d) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej lub felczera wystawiającego skierowanie lub zlecenie;

14) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

15) informację, czy świadczenie zdrowotne zostało udzielone w warunkach, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.³⁾), w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.⁴⁾) lub w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.⁵⁾);

16) kod badania, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, w przypadku świadczeń w zakresie:

- a) podstawowej opieki zdrowotnej – dla każdego badania znajdującego się w wykazie badań diagnostyki laboratoryjnej i diagnostyki obrazowej i nieobrazowej gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy,
- b) ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej – wyłącznie dla badania diagnostyki obrazowej znajdującego się w wykazie badań diagnostycznych gwarantowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;

17) kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia zdrowotnego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, określony zgodnie z tabelą nr 15 załącznika nr 3 do rozporządzenia – w przypadku udzielenia świadczenia polegającego na

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 138, 650, 1128, 1375, 1532, 1629, 1669 i 1693.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 697, 1515, 1532, 1544, 1629 i 1669.

⁵⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 1115, 1544, 1629 i 1669.

kompleksowej ocenie stanu zdrowia, obejmującego podjęcie decyzji diagnostycznej oraz decyzji terapeutycznej;

18) datę, godzinę i minutę, w systemie 24-godzinnym:

- a) przyjęcia świadczeniobiorcy do szpitalnego oddziału ratunkowego,
- b) wypisu świadczeniobiorcy ze szpitalnego oddziału ratunkowego,
- c) przekazania świadczeniobiorcy do oddziału szpitalnego – w przypadku udzielenia świadczenia przez szpitalny oddział ratunkowy;

19) kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy, określony zgodnie z tabelą nr 16 załącznika nr 3 do rozporządzenia - w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy;

20) datę wpisania do harmonogramu przyjęć, o którym mowa w art. 19a ust. 1 ustawy, zwanym dalej „harmonogramem przyjęć”, oraz kategorię świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19 a ust. 4 ustawy, nadaną przy dokonywaniu wpisu do harmonogramu przyjęć oraz w momencie udzielania świadczenia.

2. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest pobyt w oddziale szpitalnym, wszystkie pobyty osoby, której udzielono świadczenia, pomiędzy wpisem i wypisem do księgi głównej przyjęć i wypisów stanowią jedną hospitalizację. W tym przypadku dane charakteryzujące poszczególne pobyty w oddziale są grupowane, a rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo:

1) kod trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia;

2) numer w księdze głównej przyjęć i wypisów, pod którym dokonano wpisu o przyjęciu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, rok dokonania wpisu i numer księgi głównej;

3) kod trybu wypisu osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego, określony zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia; jeżeli przyczyną wypisu jest zgon - dodatkowo kod bezpośredniej przyczyny zgonu według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta; kod tworzy pierwsze pięć znaków, przy czym po trzech pierwszych znakach czwarty znak stanowi znak kropki;

4) kod przyczyny głównej hospitalizacji - zgodny z chorobą zasadniczą, wpisaną do historii choroby, w części dotyczącej wypisu pacjenta ze szpitala, prowadzonej zgodnie z przepisami w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w podmiotach leczniczych oraz sposobu jej przetwarzania; kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta;

5) kody nie więcej niż pięciu przyczyn współistniejących istotnych w przypadku tej hospitalizacji, według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.

3. W przypadku świadczenia zakończonego wydaniem karty onkologicznej oraz w przypadku świadczeń z zakresu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielanych zgodnie z art. 32a ustawy na podstawie karty onkologicznej w rejestrze są gromadzone dodatkowo dane zgodne z wpisem do karty onkologicznej:

1) wpisywane wyłącznie w przypadku wydania karty onkologicznej:

- a) data sporządzenia,
- b) dane lekarza wydającego kartę onkologiczną: imię i nazwisko, numer prawa wykonywania zawodu i wskazanie, czy lekarz wydał kartę onkologiczną jako lekarz udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, lekarz udzielający świadczeń w ramach programów zdrowotnych albo lekarz udzielający świadczeń szpitalnych,
- c) informacja, czy karta onkologiczna została wydana osobie, której leczenie onkologiczne zostało rozpoczęte przed dniem 1 stycznia 2015 r.,
- d) informacja, czy karta onkologiczna została wydana noworodkowi,
- e) data decyzji o założeniu karty onkologicznej,
- f) data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-leczniczego oraz data wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego – w przypadku gdy karta onkologiczna została wydana przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych, a potwierdzenie nowotworu złośliwego zostało dokonane na podstawie zabiegu diagnostyczno-leczniczego,
- g) informacja, czy karta onkologiczna została wydana z powodu zmiany świadczeniodawcy – w przypadku karty onkologicznej wydanej przez lekarza udzielającego świadczeń szpitalnych;

2) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej;

3) kod i nazwa jednostki chorobowej podejrzenia lub rozpoznania nowotworu złośliwego, zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy;

4) kod dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, określony w tabeli nr 12 załącznika nr 3 do rozporządzenia zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy ze wskazaniem poradni specjalistycznej lub oddziału szpitalnego oznaczonego zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej,

określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych - jeżeli na danym etapie wskazanie takie jest wymagane;

5) informację, na którym etapie diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego jest udzielane świadczenie, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 13 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

6) data wykonania zabiegu diagnostyczno-leczniczego;

7) informacje charakteryzujące ustalenie planu leczenia onkologicznego:

a) dane lekarzy wchodzących w skład wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego ustalającego plan leczenia onkologicznego, zwanego dalej „konsylium”, a w przypadku pacjenta małoletniego – jeżeli zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 31d ustawy konsylium nie jest organizowane – dane lekarza, który ustalił plan leczenia onkologicznego:

- imię i nazwisko,
- numer prawa wykonywania zawodu,

b) dane dotyczące oceny jakości diagnostyki onkologicznej zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 32b ust. 5 ustawy,

c) informacje dotyczące ustalonego planu leczenia onkologicznego:

- data posiedzenia konsylium lub ustalenia planu leczenia onkologicznego,
- opis planu leczenia onkologicznego,

d) dane koordynatora leczenia onkologicznego: imię i nazwisko, numer telefonu służbowego i adres służbowej poczty elektronicznej;

8) dane lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 32b ust. 4 pkt 3 ustawy: imię (imiona) i nazwisko oraz nazwa i adres miejsca udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej.

4. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest wyjazd ratowniczy, rejestr świadczeń obejmuje dodatkowo informację dotyczącą:

1) przyczyny wyjazdu, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

2) sposobu zakończenia medycznych czynności ratunkowych zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 3 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

3) zgonu osoby, której udzielano świadczenia, zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

4) numeru w księdze pogotowia ratunkowego, pod którym wpisano powiadomienie o zdarzeniu, rok wpisu i numer tej książki;

5) daty, godziny i minuty, w systemie 24-godzinnym:

- a) otrzymania powiadomienia o zdarzeniu,
 - b) przekazania przez dyspozytora medycznego zespołowi ratownictwa medycznego dyspozycji (zlecenia) wyjazdu na miejsce zdarzenia,
 - c) wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego,
 - d) przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia i rozpoczęcia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych,
 - e) zakończenia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego;
- 6) kodu zespołu ratownictwa medycznego, określonego w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 7) identyfikatora osób wchodzących w skład zespołu ratownictwa medycznego uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 11;
- 8) identyfikatora kierownika zespołu ratownictwa medycznego, określonego zgodnie z ust. 1 pkt 12;
- 9) wykonywania medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa medycznego w obrębie rejonu operacyjnego lub poza rejonem operacyjnym.
5. W odniesieniu do świadczenia zdrowotnego rzeczowego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia potwierdzającego uprawnienie do zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, zwane dalej „przedmiotami ortopedycznymi”, albo w środki pomocnicze, rejestr świadczeń obejmuje:
- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 6 i 7, pkt 8 lit. a oraz pkt 9;
 - 2) kod świadczenia;
 - 3) dane charakteryzujące zlecenie, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 12 lit. b–d,
 - b) kod typu zlecenia, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - c) kod przedmiotu ortopedycznego albo środka pomocniczego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - d) kod rodzaju schorzenia według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta (kod tworzą pierwsze trzy znaki);

4) dane dotyczące realizacji zlecenia, na podstawie którego udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego:

- a) identyfikator świadczeniodawcy,
- b) datę przyjęcia zlecenia do realizacji,
- c) liczbę wydanych przedmiotów ortopedycznych albo środków pomocniczych,
- d) kwotę refundacji,
- e) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego,
- f) datę odbioru przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego,
- g) okres, za jaki zrealizowano zaopatrzenie.

6. Jeżeli świadczenie zdrowotne rzeczowe polega na dokonaniu naprawy przedmiotu ortopedycznego, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia zdrowotnego rzeczowego, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 6 i 7, pkt 8 lit. a oraz pkt 9;
- 2) identyfikator zlecenia potwierdzającego uprawnienie świadczeniobiorcy do wykonania naprawy, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
- 3) datę przyjęcia do naprawy;
- 4) dane dotyczące dokonanej naprawy:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) kod naprawy przedmiotu ortopedycznego, ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych,
 - c) kwotę refundacji,
 - d) kwotę zapłaconą przez osobę, której przedmiot ortopedyczny podlegał naprawie,
 - e) datę dokonania naprawy.

7. W odniesieniu do świadczenia towarzyszącego, które zostało udzielone na podstawie zlecenia na przejazd środkiem transportu sanitarnego, rejestr świadczeń obejmuje:

- 1) dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 6 i 7, pkt 8 lit. a oraz pkt 9;
- 2) kod świadczenia;
- 3) dane charakteryzujące zlecenie:
 - a) o których mowa w ust. 1 pkt 12,
 - b) kod przyczyny głównej udzielenia świadczenia towarzyszącego według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta, który tworzą pierwsze trzy znaki,

- c) kod rodzaju transportu sanitarnego oznaczony zgodnie z kodem specjalności komórki organizacyjnej, określonym w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych,
- d) kod celu przewozu transportem sanitarnym, określony w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia;

4) dane charakteryzujące przejazd środkiem transportu sanitarnego:

- a) identyfikator świadczeniodawcy,
- b) datę przejazdu,
- c) dopłatę poniesioną przez osobę, której udzielono świadczenia towarzyszącego.

8. W odniesieniu do świadczenia, które zostało udzielone w ramach realizacji programu zdrowotnego, świadczeniodawca gromadzi także dane niezbędne do dokonania oceny programu, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy.

9. Niezależnie od danych, o których mowa w ust. 1–8, świadczeniodawca gromadzi w rejestrze świadczeń w odniesieniu do każdego udzielonego świadczenia:

- 1) identyfikator podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, określony zgodnie z załącznikiem nr 5 do rozporządzenia;
- 2) kod świadczeniodawcy, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 3) kod miejsca udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 4) identyfikator umowy zawartej między podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych a świadczeniodawcą, zwanej dalej „umową”;
- 5) kod dla świadczenia, określony przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, jeżeli został nadany;
- 6) informacje niezbędne do rozliczenia, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;
- 7) informacje niezbędne do monitorowania celowości udzielanych świadczeń, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych;
- 8) informacje niezbędne do potwierdzenia spełniania warunków realizacji świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.

10. Świadczeniodawca udzielający świadczeń w zakresie diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego gromadzi także informacje niezbędne do obliczania wskaźników efektywności diagnostyki onkologicznej i leczenia onkologicznego, o których mowa w art. 32c ustawy.

§ 4. Dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, o których mowa w § 3 ust. 1

pkt 1, obejmują:

- 1) identyfikator osoby oraz kod identyfikatora, określone zgodnie z tabelą nr 7 załącznika nr 3 do rozporządzenia; identyfikatorem dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL, jest identyfikator jednego z rodziców lub identyfikator opiekuna prawnego dziecka;
- 2) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej - w przypadku osoby, której wydano kartę onkologiczną, oraz w przypadku gdy diagnostyka onkologiczna lub leczenie onkologiczne są udzielane na podstawie karty onkologicznej;
- 3) imię (imiona) i nazwisko;
- 4) adres miejsca zamieszkania, a jeżeli osoba, której udzielono świadczenia, nie ma miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, także adres miejsca pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na który składają się:
 - a) państwo,
 - b) nazwa miejscowości,
 - c) kod pocztowy,
 - d) ulica, numer domu i lokalu,
 - e) nazwa: gminy, powiatu i województwa;
- 5) numer telefonu kontaktowego lub adres poczty elektronicznej – jeżeli został wskazany;
- 6) datę urodzenia;
- 7) płeć;
- 8) charakteryzujące uprawnienie do świadczeń:
 - a) kod tytułu uprawnienia, określony zgodnie z tabelą nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) dane identyfikujące dokument, w przypadku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie:
 - dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy – dane określone w tabeli nr 8 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy – datę złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej określony w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia, a w przypadku gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia – także wskazaną w oświadczeniu datę rozpoczęcia i zakończenia udzielenia świadczenia,
 - c) w przypadku gdy uprawnienie wynika z przepisów o koordynacji, także:

- dane charakteryzujące instytucję właściwą osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji: numer identyfikacyjny, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, określony zgodnie z normą ISO-3166-1, oraz akronim nazwy instytucji,
 - kod zakresu świadczeń przysługujących uprawnionemu do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji ustalony między płatnikiem a świadczeniodawcą,
 - okres przysługiwania świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- d) w przypadku gdy świadczenie zostało udzielone pomimo braku potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy – informację o wystąpieniu tego przypadku,
- e) w przypadku gdy osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej utraciła to prawo w trakcie udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę – informację o wygaśnięciu tego prawa oraz o dacie wygaśnięcia;
- 9) w przypadku gdy podstawą udzielenia świadczenia jest dodatkowe uprawnienie rozszerzające zakres świadczeń przysługujących z tytułu uprawnienia, o którym mowa w pkt 6, lub uprawniające do uzyskania świadczenia poza kolejnością, zgodnie z art. 24a–24c i art. 47c ustawy, lub do uzyskania ambulatoryjnego świadczenia specjalistycznego bez skierowania, zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt 10, 10a i 12–14 ustawy, lub gdy świadczenie z zakresu rehabilitacji leczniczej jest udzielane świadczeniobiorcy posiadającemu orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności:
- a) kod tytułu uprawnienia dodatkowego, określony zgodnie z tabelą nr 10 załącznika nr 3 do rozporządzenia,
 - b) nazwę dokumentu, który potwierdza uprawnienia do tych świadczeń zgodnie z przepisami odrębnymi, oraz dane identyfikujące ten dokument - jeżeli uprawnienie nie zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy;
- 10) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana osobie małoletniej, całkowicie ubezwłasnowolnionej lub niezdolnej do świadomego wyrażenia zgody, dane przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318 i 1524 oraz z 2018 r. poz. 1115 i 1515):
- a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) adres miejsca zamieszkania;
- 11) w przypadku gdy karta onkologiczna jest wydawana noworodkowi z ciąży mnogiej – numer kolejny noworodka wpisany do karty onkologicznej.

§ 5. 1. Świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, w tym także udzielający świadczeń świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy, oraz świadczeń wynikających z art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy, z zastrzeżeniem § 6, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane dotyczące każdego świadczenia wynikającego z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym także wykonanego powyżej kwoty, o której mowa w art. 136 pkt 5 ustawy, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

2. Dane, o których mowa w § 3 ust. 3, są przekazywane za pośrednictwem:

- 1) komunikatów elektronicznych, o których mowa w § 10 ust. 3 pkt 1;
- 2) aplikacji, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2.

3. Dane, o których mowa w § 3 ust. 3, są wpisywane w czasie rzeczywistym w aplikacji, o której mowa w § 10 ust. 3 pkt 2:

1) w dniu wydania karty onkologicznej – dane:

- a) charakteryzujące osobę, której wydano kartę onkologiczną, o których mowa w § 4 pkt 1, 3, 4 lit. b–e, pkt 5–7, 10 i 11, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT,
- b) charakteryzujące świadczeniodawcę, który wydał kartę onkologiczną, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 11 i ust. 8 pkt 1a-2, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
- c) wpisane do karty onkologicznej, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 1–5, przy czym data sporządzenia karty onkologicznej nie może być późniejsza niż 3 dni od daty decyzji o założeniu karty onkologicznej;

2) po postawieniu rozpoznania na etapie diagnostyki wstępnej, diagnostyki pogłębionej, zabiegu diagnostyczno-leczniczego, po ustaleniu planu leczenia onkologicznego, po rozpoczęciu leczenia onkologicznego oraz po zakończeniu leczenia onkologicznego, w dniu dokonania wpisu do karty onkologicznej, dane charakteryzujące:

- a) świadczeniodawcę realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 11 i ust. 9 pkt 2–4, oraz adres miejsca udzielania świadczeń,
- b) lekarza realizującego diagnostykę lub leczenie onkologiczne: imię i nazwisko oraz prawo wykonywania zawodu,
- c) diagnostykę wstępną zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:
 - o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2–5,
 - data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki wstępnej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do

świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,

- data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką wstępną,
- data porady zakończonej rozpoznaniem,
- informacja, czy diagnostyka wstępna została wykonana pacjentowi, któremu na etapie wydania karty onkologicznej jako dalsze postępowanie wskazano skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy, a lekarz udzielający świadczeń szpitalnych stwierdził konieczność wykonania diagnostyki wstępnej przed zabiegiem diagnostyczno-leczniczym,

d) diagnostykę pogłębianą zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:

- o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2–5,
- data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania diagnostyki pogłębianej, jeżeli świadczeniobiorca nie uzyskał świadczenia w dniu zgłoszenia się do świadczeniodawcy w celu uzyskania świadczenia na podstawie karty onkologicznej,

- data pierwszej porady specjalistycznej związanej z diagnostyką pogłębianą,
- data porady kończącej etap diagnostyki pogłębianej,

e) wykonany zabieg diagnostyczno-leczniczy zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:

- o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 3–6,
- data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu uzyskania zabiegu diagnostyczno-leczniczego,

f) ustalenie planu leczenia onkologicznego:

- o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2–5 i 7,
- data wpisu na listę, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, w celu zwołania konsylium,
- data rozpoczęcia leczenia onkologicznego – realizacja planu,

g) zakończone leczenie onkologiczne zgodnie z danymi wpisanymi do karty onkologicznej:

- data zakończenia leczenia onkologicznego,
- zalecenia,
- dane, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 8.

4. Za pośrednictwem komunikatów elektronicznych, o których mowa w § 10 ust. 3 pkt 1, są przekazywane dane, o których mowa w § 3 ust. 3 pkt 2, oraz dane charakteryzujące osobę zgodnie z ust. 2.

5. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, określony w § 3 ust. 1 pkt 1, obejmuje w przypadku:

1) świadczeniobiorcy, którego prawo do świadczeń zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy – dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 1a,

pkt 6 lit. a, b oraz e i pkt 7 lit. a;

2) osoby, której prawo do świadczeń zostało potwierdzone w inny sposób niż dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy:

a) dane, o których mowa w § 4 pkt 1, 2, pkt 8 lit. a, b oraz e i pkt 9 lit. a, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 3, 6 i 7, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju w odniesieniu do ubezpieczonego lub osoby, o której mowa w art. 67 ust. 4–7 ustawy,

b) dane, o których mowa w § 4 pkt 1–5, 8 i 9, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju – w odniesieniu do świadczeniobiorców innych niż ubezpieczeni oraz osób niebędących ubezpieczonymi, posiadających uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy,

c) dane, o których mowa w § 4 pkt 1–3 i 6–9 – w odniesieniu do osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji.

6. Świadczeniodawcy realizujący czynności z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przekazują numer PESEL osoby, której udzielono świadczenia, w przypadku osób, którym nadano ten numer, oraz odpowiednio dane, o których mowa w:

1) § 3 ust. 5 pkt 2, 3 lit. a-c i pkt 4 – jeżeli realizują zlecenie na przedmioty ortopedyczne albo na środki pomocnicze;

2) § 3 ust. 6 pkt 2–4 – jeżeli dokonują napraw przedmiotów ortopedycznych.

7. Świadczeniodawcy, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane charakteryzujące osobę, której udzielono świadczenia, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 3, 6 i 7, w przypadku gdy ustalenie tych danych było możliwe.

§ 6. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu dane o udzielonych świadczeniach w zakresie określonym w:

1) ust. 2–4 – w zakresie świadczeń lekarza, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ustawy, zwanego dalej „lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej”, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej;

2) ust. 5 – w zakresie świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej

podstawowej opieki zdrowotnej;

3) ust. 6 – w zakresie świadczeń pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania;

4) ust. 7 – w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

5) ust. 8 – w zakresie transportu sanitarnego.

2. W przypadku świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawcy przekazują dane dotyczące każdego udzielonego świadczenia, z wyłączeniem przypadków, gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest badanie i szczepienie, w zakresie wskazanym w:

1) ust. 3 i 4 – w stosunku do osób, które złożyły deklarację wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, u tego świadczeniodawcy;

2) § 3 ust. 1 – w stosunku do osób innych niż wymienione w pkt 1.

3. Dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1, obejmują:

1) dane, o których mowa w § 4 pkt 1, a jeżeli identyfikatorem nie jest numer PESEL – także dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – dodatkowo imię i nazwisko dziecka;

2) kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju;

3) dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 6, a w przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest porada - dodatkowo także dane, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 3.

4. W przypadku gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest badanie, świadczeniodawca przekazuje w odniesieniu do wykonanych badań, znajdujących się w wykazie świadczeń diagnostyki laboratoryjnej, diagnostyki obrazowej i diagnostyki nieobrazowej, związanych z realizacją świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy, zbiorcze dane o liczbie wykonanych badań według kodów, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 16 lit. a.

5. W przypadku świadczeń pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawcy przekazują dane zbiorcze o udzielonych świadczeniach, z wyłączeniem przypadków, gdy jednostką statystyczną, o której mowa w § 3 ust. 1 pkt 2, jest wizyta patronażowa. Zakres danych o wizytach patronażowych obejmuje dane wskazane w ust. 3.

6. Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania lub higienistka szkolna przekazuje następujące dane zbiorcze:

1) liczbę badań (testów) przesiewowych według grup wiekowych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy;

- 2) liczbę uczniów objętych grupową profilaktyką fluorkową;
- 3) liczbę pozostałych udzielonych świadczeń według kodów świadczeń określonych w tabeli nr 3 załącznika nr 1 do rozporządzenia.

7. Świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej udzielający świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przekazują dane dotyczące każdego udzielonego świadczenia, w zakresie wskazanym w § 3 ust. 1, z wyłączeniem porad udzielonych telefonicznie, o których przekazują zbiorcze dane w postaci liczby udzielonych porad.

8. Świadczeniodawcy realizujący umowę w zakresie transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej przekazują liczbę wykonanych przewozów według celów określonych w tabeli nr 6 załącznika nr 3 do rozporządzenia.

§ 7. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń finansowanych przez inne niż Fundusz podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń ze środków publicznych przekazują tym podmiotom dane o każdym udzielonym świadczeniu, gromadzone w zakresie określonym w § 3, odpowiednio do rodzaju udzielonego świadczenia.

2. Zakres przekazywanych danych charakteryzujących osobę, której udzielono świadczenia, obejmuje dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 3 oraz pkt 8 lit. a i c oraz pkt 9 lit. a, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT, a jeżeli identyfikatorem nie jest własny numer PESEL, także dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7.

§ 8. 1. W harmonogramie przyjęć są gromadzone:

1) identyfikator harmonogramu przyjęć, na który składają się:

- a) identyfikator świadczeniodawcy,
- b) identyfikator miejsca udzielenia świadczenia,
- c) kod ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, identyfikujący harmonogram przyjęć:
 - na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej,
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia,
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 9 do rozporządzenia,
 - na udzielenie świadczenia na podstawie karty onkologicznej;

2) identyfikator skierowania, w przypadku skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w systemie informacji medycznej;

- 3) dane dotyczące dokonania wpisu na harmonogram przyjęć:
 - a) data wpisu,
 - b) godzina wpisu,
 - c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- 4) dane o osobie wpisanej do harmonogramu przyjęć:
 - a) o których mowa w § 4 pkt 1, 3 i 4 lit. a–d,
 - b) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;
- 5) rozpoznanie lub powód przyjęcia;
- 6) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:
 - a) termin wyznaczony w dniu wpisu do harmonogramu przyjęć,
 - b) informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,
 - c) każdą zmianę terminu wraz z podaniem przyczyny tej zmiany, a w przypadku gdy przyczyną zmiany terminu jest zmiana kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w pkt 7 – także uzasadnienie tej zmiany;
- 7) kod kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 5 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 8) datę i przyczynę skreślenia z harmonogramu przyjęć.

2. Na liście oczekujących są gromadzone:

- 1) identyfikator listy oczekujących, na który składają się:
 - a) identyfikator świadczeniodawcy,
 - b) identyfikator miejsca udzielenia świadczenia,
 - c) kod ustalony między świadczeniodawcą a podmiotem zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, identyfikujący listę oczekujących:
 - na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej,
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia,
 - na udzielenie świadczenia znajdującego się w wykazie określonym w załączniku nr 9 do rozporządzenia,
 - na udzielenie świadczenia na podstawie karty onkologicznej;
- 2) numer kolejny;
- 3) dane dotyczące dokonania wpisu na listę:
 - a) data wpisu,

- b) godzina wpisu,
 - c) imię i nazwisko osoby dokonującej wpisu;
- 4) dane o osobie oczekującej na udzielenie świadczenia:
- a) o których mowa w § 4 pkt 1, 3 i 4 lit. a–d,
 - b) numer telefonu lub oznaczenie innego sposobu komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem;
- 5) w przypadku listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy, dodatkowo:
- a) unikalny numer identyfikacyjny karty onkologicznej,
 - b) kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 14 załącznika nr 3 do rozporządzenia – ustalany na podstawie karty onkologicznej przedstawionej przez świadczeniobiorcę;
- 6) rozpoznanie lub powód przyjęcia;
- 7) dane dotyczące terminu udzielenia świadczenia:
- a) termin oznaczony przez wskazanie daty (dzień, miesiąc, rok); jeżeli planowany termin przekracza 6 miesięcy, licząc od daty wpisu na listę, świadczeniodawca może, w chwili wpisywania na listę, wskazać termin z dokładnością do tygodnia, miesiąca i roku; w tym przypadku data udzielenia świadczenia powinna być ustalona nie później niż na 14 dni przed planowanym terminem udzielenia świadczenia, z wyjątkiem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach domowych oraz stacjonarnych, które nie są realizowane na oddziale medycyny paliatywnej,
 - b) informację o rezerwacji terminu – w przypadku gdy świadczeniobiorca wybrał termin późniejszy niż wskazany przez świadczeniodawcę,
 - c) kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu, określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 11,
 - d) każda zmiana terminu wraz z podaniem przyczyny, a w przypadku gdy przyczyną jest zmiana kryterium medycznego, także uzasadnienie tej zmiany,
 - e) informacja o uwzględnieniu, przy wyznaczaniu terminu, daty zgłoszenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku, o którym mowa w ust. 10b,
 - f) informacja o przywróceniu na listę oczekujących w przypadku, o którym mowa w ust. 10f;
- 8) dane dotyczące skreślenia z listy oczekujących:
- a) data skreślenia,

- b) kod przyczyny skreślenia, przyjmujący wartość określoną w tabeli nr 11 załącznika nr 3 do rozporządzenia;
- 9) data okresowej oceny listy oczekujących, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy;
- 10) identyfikator skierowania, w przypadku skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w systemie informacji medycznej.
3. Świadczeniodawcy udzielający, w ramach umowy z Funduszem, świadczeń, które znajdują się w wykazie określonym w załączniku nr 9 do rozporządzenia, prowadzą harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących, w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez Prezesa Funduszu.
4. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń, w ramach umowy z Funduszem, w szpitalach, świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej albo stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych inne niż szpitalne przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia:
- 1) dla każdego prowadzonego harmonogramu przyjęć – liczbę osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca według kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w § 8 ust. 1 pkt 7;
- 2) dane dotyczące oczekujących na udzielenie świadczenia, wpisanych na każdej liście oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy:
- a) liczbę oczekujących oraz dane, o których mowa w § 4 pkt 1 i 3, dotyczące każdej osoby oczekującej według stanu na ostatni dzień miesiąca ze wskazaniem kryterium medycznego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy, a w przypadku zmiany w okresie sprawozdawczym kategorii o której mowa w § 8 ust. 1 pkt 7 – także wskazanie kategorii posiadanej przed dokonaniem i po dokonaniu zmiany,
- b) liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym;
- 3) datę okresowej oceny każdej prowadzonej przez świadczeniodawcę listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 1 ustawy, dokonanej zgodnie z art. 21 ustawy w danym okresie sprawozdawczym;
- 4) informację o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, według grup osób wyodrębnionych ze względu na kryteria medyczne zastosowane przy wyznaczaniu planowanego terminu udzielenia świadczenia, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy.
5. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 2, przekazują dane, o których mowa w ust. 2:
- 1) pkt 1–3 – co miesiąc, nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca;

2) pkt 4 – każdego jego dnia roboczego do godziny według stanu na dzień poprzedzający, z wyłączeniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej innych niż udzielane w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.

6. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1a, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia dane, o których mowa w ust. 2 pkt 3, dotyczące prowadzonych list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Fundusz, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 4 pkt 2.

7. Dane dotyczące harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1a, w zakresie liczby osób wpisanych do harmonogramu przyjęć oraz osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonego zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia które oddział wojewódzki Funduszu ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, są wyliczane automatycznie przez aplikację, w której są prowadzone listy oczekujących.

8. Dane dotyczące harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców, o których mowa w ust. 1a, w zakresie liczby osób wpisanych do harmonogramu przyjęć oraz osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonego zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia które oddział wojewódzki Funduszu ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, są wyliczane automatycznie przez aplikację, w której są prowadzone listy oczekujących.

9. Dane dotyczące średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonego zgodnie z załącznikiem nr 6 do rozporządzenia, które oddział wojewódzki Funduszu ma obowiązek publikować na swojej stronie internetowej zgodnie z art. 23 ust. 2 ustawy, są wyliczane przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce udzielania świadczenia na podstawie dokumentów rozliczeniowych za dany miesiąc.

§ 9. 1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Funduszem w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, tworzą i prowadzą w formie elektronicznej dodatkowo:

- 1) rejestr osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, o których mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, zwany dalej „rejestrem deklaracji poz”;
- 2) rejestr danych dotyczących dzieci i młodzieży objętych opieką, zwany dalej „rejestrem

deklaracji medycyny szkolnej” – w przypadku świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania.

2. W rejestrze deklaracji poz gromadzone są dane:

1) numer prawa wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki albo położnej podstawowej opieki zdrowotnej, do których została złożona deklaracja, a w przypadku pielęgniarki oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej dodatkowo numer PESEL;

2) dotyczące osób objętych opieką:

a) identyfikator, którym jest numer:

- PESEL – w przypadku osób, którym nadano ten numer,
- poświadczenia – w przypadku osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, którym nie nadano numeru PESEL,
- umowy o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym – w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano numeru PESEL, a którzy zawarli umowę o dobrowolnym ubezpieczeniu zdrowotnym,

b) dane, o których mowa w § 4 pkt 3, a jeżeli identyfikatorem, o którym mowa w lit. a, nie jest numer własny PESEL, dodatkowo dane, o których mowa w § 4 pkt 6 i 7,

c) dane, o których mowa w § 4 pkt 4;

3) oznaczenie typu deklaracji wyboru, o której mowa w art. 56 ust. 1 ustawy, ustalone między Funduszem a świadczeniodawcą;

4) data dokonania wyboru;

5) data rezygnacji z opieki – jeżeli jest znana świadczeniodawcy;

6) informacje niezbędne do rozliczenia dokonywanego na podstawie liczby osób objętych opieką, zgłoszonych w deklaracjach wyboru, jeżeli obowiązek ich rejestrowania wynika z umowy lub z przepisów odrębnych.

3. W rejestrze deklaracji medycyny szkolnej gromadzone są:

1) dane, o których mowa w ust. 2 pkt 2 lit. a i b, pkt 3, 4 i 6;

2) numer PESEL pielęgniarki, położnej albo higienistki szkolnej, sprawującej profilaktyczną opiekę nad uczniami, a w przypadku pielęgniarki lub położnej dodatkowo numer prawa wykonywania zawodu;

3) oznaczenie szkoły (placówki) oraz klasy w sposób ustalony między Funduszem a świadczeniodawcą.

4. Świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 1, przekazują oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu z rejestru, o którym mowa:

1) w ust. 2 – dane, o których mowa:

a) w ust. 2 pkt 1 i 2 lit. a i b, pkt 3, 4 i 6, a w przypadku dziecka, któremu nie został nadany numer PESEL – identyfikator jednego z rodziców albo identyfikator opiekuna prawnego dziecka,

b) w § 4 pkt 4 lit. a–d oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju TERYT;

2) w ust. 3 – dane, o których mowa w ust. 3.

§ 10. 1. Świadczeniodawcy przekazują podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych dane w formie elektronicznej.

2. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może zwolnić świadczeniodawcę na czas określony z obowiązku gromadzenia i przekazywania danych w formie elektronicznej.

3. Dane w zakresie wskazanym w rozporządzeniu są przekazywane:

1) w formacie elektronicznych komunikatów, opracowywanych przez każdy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zgodnie z wzorami dokumentów będących opisem komunikatów stosowanych do przekazywania danych, określonymi w załączniku nr 7 do rozporządzenia – jeżeli nie wskazano sposobu, o którym mowa w pkt 2;

2) w drodze teletransmisji danych w formie elektronicznej, na formularzach zamieszczonych w sieci teleinformatycznej udostępnionej świadczeniodawcom przez Prezesa Funduszu, z wykorzystaniem aplikacji przeznaczonej do przekazywania danych o świadczeniach.

4. Komunikaty, o których mowa w ust. 3 pkt 1, są dostarczane do podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych za pomocą przenośnych informatycznych nośników danych lub w drodze teletransmisji.

5. Przekazywanie komunikatów, o których mowa w ust. 4, obejmuje mogące się powtarzać fazy:

1) przygotowanie komunikatu przez świadczeniodawcę;

2) przekazanie komunikatu przez świadczeniodawcę;

3) weryfikacja komunikatu przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych;

4) przygotowanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego, zawierającego potwierdzenie prawidłowości komunikatu lub wykaz stwierdzonych w nim błędów i braków;

5) przekazanie przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych komunikatu zwrotnego do świadczeniodawcy.

6. Zasady weryfikacji, o której mowa w ust. 5 pkt 3, są jawne i zamieszczane na stronie internetowej właściwego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

§ 11. 1. Świadczeniodawcy przekazują dane, o których mowa w § 5–7 i § 9 ust. 4, dotyczące każdego okresu sprawozdawczego, którym jest miesiąc kalendarzowy, nie później niż w terminie dziesięciu dni od jego zakończenia. Dane mogą być przekazywane także w trakcie okresu sprawozdawczego.

2. W przypadku danych, o których mowa w § 6 ust. 5, okres sprawozdawczy obejmuje sześć miesięcy, a dane są przekazywane nie później niż w terminie 20 dni od zakończenia półrocza, którego dotyczą.

3. Na uzasadniony wniosek świadczeniodawcy podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych może przedłużyć termin przekazania danych, o których mowa w ust. 1.

4. Dane, o których mowa w § 3 ust. 10 pkt 4 i 5, przekazywane są zgodnie z warunkami wynikającymi z umowy lub przepisów odrębnych.

5. Przepisów ust. 1 i 2 nie stosuje się do świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych z Funduszem, w zakresie uregulowanym w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.

MINISTER ZDROWIA

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

Załącznik nr 1

Kody funkcji ochrony zdrowia i jednostek statystycznych świadczeń.

W załączniku przedstawiono:

W tabeli nr 1: kody funkcji ochrony zdrowia,

W tabeli nr 2: kody jednostek statystycznych świadczeń,

W tabeli nr 3: kody świadczeń.

Tabela 1. Kody funkcji ochrony zdrowia.

Nazwa funkcji ochrony zdrowia		Kod
Grupa	Wyszczególnienie	
1. Grupa - usługi lecznicze Obejmują świadczenia opieki zdrowotnej, zwykle wykonywane w związku powstaniem problemu zdrowotnego mające na celu zmniejszenie objawów, zapobieżenie zaostrzeniu, powikłaniom i redukcję skutków choroby lub urazu.	1.1. Leczenie stacjonarne wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego	0
	1.2. Leczenie jednego dnia Wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. Leczenie „jednego dnia” obejmuje m.in. chirurgię „jednego dnia”, chemioterapię nowotworów.	1
	1.3. Leczenie ambulatoryjne Świadczenia wykonywane na rzecz pacjenta dochodzącego.	2
	1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej Obejmuje czynności związane ze stawianiem diagnozy i podejmowaniem leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.	3
	1.3.2. Leczenie stomatologiczne Obejmuje świadczenia udzielone ambulatoryjnie przez lekarzy dentystów.	4
	1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne Obejmuje świadczenia lekarskie inne niż zawarte w kategorii leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, w tym świadczenia psychiatrii ambulatoryjnej.	5
	1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	6
	1.3.6. Leczenie w trybie dziennym Leczenie wykonywane na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.	7
	1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna Obejmuje inne świadczenia ambulatoryjne wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, położne i innych przedstawicieli zawodów medycznych (z wyjątkiem fizjoterapeutów, którzy są wykazani w kategorii dotyczącej rehabilitacji) oraz wykonywane przez psychologów.	

	1.4. Świadczenia w domu pacjenta Np. porady domowe lekarza rodzinnego, wizyty pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej lub położnej, dializa domowa czy porady lub wizyty patronażowe.	8
2. Grupa - świadczenia rehabilitacyjne Obejmują świadczenia, w których nacisk położony jest głównie na poprawę sprawności pacjenta, a ograniczenie sprawności wynika z epizodu choroby, urazu lub jest wynikiem nawrotu choroby.	2.1. Rehabilitacja stacjonarna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na oddział szpitalny.	9
	2.2. Rehabilitacja dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego z intencją wypisania go w tym samym dniu.	10
	2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna Wykonywana na rzecz pacjenta dochodzącego.	11
	2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta	12
	2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna Wszystkie formy rehabilitacji, których nie można zaliczyć do poprzednich kategorii.	13
3. Grupa – opieka długoterminowa Obejmuje opiekę pielęgniarską i lekarską wykonywaną na rzecz pacjenta w warunkach stacjonarnych lub domowych, której przyczyną jest przewlekła choroba lub niesprawność pacjenta bądź też ograniczenie jego możliwości do niezależnego wypełniania codziennych funkcji życiowych. Opieka długoterminowa jest z reguły połączeniem opieki zdrowotnej i socjalnej. Do kategorii tej wlicza się opiekę nad osobami w podeszłym wieku, w której istotną część stanowi opieka zdrowotna, w tym świadczenia wykonywane przez hospicja i podmioty lecznicze udzielające świadczeń opieki paliatywnej.	3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego na pobyt w podmiocie leczniczym.	14
	3.2. Długoterminowa opieka dzienna Wykonywana na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego. Opieka taka oferowana jest pacjentom, którzy w nocy przebywają we własnych domach.	15
	3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta Wykonywana w domu pacjenta opieka medyczna i pielęgnacyjna na rzecz osób z trwałą niesprawnością lub cierpiących na choroby przewlekłe, które zmniejszają możliwość samoobsługi.	16
	3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hotelowym	17

4. Grupa pomocnicze usługi opieki zdrowotnej	4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.		18
	4.2. Diagnostyka obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik obrazowych i nieobrazowych na rzecz pacjenta ambulatoryjnego.	4.2.1. Diagnostyka obrazowa	19
		4.2.2. Diagnostyka nieobrazowa	20
	4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.	4.3.3. Pomoc doraźna - zespoły ratownictwa medycznego	28
		4.3.4. Pomoc doraźna - lotnicze zespoły ratownictwa medycznego	29
		4.3.5. Pomoc doraźna - wodne pogotowie ratunkowe	30
		4.3.6. Pomoc doraźna - ratownictwo górskie	31
		4.3.7. Pozostałe	32
		4.3.7.1. Pozostałe - Transport pacjenta	
	4.6. Usługi pielęgnacyjne		33
	4.9. Pozostałe usługi pomocnicze Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze		34
5. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych	5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze przysługujące na podstawie zlecenia Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem	5.2.1. Lecznicze środki wspomagania w okulistyce Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35
		5.2.2. Przedmioty ortopedyczne Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortozy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynierijno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu).	36
		5.2.3. Lecznicze środki wspomagania w laryngologii Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37
		5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38
		5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	39
		5.2.9. Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	40

	zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie.		
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne Obejmuje świadczenia i działania, których zasadniczym celem jest poprawa stanu zdrowia populacji, w odróżnieniu od świadczeń, których celem jest poprawa stanu zdrowia poszczególnych osób. Dotyczy świadczeń wykonywanych w ramach programów zdrowotnych w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy.	6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne Obejmuje szeroki zakres świadczeń: poradnictwo genetyczne, zapobieganie wadom rozwojowym, przygotowanie do porodu, szczepienia dzieci przedszkolnych.	6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne	41
		6.1.2. Zdrowie matki i dziecka	42
		6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem	43
		6.1.4. Inna	44
	6.2. Medycyna szkolna Obejmuje działania podejmowane przez lekarzy i pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania w dziedzinie edukacji zdrowotnej, badań przesiewowych; obejmuje także pewne działania terapeutyczne, o ile wykonywane są w ramach medycyny szkolnej, jak np. leczenie ubytków uzębienia.		45
	6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym Obejmuje system nadzoru nad chorobami zakaźnymi, obowiązkowy system zgłaszania chorób zakaźnych, zapobieganie chorobom zakaźnym, takim jak gruźlica, obowiązkowe szczepienie przeciw chorobom zakaźnym.		46
	6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym Obejmuje działania i programy z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, której głównym celem jest zmniejszenie zachorowalności na choroby niezakaźne. Ze względu na to, że część działań tego typu wykonywana jest w trakcie wizyt u lekarzy podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej; kryterium zaliczenia do tej kategorii wynika z tego, czy porada z zakresu promocji zdrowia miała miejsce w ramach programu zdrowotnego, czy też wynikała z inicjatywy pacjenta.		47
	6.6. Medycyna sportowa		48
	6.7. Oświata i promocja zdrowia		49

Tabela 2. Kody jednostek statystycznych świadczeń.

Jednostka statystyczna	Objaśnienie
------------------------	-------------

Nazwa	Kod	
Pobyt w oddziale szpitalnym	1	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym na rzecz pacjenta formalnie przyjętego do podmiotu leczniczego, z wyjątkiem świadczeń uznanych za leczenie jednego dnia.
Leczenie jednego dnia	2	Świadczenie udzielone w oddziale szpitalnym przez świadczeniodawcę na rzecz pacjenta przyjętego z intencją wypisania go w ciągu 24 godzin. W przypadku gdy leczenie trwa dłużej niż 24 godziny, świadczenie jest kwalifikowane jako pobyt w oddziale szpitalnym.
Pobyt	3	Świadczenie w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium, prewentorium, hostelu lub innym niewymienionym z nazwy podmiocie leczniczym przeznaczonym dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, trwające co najmniej jedną noc.
Porada	4	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez lekarza, lekarza dentystę lub psychologa.
Porada patronażowa	5	Pierwsza porada lekarza w celu określenia stanu zdrowia noworodka oraz edukacji rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
Wizyta	6	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, przez osobę wykonującą inny zawód medyczny niż lekarz, lekarz dentysta, psycholog.
Wizyta patronażowa	7	Wizyta położnej lub pielęgniarki mająca na celu monitorowanie stanu zdrowia noworodka/niemowlęcia oraz edukację rodziców w zakresie jego pielęgnacji i żywienia, wykonywana w warunkach domowych.
Cykl leczenia	8	Świadczenie udzielone w warunkach ambulatoryjnych, w tym w warunkach domowych, z intencją wykonania określonego zestawu procedur medycznych w określonym czasie.
Badanie	9	Badanie laboratoryjne oraz badanie diagnostyczne obrazowe i nieobrazowe.
Sesja	10	Cykl leczenia zarówno indywidualny, jak i zbiorowy, w zakresie zdrowia psychicznego i uzależnień.
Osoba leczona	11	Jednostka ta powinna być podawana tylko wtedy, gdy świadczeniu nie można przyporządkować żadnej innej jednostki statystycznej.
Wyjazd ratowniczy	12	Medyczne czynności ratunkowe udzielone przez zespół ratownictwa medycznego, inne niż przyporządkowane do jednostki statystycznej o kodzie 13.
Akcja ratownicza	13	Medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez wodne pogotowie ratunkowe albo ratownictwo górskie.
Przewóz	14	Transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia (w tym neonatologicznym zespołem wyjazdowym N).
Hemodializa	16	Jednostka stosowana w przypadku hemodializy, hemofiltracji lub hemodiafiltracji. Gdy pobyt w oddziale, leczenie „jednego dnia” lub porada ogranicza się do przeprowadzenia jednego z wyżej wymienionych zabiegów, powinna być wykazywana tylko jednostka statystyczna: hemodializa. W pozostałych przypadkach należy wykazywać dwie jednostki statystyczne, np. pobyt w oddziale i hemodializa.
Bilans zdrowia	17	Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży prowadzone w określonych grupach wieku, które zostały wybrane ze względu na specyfikę rozwoju lub etap edukacji. Badania te służą identyfikacji problemów zdrowotnych dziecka w celu wczesnego wykrycia: - zaburzeń w stanie jego zdrowia oraz rozwoju i zaplanowanie leczenia,

		- problemów społecznych dziecka i jego rodziny, oraz zaplanowania niezbędnych działań diagnostycznych lub leczniczych.
Wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środek pomocniczy	18	Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi lub środki pomocnicze znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy.
Szczepienie	19	Szczepienia finansowane ze środków publicznych.
Badanie (test) przesiewowe	20	Badanie lekarskie lub pielęgniarskie mające na celu: identyfikację grup ryzyka, wczesne wykrycie objawów chorobowych, podjęcie w porę odpowiedniego postępowania kompensacyjnego lub leczniczego, aby zahamować rozwój choroby lub zmniejszyć negatywne jej skutki.
Świadczenie profilaktyczne	21	Obejmuje pozostałe badania profilaktyczne, nieprzyporządkowane jednostkom statystycznym o kodzie 5, 7, 17, 19 i 20.

Tabela 3. Kod świadczenia (kod funkcji ochrony zdrowia powiązany z kodem jednostki statystycznej).

Nazwa funkcji ochrony zdrowia	Nazwa jednostki statystycznej	Opis	Kod świadczenia
1. Grupa - usługi lecznicze			
1.1. Leczenie stacjonarne	pobyt w oddziale szpitalnym	Wszystkie pobyty w oddziale szpitalnym (w tym w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym, jeżeli było to związane z wpisem do książki głównej), z wyjątkiem pobytów w: - oddziale rehabilitacyjnym przyjmujących kod 9.1, - oddziale opieki długoterminowej przyjmujących kod 14.1.	0.1
	hemodializa		0.16
	pobyt	Wszystkie pobyty, z wyjątkiem pobytów w stacjonarnej długoterminowej opiece wykonywanej na rzecz pacjenta przyjętego do podmiotu leczniczego – kod 14.3 oraz pobytów w podmiocie leczniczym udzielającym długoterminowej opieki pielęgnacyjnej świadczonej w trybie hostelowym przyjmującej kod 17.3.	0.3
	osoba leczona	M.in. świadczenia wykonane na izbie przyjęć zakończone pobytem na oddziale.	0.11
1.2. Leczenie jednego dnia	leczenie jednego dnia		1.2
	hemodializa		1.16
1.3. Leczenie ambulatoryjne			
1.3.1. Leczenie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej	porada		2.4
	porada patronażowa		2.5
	bilans zdrowia		2.17
1.3.2. Leczenie	porada		3.4

stomatologiczne	badanie		3.9
1.3.3. Leczenie ambulatoryjne specjalistyczne	porada		4.4
	cykl leczenia		4.8
	sesja		4.10
	osoba leczona		4.11
1.3.5. Ambulatoryjne leczenie uzdrowiskowe	cykl leczenia		5.8
1.3.6. Leczenie w trybie dziennym	cykl leczenia	Obejmuje głównie opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień. Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach: - rehabilitacji dziennej, przyjmującej kod 10.8; - długoterminowej dziennej opieki, przyjmującej kod 15.8.	6.8
	osoba leczona		6.11
1.3.9. Pozostała opieka ambulatoryjna	porada	Do tej kategorii należą m.in. świadczenia izby przyjęć i szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz poradni medycyny paliatywnej, jeżeli nie zakończyły się pobytem w oddziale szpitalnym.	7.4
	wizyta		7.6
	wizyta patronażowa		7.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cyklu leczenia w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, przyjmującej kod 11.8 albo 13.8.	7.8
	sesja		7.10
	osoba leczona		7.11
	hemodializa		7.16
1.4. Świadczenia w domu pacjenta	porada	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia porad wykonanych w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.4, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.4.	8.4
	porada patronażowa		8.5
	wizyta	Obejmuje także opiekę wyjazdową. Nie uwzględnia wizyt wykonanych w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.6, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.6.	8.6
	wizyta patronażowa		8.7
	cykl leczenia	Nie uwzględnia cykli leczenia w ramach: - rehabilitacji w domu pacjenta, przyjmujących kod 12.8, - długoterminowej opieki w domu pacjenta, przyjmujących kod 16.8.	8.8

	badanie		8.9
	sesja		8.10
	osoba leczona		8.11
	hemodializa		8.16
	bilans zdrowia		8.17
2. Grupa - świadczenia rehabilitacyjne			
2.1. Rehabilitacja stacjonarna	pobyt w oddziale szpitalnym		9.1
2.2. Rehabilitacja dzienna	cykl leczenia	W przypadku, gdy pacjenci nie są wpisywani do księgi głównej przyjęć i wypisów.	10.8
	osoba leczona		10.11
2.3. Rehabilitacja ambulatoryjna	porada		11.4
	wizyta		11.6
	cykl leczenia		11.8
	osoba leczona		11.11
2.4. Rehabilitacja w domu pacjenta	porada		12.4
	wizyta		12.6
	cykl leczenia		12.8
	osoba leczona		12.11
2.5. Pozostała rehabilitacja ambulatoryjna	porada		13.4
	wizyta		13.6
	cykl leczenia		13.8
	osoba leczona		13.11
3. Grupa - opieka długoterminowa			
3.1. Stacjonarna długoterminowa opieka	pobyt w oddziale szpitalnym		14.1
	pobyt		14.3
3.2. Długoterminowa dzienna opieka	cykl leczenia		15.8
	osoba leczona		15.11
3.3. Długoterminowa opieka świadczona w domu pacjenta	porada		16.4
	wizyta		16.6
	cykl leczenia		16.8
	osoba leczona		16.11
3.4. Długoterminowa opieka świadczona w trybie hostelowym	pobyt		17.3
	osoba leczona		17.11
4. Grupa - pomocnicze usługi opieki zdrowotnej			
4.1. Badania laboratoryjne w podstawowej opiece zdrowotnej	badanie	Obejmują badania diagnostyczne wykonywane na materiale pobranym od pacjenta, takim jak: mocz, krew, kał, wymazy, zeszkrobiny czy fragmenty tkanki. Wykazywane tylko w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.	18.9
4.2. Diagnostyka	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne	19.9

obrazowa i nieobrazowa na rzecz pacjenta ambulatoryjnego		wykonywane za pomocą technik obrazowych.	
	badanie	Obejmuje badania diagnostyczne wykonywane za pomocą technik nieobrazowych.	20.9
4.3. Ratownictwo medyczne i przewóz pacjenta		Obejmuje medyczne czynności ratunkowe oraz transportowanie pacjenta do i od świadczeniodawcy niepołączone z udzielaniem świadczenia.	
4.3.3. Pomoc doraźna - zespoły ratownictwa medycznego	wyjazd ratowniczy		28.12
4.3.4. Pomoc doraźna - lotnicze zespoły ratownictwa medycznego	przelot		29.15
4.3.5. Pomoc doraźna - wodne pogotowie ratunkowe	akcja ratownicza		30.13
4.3.6. Pomoc doraźna - ratownictwo górskie	akcja ratownicza		31.13
4.3.7. Pozostałe			
4.3.7.1. Pozostałe -Transport pacjenta	przewóz		32.14
	przelot		32.15
4.6. Usługi pielęgnacyjne	wizyta		33.6
	osoba leczona		33.11
4.9. Pozostałe usługi pomocnicze		Inne niewymienione wyżej usługi pomocnicze.	34.*
5. Wyroby medyczne, produkty lecznicze, środki pomocnicze dla pacjentów ambulatoryjnych			
5.2. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze przysługujące na podstawie zlecenia		Obejmuje wytwarzanie wyrobów medycznych wykonywanych na miarę; dobieranie do rozmiaru świadczeniobiorcy lub indywidualne wyregulowanie do rozmiaru świadczeniobiorcy bez wprowadzania zmian konstrukcyjnych lub indywidualne domodelowanie z wprowadzeniem zmian konstrukcyjnych przewidzianych w instrukcji wytwórcy w przypadku wyrobów medycznych wykonywanych przy zastosowaniu metod technologicznych produkcji seryjnej, sprzedaż detaliczną, naprawy, wypożyczanie.	
5.2.1. Lecznicze środki wspomagania okulistyczne	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym	Obejmują, oprócz soczewek okularowych korekcyjnych, soczewki kontaktowe lecznicze, protezy oka wykonywane indywidualnie, laski dla niewidomych.	35.18

5.2.2. Przedmioty ortopedyczne	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym	Obejmują protezy kończyn górnych i dolnych, ortozy kończyn i kręgosłupa do stałego lub czasowego użytkowania, lecznicze środki inżynieryjno-techniczne. Nie obejmują wszczepialnych wyrobów medycznych (np. endoprotez stawu).	36.18
5.2.3. Lecznicze środki wspomagania w laryngologii Obejmują wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym	Obejmuje wszystkie usuwalne aparaty słuchowe wraz z odpowiednim oprzyrządowaniem.	37.18
5.2.4. Środki pomocnicze wspomagające chodzenie i przemieszczanie	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym	Obejmują urządzenia wspomagające poruszanie się osób niepełnosprawnych.	38.18
5.2.5. Przedmioty protetyki stomatologicznej	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym		39.18
5.2.9. Pozostałe przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	wyrób medyczny będący przedmiotem ortopedycznym lub środkiem pomocniczym		40.18
6. Profilaktyka i zdrowie publiczne			
6.1. Opieka nad matką i dzieckiem, planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			
6.1.1. Planowanie rodziny i poradnictwo rodzinne			41.*
6.1.2. Zdrowie matki i dziecka			42.*
6.1.3. Opieka nad zdrowym dzieckiem		Obejmuje obowiązkowe szczepienia ochronne wykonane dzieciom.	43.*
6.1.4. Inna			44.*
6.2. Medycyna szkolna	porada		45.4
	wizyta		45.6
	bilans zdrowia		45.17
	badanie przesiewowe (test)		45.20
	świadczenia profilaktyczne		45.21
	osoba leczona		45.11
6.3. Zapobieganie chorobom zakaźnym		Obejmuje szczepienia finansowane ze środków publicznych wykonywane osobom powyżej 18 roku życia.	46.*
6.4. Zapobieganie chorobom niezakaźnym			47.*

6.6. Medycyna sportowa	porada		48.4
	wizyta		48.6
	osoba leczona		48.11
6.7. Oświata i promocja zdrowia	osoba leczona		49.11

* Należy wpisać kod odpowiedniej jednostki statystycznej zgodnie z kodem określonym w tabeli nr 2.

Identyfikator świadczeniodawcy.

Identyfikator świadczeniodawcy i jego komórki organizacyjnej udzielającej świadczenia, jeżeli jest ona wyróżniona w strukturze świadczeniodawcy, składa się z następujących elementów:

- 1) numer księgi rejestrowej albo pierwsze dziewięć cyfr jego numeru identyfikacyjnego REGON;
- 2) część VII resortowego kodu identyfikacyjnego.

Kody wymagane do oznaczania poszczególnych kategorii.

Tabela nr 1. Kod przynależności do danej grupy zawodowej	
Nazwa zawodu	Kod
1	2
asystentka dentystyczna	1
diagnosta laboratoryjny	2
dietetyk	3
farmaceuta	4
felczer	5
fizjoterapeuta (technik fizjoterapii + licencjat i magister na kierunku fizjoterapia)	6
higienistka dentystyczna	7
higienistka szkolna	8
instruktor higieny	9
instruktor terapii uzależnień	33
specjalista psychoterapii uzależnień	34
lekarz	11
lekarz dentysta	12
logopeda	13
masażysta (technik masażysta)	14
opiekunka dziecięca	15
opiekun medyczny	32
optometrysta	16
ortoptystka	17
pielęgniarka	18
położna	19
protetyk słuchu	20
psychoterapeuta	21
ratownik medyczny	22
specjalista zdrowia publicznego (licencjat + magister na kierunku zdrowie publiczne)	23
technik analityki medycznej	24
technik dentystyczny	25
technik farmaceutyczny	26
technik elektroniki medycznej	27
technik elektroradiolog	28
technik optyk	29
technik ortopeda	30
terapeuta zajęciowy	31
psycholog	50
pedagog specjalny	35
terapeuta środowiskowy	36

Tabela nr 2. Kod przyczyny wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego	
Wyszczególnienie	Kod
Nagle zachorowanie - stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. W kategorii tej należy także uwzględniać przypadek wyjazdu do porodu.	1
Wypadek - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które może powodować uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utratę życia, wymagające podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.	2
Przypadek niewymagający podjęcia natychmiastowych czynności ratunkowych i leczenia.	3

Tabela nr 3. Kod informacji o sposobie zakończenia medycznych czynności ratunkowych przez zespół ratownictwa	
Wyszczególnienie	Kod
osoba, której udzielano świadczenia, została przyjęta przez szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć	1
osoba, której udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia, nie przewożąc jej do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć	2
osoba, której udzielano świadczenia, została bezpośrednio przewieziona i przyjęta przez jednostkę organizacyjną szpitala wyspecjalizowaną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego	3
osoba, której udzielano świadczenia, została bezpośrednio przewieziona i przyjęta przez centrum urazowe	4
przekazanie opieki nad osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lotniczemu zespołowi ratownictwa medycznego	5
odstąpiono od medycznych czynności ratunkowych	6
inny niż wymieniony wyżej	7

Tabela nr 4. Kod informacji dotyczącej nastąpienia zgonu	
Wyszczególnienie	Kod
zgon pacjenta nastąpił przed przyjazdem zespołu ratownictwa medycznego	1
zgon nastąpił w trakcie udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego	2

Tabela nr 5. Kod dla kategorii świadczeniobiorcy, wpisywanego do harmonogramu przyjęć	
Wyszczególnienie	Kod
przyjęty na bieżąco	1
oczekujący	2
oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	3
uprawniony do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	4 + kod podstawy tego prawa zgodnie z cz. III tabeli nr 10 załącznika nr 3
kontynuujący leczenie	5
przyjęty w stanie nagłym	6

Tabela nr 6. Kod celu przewozu transportem sanitarnym, w tym transportem wykonanym przez neonatologiczny zespół wyjazdowy N	
Cel przewozu	Kod
Konieczność podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	1
Potrzeba zachowania ciągłości leczenia	2
Konieczność odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego	3
Inne niż wymienione wyżej	4

Tabela nr 7. Identyfikator osoby, której udzielono świadczenia, oraz kod identyfikatora			
Lp.	Identyfikator	Kod	Wymagany
1	numer PESEL	P	zawsze w przypadku osoby, która ma nadany numer PESEL
2	osobisty numer identyfikacyjny	R	zawsze w przypadku osoby uprawnionej do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, bez względu na to, czy ma nadany numer PESEL
3	seria i numer dowodu osobistego	D	w przypadku gdy osoba nie ma nadanego numeru PESEL lub osobistego numeru identyfikacyjnego
4	seria i numer paszportu	T	
5	nazwa, seria i numer innego dokumentu stwierdzającego tożsamość	I	
6	numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NN, gdzie XXXXX - kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR - rok	NN	w przypadku gdy osoba nie posiada żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1-5
7	numer nadany według formatu: XXXXX-RRRR-NW, gdzie XXXXX - kolejny unikalny numer osoby w ramach kodu identyfikatora i roku RRRR - rok	NW	w przypadku dzieci do 6. miesiąca życia, które nie posiadają żadnego z identyfikatorów wymienionych w lp. 1-5 i nie jest możliwe ustalenie takiego identyfikatora jednego z jego rodziców albo opiekuna prawnego

Tabela nr 8. Kod tytułu uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający to uprawnienie

Lp.	Uprawnienie		Dane identyfikujące dokument potwierdzający uprawnienie	
	tytuł	kod tytułu	kod nazwy/pełna nazwa dokumentu	pozostałe dane identyfikujące dokument
1	2	3	4	5
1	ubezpieczony	U	K – w przypadku karty ubezpieczenia zdrowotnego	numer identyfikacyjny karty
			NK – w przypadku innego dokumentu, który zgodnie z art. 240 ustawy do czasu wydania karty ubezpieczenia zdrowotnego potwierdza uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej	nazwa dokumentu oraz jeżeli występują: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku dokumentu wystawionego przez rolnika pomocnikowi rolnika w rozumieniu art. 6 pkt 2a ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2017 r. poz. 2336, z późn. zm.) – numer PESEL tego rolnika
			OS – w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę oraz kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
2	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy	N	A - w przypadku decyzji, o której mowa w art. 54 ustawy	data określona w decyzji, od której przysługuje prawo do świadczeń zgodnie z art. 54 ust. 7 i 8 ustawy, organ wystawiający, identyfikator, jeżeli występuje, oraz kod gminy krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju, o którym mowa w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 49 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 997, z późn. zm.), jeżeli jest znany świadczeniodawcy
			OS - w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
3	świadczeniobiorca, o którym mowa	IA	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu,

	w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy			data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu
			OS - w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
4	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy	IAU	KB - karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. z 2018 r. poz. 2094) ZPC - decyzja o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach	seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego zezwolenia albo ochrony; w przypadku cudzoziemca, któremu udzielono zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach - dodatkowo dane charakteryzujące decyzję o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach: nazwa organu, który wydał decyzję, oraz data wydania decyzji
			OS - w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
5	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. a ustawy	IB	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku, gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie, także numer prawa wykonywania zawodu lekarza

			OS - w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
6	świadczeniobiorca, o którym mowa w art. 2 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy	IBU	KB - karta pobytu, o której mowa w ustawie z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach ZPC - decyzja o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach	seria i numer karty, nazwa organu wydającego kartę, data wydania karty, data upływu okresu ważności karty, informacja o rodzaju udzielonego zezwolenia albo ochrony; w przypadku cudzoziemca, któremu udzielono zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach - dodatkowo dane charakteryzujące decyzję o udzieleniu cudzoziemcowi zezwolenia na pobyt czasowy w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach: nazwa organu, który wydał decyzję, oraz data wydania decyzji
			OS - w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6 ustawy	data złożenia oświadczenia, identyfikator oświadczenia nadany przez świadczeniodawcę, kod oświadczenia, określony w tabeli nr 9, a w przypadku, gdy oświadczenie, zgodnie z art. 50 ust. 11 i 12 ustawy, nie jest składane w dniu udzielania świadczenia, także wskazana w oświadczeniu data rozpoczęcia i zakończenia udzielania świadczenia
7	osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji	UE	E - w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego O - w przypadku poświadczenia, o którym mowa w art. 52 ustawy E - w przypadku Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego F - w przypadku dokumentów wystawionych na formularzu serii E lub dokumentów przenośnych serii S albo DA1	numer identyfikacyjny karty oraz data ważności numer poświadczenia, data wystawienia poświadczenia, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu numer identyfikacyjny karty oraz data ważności rodzaj dokumentu, data wystawienia dokumentu, data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu, symbol państwa, w którym znajduje się instytucja, która

					wystawiła dokument, akronim nazwy tej instytucji i jej numer identyfikacyjny, dane identyfikujące osobę, której wydano dokument (imię, nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny - jeżeli podano w dokumencie)
			C - w przypadku certyfikatu zastępującego Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego		data wystawienia certyfikatu oraz data początku okresu obowiązywania dokumentu, data końca okresu obowiązywania dokumentu
8	osoby, o których mowa w art. 2 ust. 2 ustawy	UM	T - w przypadku paszportu		seria i numer paszportu
9	osoby, którym świadczenia są udzielane bezpłatnie, zgodnie z art. 12 ustawy	pkt 2 pkt 3 pkt 4 pkt 5 pkt 6	AL NA PS CU ZA	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu, a w przypadku, gdy dokumentem jest zaświadczenie lekarskie, także numer prawa wykonywania zawodu lekarza
10	osoby, którym świadczenia udzielane są bezpłatnie, zgodnie z art. 12 pkt 9 ustawy	RP	KP - Karta Polaka, o której mowa w art. 6 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2018 r. poz. 1272, z późn. zm.)		numer oraz data ważności
11	osoby, którym przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 67 ustawy	ust. 4 ust. 5 ust. 6 ust. 7	BU UC CH EM	pełna nazwa dokumentu	nazwa dokumentu oraz jeżeli występuje: seria i numer dokumentu, data wystawienia dokumentu, okres obowiązywania dokumentu, nazwa podmiotu wystawiającego dokument i numer identyfikacji podatkowej (NIP) tego podmiotu
12	świadczeniobiorca, którego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej zostało potwierdzone dokumentem elektronicznym, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy	EL	DE - dokument elektroniczny, o którym mowa w art. 50 ust. 3 ustawy		data sporządzenia dokumentu oraz identyfikator nadany przez Fundusz
13	świadczeniobiorca, któremu udzielono świadczenia w sytuacjach, o których mowa w art. 50 ust. 11 ustawy	B	B - brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej		niewymagane

14	osoba nieposiadająca prawa do świadczeń opieki zdrowotnej lub osoba, która utraciła to prawo w trakcie udzielania świadczenia trwającego dłużej niż jeden dzień i poinformowała o tym świadczeniodawcę	UP	B - brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane
15	osoba posiadająca prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez inny podmiot niż Fundusz	NF	B - brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane
16	osoba znajdującą się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego mająca prawo do medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym	RM	B - brak przedstawienia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej	niewymagane

Tabela nr 9. Kod oświadczenia o przysługującym prawie do świadczeń opieki zdrowotnej

Lp.	w którym wskazano jako podstawę prawa do świadczeń opieki zdrowotnej	dla oświadczenia złożonego przez	
		świadczeniobiorcę	przedstawiciela ustawowego albo opiekuna prawnego lub faktycznego w przypadku, o którym mowa w art. 50 ust. 9 ustawy
1	objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym	OUW	OUP
2	decyzję, o której mowa w art. 54 ustawy	ODW	ODP
3	art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy	przypadek nie występuje	OMP
4	art. 2 ust. 1 pkt 4 ustawy	OCW	OCP
5	art. 67 ust. 4-7 ustawy	OZW	OZP

Tabela nr 10. Kod tytułu uprawnienia dodatkowego

Podstawa prawna dodatkowego uprawnienia	Rodzaj i zakres uprawnienia	Kategoria		Kod
1	2	3		4
I. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane				
art. 42 ust. 1 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę		42MON
art. 42 ust. 1a ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	42WŻ
			funkcjonariusz	42WF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	42WABW
art. 42 ust. 2 ustawy	świadczenia opieki zdrowotnej, niezakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane oraz odpłatne świadczenia opieki zdrowotnej, w związku z urazami i chorobami nabytymi podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	policjant, funkcjonariusz Straży Granicznej, funkcjonariusz Służby Ochrony Państwa, strażak Państwowej Straży Pożarnej, a także pracownik tych służb, także po zwolnieniu ze służby lub ustaniu umowy o pracę		42MSW
II. Prawo do wyrobów medycznych				
art. 47 ust. 1 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne	inwalida wojenny		47IB
		inwalida wojskowy		47IW
		cywilna niewidoma ofiara działań wojennych		47CN
		osoba represjonowana		47OR
art. 47 ust. 1a ustawy	wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu	świadczeniobiorca do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu		47DN

art. 47 ust. 1b ustawy	wyroby medyczne bez uwzględnienia okresów użytkowania, w liczbie wskazanej w zleceniu	świadzeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności		47ZN
art. 47 ust. 2 ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		47MON
art. 47 ust. 2a ustawy	bezpłatne wyroby medyczne w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	472AŻ
			funkcjonariusz	472AF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	472ABW
III. Prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej				
art. 24a ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik		24A
art. 24b ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	24BŻ
			funkcjonariusz	24BF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24BABW
art. 24c ustawy	prawo do korzystania poza kolejnością ze stacjonarnych i całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, innych niż te, o których mowa w art. 20 ustawy, w zakresie leczenia urazów i chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	24CŻ
			funkcjonariusz	24CF
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	24CABW
art. 47c ustawy albo art. 23 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu,	prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej	świadzeniobiorca, który posiada tytuł „Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi”, „Dawcy Przeszczepu” lub „Zasłużonego Dawcy Przeszczepu”		47CZ

przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r. poz. 1000, z późn. zm.)		inwalida wojenny	47CIB	
		inwalida wojskowy	47CIW	
		kombatant	47CK	
		kobieta w ciąży	47CC	
		świadczeniobiorca do 18. roku życia, u którego stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu	47CDN	
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	47CZN	
		działacz opozycji antykomunistycznej	47COA	
		osoba represjonowana z powodów politycznych	47CRP	
IV. Prawo do ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania				
art. 57 ust. 2 pkt 10 ustawy	prawo ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	inwalida wojenny	57IB	
		inwalida wojskowy	57IW	
		kombatant	57K	
		osoba represjonowana	57OR	
		działacz opozycji antykomunistycznej	57OA	
		osoba represjonowana z powodów politycznych	57RP	
art. 57 ust. 2 pkt 10a ustawy	prawo ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	cywilna niewidoma ofiara działań wojennych	57CN	
art. 57 ust. 2 pkt 12 ustawy	prawo ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	uprawniony żołnierz lub pracownik	57MON	
art. 57 ust. 2 pkt 13 ustawy	prawo ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa	weteran poszkodowany	żołnierz	57Ż
			funkcjonariusz	57F
			funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego	57ABW

art. 57 ust. 2 pkt 14 ustawy	prawo do świadczeń specjalistycznych bez wymaganego skierowania	osoba posiadająca zaświadczenie, o którym mowa w art. 47 ust. 1a ustawy	57CP
		świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	57ZN
V. Pozostałe uprawnienia dla dzieci, młodzieży i kobiet w okresie ciąży i porodu oraz osób niepełnosprawnych			
art. 31 ust. 3 ustawy oraz przepisy wydane na podstawie art. 31d ustawy określające świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego	dodatkowe świadczenia zdrowotne lekarza dentysty oraz materiały stomatologiczne stosowane przy udzielaniu świadczeń, zakwalifikowane jako świadczenia gwarantowane	dzieci i młodzież do ukończenia 18. roku życia	31D
		kobieta w ciąży i w okresie porodu	31C
		dzieci i młodzież niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym i znacznym od ukończenia 16. do ukończenia 18. roku życia	31N
		młodzież niepełnosprawna w stopniu umiarkowanym i znacznym, która ukończyła 18. rok życia	31N18
art. 3 ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. poz. 932) w związku z art. 136 ust. 2 pkt 1a ustawy	świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej	świadczeniobiorca posiadający orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	ZSN
VI. Prawo do diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego			
art. 32a ustawy	prawo do diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego	osoba, której wystawiono kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego	32aDILO
VII. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu			
art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz.U. poz. 1860 oraz z 2018 r. poz. 1076)	prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanych do kobiet w ciąży powikłanej oraz dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu	kobieta w ciąży powikłanej	ZZC
		dziecko, u którego zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju lub w czasie porodu	ZZDN

Tabela nr 11. Kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących			
Lp.	Przyczyna		Kod

1	Wykonanie świadczenia przez danego świadczeniodawcę	1
2	Powiadomienie o rezygnacji przez osobę wpisaną na listę oczekujących	2
3	Zaprzestanie wykonywania świadczenia danego rodzaju przez danego świadczeniodawcę	3
4	Przeniesienie osoby wpisanej na listę oczekujących na inną listę oczekujących u danego świadczeniodawcy	5
5	Zgon osoby wpisanej na listę oczekujących	6
6	Informacja potwierdzona przez Fundusz, że osoba znajduje się na liście oczekujących na to samo świadczenie u innego świadczeniodawcy	7
7	Niezgłoszenie się przez osobę wpisaną na listę oczekujących w ustalonym terminie udzielenia świadczenia	8
8	Inna przyczyna	9
9	Niedostarczenie oryginału skierowania w ciągu 14 dni od dnia wpisania na listę oczekujących	10

Tabela nr 12. Kod dalszego etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego w przypadku udzielania świadczeń na podstawie karty onkologicznej świadczeniobiorcom objętym diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu

Lp.	Etap	Kod
1	Skierowanie na diagnostykę wstępną do poradni specjalistycznej	1
2	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną do poradni specjalistycznej tej samej specjalności	2
3	Skierowanie na diagnostykę pogłębioną do poradni specjalistycznej innej specjalności	3
4	Posiadacz karty onkologicznej wymaga leczenia onkologicznego	6
5	Zamknięcie karty onkologicznej - posiadacz karty onkologicznej nie wymaga leczenia onkologicznego	7
6	Skierowanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy w oddziale szpitalnym	9
7	Ustalenie planu leczenia onkologicznego	10
8	Zamknięcie karty onkologicznej z powodu zakończenia leczenia onkologicznego	11
9	Zakończenie leczenia onkologicznego na wniosek pacjenta	12
10	Zamknięcie karty onkologicznej - w innych przypadkach niż określone dla kodów 7, 11 i 12	13

Tabela nr 13. Kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego w przypadku udzielania świadczeń na podstawie karty onkologicznej świadczeniobiorcom objętym diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu

Lp.	Etap	Kod
1	Diagnostyka wstępna	1
2	Diagnostyka pogłębiona	2
3	Konsylium	3
4	Rozpoczęcie leczenia onkologicznego	5
5	Zakończenie leczenia onkologicznego	6
6	Zabieg diagnostyczno-leczniczy	7

Tabela nr 14. Kod etapu postępowania diagnostycznego lub leczniczego podawanego w przypadku listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy (dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką mającą na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego lub leczeniem mającym na celu wyleczenie tego nowotworu, którym wydano kartę onkologiczną)

Lp.	Etap	Kod
1	Oczekiwanie na diagnostykę wstępną	1
2	Oczekiwanie na diagnostykę pogłębioną	2
3	Oczekiwanie na konsylium	3
4	Oczekiwanie na rozpoczęcie leczenia onkologicznego	5
5	Oczekiwanie na dalsze leczenie onkologiczne	6

6	Oczekiwanie na zabieg diagnostyczno-leczniczy	7
---	---	---

Tabela nr 15. Kod sposobu kontynuacji leczenia świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Lp.	Sposób	Kod
1	Dalsze leczenie w podstawowej opiece zdrowotnej	1
2	Pozostawienie pod opieką poradni specjalistycznej	2
3	Skierowanie do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w innej dziedzinie medycyny	3
4	Skierowanie do szpitala	4
5	Zakończenie leczenia specjalistycznego	5

Tabela nr 16. Kod miejsca zakwaterowania świadczeniobiorcy w przypadku, o którym mowa w art. 33b ust. 1 ustawy

Lp.	Miejsce	Kod
1	Pomieszczenia podmiotu leczniczego	1
2	Miejsce, w którym świadczy się usługi hotelarskie w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach hotelarskich oraz usługach pilotów wycieczek i przewodników turystycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1553, z późn. zm.) w zakresie krótkotrwałego, ogólnie dostępnego wynajmowania domów, mieszkań i pokoi	2

Kody trybu przyjęcia osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku udzielenia świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

- 1) „2” - przyjęcie w trybie nagłym;
- 2) „4” - przyjęcie planowe na podstawie skierowania;
- 3) „5” - przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy;
- 4) „7” – przyjęcie przymusowe – przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878), art. 93f ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.), art. 202 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1987), art. 25a § 1 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969) oraz art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r. poz. 24, z późn. zm.);
- 5) „8” - przyjęcie planowe na podstawie skierowania osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 6) „9” - przyjęcie planowe w przypadkach, w których skierowanie nie jest wymagane zgodnie z art. 57 ust. 2 ustawy, osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;
- 7) „11” - przyjęcie bez skierowania osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2018 r. poz. 151, z późn. zm.), art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2018 r. poz. 2137) oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2018 r. poz. 1030, z późn. zm.);
- 8) „12” - przyjęcie na podstawie skierowania osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu, określonego w art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu

zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 71 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;

9) „13” - przyjęcie w celu wykonania świadczenia zgodnie z planem leczenia osoby, która wymaga okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia;

10) „14” - przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

KODY TRYBU PRZYJĘCIA I WYPISU

osoby, której udzielono świadczenia zdrowotnego w przypadku pobytu w oddziale szpitalnym

KODY TRYBU PRZYJĘCIA

1) „2” - przyjęcie w trybie nagłym w wyniku przekazania przez zespół ratownictwa medycznego;

2) „3” - przyjęcie w trybie nagłym - inne przypadki;

3) „5” - przyjęcie noworodka w wyniku porodu w tym szpitalu;

4) „6” - przyjęcie planowe na podstawie skierowania;

5) „7” - przyjęcie planowe osoby, która skorzystała ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością, zgodnie z uprawnieniami przysługującymi jej na podstawie ustawy;

6) „8” - przeniesienie z innego szpitala;

7) „9” - przyjęcie osoby podlegającej obowiązkowemu leczeniu - przyjęcie w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się leczeniu określonego w art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz art. 33 ust. 1 i art. 34 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

8) „10” - przyjęcie przymusowe - przyjęcie przymusowe w związku z realizacją ustawowego obowiązku poddania się hospitalizacji, określonego w art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, art. 21 ust. 3, art. 23, 24 i 29 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, art. 30 i 71 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, art. 94, 95a i 96 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny, art. 203 i 260 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks postępowania karnego, art. 12, 25a § 2 i art. 26 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich oraz art. 13 ust. 1, art. 15 ust. 1, art. 16 ust. 1 oraz art. 21 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu

wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób;

9) „11”- przyjęcie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

KODY TRYBU WYPISU

- 1) „1” - zakończenie procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 2) „2” - skierowanie do dalszego leczenia w lecznictwie ambulatoryjnym;
- 3) „3” - skierowanie do dalszego leczenia w innym szpitalu;
- 4) „4” - skierowanie do dalszego leczenia w innym niż szpital przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 5) „6” - wypisanie na własne żądanie;
- 6) „7” - osoba leczona samowolnie opuściła podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne przed zakończeniem procesu terapeutycznego lub diagnostycznego;
- 7) „8” - wypisanie na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 8) „9” - zgon pacjenta;
- 9) „10” - osoba leczona, przyjęta w trybie oznaczonym kodem „9” lub „10”, która samowolnie opuściła podmiot leczniczy;
- 10) „11” - wypisanie na podstawie art. 46 albo 47 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób.

Identyfikator podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Identyfikator oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia:	
Identyfikator	Nazwa oddziału wojewódzkiego
01	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu
02	Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy
03	Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Lublinie
04	Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze
05	Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi
06	Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Krakowie
07	Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie
08	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu
09	Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Rzeszowie
10	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku
11	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku
12	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
13	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach
14	Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie
15	Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
16	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie

Identyfikator innego podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych	
93	Minister Sprawiedliwości
94	minister właściwy do spraw wewnętrznych
97	Minister Obrony Narodowej
98	minister właściwy do spraw zdrowia

Sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia.

1. Średni czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególną procedurę medyczną, lub świadczenia w określonym zakresie, z wyłączeniem listy, o której mowa w art. 20 ust. 12 ustawy. Grupy te są wyodrębniane ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia. Osoba wpisana na listę oczekujących na określoną procedurę medyczną lub świadczenie w określonym zakresie nie może być jednocześnie wykazywana na liście oczekujących na udzielenie świadczenia w komórce organizacyjnej, w której ta procedura lub świadczenie w określonym zakresie będą wykonywane.

2. Średni czas oczekiwania oblicza się zgodnie z następującym wzorem: $T = D/L$, gdzie:

T - średni czas oczekiwania,

D - łączna liczba dni oczekiwania

gdzie

$D = d_1 + d_2 + \dots + d_n$,

gdzie

d_n - liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich trzech miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na tę listę do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia,

L - łączna liczba osób skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Wzór dokumentów będących opisami komunikatów stosowanych do przekazywania danych.

1. KOMUNIKAT ŚWIADCZEŃ AMBULATORYJNYCH I SZPITALNYCH

1.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	świadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	zestaw-świadczeń	1-n	Element umożliwiający grupowanie świadczeń, niezbędny dla tych przypadków, gdy ze względu na przyjęte zasady sprawozdawczości muszą być one przekazywane równocześnie, w szczególności dotyczy to wszystkich pobyków na oddziałach podczas hospitalizacji pacjenta
2	dane-zestawu	0-1	Element pomocniczy (techniczny) występujący wtedy, gdy są przekazywane informacje charakteryzujące wykonane świadczenie. Element ten nie występuje (a wraz z nim żaden z podległych elementów), jeżeli świadczeniodawca przekazuje jedynie informację o potrzebie usunięcia danych o zestawie świadczeń, wysłanych w jednym z poprzednich komunikatów
3	pacjent	1	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczeniobiorcę, o których mowa w § 4 rozporządzenia
3	zlecenie	0-1	Element zawierający podstawowe dane dotyczące fazy zlecenia świadczenia. Element ten nie występuje, jeżeli świadczenia udzielono bez zlecenia
3	hospitalizacja	0-1	Element obejmujący dodatkowe dane wymagane wyłącznie w przypadku sprawozdawania obejmującego świadczenia udzielone podczas hospitalizacji
3	świadczenie	1-n	Element obejmujący dane charakteryzujące świadczenie
4	dane-świadczenia	0-1	Element techniczny, obejmujący wszystkie podległe elementy, wykorzystywany do czytelnego wydzielania informacji nieprzekazywanych w przypadku usuwania świadczenia
5	kom-org	1	Dane identyfikujące komórkę organizacyjną, w której udzielono świadczenia
5	personel-real	1	Dane identyfikujące osobę udzielającą lub odpowiedzialną za udzielenie świadczenia
5	przyczyna	1	Przyczyny medyczne udzielenia świadczenia
5	procedura	0-n	Element umożliwiający przekazanie precyzyjniejszych danych o wykonanym świadczeniu, np. konkretne procedury medyczne
5	transport	0-1	Element obejmujący dane charakteryzujące transport pacjenta
5	ratownictwo	0-1	Element obejmujący dane charakteryzujące wyjazd zespołu ratownictwa medycznego

1.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	świadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	problem	0-1 1z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu
1	potw-danych	0-1 1z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazanych w komunikacie
2	potw-zest-swiad	0-n	Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu wersji danych w zestawie świadczeń
3	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych z całością zestawu świadczeń, a nie pojedynczym świadczeniem
3	potw-swiazcz	0-n	Informacja o ewentualnych problemach występujących w określonym świadczeniu oraz o powiązanych z nim produktach rozliczeniowych
4	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych ze świadczeniem

2. KOMUNIKAT ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

2.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	świadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	spraw-rozlicz-zposp	1	Element obejmujący dane sprawozdawcze z określonej umowy i okresu rozliczeniowego
2	poz-spraw-zposp	0-n	Zrealizowane w ramach sprawozdania zaopatrzenie w wyroby medyczne
3	dane-pr-zposp	1	Dane pozycji rozliczeniowej zaopatrzenia w wyroby medyczne
4	podst-rozlicz	1	Dane o zgodzie płatnika na refundację zaopatrzenia w wyroby medyczne
4	przedmiot	1	Wydane wyroby medyczne

2.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	świadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	potw-spraw-rozlicz-z posp	1	Potwierdzenia sprawozdania rozliczeniowego zaopatrzenia w wyroby medyczne
2	problem	0-1 1z	Informacja o ewentualnym problemie związanym z całością sprawozdania

2	potw-poz-spraw-zpo sp	0-1 1z	Informacja o ewentualnym problemie związanym z poszczególnymi pozycjami sprawozdania
3	potw-poz-rozl-zposp	0-n	Informacja o przyjęciu lub odrzuceniu danych świadczenia zaopatrzenia w wyroby medyczne (pozycji sprawozdania)
4	problem	0-n	Informacja o ewentualnych problemach związanych z pozycją sprawozdania

3. KOMUNIKAT DEKLARACJI WYBORU, O KTÓREJ MOWA W ART. 56 UST. 1 USTAWY

3.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	świadczeniodawca	1	Identyfikacja świadczeniodawcy i jego systemu informatycznego
1	spraw-rozlicz-dekl-poz	1	Element obejmujący sprawozdanie deklaracji wyboru za dany okres rozliczeniowy, z danej umowy
2	deklaracje	1-n	Element obejmujący deklaracje wyboru danego typu
3	personel-dekl	0-n	Dane dotyczące lekarza, pielęgniarki lub położnej, którym przypisano deklaracje wyboru
4	dekl-poz	1-n	Dane dotyczące pojedynczej deklaracji wyboru
5	pacjent-dekl	1	Dane pacjenta, którego dotyczy deklaracja wyboru
6	id-pacj-dekl	1	Identyfikacja pacjenta
7	pesel	0-1 1z	Identyfikacja pacjenta z nadanym numerem PESEL
7	noworodek	0-1 1z	Wskazanie, że deklaracja wyboru dotyczy noworodka bez nadanego numeru PESEL
7	posw-druku-e	0-1 1z	Identyfikacja pacjenta UE bez nadanego numeru PESEL
7	umowa-ubezp-ind	0-1 1z	Identyfikacja cudzoziemców posiadających umowę o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne
6	pacjent-stat	0-1	Dane statystyczne o pacjencie
6	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta
6	adres	0-1	Adres zamieszkania lub pobytu pacjenta na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

3.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	świadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	potw-komun	1	Identyfikacja potwierdzonego komunikatu
2	problem-kom	0-1	Informacja o problemie z całością komunikatu

4. KOMUNIKAT DANYCH ZBIORCZYCH O ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH W RAMACH PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

4.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	świadczeniodawca	1	Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania
1	sprawozdanie	1	Dane objęte sprawozdaniem
2	1b-swiadczy	0-n	Dane o liczbie zrealizowanych świadczeń określonego rodzaju
3	wielkosc	1-n	Wielkość realizacji danego rodzaju świadczeń

4.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	świadczeniodawca	1	Świadczeniodawca, który przekazał potwierdzone dane
1	potw-komun	1	Identyfikacja potwierdzanego komunikatu
2	problem-kom	0-1	Informacja o problemie z całością komunikatu

5. KOMUNIKAT DANYCH O LISTACH OCZEKUJĄCYCH

5.1. Komunikat przekazywany przez świadczeniodawcę

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis elementu
0	komunikat	1	Główny element komunikatu wymiany danych obejmujący wszystkie inne elementy zawierające poszczególne grupy informacji
1	świadczeniodawca	1	Świadczeniodawca dokonujący sprawozdania
1	spraw-1-oczek	0-1	Lista oczekujących
2	lista-oczek	1-n	Dane charakteryzujące listę oczekujących
3	stat-listy-oczek	0-1	Parametry podsumowujące listę oczekujących
4	podzbior-ocz	2	Statystyka w ramach podzbioru oczekujących wyróżnionego ze względu na kategorię medyczną
3	lista-osob	0-1	Pełna lista osób oczekujących
4	oczekujacy	1-n	Lista pacjentów oczekujących
5	ident-pacj	1	Identyfikacja pacjenta
5	dane-osob	1	Dane osobowe pacjenta

5	lista	1	Szczegóły oczekiwania na liście oczekujących
1	spraw-1-termin	0-1	Lista oczekujących - pierwszy wolny termin
2	lista-oczek-pierw-wolny-termin	1-n	Pierwszy wolny termin
3	lista-termin	0-1	Parametry podsumowujące informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia
4	podzbior-kat	2	Pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia ze względu na kryterium medyczne, zastosowane przy wyznaczaniu terminu

5.2. Komunikat zwrotny przekazywany przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Poziom w hierarchii	Element	Krotność	Opis
0	komunikat	1	Główny element komunikatu
1	świadczeniodawca	1	Świadczeniodawca dokonujący sprawozdawania
1	problem	0-1 1-z	Informacja o ewentualnych problemach związanych z przetwarzaniem komunikatu
1	potw-danych	0-1 1-z	Element grupujący potwierdzenia poszczególnych danych przekazywanych w komunikacie
2	potw-lista	1-n	Informacja potwierdzająca przyjęcie danych
3	lista-problem	0-n	Informacja o przyczynie zakwestionowania albo odrzucenia danych statystycznych lub pierwszego wolnego terminu

Objaśnienie do wpisów w kolumnie „Krotność”:

1z	-	oznacza, że w konkretnym komunikacie może wystąpić tylko jeden z atrybutów lub elementów na tym samym poziomie hierarchii w ramach elementu bezpośrednio nadrzędnego, które oznaczono symbolem „1z”
1-n	-	oznacza, że element lub atrybut musi wystąpić jeden lub więcej razy
0-n	-	oznacza, że element lub atrybut może wystąpić jeden lub więcej razy
0-1	-	oznacza, że element lub atrybut może, lecz nie musi wystąpić jeden raz

Wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia.

I. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia) [14.73; 14.74];
- 2) koronarografia [88.55; 88.56; 88.57];
- 3) wszczepienie albo wymiana rozrusznika jednojamowego [37.80; 37.82; 37.86];
- 4) wszczepienie albo wymiana rozrusznika dwujamowego [37.83; 37.87];
- 5) implantacja, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu [02.931];
- 6) wszczepienie albo wymiana stymulatora nerwu błędnego [04.941];
- 7) wszczepienie albo wymiana protezy ślimaka [20.96] lub wszczepienie albo wymiana wielokanałowej protezy ślimaka [20.98];
- 8) wymiana elektronicznych protez słuchu – procesora mowy [206.994].

II. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

- 1) świadczenia rezonansu magnetycznego;
- 2) świadczenia tomografii komputerowej;
- 3) badania genetyczne.

III. Świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia stomatologicznego:

- 1) leczenie aparatem ortodontycznym [23.2402; 23.2401; 23.2310];
- 2) leczenie protetyczne [23.3102; 23.3103; 23.3104; 23.3105].

IV. Świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 345, z późn. zm.).

V. Świadczenia gwarantowane znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 42e ust. 1 ustawy, jeżeli nie są wymienione w pkt I-IV i zostały wskazane w sposób umożliwiający prowadzenie odrębnej listy.

Wykaz świadczeń, w przypadku których udzielania świadczeniodawcy prowadzą listy oczekujących na udzielenie świadczenia w czasie rzeczywistym w aplikacji udostępnionej przez fundusz, zgodnie z § 8 ust. 1a rozporządzenia.

I. Świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielane we wskazanych komórkach organizacyjnych w zakresie świadczeń:

Lp.	Zakres świadczeń w poradniach specjalistycznych	Kody specjalności komórki organizacyjnej, określone w przepisach o systemie resortowych kodów identyfikacyjnych
1	Świadczenia z zakresu onkologii	1240 Poradnia onkologiczna; 1241 Poradnia onkologiczna dla dzieci; 1249 Poradnia onkologii i hematologii dla dzieci; 1242 Poradnia chemioterapii; 1460 Poradnia ginekologii onkologicznej; 1458 Poradnia profilaktyki chorób piersi; 1244 Poradnia radioterapii
2	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	1580 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej; 1581 Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
3	Świadczenia z zakresu kardiologii	1100 Poradnia kardiologiczna; 1101 Poradnia kardiologiczna dla dzieci; 1102 Poradnia wad serca; 1103 Poradnia wad serca dla dzieci; 1104 Poradnia nadciśnienia tętniczego; 1105 Poradnia nadciśnienia tętniczego dla dzieci
4	Świadczenia z zakresu endokrynologii	1030 Poradnia endokrynologiczna; 1031 Poradnia endokrynologiczna dla dzieci; 1032 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna; 1033 Poradnia endokrynologiczno-ginekologiczna dla dzieci; 1034 Poradnia andrologiczna; 1035 Poradnia andrologiczna dla dzieci; 1036 Poradnia leczenia niepłodności; 1038 Poradnia chorób tarczycy; 1039 Poradnia chorób tarczycy dla dzieci

II. Świadczenia polegające na wykonaniu procedur medycznych:

- 1) endoprotezoplastyka stawu biodrowego;
- 2) endoprotezoplastyka stawu kolanowego;
- 3) rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego;
- 4) rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego;
- 5) zabiegi w zakresie soczewki (zaćma);
- 6) usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka).

III. Świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych, znajdujące się w wykazie określonym w przepisach wydawanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem świadczeń z zakresu przeszczepów udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów, zgodnie z przepisami o pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

UZASADNIENIE

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, zwanego dalej „rozporządzeniem”, wydane jest na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Konieczność wydania nowego rozporządzenia wynika ze zmiany treści upoważnienia ustawowego, zmienionego art. 2 pkt 12 ustawy z dnia o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz.). Zgodnie ze zmianami rozporządzenie reguluje także zakres danych rejestrowanych i przekazywanych przez świadczeniodawców w odniesieniu do harmonogramu przyjęć. Wprowadzone rozwiązania mają na celu:

- 1) poprawę monitorowania dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej przez określenie zakresu danych gromadzonych przez świadczeniodawców w harmonogramie przyjęć oraz przekazywanych przez świadczeniodawców Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Dzięki temu możliwe będzie m.in. analizowanie nie tylko dostępności do świadczeń pacjentów pierwszorazowych znajdujących się na listach oczekujących, ale także świadczeniobiorców przyjmowanych poza listami oczekujących (takich jak osoby niepełnosprawne, inwalidzi wojskowi czy honorowi dawcy krwi). Pozwoli to m.in. na podejmowanie decyzji w zakresie dodatkowego finansowania świadczeń, do których dostęp jest szczególnie ograniczony;
- 2) poprawę transparentności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
rozszerzono obowiązek prowadzenia list oczekujących na wszystkie komórki organizacyjne realizujące świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, co ma umożliwić eliminowanie nieprawidłowości w zakresie kolejności przyjmowania pacjentów;
- 3) monitorowanie poprawności zarządzania przez poszczególnych świadczeniodawców czasem oczekiwania wszystkich grup pacjentów (pierwszorazowych, kontynuujących leczenie).

Projekt rozporządzenia nie będzie miał wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców, ponieważ proponowane zmiany nie określają, ani nie modyfikują warunków wykonywania działalności gospodarczej.

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

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).

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 zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Maciej Miłkowski – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Michał Marek Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia tel.: 22 860 11 55 e-mail: m.marek@mz.gov.pl	Data sporządzenia 29.10.2018 r. Źródło: art. 190 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia: MZ
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. ...) ma na celu:

- 1) poprawę monitorowania dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej przez określenie zakresu danych gromadzonych przez świadczeniodawców w harmonogramie przyjęć oraz przekazywanych przez świadczeniodawców Narodowemu Funduszu Zdrowia. Dzięki temu możliwe będzie m.in. analizowanie nie tylko dostępności do świadczeń pacjentów pierwszorazowych znajdujących się na listach oczekujących, ale także świadczeniobiorców przyjmowanych poza listami oczekujących (takich jak osoby niepełnosprawne, inwalidzi wojskowi czy honorowi dawcy krwi). Pozwoli to m.in. na podejmowanie decyzji w zakresie dodatkowego finansowania świadczeń, do których dostęp jest szczególnie ograniczony;
- 2) poprawę transparentności w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; rozszerzono obowiązek prowadzenia list oczekujących na wszystkie komórki organizacyjne realizujące świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych, co ma umożliwić eliminowanie nieprawidłowości w zakresie kolejności przyjmowania pacjentów;
- 3) monitorowanie poprawności zarządzania przez poszczególnych świadczeniodawców czasem oczekiwania wszystkich grup pacjentów (pierwszorazowych, kontynuujących leczenie).

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

Rekomendowane rozwiązania polegają odpowiednio na:

- 1) objęciu wszystkich komórek organizacyjnych obowiązkiem prowadzenia listy oczekujących;
- 2) wprowadzeniu rozwiązań umożliwiających monitorowanie korzystania przez wszystkie grupy uprawnionych z przyznanych im uprawnień przez wprowadzenie kodów dla każdej z grup – odrębnie dla poszczególnych uprawnień.

Efektom przedstawionych zmian powinna być poprawa sposobu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz lepsze zabezpieczenia praw pacjentów oraz większe możliwości badania skuteczności działań podejmowanych przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie zwiększania dostępności do świadczeń świadczeniobiorców.

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

Zaproponowane zmiany dotyczą modyfikacji rozwiązań już funkcjonujących albo odzwierciedlają zmiany wprowadzone w ustawach. Brak danych z innych krajów na wskazanym poziomie szczegółowości.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Świadczeniodawcy	29 978	Narodowy Fundusz Zdrowia	1) wprowadzenie harmonogramów przyjęć niezbędnych do prawidłowego rejestrowania czasów oczekiwania na świadczenia oraz sprawozdania świadczeń udzielonych wszystkim świadczeniobiorcom (pierwszorazowym oraz

			kontynuującym leczenie). 2) rozszerzenie obowiązku prowadzenia list oczekujących na wszystkich świadczeniodawców, 3) zapewnienie warunków technicznych do realizacji nowych, obowiązków nałożonych na świadczeniodawców
Narodowy Fundusz Zdrowia	1	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	1) zapewnienie danych niezbędnych do monitorowania korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przez wszystkie grupy pacjentów (pierwszorazowych oraz kontynuujących leczenie); 2) zapewnienie danych umożliwiających monitorowanie wybranych aspektów funkcjonowania świadczeniodawców w celu eliminowania stwierdzonych nieprawidłowości, 3) zapewnienie warunków technicznych do realizacji nowych, nałożonych obowiązków nałożonych na Fundusz.
świadczeniobiorcy	35 mln	Narodowy Fundusz Zdrowia	Większa transparentność leczenia pacjentów.

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

Projekt zostanie skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania po wejściu w życie ustawy.

W ramach szerokich konsultacji publicznych i opiniowania projekt zostanie przekazany:

- 1) samorządom zawodowym: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Radzie Fizjoterapeutów;
- 2) związkom zawodowym oraz stowarzyszeniom reprezentującym zawody medyczne: Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Ogólnopolskiemu Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Niezależnemu Samorządnemu Związkowi Zawodowemu „Solidarność”;
- 3) stowarzyszeniom w ochronie zdrowia: Stowarzyszeniu Menedżerów Opieki Zdrowotnej, Stowarzyszeniu Primum Non Nocere, Fundacji im. Stefana Batorego, Fundacji My Pacjenci, Federacji Pacjentów Polskich, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 4) organizacjom pracodawców: Konfederacji Lewiatan, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia, Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej, Związkowi Pracodawców-Business Centre Club, Związkowi Rzemiosła Polskiego, Związkowi Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 5) Radzie Działalności Pożytku Publicznego, Radzie Dialogu Społecznego;
- 6) konsultantom krajowym w dziedzinach: otolaryngologii oraz okulistyki.

Projekt rozporządzenia zostanie przekazany także do zaopiniowania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego i Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Projekt nie zostanie skonsultowany z Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, gdyż nie dotyczy problematyki samorządu terytorialnego, w tym relacji pomiędzy samorządem terytorialnym a innymi organami administracji publicznej.

Ponadto zgodnie z ustawą z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.), projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”.

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													
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Skutki finansowe dla systemów teleinformatycznych NFZ w zakresie modyfikacji aplikacji udostępnionej przez Prezesa NFZ do prowadzenia harmonogramów przyjęć oraz list oczekujących na udzielenie świadczenia w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, do których dostępność mierzona jest średnim czasem oczekiwania (tzw. aplikacja APKOLCE), będą poniesione przez NFZ w ramach prac rozwojowych przewidzianych w umowach z wykonawcami odpowiadającymi za utrzymanie i rozwój ww. systemów IT.											

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	-						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projektowane zmiany nie mają wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowane zmiany nie będą miały wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny, obywateli oraz gospodarstw domowych.						
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość. Projektowane zmiany nie będą miały wpływu na sytuację ekonomiczną i społeczną rodziny, a także osób niepełnosprawnych oraz osób starszych.						

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: Świadczeniodawcy zostaną zobowiązani do prowadzenia większej liczby list oczekujących. .	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
9. Wpływ na rynek pracy			
Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.			
10. Wpływ na pozostałe obszary			
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:		☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ informatyzacja ☒ zdrowie	
Omówienie wpływu		Projektowane zmiany rozporządzenia nie będą miały wpływu na inne obszary poza zdrowiem.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego			
Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie dnia 1 lipca 2019 r.			
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?			
Charakter wprowadzanych zmian nie wymaga ewaluacji efektów.			
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)			
Brak.			



Warszawa, 19 listopada 2018 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.1161.2018 / 20 / MM

dot.: RM-10-176-18 z 16.11.2018 r.

Pan Jacek Sasin
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia
o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie niektórych ustaw w
związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki
zdrowotnej, wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej
Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

Do wiadomości:
Pan Łukasz Szumowski
Minister Zdrowia


z up. Ministra Spraw Zagranicznych
Piotr Walczyński
Podsekretarz Stanu