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

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

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Podmiot zgłaszający uwagę** | **Jednostka redakcyjna** | **Treść uwagi** | **Stanowisko** |
|  | Wojskowy Instytut Medyczny Państwowy Instytut Badawczy | Uwaga ogólna | Proponowane zmiany ustawowe nie precyzują, w jaki sposób centralna elektroniczna rejestracja będzie zarządzać kolejkowaniem pacjentów uprawnionych do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej. Jest to szczególnie istotne dla szpitali podległych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, które (w odróżnieniu do pozostałych placówek służby zdrowia) zobowiązane są do obsługi poza kolejnością dodatkowej dużej grupy pacjentów, korzystających z tego przywileju z racji pełnienia służby wojskowej. Brak jasnych regulacji w tej sprawie tworzy szerokie możliwości interpretacyjne a tym samym zagrożenia organizacyjne i operacyjne w placówkach wojskowej służby zdrowia | **Uwaga nieuwzględniona**  We wprowadzanych przepisach szczegółowo uregulowano sposób postępowania z osobami, które posiadają prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością. Podstawową regulację zawiera ust. 4a dodawany do art. 47c, zgodnie z którym w przypadku świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją, jeżeli udzielenie tego świadczenia nie jest możliwe w dniu dokonania zgłoszenia centralnego świadczeniodawca, do którego świadczeniobiorca się zgłosił, wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonego przez niego harmonogramu przyjęć. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia dokonania zgłoszenia centralnego.  System centralnej elektronicznej rejestracji zapewni możliwość korzystania z uprawnień poza kolejnością zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), dalej: ustawa o świadczeniach.  Szczegółowy sposób rejestracji takich świadczeniobiorców zostanie określony w akcie wykonawczym wydanych na podstawie art. 23h ust. 2. |
|  | Związek Przedsiębiorców i Pracodawców | Uwaga ogólna | 1. Celem zapewnienia efektywnego działania centralnej elektronicznej rejestracji, system CER powinien uwzględniać możliwość przypisania do danych procedur (rodzajów badań). Bowiem w diagnostyce obrazowej, jak w przypadku wielu innych świadczeń, czas trwania badania zależy od rodzaju badanej okolicy anatomicznej oraz specyfiki wykonania badania, a także tego czy badanie wykonywane jest z podaniem środka cieniującego (kontrastu) czy bez, albo też czy obejmuje jedną, dwie lub więcej okolic anatomicznych. Długość slotów (czasów badań) waha się pomiędzy 20 a nawet 60-70 minut (w zależności od ww. okoliczności. Tym samym centralna elektroniczna rejestracja powinna funkcjonować w sposób uwzględniający różne długości (czasy trwania) badania w zależności od rodzaju badania (procedury). 2. Terminarz z przypisanymi danymi. Z uwagi na specyfikę badań rezonansu magnetycznego (MR) i tomografii komputerowej (TK), co może mieć również zastosowanie do innego rodzaju badań i świadczeń, dostępny terminarz (i cały system CER) powinien uwzględniać szczegółowo rodzaj procedury badania ze względu na konieczność zapewnienia dodatkowych warunków organizacyjnych w danym podmiocie leczniczym. Na szczególną uwagę zasługuje również fakt, iż w zależności od zakresu badania obowiązują inne wymagania dla personelu, jak chociażby dodatkowo obecność fizyka medycznego, czy w przypadku badania TK tętnic wieńcowych – konsultacja lekarza kardiologa, w zależności od procedury badania może powstać też konieczność dostosowania aparatu do rodzaju badania (np. w przypadku badań MR zakres badania wiąże się z ustawieniem cewek, 3. Kwalifikacja pacjenta na badanie. W przypadku badań obrazowych, takich jak badania TK, MR, PET-CT konieczna jest kwalifikacja pacjenta do badania wobec czego należy sprecyzować i uszczegółowić ścieżkę kwalifikacji pacjenta na badanie. 4. Dane personelu wykonującego badanie. Badania obrazowe wykonywane są przez zespół personelu w skład którego wchodzi: technik elektroradiolog, lekarz radiolog, pielęgniarka, w szczególnych przypadkach fizyk medyczny czy też kardiolog. Z uwagi na specyfikę pracy – zmianowość, oraz odległe, nierzadko kilku miesięczne czasy oczekiwania na badanie, nie ma możliwości wskazania jaki personel będzie wykonywał badania. W przypadku wielu rodzajów świadczeń, grafiki ustalane są w systemie miesięcznym, w celu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, a i tak bywam że są modyfikowane w zależności od potrzeb. W związku z powyższym, centralna elektroniczna rejestracja powinna zapewniać możliwość zmiany danych personelu przypisanego do świadczenia albo też – odejść od wymagania dokładnego wskazywania danych takiego personelu. | **Uwaga uwzględniona**  Ad 1 i 2. Projekt ustawy przewiduje możliwość przypisania rodzajów badań (procedur medycznych) do świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją, co spełnia zgłoszoną uwagę, m.in. poprzez obowiązek wskazywania kodów Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9) oraz kodów klasyfikacji chorób w harmonogramach przyjęć (art.23c ust.4 pkt 4). Ponadto art. 59b ust. 1 pkt 14 zobowiązuje do oznaczania rodzaju badania lub leczenia w skierowaniach.  Świadczeniodawcy będą w grafikach udostępnionych w centralnej elektronicznej rejestracji wskazywać informacje pozwalające na prawidłowe przypisanie świadczeniobiorcom terminu badania.  Ad 3. Centralna elektroniczna rejestracja pozwala na umawianie kilku wizyt świadczeniodawcy (wizyty pierwszorazowej i na kontynuację leczenia.  Procedura umawiania badań, w których niezbędna jest wizyta kwalifikacyjna będzie uwzględniać tę zasadę. Przed włączeniem wskazanych w uwadze zakresów badań Ministerstwo Zdrowia określi ją w akcie wykonawczym do ustawy wydanym na podstawie art. 23h ust. 2.  Zawarta w rozporządzeniu Ministra Zdrowia propozycja zostanie poddana konsultacjom publicznym zgodnie z zasadami legislacji.  Ad 4. Zgodnie z projektem ustawy centralna elektroniczna rejestracja nie wymaga obowiązkowego wskazania pracownika medycznego realizującego świadczenie. Wskazanie w harmonogramie przyjęć danych pracownika medycznego jest dobrowolne, niemniej należy mieć na uwadze, że podanie osoby wykonującej świadczenie jest istotne z punktu widzenia świadczeniodawcy.  Centralna elektroniczna rejestracja zapewnia możliwość zmiany danych personelu przypisanego do świadczenia. |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | Uwaga ogólna | W związku z możliwością posiadania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością oraz gromadzeniem w systemie informacji w ochronie zdrowia zgodnie z art. 4 ust. 3 ustawy z dnia z dnia 28 kwietnia 2011 r. informacji o uprawnieniach dodatkowych (w tym numerze i terminie ważności dokumentów potwierdzających te uprawnienia oraz datę utraty tych uprawnień), zasadnym jest aby w przypadku wpisywania się na listę poza kolejnością, system przewidywał, jeśli to możliwe walidację, przez Centrum e-zdrowia posiadania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością. Ponadto w projekcie brak jest przepisów w zakresie weryfikacji prawa do świadczeń w trakcie zapisu świadczeniobiorcy w ramach CeR. Warto wziąć pod uwagę, że jeżeli będzie istniała możliwość zapisywania się do CeR przez osoby nie posiadające prawa do świadczeń, mogą one blokować terminy osobom ubezpieczonym. | **Uwaga uwzględniona częściowo**  Projekt ustawy zakłada przetwarzanie danych dotyczących prawa do świadczeń, w tym uprawnień dodatkowych (art.23c ust.7 oraz art. 4 ust.3 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia). W art. 23e ust. 3 pkt 2 i 6 przewidziano możliwość zgłoszenia uprawnienia do korzystania poza kolejnością oraz jego uwzględnienia przy wyznaczaniu terminu.  Zgłoszenie centralne może być zweryfikowane przez Fundusz na podstawie danych z systemu P1 (art. 23c ust. 8 pkt 1). Projekt dopuszcza również walidację danych zgłoszeniowych w związku z dokumentacją medyczną (art. 42f ust.5 pkt 1a).  Jednocześnie, uwaga dotycząca weryfikacji prawa do świadczeń na etapie dokonywania zgłoszenia zostanie przeanalizowana pod kątem możliwości uzupełnienia aktu wykonawczego do ustawy w zakresie szczegółowej obsługi zgłoszeń w systemie- w tym z użyciem danych z centralnego wykazu usługobiorców. |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | Uwaga ogólna | W projekcie brak jest definicji „osoby trzeciej”, która może dokonywać zapisów świadczeniobiorców oczekujących na wyznaczenie terminu udzielania danego świadczenia opieki zdrowotnej co może powodować problemy praktyczne. | **Uwaga nieuwzględniona**  W projekcie nie pojawia się definicja osoby trzeciej, ponieważ jest to pojęcie powszechnie używane. Analogicznie w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 814, z późń.zm.). |
|  | Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu | Uwaga ogólna | Projekt nie zawiera zapisów odnoszących się do ryzyka czasowej niedostępności systemu rejestracji, np. w wyniku awarii technicznych, braku dostępu do Internetu, przeciążenia infrastruktury lub incydentu związanego z cyberbezpieczeństwem. Wymaga doprecyzowania odpowiedzialność za proces rejestracji w okresie niedostępności systemu, procedury awaryjne oraz sposób późniejszego wprowadzenia danych do systemu z zachowaniem chronologii zgłoszeń i zasady synchronizacji danych. | **Uwaga nieuwzględniona**  Przepis art. 23e ust. 12 projektowanej ustawy przewiduje, że jeżeli świadczeniobiorca dokona zgłoszenia centralnego bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej w czasie braku dostępu do Systemu P1 z przyczyny nieleżącej po stronie świadczeniodawcy, niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do tego systemu wyznacza świadczeniobiorcy termin udzielenia świadczenia albo umieszcza go w centralnym wykazie oczekujących – gdy wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją nie jest możliwe. |
|  | Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu | Uwaga ogólna | Odnosząc się do zasad zapisu na termin późniejszy z woli pacjenta tzw. „termin na życzenie” projekt nie precyzuje mechanizmów dokumentowania rezygnacji pacjenta z pierwszego wolnego terminu i wyboru terminu późniejszego. W szczególności nie została określona procedura rejestracji takiej decyzji, jej wpływ na pozycję pacjenta w kolejce oraz jednolite zasady postępowania obowiązujące wszystkich świadczeniodawców.  Koniecznym jest odniesienie się do przypadków, w których pacjent nie może zgłosić się na umówiony termin z przyczyn niezależnych od swojej woli, np. nagłego zdarzenia losowego.  Brakuje regulacji umożliwiających przywrócenie pacjenta na listę oczekujących z zachowaniem dotychczasowego miejsca, jak również wytycznych dotyczących wymaganych dokumentów oraz zasad ich oceny. | **Uwaga częściowo uwzględniona**  Centralna elektroniczna rejestracja zmienia zasady umawiania terminów świadczeń – zapewnia, że świadczeniobiorca zawsze zostanie zapisany na pierwszy wolny termin zgodny z kryteriami przez niego określonymi. Projekt ustawy umożliwia świadczeniobiorcy rezygnację z wyznaczonego terminu lub jego zmianę ( art. 23g ust. 8-9). Operacja ta jest rejestrowana w systemie. Ponadto projekt dopuszcza uzupełnienie tych kwestii w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia (art. 23h ust. 2 pkt 2 lit. c-d), co umożliwi ujednolicenie zasad postępowania we wskazanych sytuacjach.  Zgodnie z zasadami centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniobiorca zawsze może odwołać lub w przypadku wizyt pierwszorazowych – zmienić termin wizyty.  Jeśli zgłaszający uwagę miał na myśli sytuację, w której świadczeniobiorca nie pojawił się na wizycie nie odwołując ją wcześniej, zasady te reguluje przepis art. 20 ust. 10e ustawy o świadczeniach. Zasady te obowiązują również dla świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją (art. 23g ust. 10). |
|  | Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu | Uwaga ogólna | Projekt w dużej mierze zakłada elektroniczną formę rejestracji, jednak nie przewiduje dostatecznych rozwiązań wspierających osoby starsze oraz cyfrowo wykluczone. Brak odniesienia do kwestii utworzenia punktów wsparcia, infolinii czy możliwości rejestracji przez pełnomocników, czy też obowiązku zapewnienia przez świadczeniodawców wsparcia technicznego dla tej grupy pacjentów | **Uwaga uwzględniona.**  Projekt ustawy zakłada następuję rozwiązania dla osób wykluczonych cyfrowo:  Zgłoszenia centralnego może dokonać świadczeniobiorca również za pośrednictwem osoby trzeciej. (art.23e ust.2).  Zgłoszenia centralnego można dokonać bezpośrednio u dowolnego świadczeniodawcy-osobiście, telefonicznie lub elektronicznie (art. 23e ust.4 pkt 2).  Ponadto, w art. 23f ust. 1 przewidziano wsparcie w postaci asystenta głosowego, który stanowi dodatkowe narzędzie dostępowe, m.in. dla osób mających trudności z obsługą systemów elektronicznych. Usługa ta ma na celu przypominać o wizycie, a także umożliwić zmianę terminu wizyty. |
|  | Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu | Uwaga ogólna | W projekcie nie odniesiono się do możliwości zmiany kategorii medycznej pacjenta (np. z przypadków stabilnych na pilne) w sytuacji pogorszenia lub poprawy stanu zdrowia już po dokonaniu zapisu. Brakuje również odniesienia do istniejących grup pacjentów uprzywilejowanych, takich jak pacjenci w programach lekowych, programie KOS-Zawał, pilotażach (np. Krajowej Sieci Kardiologicznej), czy też założeń Krajowej Sieci Onkologicznej wg której pacjent z kartą DiLO oraz pacjent w czynnym leczeniu onkologicznym ma mieć szybki i nieograniczony dostęp do specjalistów. | **Uwaga wyjaśniona**  Przepis art. 23e ust.9 przewiduje możliwość zmiany kategorii medycznej pacjenta. Zgodnie z omawianą regulacją, w przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca informuje o tym:  1) świadczeniodawcę, u którego świadczeniobiorcy wyznaczono termin udzielenia świadczenia, albo  2) osobę wystawiającą skierowanie.  Jednocześnie wskazać należy, że centralna elektroniczna rejestracja nie wprowadza odstępstw od przepisów już obowiązujących w zakresie korzystania ze świadczeń poza kolejnością.  Projekt odnosi się wprost do pacjentów objętych diagnostyką lub leczeniem onkologicznym- w tym posiadających kartę DILO- wprowadzając dla nich odrębne zasady kolejności oraz kanały zgłoszeń (art. 23c ust.6 oraz art.23e ust.5). Przewidziano także integrację danych z systemu monitorowania programów zdrowotnych co umożliwia objęcie szczególnym trybem pacjentów uczestniczących w programach zdrowotnych i pilotażach.  Uszczegółowienie zasad umawiania pacjentów uprzywilejowanych oraz pacjentów w programach lekowych, programie KOS-Zawał, pilotażach (np. Krajowej Sieci Kardiologicznej), czy też założeń Krajowej Sieci Onkologicznej wg której pacjent z kartą DiLO oraz pacjent w czynnym leczeniu onkologicznym zostaną uwzględnione w akcie wykonawczym. Sposób umawiania pacjentów z tych grup będzie uwzględniał zasady określone w obowiązujących przepisach prawa. |
|  | Pracodawcy dla Zdrowia | Uwaga ogólna | **Centralna Elektroniczna Rejestracja** (dalej CER) ma być niespotykanym dotychczas centralnym systemem kolejkowym aktywnie zarządzającym ruchem pacjentów z poziomu administracji publicznej. Żaden dotychczas działający system czy e-Rejestracja na szczepienia przeciwko SARS-CoV-2 nie może posłużyć jako adekwatny przykład takiego systemu. Dotychczasowe rozwiązania o podobnym charakterze (np. AP-KOLCE) są jedynie natywną kopią terminarzy swobodnie prowadzonych w systemach informatycznych świadczeniodawców albo były w przeszłości bardzo prostym systemem rezerwacyjnym terminów szczepień. nie respektującym żadnych przepisów właściwych dla kolejek oczekujących. Ponadto e-Rejestracja do szczepień przeciwko SARS-CoV-2 obsłużyła tylko część pacjentów ostatecznie zaszczepionych w punktach szczepień. Rezerwacja terminu przez internet nie była warunkiem wykonania szczepienia.  Obecnie projektowana centralizacja niesie za sobą ogromne ryzyka szczególnie, że jednym z oczywistych skutków będzie utrudnienie obsługi pacjentów wynikające z ograniczenia elastyczności lokalnego zarządzania terminarzami. Dostrzegamy także spodziewane pozytywne efekty takiego rozwiązania, jak ułatwienia wyszukiwania wolnych terminów oraz poprawa komunikacji z osobami sprawnie korzystającymi z komputerów i smartfonów (np. ułatwiająca odwołanie wizyty). Obawy budzi jednak skala planowanych zmian – CER ma dla określonych rodzajów świadczeń być jedynym systemem kolejkowym obsługującym cały ruch pacjentów – zarówno pierwszorazowych, jak i kontynuujących opiekę. Dodatkowym zagrożeniem jest planowane wykorzystanie CER do realizacji bardzo szerokich zadań jakie postawiono Infolinii Krajowej Sieci Onkologicznej, która będzie prowadzona przez NFZ i zgodnie z projektowaną ustawą ma mieć kompetencje ustalania pacjentom terminów diagnostyki i leczenia onkologicznego. Centralne zarządzanie terminami realizacji świadczeń onkologicznych przez pracowników Infolinii prowadzonej przez NFZ nie przyniesie zapewne oczekiwanych korzyści ponieważ wyeliminuje możliwość dostosowania miejsca i zespołu medycznego do konkretnych potrzeb pacjenta. Obecnie w ośrodkach onkologicznych pracują zespoły dedykowane poszczególnym typom nowotworów i tylko poprzez bezpośredni kontakt z tym konkretnym świadczeniodawcą pacjent może zostać prawidłowo pokierowany i zapisany. Wykorzystanie CER do umawiania przez Infolinię NFZ terminów LECZENIA ONKOLOGICZNEGO – o czym świadczą projektowane zapisy:  a) Art. 23c ust. 7  b) Art. 23e ust. 5  rodzi poważne wątpliwości merytoryczne i może prowadzić do licznych problemów organizacyjnych. Ustalanie terminów leczenia i koordynacja opieki powinny być prowadzone lokalnie w ośrodku onkologicznym przez zespół wyszkolonych pracowników - w tym Koordynatorów Opieki Onkologicznej będących w bezpośrednim kontakcie z personelem medycznym prowadzącym terapię oraz innymi ośrodkami współpracującymi w ramach KSO. Pracownicy Infolinii onkologicznej prowadzonej w NFZ z przyczyn oczywistych nie będą posiadali odpowiedniej wiedzy oraz kompetencji, a stosowanie przez nich CER do umawiania konkretnych terminów leczenia jest błędem, którego negatywne skutki odczują pacjenci i świadczeniodawcy. Warto tu przywołać doświadczenia z przebiegu Pilotażu KSO, w ramach którego na poziomie pojedynczego województwa dolnośląskiego podejmowano próby uruchomienia w ramach Infolinii takich scentralizowanych zapisów na świadczenia co było z góry skazane na niepowodzenie.  Projektowana zmiana powinna być analizowana w świetle obecnie obowiązujących, niezmiernie skomplikowanych i często niewykonalnych przepisów dotyczących zasad prowadzenia kolejek oczekujących na świadczenia, przepisów dotyczących uprawnień szczególnych do korzystania ze świadczeń poza kolejnością oraz prawa do korzystania ze świadczeń bez skierowania. Opiniowany projekt ustawy w naszej ocenie nie został poddany dostatecznie wnikliwej analizie wykonalności i ocenie ewentualnych skutków działania Centralnej Elektronicznej Rejestracji (CER) w obecnych okolicznościach formalno-prawnych. Z treści projektu oraz uzasadnienia nie wynika jednoznacznie aby obecnie trwający od kilku miesięcy pilotaż e-Rejestracji (ograniczony do świadczeń w zakresie dwóch programów profilaktycznych - raka piersi oraz raka szyjki macicy - oraz świadczeń w Poradni Kardiologicznej) był w procesie legislacyjnym źródłem gotowych merytorycznych wniosków służących tworzeniu lepszych i bardziej racjonalnych przepisów ustawowych mających być podstawą bardziej powszechnego działania CER i obejmowania nią kolejnych rodzajów świadczeń. Dostępne publicznie szczątkowe informacje o skali i problemach obecnie prowadzonego pilotażu w połączeniu z oficjalnymi informacjami MZ o braku jakichkolwiek efektów pierwszego, nieudanego pilotażu prowadzonego w 2022 i 2023 roku nie pozwalają na zbytni optymizm.  Analiza projektowanych przepisów pozwala na uznanie, że Minister Zdrowia jako administrator systemu CER wraz z Centrum e-Zdrowie (jako jednostką odpowiedzialną za działanie CER) będą ponosić odpowiedzialność wobec pacjentów za:  **1**. skutki wykluczenia informatycznego ogromnej grupy pacjentów w wieku podeszłym co uniemożliwi lub drastycznie ograniczy im korzystanie z CER i projektowanych mechanizmów komunikacji elektronicznej (w tym asystenta głosowego – tzw. „voicebota”) oraz utrudni konieczną akceptację pacjenta dla proponowanych przez CER terminów.  **2.** prawidłowość i ciągłość działania systemu informatycznego, od którego będzie uzależniona prawidłowa obsługa zapisów i realizacji świadczeń przez podmioty lecznicze,  **3**. prawidłowość działania algorytmów informatycznych odpowiedzialnych za ustalanie terminów udzielenia świadczeń z uwzględnieniem kategorii medycznej i praw nabytych (tj. data zapisu do Centralnego Wykazu Oczekujących, fakt odwołania ustalonego już terminu z przyczyny nie leżącej po stronie pacjenta, wypadków losowych skutkujących nie stawieniem się pacjenta w wyznaczonym terminie u wskazanego świadczeniodawcy etc.).  **4.** negatywne dla pacjentów skutki zmian harmonogramów następujących w CER a wynikających z niemożliwych do przewidzenia absencji personelu medycznego, zmian potencjału personelu świadczeniodawcy, awarii etc.  **5.** skutki przedłużającego się oczekiwania na wyznaczenie jakiegokolwiek terminu świadczenia (np. wyprzedzanie pacjenta stabilnego przez przypadki pilne i pacjentów z uprawnieniami szczególnymi),  **6.** rozbieżności ostatecznej daty udzielania świadczenia względem publikowanych informacji o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją,  **7.** prawidłowe respektowanie uprawnień szczególnych przy ustalaniu preferencyjnych terminów realizacji świadczeń.  Pomimo oczywistej odpowiedzialności za kluczowe aspekty działania CER w projekcie nie odnajdujemy żadnych zapisów określających zakres ponoszonej przez te instytucje odpowiedzialności, miejsca i zasady składania skarg, odwołań i zastrzeżeń pacjentów dotyczących ewentualnych nieprawidłowości oraz trybu i terminów ich rozpatrywania. Jedynym właściwym organem w tej sytuacji stanie się zapewne Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, które będzie zmuszone prowadzić postępowania wyjaśniające wobec MZ i CeZ z tytułu podejrzenia „zbiorowych” lub „jednostkowych” naruszeń praw pacjentów. W projektowanych przepisach nie znajdujemy także odpowiedzi na wątpliwości dotyczące tego, który ze świadczeniodawców i w jaki sposób zostanie zobowiązany do podjęcia pilnych działań mających na celu rozwiązanie zgłaszanych przez pacjentów problemów w dostępie do świadczeń powstałych w związku z działaniem CER. | **Uwaga wyjaśniona**  1/ „Obecnie projektowana centralizacja niesie za sobą ogromne ryzyka szczególnie, że jednym z oczywistych skutków będzie utrudnienie obsługi pacjentów wynikające z ograniczenia elastyczności lokalnego zarządzania terminarzami”  Centralna elektroniczna rejestracja nie ogranicza możliwości umawiania świadczeń, a jedynie odzwierciedla procesy realizowane przez świadczeniodawców w tym zakresie przy uwzględnieniu obowiązujących przepisów prawa. Centralna elektroniczna rejestracja wymaga jedynie przekazywania w czasie rzeczywistym danych dot. zmian w grafikach prowadzonych przez świadczeniodawców. Celem jest bowiem udostępnienie informacji o umówionych wizytach oraz wolnych terminach pacjentom.  2/ „Obawy budzi skala planowanych zmian - CER ma dla określonych rodzajów świadczeń być jedynym systemem kolejkowym obsługującym cały ruch pacjentów – zarówno pierwszorazowych, jak i kontynuujących opiekę”  Centralna elektroniczna rejestracja stanowi narzędzie umożliwiające udostępnienie świadczeniobiorcom informacji o wolnych i umówionych terminach świadczeń. Nie ogranicza przy tym działań świadczeniodawców.  Zachowany zostanie obecnie wykorzystywany kanał umawiania przez świadczeniodawcę. Ponadto wraz z wdrożeniem centralnej elektronicznej rejestracji zostanie uregulowanych wiele kwestii zgłaszanych przez świadczeniodawców jako utrudniające realizację świadczeń jak np. wprowadzenie pojęci terminu, w przypadku którego występuje ryzyko niewykorzystania. Kwestia ta został uregulowana w art. 23g ust. 3.:  „ W przypadku wystąpienia ryzyka niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia termin ten może zostać wyznaczony również świadczeniobiorcom innym, niż umieszczeni w centralnym wykazie oczekujących”.  Docelowo centralna elektroniczna rejestracja powinna zastąpić raportowanie do systemu APKOLCE.  3/ „Dodatkowym zagrożeniem jest planowane wykorzystanie CER do realizacji bardzo szerokich zadań jakie postawiono Infolinii Krajowej Sieci Onkologicznej.”  Ustalanie terminów leczenia i koordynacja opieki powinny być prowadzone lokalnie w ośrodku onkologicznym przez zespół wyszkolonych pracowników - w tym Koordynatorów Opieki Onkologicznej będących w bezpośrednim kontakcie z personelem medycznym prowadzącym terapię oraz innymi ośrodkami współpracującymi w ramach KSO.  Centralna elektroniczna rejestracja nie obsługuje systemu kolejkowego pacjentów kontynuujących leczenie (nie umożliwia umawiania takich pacjentów). Umawianie takich wizyt następuje wyłącznie przez świadczeniodawcę. Centralna elektroniczna rejestracja bazuje na informacjach z systemu gabinetowego świadczeniodawcy i udostępnia te dane świadczeniobiorcom w celu ułatwienia im zarządzania umówionymi terminami wizyt (np. odwołania wizyty).  Ponadto centralna elektroniczna rejestracja zapewni umawianie wizyt na świadczenia objęte KSO, zgodnie z założeniami ustawy i aktów wykonawczych.  4/ „W projektowanych przepisach nie znajdujemy także odpowiedzi na wątpliwości dotyczące tego, który ze świadczeniodawców i w jaki sposób zostanie zobowiązany do podjęcia pilnych działań mających na celu rozwiązanie zgłaszanych przez pacjentów problemów w dostępie do świadczeń powstałych w związku z działaniem CER”:  Administratorem systemu Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Za dostępność tego systemu odpowiada Centrum e-Zdrowia.  Za dostępność systemu gabinetowego oraz prawidłowość zapisów świadczeniodawców oraz za prawidłowość organizacji świadczeń odpowiada świadczeniodawca. |
|  | Pracodawcy dla Zdrowia | Uwaga ogólna | Aspekty techniczne koniecznej powszechnej integracji systemów informatycznych świadczeniodawców z CER.  Projektowane przepisy w oczywisty sposób skutkować będą koniecznością opracowania, wdrożenia i utrzymywania rozwiązań informatycznych gwarantujących synchronizację w czasie rzeczywistym wszystkich terminarzy dotyczących realizacji świadczeń objętych działaniem CER. Oznacza to docelowe synchronizowanie się kilkunastu tysięcy systemów  informatycznych z centralnym serwerem CER. Ilość wymienianych danych tworzy skalę jeszcze nigdy nie obsługiwaną przez P1 ponieważ synchronizacji mają podlegać także dane o terminach świadczeń w kontynuacji opieki oraz wszelkich zmianach dokonywanych lokalnie lub centralnie. Sprawne działanie takich funkcjonalności wygeneruje po stronie świadczeniodawców ogromne koszty opracowania, wdrożenia a następnie utrzymywania ich działania oraz kolejnych nieuniknionych modyfikacji | **Uwaga uwzględniona częściowo.**  Ministerstwo Zdrowia widzi potrzebę wydłużenia wcześniej proponowanego terminu nałożenia obowiązku integracji z centralną elektroniczną rejestracją.  W projekcie poddanym konsultacjom przewidziano okres 4 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy na przygotowanie świadczeniodawców do integracji z centralną elektroniczną rejestracją.  Mając na uwadze zgłoszone w tym zakresie uwagi Ministerstwo Zdrowia wydłużyło ten czas do 6 miesięcy. |
|  | Pracodawcy dla Zdrowia | Uwaga ogólna | Centralizacja systemu w zakresie prowadzenia kolejek oczekujących może prowadzić do prób paraliżowania działania takiego systemu przez ataki hakerskie ze strony osób i organizacji planujących destabilizację działania ochrony zdrowia. Dzisiejszy stan rozproszonej infrastruktury informatycznej powielanej ewentualnie przez systemy typu AP-KOLCE wydaje się bezpieczniejszym rozwiązaniem. | **Uwaga nieuwzględniona**  Rozwiązanie analogiczne jak w innych e-usługach centralnych w ochronie zdrowia. CeR będzie zabezpieczony pod względem ochrony cyberbezpieczęństwa. Obsługę techniczną systemu będzie sprawowała jednostka podległa Ministrowi Zdrowia właściwa dla systemów informacyjnych.  Każdy z systemów w podmiocie leczniczym powinien być gotowy na ewentualność braku komunikacji (np. przez brak dostępu do internetu lub błędy techniczne) przez systematyczną synchronizacje harmonogramów z systemem centralnym w celu zachowania ciągłości działania i dostępu do świadczeń. Po przywróceniu komunikacji system powinien zapewnić możliwość synchronizacji danych z systemem centralnym. |
|  | Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” | Uwaga ogólna | Niedołączenie do projektu ustawy proj. aktów wykonawczych stanowi naruszenie zasad prawidłowej legislacji;  1. ponieważ projekt zmienia zasady zapisywania na świadczenia opieki zdrowotnej obecnie znajdujących się na listach oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej dla ogółu pacjentów i przenosząc corocznie kolejne świadczenia nim objęte z zarządzania nimi przez wszystkich świadczeniodawców do CEZ tj. instytucji podległej Ministrowi Zdrowia. W naszej ocenie należy zmienić uzasadnienie oraz Ocenę Skutków  Regulacji, (OSR) i uzupełnić o omówienie:  1/ całościowego odniesienia się resortu zdrowia do wniosków z zakończonych pilotaży centralnej elektronicznej rejestracji w oparciu o sprawdzone jako najbardziej - użyteczne dla zakładanych celów pilotaży, kryteria:;  2/ rzetelnej tzn. dokonanej wg wskaźników uznanych na podstawie literatury dotyczącej bezpieczeństwa danych cyfrowych oraz i praktyki ich stosowania oceny, w miejsce oszacowanych jako „niskie” wszystkich, określonych w zał. nr 2 do Oceny Skutków Regulacji, tzn.  - nieuprawnionego dostępu do danych, nieuprawniona modyfikacji danych, zniszczenia zasobu, ataku, odmowy dostępu; wycieku danych, który narusza dobra osobiste chronione prawem cywilnym;  - zablokowania dostępu do danych, zniszczenia danych, które może mieć też wpływ na wyniki analiz danych; przełamania fizycznych barier chroniących serwer i fizycznego zniszczenia serwera;  - ingerencji w oprogramowanie serwera lub fizyczne jego zniszczenie oraz w następstwie tego określić środki mające na cele zmniejszenie tych ryzyk a także zaplanować i zabezpieczyć koszty związane z wdrożeniem tych środków. Równocześnie nie wzięto pod uwagę np. ryzyk związanych z brakiem dostępu do rejestracji w okresie modyfikacji czy aktualizacji. | **Uwaga częściowo uwzględniona**  Ad. 1Projekt ustawy zawiera wyraźne upoważnienie ustawowe do wydania przepisów wykonawczych w zakresie wykazu świadczeń objętych centralną rejestracją oraz sposobu jej prowadzenia. (art. 23h ust.2). Z uwagi na kompleksowy charakter systemu, prace nad projektami aktów wykonawczych są prowadzone równolegle i zostaną przedstawione do konsultacji publicznych w odrębnym trybie. Brak ich dołączenia na obecnym etapie wynika z przyjętego trybu legislacyjnego, jednak nie ogranicza transparentności procesu- przepisy wykonawcze będą uzgadniane i konsultowane publicznie przed ich wejściem w życie.  Pilotaże centralnej elektronicznej rejestracji są podstawą konstrukcji systemu i ich wyniki są wykorzystywane w projektowaniu szczegółowych rozwiązań.  Ad. 2. Załącznik nr 2 do OSR pozostaje przedmiotem dalszych, pogłębionych analiz. W zależności od ich wyniku dokument ten może zostać poddany aktualizacji. |
|  | Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH - Państwowy Instytut Badawczy | Uwaga ogólna | 1. Proponuję dodanie w projektowanej ustawie przepisu, zgodnie z którym finansowanie świadczenia opieki zdrowotnej, udzielonego na podstawie umowy z Funduszem może zostać wstrzymane lub ograniczone w przypadku, gdy termin jego udzielenia, wbrew obowiązującym przepisom, nie został ustalony za pośrednictwem centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w art. 23c projektowanej ustawy oraz upoważnienia ustawowego dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określające sposób ustalenia, że taka okoliczność miała miejsce oraz sposób i wysokość obniżenia wynagrodzenia. Delegacja do wydania rozporządzenia może być fakultatywna.   Uzasadnienie:  Sukces centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w projektowanej ustawie zależy od tego czy wdrażane rozwiązanie będzie miało charakter powszechny i bezwzględnie obowiązujący jako jednolity ( i jedyny ) standard rejestracji pacjentów u wszystkich świadczeniodawców. Istotą tego procesu jest kompletność przekazanych do systemu P1 harmonogramów przyjęć świadczeniodawców oraz ustalania wszystkich terminów świadczeń (a szczególnie pierwszorazowych rejestrowanych w kolejce oczekujących) w tym systemie. Tylko rzetelne i powszechne prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji przez wszystkich bez wyjątku świadczeniodawców umożliwi usprawnienie prowadzenia list oczekujących i ułatwi pacjentom dostęp do leczenia. W innym przypadku będziemy mieli do czynienia z systemem „ dwóch prędkości” , czyli mieszaniną oczekiwanej i należytej jakości obsługi pacjentów z bylejakością, na dodatek w trudnej do określenia proporcji. W związku z powyższym, w celu osiągnięcia oczekiwanych powyżej efektów należy rozważyć wprowadzenie przepisu jak powyżej stwarzającego podstawę prawną ewentualnej egzekucji/sankcji za nierzetelne lub niepełne przekazywanie danych do centralnej elektronicznej rejestracji.   1. W uzupełnieniu przesłanych poniżej uwag wnoszę o dodatkowe zmiany do ustawy poprzez modyfikację zapisów art. 23 ust 1, 4, 4a znoszące obowiązek codziennego lub comiesięcznego raportowania pierwszego wolnego terminu wizyty przez świadczeniodawców, poprzez zastąpienie informacją o przewidywanym czasie oczekiwania na świadczenie obliczanym i prezentowanym do wiadomości publicznej dla danego świadczeniodawcy przez NFZ , na podstawie liczby osób oczekujących , oraz średniej realizacji liczby świadczeń z 6 poprzedzających miesięcy.   Uzasadnienie:  Po kilku latach od wprowadzenia tego obowiązku praktyka pokazała , że dane wprowadzane przez podmioty lecznicze są niewiarygodne , lub nie aktualizowane na bieżąco , a przez to wprowadzają pacjentów w błąd. Nie mogą więc być źródłem rzetelnej informacji o dostępności do świadczeń zarówno na poziomie konkretnego świadczeniodawcy , jak i obszaru , zakresu świadczeń etc.  Zmiany legislacyjne wprowadzające system elektronicznej, centralnej rejestracji na świadczenia na poziomie krajowym czynią dotychczasowe rozwiązanie nadmiarowym i bezprzedmiotowym. Obowiązek ten stanowi dodatkowe i niepotrzebne codzienne obciążenie administracyjne pracowników podmiotów leczniczych, dlatego w ramach inicjatyw regulacyjnych w przepisach dotyczących ochrony zdrowia powinien zostać zastąpiony innym , zautomatyzowanym rozwiązaniem jak na wstępie. | **Uwaga uwzględniona**.  Do dec. Kierownictwa:  Ad 1/ Do projektu ustawy dodano zapis „Art. 154a. Jeżeli przy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej doszło do istotnych nieprawidłowości w wykonaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Prezes Funduszu wstrzymuje lub ogranicza finansowanie tych świadczeń w przypadkach wskazanych w przepisach określających ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanych na podstawie art. 137 ust. 1 ustawy  Ad 2/ Uwaga uwzględniona. |
|  | PUODO |  | Projekt ustawy zakłada prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji, w której będą przetwarzane, za pomocą systemu informatycznego, w szerokim zakresie dane osobowe osób fizycznych, w tym dane mogące być przetwarzane biometrycznie (pozyskiwane, w tym nagrywane, z wykorzystaniem asystenta głosowego) i dane dotyczące zdrowia. Projektodawca przewiduje bowiem, że centralna elektroniczna rejestracja będzie obejmowała dane dotyczące usługobiorców, o których mowa w ustawie o systemie informacji w ochronie zdrowia (projektowany art. 23c ust. 8 w zw. z art. 23 ust. 3), dane zawarte w centralnym wykazie oczekujących4 (projektowany art. 23c ust. 8 w zw. z art. 23 ust. 6), dane zawarte w zgłoszeniu centralnym stanowiącym oświadczenie świadczeniobiorcy o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia opieki zdrowotnej5 (projektowany art.23c ust. 8 w zw. z art. 23d ust. 3). Jednocześnie – co istotne – projekt przewiduje, że centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona z wykorzystaniem asystenta głosowego (projektowany art. 23f ust. 1). Jak wynika z projektowanego art. 23f ust.2 nagrania dźwięku lub transkrypcja nagrania uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem asystenta głosowego, o którym mowa w ust. 1, zawierające dane, o których mowa w art. 23c ust. 8, minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały one zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane. Jak wskazano w uzasadnieniu, „w założeniu projektodawcy system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców”.  Ze względu na planowane stosowanie technologii, sposób, zakres i charakter przetwarzanych danych niezwykle istotne jest – stosownie do zasad i wymagań rozporządzenia 2016/679 – aby projektowane przepisy przewidywały rozwiązania adekwatne do celów, konieczne i jedynie niezbędne dla realizacji ratio legis, a także przewidywały właściwe gwarancje ochrony danych osobowych dla podmiotów danych.  1.1. Zgodnie z art. 5 ust. 1 lit a w zw. z art. 6 ust. 1 lit e oraz art. 6 ust. 3 rozporządzenia 2016/679 w związku z art. 7 Konstytucji RP, podstawa przetwarzania danych osobowych powinna być określona – w sposób **jasny i precyzyjny** – w przepisach ustawy. Te zasady fundamentalne mają szczególne znaczenie w przypadkach przetwarzania danych przez podmioty publiczne, czy w celach publicznych. Cel przetwarzania musi być określony w tej podstawie prawnej lub, w przypadku przetwarzania, o którym mowa w ust. 1 lit. e), musi być ono **niezbędne** do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy publicznej powierzonej administratorowi.  Dane dotyczące zdrowia oraz dane biometryczne – zgodnie z art. 9 ust. 1 rozporządzenia 2016/679 – należą do danych szczególnych kategorii, należy więc mieć na względzie, że ich przetwarzanie wymaga zachowania szczególnego reżimu, w tym mogą być przetwarzane wyłącznie w przypadkach, gdy jest to **niezbędne** do realizacji konkretnych celów z korzyścią dla osób fizycznych i ogółu społeczeństwa oraz po zapewnieniu gwarancji wymaganych art. 9 ust. 2 i 3 rozporządzenia 2016/679.  Odstępstwa od prawa do ochrony danych osobowych i prawa do prywatności – gwarantowane w art. 7 i 8 Karty praw podstawowych UE oraz art. 47 i 51 Konstytucji RP – powinny mieć podstawę ustawową i ograniczać się do tego, co absolutnie konieczne7. Klauzule ograniczeń wynikają zaś z art. 31 ust. 3, art. 51 ust. 2 Konstytucji RP oraz art. 52 ust. 1 Karty praw podstawowych.  1.2. Odnosząc się do **charakteru** przetwarzanych danych należy zauważyć, że projektodawca przewiduje automatyzację połączeń telefonicznych dotyczących dokonywania rejestracji w centralnej elektronicznej rejestracji przy zastosowaniu technologii wykorzystującej automatyczne przetwarzanie danych osobowych, tzw. voicebotów, a zatem wątpliwości budzi, czy w takim przypadku będzie dochodziło do przetwarzania danych biometrycznych w związku z nagrywaniem rozmów telefonicznych (projektowany art. 23f). Jak wyjaśniono w uzasadnieniu, „usługa asystenta głosowego (voicebot) przypomni o zbliżającej się wizycie, potwierdzi obecność pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełoży lub anuluje wizytę.  Celem implementacji tego rozwiązania jest zaoferowanie usług wzmacniających komunikację i interakcję świadczeniobiorcy w obszarze zapisu na świadczenia opieki zdrowotnej z wykorzystaniem usług centralnej elektronicznej rejestracji, w szczególności w przypadku świadczeniobiorców wykluczonych cyfrowo”.  Zautomatyzowane przetwarzania danych, w tym danych biometrycznych, jest **wyjątkowo inwazyjną formą przetwarzania danych osobowych**, która jest obarczona **bardzo wysokim ryzykiem naruszenia praw i wolności osób nagrywanych.** Analiza unikalnej cechy biometrycznej, jaką jest głos człowieka, pozwala bowiem nie tylko dokonać jego identyfikacji, ale może pomóc w określeniu m.in. jego stanu emocjonalnego, chorób, na które dana osoba cierpi czy określić jego wiek i płeć. Należy przy tym mieć na względzie, że automatyczne przetwarzanie danych za pomocą tzw. voicebotów jest narzędziem w istocie wspieranym sztuczną inteligencją. W asystencie głosowym może więc dochodzić do specjalnego przetwarzania głosu osób fizycznych użytkujących system.  Brak jest przy tym wyjaśnienia, czy przetwarzanie danych będzie się rzeczywiście opierać na identyfikacji lub weryfikacji osoby fizycznej przez asystenta głosowego, co mogłoby prowadzić do zastosowania nieproporcjonalnych środków w odniesieniu do realizacji zakładanego przez projektodawcę celu i konieczność zastosowania środków prawnych dotyczących przetwarzania danych biometrycznych. Należy w tym miejscu przypomnieć, że w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2024/1689 z 13 czerwca 2024 r. w sprawie ustanowienia zharmonizowanych przepisów dotyczących sztucznej inteligencji oraz zmiany rozporządzeń (WE) nr 300/2008, (UE) nr 167/2013, (UE) nr 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 i (UE) 2019/2144 oraz dyrektyw 2014/90/UE, (UE) 2016/797 i (UE) 2020/1828 (akt w sprawie sztucznej inteligencji), w motywie 39 podkreślono, że „wszelkie przetwarzanie danych biometrycznych i innych danych osobowych związane z wykorzystaniem systemów AI do identyfikacji biometrycznej, inne niż w związku z wykorzystywaniem systemów zdalnej identyfikacji biometrycznej w czasie rzeczywistym w przestrzeni publicznej w celu ścigania przestępstw zgodnie z przepisami niniejszego rozporządzenia, powinno pozostawać zgodne z wymogami wynikającymi z art. 10 dyrektywy (UE) 2016/680. Do celów innych niż ściganie przestępstw art. 9 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2016/679 i art. 10 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2018/1725 **zakazują przetwarzania danych biometrycznych** z 11 uwzględnieniem ograniczonej liczby wyjątków określonych w tych artykułach. W ramach stosowania art. 9 ust. 1 rozporządzenia (UE) 2016/679 wykorzystywanie zdalnej identyfikacji biometrycznej do celów innych niż ściganie przestępstw było już przedmiotem decyzji zakazujących takiego wykorzystywania, wydawanych przez krajowe organy ochrony danych”. Projektowane rozwiązanie należy więc także ocenić z punktu widzenia ww. aktu prawnego, w tym konieczne jest **przeprowadzenie oceny skutków regulacji zakresie praw podstawowych**, o której mowa w art. 27 aktu w sprawie sztucznej inteligencji.  Niezależnie od powyższego należy zwrócić uwagę, że projektowane przepisy dotyczące automatycznego przetwarzania danych osobowych osób korzystających z centralnej elektronicznej rejestracji **nie zawierają rozwiązań dotyczących sposobów i procedur przetwarzania tych danych,** w tym danych dotyczących zdrowia**, a także ich zabezpieczania** (np. brak regulacji w zakresie sposobu dokonywania identyfikacji świadczeniobiorcy).  **Brak jest również regulacji dotyczących realizacji praw osób fizycznych**, takich jak prawa do sprostowania danych, dostępu do danych, usunięcia danych oraz innych **instrumentów ochrony praw osób fizycznych**, takich jak prawa do interwencji ludzkiej, kontroli przez człowieka. Zgodnie z art. 22 rozporządzenia 2016/679 każdej osobie fizycznej przysługuje prawo do niepodlegania decyzjom opartym wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie danych, w tym profilowanie, które wywołują wobec niej skutki prawne lub w podobny sposób istotnie na nią wpływają. W przypadku podejmowania takich decyzji, które opierają się na szczególnych kategoriach danych, art. 22 ust. 2b i art. 22 ust. 4 rozporządzenia 2016/679, przewiduje konieczność zastosowania art. 9 ust. 2 lit. a) lub g) oraz zapewnienia właściwych środków ochrony praw, wolności i prawnie uzasadnionych interesów osoby, której dane dotyczą.  Z uwagi zatem na potrzebę zapewnienia ochrony praw świadczeniobiorców i wysokiego poziomu dostępności i dokładności systemu należy wskazać, że **w przypadku nieskutecznego dialogu z asystentem głosowym projektodawca powinien przewidzieć instrumenty zapewniające właściwe środki ochrony tych praw**, w tym prawa do interwencji ludzkiej, tak, aby zapewnić dostęp do usługi w inny sposób, np. przez połączenie z infolinią obsługiwaną przez człowieka (usługa „chcę rozmawiać z człowiekiem”).  Projektowane przepisy – jako mogące głęboko ingerować w prywatność osób fizycznych korzystających z usługi centralnej elektronicznej rejestracji oraz zagrażające realizacji zasad dotyczących przetwarzania danych osobowych: przejrzystości i legalizmu (5 ust. 1 lit. a rozporządzenia 2016/679), ograniczenia celu (5 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679) minimalizacji danych (5 ust. 1 lit. c rozporządzenia 2016/679) integralności i poufności (5 ust. 1 lit. f rozporządzenia 2016/679) ograniczenia przechowania (5 ust. 1 lit. e rozporządzenia 2016/679) oraz rozliczalności (art. 5 ust. 2 rozporządzenia 2016/679), także nie zapewniające odpowiednich środków chroniących prawa osób fizycznych – budzą poważne wątpliwości Prezesa UODO.  1.3. Istotnym narzędziem oceny proporcjonalności i niezbędności projektowanych rozwiązań oraz szacowania ryzyk towarzyszących takiemu przetwarzaniu dla praw i wolności podmiotów danych, jest **ocena skutków regulacji dla ochrony danych**, do której przeprowadzenia zobowiązuje art. 35, w szczególności, w procesie tworzenia prawa ust. 10 rozporządzenia 2016/679 oraz art. 25 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679. Przeprowadzenie oceny skutków ułatwiła także wykazanie zgodności z dotyczącymi przetwarzania danych osobowych zasadami wynikającymi z art. 5 rozporządzenia 2016/679 a także wykazanie spełnienia warunków przetwarzania danych osobowych określonych w art. 6 ust. 3 i art. 9 ust. 2 i 3. Ocena taka pozwala ocenić czy rozwiązania zawarte w projekcie przewidują jednocześnie odpowiednie zabezpieczenia praw i wolności osób, których dane dotyczą.  Odnotować przy tym należy – jak wynika z dołączonych do projektu dokumentów – że projektodawca dokonał analizy skutków regulacji dla ochrony danych. Niemniej jednak zauważyć trzeba, że **przeprowadzona analiza budzi zastrzeżenia**. Przetwarzanie danych na podstawie projektowanych regulacji ma bowiem nastąpić za pomocą zautomatyzowanych systemów i dotyczyć ma szerokiego zakresu danych, w tym danych szczególnych kategorii, a zatem **z dużym prawdopodobieństwem należy uznać, że takie przetwarzanie danych powodować może wysokie ryzyko naruszenia praw lub wolności osób fizycznych**. Z analizy dołączonej do projektu wynika zaś, że ryzyko przetwarzania projektodawca oszacował jako niskie i nie przewidział żadnych gwarancji ochrony danych osobowych.  Przeprowadzenie oceny skutków regulacji dla ochrony danych na etapie projektowania regulacji dotyczących przetwarzania danych osobowych powinno prowadzić do wykazania **niezbędności przetwarzania danych osobowych, w określony sposób**, we wskazanym konkretnie celu i zakresie oraz oceny ryzyka projektowanych rozwiązań w zakresie przetwarzania danych osobowych, a w konsekwencji wpływu na prywatność osób fizycznych. Projektodawca nie wykazał natomiast, aby koniczne było przetwarzania wszystkich kategorii danych, w szczególności nie wyjaśnił kwestii przetwarzania danych biometrycznych, dotyczących wszystkich usługobiorców, we wskazanym celu jakim ma być łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Brak jest również wykazania zgodności z przepisami rozporządzenia 2016/679, w tym zasadą rozliczalności (art. 5 ust. 2), a także spełnienia warunków przetwarzania danych osobowych określonych w art. 6 ust. 3 i art. 9 ust. 2 i 3 rozporządzenia 2016/679 oraz odpowiednich gwarancji - zabezpieczeń praw i wolności osób, których dane dotyczą, w tym prawa niepodlegania decyzjom o których mowa w art. 22 rozporządzenia 2016/679.  W związku z powyższym, należy uznać, że **projektodawca nie wykazał w wystarczający sposób niezbędności przetwarzania danych osób fizycznych w przyjęty w tych regulacjach sposób** dla realizacji zakładanego celu. | **Uwaga wyjaśniona**  Odnosząc się do wątpliwości, czy będzie w ramach projektu dochodziło do przetwarzania danych biometrycznych w związku z nagrywaniem rozmów telefonicznych, uprzejmie informuję, że w przedmiotowej sytuacji nie będzie dochodziło do zautomatyzowanego przetwarzania danych, w tym danych biometrycznych. Wprowadzany projektem system centralnej elektronicznej rejestracji oraz narzędzie jego realizacji tj. voicebot (wykorzystujący automatyczne przetwarzanie danych osobowych) nie będzie umożliwiał identyfikacji osoby fizycznej przy użyciu danych biometrycznych, w związku z nagrywaniem rozmów telefonicznych. W konsekwencji nie będzie także zachodziło profilowanie pacjentów w oparciu o dane biometryczne zawarte w głosie pacjentów. W ramach wspomnianego automatycznego przetwarzania danych osobowych, należy podkreślić, że projektodawca nie planuje analizować głosu pacjentów. Pacjent będzie jedynie identyfikowany na podstawie imienia i nazwiska oraz numeru PESEL. W omawianym przypadku nie będzie dochodzić do operacji, która pozwoliłaby na monitorowanie osoby, której dane dotyczą, a zatem nie będą stosowane techniki przetwarzania danych polegające na profilowaniu osoby fizycznej, w szczególności w celu podjęcia decyzji jej dotyczącej lub przeanalizowania lub prognozowania jej osobistych preferencji, zachowań itd. Jak zostało to wskazane w uzasadnieniu do projektu usługa asystenta głosowego (voicebot) będzie miała na celu jedynie przypomnienie o zbliżającej się wizycie, potwierdzenie obecności pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełożenie lub anulację wizyty. Celem ma być zaoferowanie usług wzmacniających komunikację świadczeniobiorcy w obszarze zapisu na świadczenia opieki zdrowotnej w szczególności w przypadku świadczeniobiorców wykluczonych cyfrowo, a nie podejmowanie decyzji przez administratora danych w oparciu o preferencje osoby, której dane dotyczą. Mając na uwadze stanowisko Pana Prezesa i zakładając, że jednak głos miałby być analizowany automatycznie, należałoby wyrazić analogiczne stanowisko i konieczne byłoby wskazanie podstawy z art. 9 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) tzw. RODO oraz przeprowadzić formalną ocenę skutków (DPIA) i wskazać środki kompensujące (np. pseudonimizacja, ograniczenie dostępu). Należy jednak podkreślić, że projektodawca nie ma planów na wprowadzenie takich technik i przetwarzania danych, dlatego powyższe wymagania wydają się niecelowe. Niemniej z uwagi na wagę podjętego problemu projektodawca zobowiązuje się poprawić i uzupełnić uzasadnienie projektu o informacje zapewniające i rozstrzygające wątpliwości dotyczące przetwarzania danych w związku z identyfikacją lub weryfikacją osoby fizycznej. Pod wątpliwość projektodawca poddaje uwagę, w której wspomina się o konieczności uwzględnienia w projekcie realizacji praw osób fizycznych, takich jak prawa do sprostowania danych, dostępu do danych, usunięcia danych oraz innych instrumentów ochrony praw osób fizycznych, takich jak prawa do interwencji ludzkiej, kontroli przez człowieka. W opinii projektodawcy wspominane prawa wynikają z regulacji, która jest bezpośrednio stosowana w polskim porządku prawnym, tj. z RODO. Z uwagi na to projektodawca nie widzi konieczności i nie zdecydował się na dołączenie tych postanowień do projektu ustawy. Niedozwolone w opinii projektodawcy jest powielanie postanowień innej regulacji, w tym regulacji unijnej. Zatem, przedmiotowe prawa, w opinii projektodawcy mogą mogły być dalej realizowane przez świadczeniobiorcę, również na gruncie projektu ustawy. W zakresie przeprowadzonej analizy oceny skutków regulacji dla ochrony danych osobowych i zastrzeżeń UODO, uprzejmie informuję że projektodawca dokona powtórnej analizy tego dokumentu mając na względzie uwagi przedstawione w piśmie Pana Prezesa, w szczególności w zakresie ryzyka i zasad przetwarzania oraz gwarancji ochrony danych osobowych. Powyższe pozwoli wyeliminować powstające jeszcze ewentualne wątpliwości w zakresie bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych. W odniesieniu do zarzutu braku określenia jakie konkretne dane będą przetwarzane, należy podkreślić, że w niniejszym projekcie niemożliwe jest precyzyjne i konkretne określenie zakresu danych dotyczących zdrowia. W obliczu celu regulacji i przetwarzania danych niezbędnych do udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, projektodawca w sposób możliwie najbardziej wyczerpujący określił zakres danych, odnosząc się generalnie do stanu zdrowia lub specyfiki świadczenia opieki zdrowotnej. Niemożliwe jest określenie wyczerpującego katalogu danych przy występowaniu różnorodnych i niejednoznacznych ilości przypadków świadczeniobiorców. Ponadto w zakresie danych dotyczących stanu zdrowia świadczeniobiorca sam decyduje o ewentualnych dodatkowych danych, które poda podczas dokonywania zgłoszenia centralnego. Natomiast dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej będą danymi, które pozwolą na prawidłową realizację świadczenia np. informacja o znieczuleniu ogólnym przy udzieleniu świadczenia opieki zdrowotnej. Z uwagi na złożoność przypadków i specyfikę udzielania świadczeń zdrowotnych nie jest możliwe określenie konkretnego katalogu danych osobowych. Niemniej, biorąc pod uwagę stanowisko organu właściwego w sprawach zasad przetwarzania danych osobowych, w tym danych zdrowotnych, projektodawca postanowił dookreślić i rozszerzyć uzasadnienie w tym zakresie. Odnosząc się, do zarzutu braku określenia trybu w jakim ma nastąpić udostępnienie danych zawartych w harmonogramach przyjęć prowadzonych przez świadczeniodawców, wskazać należy, iż kwestię tę regulować będzie akt wykonawczy do projektu, zgodnie z art. 23h ust. 2 pkt 2 lit. e. W zakresie uwagi dotyczącej art. 23c ust. 6 zakres „dane dotyczące karty diagnostyki i leczenia onkologicznego” został doprecyzowany w projekcie poprzez zastosowanie zakresu „ numer karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, data wydania decyzji o wydaniu karty i rozpoznanie, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. b, g oraz lit. k oraz etap diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego, określony w tabeli nr 4 załącznika nr 3 do przepisów wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 lub etap diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego określony w tabeli nr 5 załącznika nr 3 do przepisów wydanych na podstawie art. 190 ust. 1.”. W zakresie uwagi dotyczącej zwrotu użytego w art. 23e ust. 3 „„inne dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej istotne do przyjęcia centralnego zgłoszenia, jeżeli dotyczą” wskazać należy, iż zakres tych danych odnosi się do stanu zdrowia lub specyfiki świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku danych dotyczących stanu zdrowia świadczeniobiorca sam decyduje o ewentualnych dodatkowych danych, które poda podczas dokonywania zgłoszenia centralnego. Natomiast dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej są to dane, które pozwolą na prawidłową realizację świadczenia np. informacja o znieczuleniu ogólnym przy udzieleniu świadczenia opieki zdrowotnej. Dodatkowo, w zakresie projektowanego art. 59b ust. 1 pkt 5a i 5b, 6a-f, 7, 9, 13 i danych przetwarzanych w skierowaniu w postaci elektronicznej, uprzejmie informuję, że „dodatkowe” dane będą przetwarzane w informacji o wystawionym skierowaniu. Zatem, zakres danych nie wykracza poza zakres danych na samym skierowaniu. Nie będą to tym samym nowe dane, niewystępujące na skierowaniu, a jedynie dane zawarte w dokumencie przeznaczonym dla pacjenta. Będą to dane o pacjencie i przeznaczone dla samego pacjenta. Celem tej propozycji jest jedynie zwiększenie autonomii informacyjnej pacjenta. |
|  | PUODO | Uwaga ogólna | Jednocześnie należy wskazać – stosownie do zasady legalności, o której mowa w art. 5 ust. 1 lit. a rozporządzenia 2016/679 – że **dookreślenia i doprecyzowania wymagają przepisy** odnoszące się do zakresu przetwarzania danych w centralnej elektronicznej rejestracji, a także trybu ich pozyskiwania.  Projektodawca wskazuje w projektowanym **art. 23c ust. 6**, że centralny wykaz oczekujących zawiera „dane dotyczące karty diagnostyki i leczenia onkologicznego”, zgłoszenie centralne „inne dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej istotne do przyjęcia centralnego zgłoszenia, jeżeli dotyczą”, **bez określenia jakie konkretne dane będą gromadzone w przedmiotowych wykazach**. Projektodawca nie wskazuje jaki konkretnie katalog danych dotyczących zdrowia będzie przetwarzany w tym rejestrze w odniesieniu do celu regulacji, jakim jest rejestracja wizyty u lekarza.  Tak sformułowane regulacje **stwarzają ryzyko przetwarzania nadmiarowych danych osobowych** w projektowanym systemie (art. 5 ust. 1 lit. a, b, c rozporządzenia 2016/679), dlatego wskazane jest sprecyzowanie jakie konkretnie dane będą w tym celu przetwarzane.  Ponadto w **art. 23c ust. 3** projektodawca wskazuje, że świadczeniodawca ma „udostępnić” w systemie teleinformatycznym harmonogramy przyjęć prowadzone przez świadczeniodawców oraz „przekazywać” do systemu teleinformatycznego dane usługobiorców. Projektodawca **nie precyzuje jednak trybu w jakim ma nastąpić udostępnienie danych** do centralnej elektronicznej rejestracji. Art. 24 i 32 rozporządzenia 2016/679 nakłada natomiast na projektodawcę obowiązek zaprojektowania takich rozwiązań prawnych, w tym trybu udostępniania i pozyskiwania, które zapewnią odpowiednią ochronę danych osobowych eliminując ryzyka dla dowolnego przetwarzania danych przez osoby nieuprawnione lub niezgodnie z celem ich uzyskania (por. wyrok NSA z 3 grudnia 2021 r., III OSK 590/21)10.  Jednocześnie zauważyć należy, że w **projektowanym art. 59b ust. 1 pkt 5a i 5b, 6a-f, 7, 9, 13** przewidziano poszerzenie zakresu danych przetwarzanych w skierowaniu w postaci elektronicznej, poprzez wskazanie m.in. danych dotyczących płci, daty urodzenia, adresu zamieszkania świadczeniobiorcy. Brak jednak uzasadnienia dla realizacji jakich celów mają być wskazywane te dodatkowe dane osobowe w przedmiotowych skierowaniach elektronicznych oraz ich niezbędności dla realizacji tych celów. Wyjaśnienia i wykazania wymaga zatem rozszerzenie zakresu danych przetwarzanych w skierowaniach elektronicznych. | Jw. |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | art.19a ust.4 lit.b (dot. art. 1 pkt 1 lit.b) | Wprowadzono niezdefiniowane dalej w żadnym art. projektu pojęcie „centralnego wykazu oczekujących na wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej” oraz nie opisano celu jego wprowadzenia, maksymalnego terminu oczekiwania, zasad wejścia, zmiany statusu czy też wyjścia pacjenta z tego systemu. Wybrany świadczeniodawca u którego oczekiwał pacjent posiada bowiem, w przeciwieństwie do systemu informatycznego i to zarządzanego w sposób centralny siły i środki do weryfikacji stanu zdrowia oraz zachęcenia pacjenta do bezkonfliktowego oczekiwania w jedynie w określonym terminie; | Uwaga uwzględniona częściowo  Projekt ustawy wprowadza konstrukcję centralnego wykazu oczekujących i generalne zasady funkcjonowania tego rozwiązania. Rozwiązania dotyczące szczegółowego funkcjonowania centralnego wykazu oczekujących ujęte zostaną rozporządzeniu wydanym na podstawie delegacji ujętej w art. 23h ust. 2.  Pojęcie „centralnego wykazu oczekujących” zostało rozwinięte w art 23c ust.6 oraz w art. 23g projektu ustawy, gdzie wskazano, że wykaz ten zawiera dane świadczeniobiorców, których nie można było przypisać do konkretnego terminu, oraz że wykorzystywany jest do ustalania kolejności udzielania świadczeń- m.in. z uwzględnieniem kategorii medycznej, uprawnień szczególnych i daty zgłoszenia.  Celem tego rozwiązania jest zwiększenie transparentności i koordynacji dostępności świadczeń w skali ogólnokrajowej oraz zapewnienie efektywnego zarządzania terminami w sytuacjach, gdy nie można przypisać terminu w sytuacjach zgłoszenia. Wyjście pacjenta z wykazu następuje z chwilą wyznaczenia terminu świadczenia lub rezygnacji (art. 23g ust. 2 i 6), a zmiana statusu może wynikać m.in. ze zmiany kategorii medycznej (art.23e ust.10).  Zgłoszony postulat dodatkowego doprecyzowania ról świadczeniodawców w kontekście zarządzania relacją z pacjentem zostanie przeanalizowany pod kątem ewentualnego uzupełnienia przepisów wykonawczych.  Informacjo celach centralnego wykazu oczekujących została dodana do uzasadnienia do projektu ustawy. |
|  | Pracodawcy dla Zdrowia | Art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. h | „Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej służący do komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,”  Uwaga: Pacjent nie ma obowiązku posiadania i regularnego korzystania z poczty elektronicznej co ogranicza skuteczność ewentualnej komunikacji ze strony świadczeniodawcy oraz CER. Podobnie kontakt telefoniczny nie oznacza możliwości wykorzystywania wiadomości tekstowych (m.in. SMS) szczególnie w przypadku osób w podeszłym wieku korzystających z urządzeń analogowych i tradycyjnych linii telefonicznych. | **Uwaga uwzględniona.**  W przypadku świadczeniobiorców wykluczonych cyfrowo, o których mowa w uwadze, centralna elektroniczna rejestracja przewiduje wykorzystanie usługi asystenta głosowego w przypadku świadczeniobiorców, którzy posiadają telefon stacjonarny i nie korzystają z telefonu komórkowego lub wiadomości sms w swoim telefonie komórkowym. |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | art.20 ust.3 pkt 3 (dot. art. 1 pkt 2) | Wprowadza się pojęcie usługobiorców, zdefiniowane we właściwych przepisach jako szersze zakresem podmiotowym niż świadczeniobiorcy, których dot. przepisy niniejszego proj. ustawy - stąd należy doprecyzować czy nie rozszerzono uprawnień świadczeniobiorcy na ogół usługobiorców; a jeżeli tak to oszacować koszty tego rozszerzenia dla świadczeniodawców. | **Uwaga nieuwzględniona**  Pojęcie usługobiorców wprowadzone zostało do projektu ustawy w związku z zakresem danych, określonym w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w przekazywanych do systemu. o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Brak jest podstaw do przyjęcia, iż zmieniony został zakres terminu „świadczeniobiorca”. |
|  | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku | Art. 20 ust. 9aa | W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, z powodu rezygnacji świadczeniobiorcy najpóźniej w okresie trzech dni roboczych poprzedzających dzień, w którym świadczenie miało być udzielone, albo niestawiennictwa świadczeniobiorcy, świadczeniodawca może przyznać zwolniony termin świadczeniobiorcy wpisanemu na listę oczekujących, co najmniej 30 dni od daty tego wolnego terminu, niezależnie od kolejności zgłoszenia, o której mowa w ust. 1, ust. 8 zdanie trzecie i ust. 9a, z uwzględnieniem kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 11.  Uzasadnienie uwagi: Wyrażenie „co najmniej 30 dni” obejmuje również dzień 30, który jest wykazany w ust. 9a. Jednocześnie zapis „albo niestawiennictwa świadczeniobiorcy” będzie rozwiązaniem nie do zrealizowania, ponieważ o nie stawieniu się pacjenta dowiadujemy się kilka minut po planowym terminie wizyty.  Propozycje rozwiązań: Wyrażenie „co najmniej 30 dni” zmienić na wyrażenie „powyżej 30 dni”. | **Uwaga nieuwzględniona**    1. Celem tego przepisu jest maksymalne wykorzystanie terminów „zwalniających się w ostatniej chwili”, które określono jako 3 dni robocze przed zwalnianym terminem. W związku z powyższym czy będzie stosowany ust. 9a czy 9aa decyduje bliskość terminu a przepisy powinny być stosowane rozłącznie.    2. W praktyce rzeczywiście zwolniony termin z powodu niestawiennictwa będzie bardzo trudny do zagospodarowania, jeżeli świadczeniodawca, ze względu na przyjęty sposób organizacji udzielania świadczeń będzie wykorzystać termin, to ustawa powinna także umożliwiać także wykorzystanie terminu, uwolnionego z powodu niestawiennictwa (np. pacjent nie przyszedł na poradę o godz. 7.00, świadczeniodawca udziela porad do 20 i jest szansa, przyjęcia pacjenta w godzinach późniejszych. |
|  | Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach | Art. 20 ust. 9aa | 1. Rozwiązanie jest niespójne z proponowanym art. 23 g ust. 3 dodanym na podstawie art. 1 ustawy pkt. 3, zgodnie z którym „W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia, termin ten zostanie wyznaczony w pierwszej kolejności świadczeniobiorcom umieszczonym w centralnym wykazie oczekujących. W przypadku wystąpienia ryzyka niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia, termin ten może zostać wyznaczony przez świadczeniodawcę w pierwszej kolejności świadczeniobiorcom innym niż umieszczeni w centralnym wykazie oczekujących. 2. W zestawieniu tych dwóch regulacji świadczeniodawca nie wie, czy w przypadku, kiedy pacjent odwoła świadczenie albo nie przyjdzie, może termin wykorzystać i przyjąć osobę zgodnie z ust. 3 art. 23 g, czy też ma wyznaczyć ten termin zgodnie z art. 20 ust. 9aa 3. Rozwiązanie jest niefunkcjonalne, ponieważ o ile w przypadku rezygnacji do 3 dni roboczych przed dniem wizyty jest czas na wyznaczenie terminu innemu świadczeniobiorcy wpisanemu do rejestru, o tyle nie będzie takiej możliwości, jeżeli umówiony świadczeniobiorca się nie stawi, wówczas regulacja tego przepisu nie będzie mogła być zastosowana, bo żaden inny świadczeniobiorca w ciągu 30 min czy nawet godziny nie zgłosi się do poradni po świadczenie. W przypadku niezgłoszenia się świadczeniobiorcy, winien mieć zastosowanie art. 23 g ust. 3, czyli świadczeniodawca może przyjąć w to miejsce innego pacjenta jeżeli jest taka możliwość, niezależnie czy ten pacjent jest czy nie jest zarejestrowany w centralnej ewidencji. 4. Niezrozumiałe jest sformułowanie: świadczeniobiorcy wpisanemu na listę oczekujących, co najmniej 30 dni od daty tego wolnego terminu. Czy oznacza to, że kolejka ma być przesunięta o pacjentów, którzy są wpisani na listę ponad 30 dni od tego terminu i nie ma możliwości przesunięcia innego pilnego pacjenta który ma wyznaczoną wizytę wcześniej, czy też intencja była inna. Obecnie ten zapis jest zupełnie niezrozumiały, kogo świadczeniobiorca ma w to zwolnione miejsce wpisać. | |  | | --- | | **Uwaga uwzględniona**  Ad 1., 2. i 4. Uwaga uwzględniona.  Uspójniono zapisy art. 20 ust. 9aa oraz art. 23g ust. 3. |   Ad 3. Pozostawiono obecne postanowienia ustawy o świadczeniach w tym zakresie. Proponowana zmiana nie dotyczy systemu centralnej elektronicznej rejestracji. |
|  | Pracodawcy dla Zdrowia | Art. 20 ust. 9aa | Projektowana treść art. 20 ust.9 aa, którą należy analizować w połączeniu z istniejącym obecnie ust. 9a, w naszej opinii spowoduje nieuzasadnioną i niezrozumiałą gmatwaninę biurokratycznych reguł postępowania świadczeniodawcy w przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej z powodu rezygnacji świadczeniobiorcy. Wg projektowanych reguł w zależności od długości odstępu (ilości dni) pomiędzy datą rezygnacji a datą zaplanowanego terminu udzielenia tego świadczenia konieczne będzie stosowanie odmiennych zasad dot. poszukiwania w kolejce oczekujących pacjenta, któremu będzie można ten zwolniony termin zaproponować. Zwracamy się więc z wnioskiem o zachowanie jednolitych i możliwie prostych reguł postępowania w przypadku zwolnienia się terminu w wyniku rezygnacji pacjenta | **Uwaga uwzględniona**  Obecne brzmienie przepisu: „W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w okresie trzech dni roboczych poprzedzających dzień, w którym świadczenie ma być udzielone, świadczeniodawca może przyznać wolny termin również świadczeniobiorcy nie wpisanemu na listę oczekujących” |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | Art. 20 ust. 9aa | Dodawany art. 20 ust. 9aa ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, budzi wątpliwości.  Uzasadnienie uwagi: W opinii Funduszu „sztywne” określenie, że zwolniony termin może zostać przyznany świadczeniobiorcy wpisanemu na listę oczekujących, co najmniej 30 dni od daty tego wolnego terminu może spowodować w niektórych przypadkach, iż terminy nie będą mogły zostać przyznane. Dotyczyć to może m.in. nowych świadczeniodawców, którzy dopiero rozpoczynają udzielanie świadczeń wobec czego nie prowadzą listy oczekujących dłużej niż 30 dni albo świadczeniodawców, u których świadczenia udzielane są szybko i zapisy na listę oczekujących nie przekraczają 30 dni oczekiwania (np. poradnie chirurgii ogólnej). Zasadnym wydaje się więc modyfikacja ww. przepisu, poprzez uwzględnienie możliwość przyznania zwolnionego terminu również w takich przypadkach. | **Uwaga uwzględniona**  Obecne brzmienie przepisu: „W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w okresie trzech dni roboczych poprzedzających dzień, w którym świadczenie ma być udzielone, świadczeniodawca może przyznać wolny termin również świadczeniobiorcy nie wpisanemu na listę oczekujących” |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | art. 23c ust. 10 (dot. art. 1 pkt 2) | Należy wprowadzić delegację dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia określającego zakres zawartości raportów, które będzie przygotowywał administrator systemu centralnej elektronicznej rejestracji, zasady ich doboru oraz kryteria normatywne dla projektodawcy a w uzasadnieniu do proj. i OSR do niego oszacować koszty tegoż. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zakres informacji publikowanych na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta, o których mowa w art. 23c ust. 10 wskazuje jednoznacznie zakres danych, które powinny zostać opublikowane. Nie jest zasadne wydawanie aktów wykonawczych w tym zakresie.  Wyjątkiem jest pkt 2) tj. obliczony przez administratora systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją według kryteriów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 albo ust. 13.  Sposób obliczenia prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do każdego świadczeniodawcy.  Zgodnie z ust. 11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, mając na względzie charakter danych gromadzonych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji oraz konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia. |
|  | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku | Art. 23c ust. 1 | Co się stanie z pacjentami, którzy są obecnie wpisani na listę oczekujących? Czy w momencie zasilenia inicjalnego elektronicznej e-rejestracji powinni oni zostać przesunięci/usunięci czy pozostawieni do czasu wyczerpania zapisów listy oczekujących? | Uwaga została uwzględniona.  Projekt ustawy przewiduje rozwiązanie przejściowe- zgodnie z art. 8 projektu ustawy, pacjenci, którym przed objęciem świadczenia centralną elektroniczną rejestracją wyznaczono termin udzielenia świadczenia, zachowują ten termin.  Osoby z przydzielonym terminem na „starych” zasadach będą uwzględnione w nowym systemie. Udzielanie świadczeń wyznaczonych przed objęciem świadczeń zakresem centralnej elektronicznej rejestracji będzie realizowane zgodnie z wyznaczonym terminem.  Natomiast po objęciu świadczeń zakresem centralnej elektronicznej rejestracji nowe zgłoszenia na świadczenia pierwszorazowe będą realizowane wyłącznie w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, zgodnie z art. 23c ust.1. |
|  | Pracodawcy RP | Art. 23c ust. 3 | Kolejna uwaga dotyczy art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 23c ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, zaproponowano regulację, z której wynika, że świadczeniodawcy mają obowiązek udostępniać w systemie P1 harmonogramy przyjęć prowadzone przez świadczeniodawców zgodnie z art. 19a wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia. W chwili obecnej świadczeniodawcy, którzy przystąpili do pilotażu centralnej e-rejestracji przekazują już w całości i aktualizują prowadzone harmonogramy przyjęć. Wyjaśnienia wymaga zatem, co oznacza przekazywanie harmonogramów przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielania świadczeń i w jaki sposób należy definiować dostępność terminów. Wszyscy bowiem pacjenci, którym przed wejściem w życie ww. przepisów i udostępnieniem harmonogramów - zgodnie z art. 8 projektu ustawy - wyznaczono termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, zachowują ten termin. | Uwaga uwzględniona.  Wskazane w projekcie ustawy postanowienia stanowią podstawę prawną dla czynności, które powinny zostać wykonane w ramach centralnej elektronicznej rejestracji.  Zgodnie z § 14 ust. 1. Pkt 1 lit. a podstawie rozporządzenia MZ w spr. programu pilotażowego centralnej elektronicznej rejestracji Realizator programu pilotażowego jest obowiązany do udostępnienia w Systemie P1 prowadzonych przez siebie harmonogramów przyjęć – dla świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 1, w celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji na okres nie krótszy niż do zakończenia etapu przygotowania i realizacji programu pilotażowego.  Powyższy zapis oznacza, że Realizatorzy programu pilotażowego nie byli zobowiązani do przekazania pełnych harmonogramów przyjęć. Zatem w przypadku świadczeniodawców, którzy nie przekazali pełnych harmonogramów przyjęć, zapis oznacza, że powinni uzupełnić dane w centralnej elektronicznej rejestracji w terminie wskazanym w projekcie ustawy. Natomiast w przypadku świadczeniodawców, którzy przekazali pełne harmonogramy przyjęć, czyli wykonali obowiązek określony w art. 23c ust. 3 pkt 1 projektu ustawy, nie są zobowiązani do ponownego dokonania tych czynności.  Dodatkowo w art. 23c ust. 3 pkt 1 projekt ustawy wprowadza obowiązek przekazania do centralnej elektronicznej rejestracji dostępnych terminów udzielenia świadczeń. Oznacza to obowiązek przekazania wszystkich wolnych (dostępnych dla świadczeniobiorcy) terminów udzielania świadczeń. Uzupełniono uzasadnienie do projektu ustawy. |
|  | Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach | Art. 23c ust. 3 | 1. W ustawie wymaga się od świadczeniodawców podania harmonogramów udzielania świadczeń. Oczywiście harmonogramy te są podane do NFZ i określone, niemniej na potrzeby centralnej rejestracji de facto wykorzystana może być wyłącznie część harmonogramu dedykowana wizytom pierwszorazowym, reszta harmonogramu nie będzie dostępna z uwagi na potrzebę kontynuacji wizyt planowych dotychczasowych pacjentów w procesie leczenia. Powstaje zatem pytanie, jak część harmonogramu poradni powinna być udostępniona do zapisów pierwszorazowych poprzez centralną rejestrację, powinno być określone jasno minimum w tym zakresie albo precyzyjne regulacje obligujące świadczeniodawców do wygenerowania w harmonogramach określonej części świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych. Problem ten nie został w żadne sposób rozstrzygnięty, co może oznaczać, że świadczeniodawcy uruchomią harmonogramy z tylko wycinkowymi danymi albo odwrotnie podadzą całe i uniemożliwi to udzielanie świadczeń pacjentom w ramach kontynuacji. Należy jasno określić jaka część harmonogramu ma zostać udostępniona do centralnej rejestracji.  2. Brak regulacji, w której świadczeniodawca odwołujący wizytę zgodnie z harmonogramem jest zobligowany wyznaczyć temu pacjentowi inny termin z zachowaniem jednak określonego minimum czasowego. Obecnie świadczeniodawca może odwołać wizytę i wyznaczyć nową za kolejny rok, a pacjent nie ma na to wpływu. Powinno być zagwarantowane minimum ochrony pacjentom, np. poprzez wprowadzenie obowiązku wyznaczenia terminu w ciąg kolejnych 30 dni. | Uwaga nieuwzględniona.  1/ Zgodnie z art. 1 ust. 3 . „W celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca ma obowiązek:  udostępniać w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramy przyjęć prowadzone przez świadczeniodawców zgodnie z art. 19a wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia;”  co wskazuje, że świadczeniodawca udostępnia dla centralnej elektronicznej rejestracji cały harmonogram z terminami na wizyty pierwszorazowe i kontynuacji leczenia zgodnie z art.19a. Mimo udostępnienia terminów na kontynuację tylko świadczeniodawca będzie mógł nimi dysponować. Ustawa nie narzuca określania jaką część danego harmonogramu powinny objąć wizyty pierwszorazowe, to świadczeniodawca o tym decyduje.  Udostępnienie w centralnej elektronicznej rejestracji wszystkich umówionych terminów udzielenia świadczenia ma celu udostępnienie tych informacji świadczeniobiorcom w IKP/moje IKP, a tym samym umożliwienie zarządzania tymi terminami (np. odwołania wizyty. Ponadto dla każdego umówionego terminu przesłanego do centralnej elektronicznej rejestracji system wysyłam wiadomość sms z przypomnieniem o wizycie (1 dzień i 7 dni przed wizytą).  Nieprzesłanie tego terminu do centralnej elektronicznej rejestracji powoduje, że pacjent nie otrzyma takiego przypomnienie. Otrzymując przypomnienie pacjent może w odpowiedzi na wiadomość sms łatwo i szybko odwołać wizytę.  2/ Termin zostanie przydzielony zgodnie z kolejnością dokonania centralnego zgłoszenia. |
|  | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku | Art. 23c ust. 4 | Jak się mają zapisy zawarte w pkt 1 i pkt 2, z kwestą równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych?  Uzasadnienie uwagi: IKP jest czynne całą dobę, natomiast zapisy bezpośrednio u świadczeniodawcy są ograniczone do godzin funkcjonowania danej Jednostki. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Projekt ustawy zapewnia równoległe kanały zgłoszenia do centralnej elektronicznej rejestracji:  -za pośrednictwem IKP oraz  - bezpośrednio u świadczeniodawcy.  Zróżnicowanie dostępności tych kanałów wynika z technicznych i organizacyjnych uwarunkowań, przy czym celem takiego rozwiązania jest maksymalna dostępność, a nie jej ograniczenie.  Jednocześnie projekt respektuje zasadę równego i niedyskryminującego dostępu do świadczeń- co zostało wyraźnie wskazane w art. 23d. Należy podkreślić, że kolejność udzielania świadczenia nie zależy od godziny zgłoszenia, lecz od daty i czasu rejestracji zgłoszenia centralnego w systemie, niezależnie od kanału, jakim zostało dokonane. |
|  | Pracodawcy RP | Art. 23c ust. 4 pkt 1 | Z kolei, w art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 23c ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, zaproponowano regulację, z której wynika, że informacje o imieniu i nazwisku pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej przekazuje się w przypadku, gdy świadczeniodawca prowadzi harmonogram przyjęć w takim zakresie. Tymczasem świadczeniodawcy nie mają obowiązku w harmonogramach przyjęć uwzględniania imienia i nazwiska pracownika medycznego. Wątpliwości zatem budzi możliwość określania przez pacjentów jako podstawy wyboru świadczeniodawcy kryterium pracownika medycznego, który ma udzielić świadczenia opieki zdrowotnej (projektowany art. 23e ust. 7 pkt 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Brak jest bowiem wyjaśnienia, w jaki sposób porównywane będą terminy świadczeniodawców, którzy wprowadzają dane pracowników medycznych do harmonogramów przyjęć, z terminami świadczeniodawców, którzy takich danych nie uwzględniają. Istotne jest zatem wskazanie, w jaki sposób powyższe wpłynie na przydzielenie konkretnych terminów i nie doprowadzi do nierównego traktowania zarówno świadczeniodawcz w jak i pacjentów. z | Uwaga nieuwzględniona.  Zapisy ustawy realizują prawo świadczeniobiorcy do wyboru pracownika medycznego udzielającego świadczenie. Świadczeniobiorca powinien mieć możliwość wyboru konkretnego lekarza. Świadczeniodawca udostępnia dane pracownika medycznego tylko w przypadku, gdy prowadzi harmonogram przyjęć w takim zakresie.  Ponadto wybór przez świadczeniobiorcę pracownika medycznego realizującego świadczenie jest indywidualnym wyborem/decyzją świadczeniobiorcy i nie stanowi o nierównym traktowaniu świadczeniodawców jak i świadczeniobiorców. Każdy świadczeniobiorca ma prawo dokonania takiego wyboru. |
|  | Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach | Art. 23c ust. 4 pkt 1 | Sugerujemy rezygnację z umieszczania w harmonogramach danych personelu medycznego  z uwagi na zmiany w składzie tego personelu i zamiany wynikające z urlopów, szkoleń i innych nieobecności, świadczeniobiorca powinien mieć możliwość wyboru świadczeniodawcy, ale nie już konkretnego lekarza, tym bardziej, że może okazać się, iż w dacie udzielenia świadczenia akurat ta osoba nie będzie udzielała świadczenia. Powoduje to niepotrzebne problemy organizacyjne oraz wprowadza chaos w realizacji wizyt. W harmonogramach nie powinny być wykazane dane personelu medycznego. | Uwaga nieuwzględniona.  Zapisy ustawy realizują prawo świadczeniobiorcy do wyboru pracownika medycznego udzielającego świadczenie. Świadczeniobiorca powinien mieć możliwość wyboru konkretnego lekarza. Świadczeniodawca udostępnia dane pracownika medycznego w przypadku, gdy prowadzi harmonogram przyjęć w takim zakresie. |
| 1. f | Pracodawcy dla Zdrowia | Art. 23c ust. 4 pkt 4 | Projekt zakłada obowiązkowe wskazywanie informacji o:  a) obsługiwanych przez świadczeniodawcę kodach Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 i obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Art. 23c) oraz  b) rodzaju badania lub leczenia, na które kieruje się świadczeniobiorcę z zastosowaniem Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 lub rodzaju konsultacji (art. 59b w ust. 1 pkt 14)  W naszej opinii klasyfikacja ICD-9 nie pozwala na prawidłowe i precyzyjne opisanie zakresu kompetencji merytorycznych i możliwości technicznych danego świadczeniodawcy z dokładnością do zakresu zawartej umowy z NFZ. Nie jest także możliwe prawidłowe wskazanie na skierowaniu kodów tej klasyfikacji opisujących zlecane badanie lub leczenie. Z powodu oczywistej niedoskonałości klasyfikacji ICD-9 w obszarze diagnostyki obrazowej trwają obecnie prace eksperckie nad tłumaczeniem i przygotowaniem procesu implementacji do polskiego systemu ochrony zdrowia klasyfikacji dedykowanej diagnostyce obrazowej – LOINC Radiology Book. Z podobnych powodów CeZ rozpoczął już prace nad sukcesywnym implementowaniem słownika LOINC w obszarze diagnostyki laboratoryjnej. | **Uwaga nieuwzględniona.**  W celu umożliwienia bardziej precyzyjnego dopasowania skierowania do właściwej poradni i lekarza, zostanie rozszerzony zakres informacji na skierowaniu o obowiązkowe uzupełnienie kodu ICD9. Tym samym, aby dokładnie zidentyfikować komórkę i wizytę, na którą kierowany jest świadczeniobiorca, należy obowiązkowo uzupełnić dane konfiguracyjne grafiku w zakresie kodów ICD9 i ICD10.  W zakresie diagnostyki obrazowej niezbędne będzie podanie dodatkowych informacji umożliwiających precyzyjne zapisanie na badanie. W ramach planowanych do wprowadzenia w centralnej elektronicznej rejestracji badań diagnostycznych prowadzone są analizy określenia niezbędnych danych potrzebnych do prawidłowego umówienia tych świadczeń. |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | Art. 23c ust. 4 pkt oraz pkt 4 i 7 | Wskazane przepisy wymagają doprecyzowania.  Uzasadnienie uwagi: uwagi na możliwe problemy interpretacyjne, brak jednoznacznego wskazania kto i w jaki sposób określa obowiązywanie w Polsce klasyfikacji WHO ICD oraz w celu zachowania spójności z innymi obowiązującymi przepisami, należy dookreślić, z której rewizji klasyfikacji ICD należy korzystać przy raportowaniu danych, w tym w ramach prowadzenia elektronicznej rejestracji, tj. zamiast „obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych” przywrócić wyrazy „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10”.  Należy zauważyć, że ustawa operuje ogólnymi odniesieniami do:  1) kodów według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9,  2) kodów według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,  Jednocześnie należy zaznaczyć że zgodnie z przepisami rozporządzeń Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 610, z późn. zm.) oraz z dnia 26 czerwca 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych zdarzenia medycznego przetwarzanego w systemie informacji oraz sposobu i terminów przekazywania tych danych do Systemu Informacji Medycznej (Dz.U. z 2023 r. poz. 738, z póżń. zm.) świadczeniodawcy /usługodawcy zobowiązani są do gromadzenia i raportowania:  1) kodów według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych Rewizja Dziewiąta CM, uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń,  2) kodów według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych Rewizja Dziesiąta.  Co do zasady kody tak opisanych klasyfikacji stanowią podstawę przepisów Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 ustawy o świadczeniach.  Kody wg klasyfikacji ICD-9 PL CM (Clinical Modification), uznanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia za obowiązującą w związku z rozliczaniem świadczeń, publikowane są zarówno na stronie www NFZ:  https://slowniki.nfz.gov.pl/ICD9/SlownikPrimary/6586  jak i na stronie GOV.PL (RSK) administrowanej przez CeZ (MZ):  <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/tree/00CD09/577/url%3DaHR0cH> M6Ly9yc2szLmV6ZHJvd2llLmdvdi5wbC9yZXNvdXJjZS9zdHJ1Y3R1cmUvdHJlZS8wME NEMDk%3D  Kody świadczeń gwarantowanych w zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 ustawy o świadczeniach to kody ICD-10 funkcjonujące w systemie NFZ, na bazie wspomnianych przepisów „koszykowych”, a na potrzeby systemów CeZ wykorzystywana jest klasyfikacja publikowana w ramach RSK:  <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd10/00CD10/012/url%3DaHR0cH>M6Ly9yc2szLmV6ZHJvd2llLmdvdi5wbC9yZXNvdXJjZS9zdHJ1Y3R1cmUvaWNkMTAvM DBDRDEw  Przy założeniu wskazanym w uzasadnieniu do projektu ustawy, że „Obecnie ustawa o świadczeniach przy określaniu obowiązku stosowania Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, odwołuje się do jej konkretnej rewizji (dziesiątej). Ze względu na planowane w najbliższej przyszłości wdrożenie kolejnej, jedenastej rewizji i możliwość ewentualnych dalszych zmian, proponuje się zastąpić odesłaniem do obowiązującej ww. Klasyfikacji, bez wskazywania konkretnej rewizji. W związku z powyuszym uniknie się konieczności zmian przepisów przy kolejnych zmianach tej Klasyfikacji.”, nie jest jasnym kto i w jaki sposób określa obowiązywanie klasyfikacji. Zatem wskazanie, że należy stosować obowiązującą Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych, może sugerować że w celu prowadzenia elektronicznej rejestracji raportowane są kody obowiązującej jedenastej rewizji ICD:u <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99CD11/2023-01/mms/details>  u<https://icd.who.int/en/> | **Uwaga uwzględniona.** |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | Art. 23c ust. 5 | Projektowany art. 23c ust. 5 ustawy o świadczeniach wymaga modyfikacji.  Uzasadnienie uwagi: Przepis przewiduje przekazywanie danych wyłącznie z systemu SIMP do P1z, co wydaje się być niewystarczające. W przypadku bowiem planów zasilania SIMP danymi wprowadzanymi przez pacjentkę, np. za pośrednictwem IKP (np. wypełnienie ankiety), zasadnym byłoby umożliwienie dwukierunkowego przekazywania danych (SIMP-P1/P1-SIMP).  Konieczna jest więc modyfikacja proponowanego art. 23c. ust. 5 (oraz art. 188eust. 2)  Ponadto należy zauważyć, że zgodnie z projektowanym art. 23e ust. 5 „Na diagnostykę onkologiczną lub leczenie onkologiczne udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego centralnego zgłoszenia dokonuje się w sposób, o którym mowa w ust. 4 pkt 2, u świadczeniodawcy udzielającego takich świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną w rozumieniu art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej – również za pośrednictwem infolinii onkologicznej, o której mowa w art. 20 ust. 1 tej ustawy.”. Z posiadanych przez Fundusz informacji wynika, że na posiedzeniu Krajowej Rady Onkologicznej zapadła decyzja, że Fundusz nie będzie prowadził infolinii onkologicznej. | Uwaga uwzględniona. |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | Art. 23c ust. 11 | Dodawany art. 23c ust. 11 ustawy o świadczeniach budzi wątpliwości.  Proponowana zmiana polegająca na wprowadzeniu obowiązku informowania świadczeniobiorcy o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego stanowi kolejny krok w kierunku zwiększenia przejrzystości systemu i lepszego informowania pacjentów o dostępie do świadczeń. Niemniej jednak, należy zwrócić uwagę, że wprowadzenie nowego wskaźnika – prognozowanego czasu oczekiwania – prowadzi do dalszego rozproszenia metod monitorowania dostępności do świadczeń zdrowotnych. W obecnym stanie prawnym funkcjonuje już „pierwszy wolny termin” (art. 23 ust 4 ustawy o świadczeniach) raportowany przez świadczeniodawców do NFZ. Wprowadzenie kolejnego, tym razem wyliczanego z danych systemów informatycznych wskaźnika, będzie skutkować nie tylko niejednorodnością danych raportowanych w systemie, ale również obniżeniem ich wartości informacyjnej, porównywalności i przydatności analitycznej. W celu ujednolicenia i uporządkowania systemu wskaźników dostępności we wszystkich świadczeniach, a także zapewnienia spójności danych przekazywanych pacjentom, wykorzystywanych przez NFZ, MZ i inne instytucje monitorujące system ochrony zdrowia, sugeruję rozważenie zmian w art. 23 ust. 4 oraz 4a ustawy. Proponuję określenie jednolitej metodyki szacowania prognozowanego czasu oczekiwania, dla wszystkich świadczeń, gdzie prowadzone są harmonogramy przyjęć, nie tylko w tych, gdzie zostanie wprowadzona centralna e-rejestracja, powinna umożliwić harmonizację wskaźników, uproszczenie sposobu ich obliczania oraz zdejmie ze świadczeniodawców obowiązek sprawozdawczy. Jednocześnie w związku z projektowanym art. 23c ust. 11, należy rozważyć dodanie przepisu znoszącego z Funduszu obowiązek publikacji danych wskazanych w art. 23 dla świadczeń objętych CeR. Należy mieć na względzie, że obecne systemy informatyczne w NFZ, na których oparty jest Informator o Terminach Leczenia (IoTL.), gdzie publikowane są informacje wskazane w art. 23, mają inny zakres danych niż będzie przetwarzany w CeR (np. brak pierwszego wolnego terminu). Oznaczać to będzie konieczność ich dostosowania do nowego źródła danych dla danych statystycznych. Jednocześnie skoro projekt ustawy nakłada na Centrum eZdrowia obowiązek publikowania informacji na stronie „gov.pl” nie jest zasadnym duplikowanie prezentowanych informacji. Dodatkowo w projekcie ustawy zdefiniowano „**prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia**” (art. 23c ust 11 pkt 2) oraz „**prognozowany termin udzielania świadczenia**” (art. 23g ust 2), co może prowadzić do mylenia tych dwóch terminów. Proponuję więc zastąpienie „prognozowanego terminu udzielania świadczenia” - „szacowanym terminem udzielenia świadczenia”. | **Uwaga nieuwzględniona**  Zarówno prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, jak i prognozowany termin świadczenia stanowią wynik działania tego samego algorytmu centralnej elektronicznej rejestracji.  W celu zapewnienia jednolitego rozumienia tych informacji pozostawiono analogiczną nazwę tych informacji. |
|  | Centrum e-Zdrowia | Art. 23c ust. 11 pkt 2 | Rekomendujemy wyłączenie obowiązku publikacji na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” prognozowanego czasu oczekiwania w zakresie programów polityki zdrowotnej (np. cytologia, mammografia).  Uzasadnienie: W przypadku danych dotyczących programów polityki zdrowotnej nie podaje się prognozowanego czasu oczekiwania. | **Uwaga uwzględniona częściowo.**  Intencją przepisu art. 23c ust. 11 pkt 2 jest zapewnienie przejrzystości informacji o dostępności świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją, jednak projekt nie przesądza o konieczności publikowania prognoz dla wszystkich typów świadczeń w jednakowym zakresie. Zgodnie z art. 23c ust.12 sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Przewiduje się, że w tym akcie wykonawczym zostanie jasno wskazane, dla jakich rodzajów świadczeń- w tym programów polityki zdrowotnej- obowiązek publikacji prognoz ma zastosowanie, z uwagi na brak podstaw metodycznych lub organizacyjnych do ich ustalenia. |
|  | Pracodawcy RP | Art. 23e ust. 2 | Kolejna uwaga dotyczy art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym **art. 23e ust. 2** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, gdzie zaproponowano regulację, z której wynika, że zgłoszenie centralne może zostać dokonane przez świadczeniobiorcę w sposób określony w ust. 4 (tj. za pośrednictwem IKP albo bezpośrednio u świadczeniodawcy) lub za pośrednictwem osoby trzeciej. Tymczasem możliwość dokonania zgłoszenia za pośrednictwem osoby trzeciej nie może stanowić alternatywy dla dokonania zgłoszenia za pośrednictwem IKP lub bezpośrednio u świadczeniodawcy. Wydaje się bowiem, że również osoba trzecia podobnie jak pacjent będzie mogła dokonać zgłoszenia albo za pośrednictwem IKP albo bezpośrednio u świadczeniodawcy. Omówienia zatem w uzasadnieniu do projektu ustawy wymaga co najmniej możliwość umawiania przez osobę trzecią za pośrednictwem IKP - czy osoba trzecia będzie mogła umawiać inną osobę z poziomu własnego IKP, czy też wyłącznie jako pełnomocnik ustanowiony w IKP dla konkretnego pacjenta, czy powiadomienia będą przekazywane wyłącznie do osoby trzeciej czy do pacjenta, czy jednocześnie do obu osób? Z projektowanego art. 1 pkt 2 dot. art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. h ustawy o świadczeniach wynika, że świadczeniodawcy przetwarzają numer telefonu lub adres poczty elektronicznej służące do komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem. Pojęcie jednak osoby trzeciej jest znacznie szersze niż pojęcie opiekuna i w związku z powyższym konieczne jest wyjaśnienie przedmiotowej regulacji. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Sposób umawiania przy wykorzystaniu IKP nie jest przedmiotem regulacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  Osoba trzecia powołana przez świadczeniobiorcę będzie miała takie same uprawnienia jak świadczeniobiorca ponieważ będzie działała w jego imieniu, zatem nie ma potrzeby powielania rozwiązań już przyjętych. Zgłoszenie przez osobę trzecią może być dokonane za pośrednictwem tych samych kanałów co pacjent, tj. przez IKP lub bezpośrednio u świadczeniodawcy (art.23e ust.2 w zw. z ust.4). Doszczegółowienie funkcjonowania przytoczonych regulacji nie jest przedmiotem projektu ustawy, a informacje takie mogą zostać wymienione w akcie wykonawczym. |
|  | Pracodawcy RP | Art. 23e ust. 4 | Następnie, w art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym **art. 23e ust. 4** ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, zaproponowano regulację, z której wynika, że centralnego zgłoszenia można dokonać za pośrednictwem IKP albo bezpośrednio u świadczeniodawcy. Ponieważ uzasadnienie nie doprecyzowuje powyższej kwestii, wyjaśnienia wymaga, czy zgłoszeń centralnych bezpośrednio u świadczeniodawcy będzie można dokonywać u dowolnego świadczeniodawcy czy wyłącznie u tego, którego pacjent wskazuje jako tego, u którego chciałby uzyskać świadczenie opieki zdrowotnej. | Uwaga wyjaśniona  Zgłoszeń centralnych można będzie dokonywać u dowolnego świadczeniodawcy. Centralna elektroniczna rejestracja zapewni taka możliwość. |
|  | Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku | Art. 23e ust. 7 pkt. 6 oraz  Art. 47c ust. 2 | „posiadania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością”  Czy system będzie weryfikował i sygnalizował poprawność zgłoszonego uprawnienia w IKP? Czy w przypadku pozytywnej weryfikacji przez system, świadczeniodawca nie będzie już zobligowany do ponownej weryfikacji uprawnień pacjenta do korzystania ze świadczeń poza kolejnością? | **Uwaga wyjaśniona**  Pacjenci posiadający prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością chcący skorzystać z tego uprawnienia umawiają się tylko u wybranego świadczeniodawcy zgodnie z art. 47c ust 4a.  Projektowane przepisy ustawy zakładają dwie ścieżki umawiania pacjentów uprawnionych do świadczeń poza kolejnością na podstawie przepisów art. 47c ustawy o świadczeniach:  - w przypadku, gdy dane dotyczące osób uprawnionych zostały zaimportowane do systemu P1 zgodnie postanowieniami ustawy sioz, będzie to stanowiło wystarczającą weryfikację uprawnień świadczeniobiorcy  - w przypadku, gdy dane dotyczące osób uprawnionych nie zostały zaimportowane do systemu P1 zgodnie z art. 23c ust. 3 pkt 3 projektowanej ustawy, świadczeniodawca weryfikuje uprawnienia świadczeniodawcy w tym zakresie i przesyła te dane do systemu centralnej elektronicznej rejestracji (art. 23 ust. 3 pkt 3 pkt 1 lit. n oraz o) |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | Art. 23e ust.8 | Nadajemy świadczeniobiorcy możliwość nieograniczonej ilościowo modyfikacji określonych tam kryteriów udzielenia świadczenia zdrowotnego. W naszej ocenie należy określić maksymalny termin zgłoszenia tych modyfikacji, tak żeby nie nastąpiła ona w terminie, w którym świadczeniodawca nie miałby możliwości dostosowania się do niej oraz sposób i tryb powiadamiania świadczeniobiorcy o tym w przypadkach określonych w ust.4 pkt.2 tego proj. tj. zgłoszenia osobistego, telefonicznego czy też w sposób elektroniczny. | **Uwaga nieuwzględniona**  Świadczeniobiorca może zmienić kryteria czyli np. placówkę, datę, godzinę szukanego terminu wg jego potrzeb. Te zmiany wygenerują mu przez centralny elektroniczną rejestrację inne terminy spełniające jego kryteria. O wszystkich tych zmianach poinformuje świadczeniobiorcę centralna elektroniczna rejestracja systemem powiadomień na wskazany kanał przez świadczeniobiorcę. |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | Art. 23e ust.9 | Należy doprecyzować, że obowiązek świadczeniobiorcy informowania jednego ze świadczeniodawców oraz sposób i tryb powiadamiania świadczeniodawcy o tym w przypadkach określonych w ust.4 pkt.2 tego proj. tj. zgłoszenia osobistego, telefonicznego czy też w sposób elektroniczny; | **Uwaga uwzględniona częściowo**.  Projekt ustawy nie wskazuje wprost formy powiadomienia świadczeniodawcy w sytuacji, o której mowa w art.23 e ust.9, pozostawiając to praktycznej organizacji procesu przez świadczeniodawcę. Niemniej, mając na uwadze potrzebę zapewnienia jednolitości i dostępności procedur dla pacjentów, forma zgłoszenia (osobista, telefoniczna, elektroniczna) może zostać uwzględniona w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 23h ust.2 pkt 2.  Celem projektodawcy jest zapewnienie świadczeniobiorcy realnej możliwości zgłoszenia istotnej zmiany stanu zdrowia z użyciem dostępnych i niedyskryminujących środków komunikacji, z uwzględnieniem ograniczeń technicznych po stronie świadczeniodawcy. |
|  | Pracodawcy dla Zdrowia | Art. 23e ust. 9 | Projektowane zapisy art. 23e ust 9 dotyczące zasad dokonywania zmian kategorii „stabilny” na „pilny” skutkujących koniecznością zmiany (przyspieszenia) terminu lub wyznaczenia go przez CER możliwie szybko, w naszej opinii skutkować będą chaosem, ogromnymi problemami obsługowymi oraz uzasadnionymi skargami pacjentów. Ta krytyczna opinia jest wynikiem merytorycznej analizy poszczególnych scenariuszy opisanych w projekcie. Według projektowanych zasad pacjent odczuwający subiektywne pogorszenie stanu zdrowia skutkujące w jego opinii potrzebą pilnego udzielania świadczenia będzie mógł zgłosić się do dowolnego świadczeniodawcy (nawet takiego u którego jeszcze nigdy nie był i być może nigdy nie zgłosi się ponownie) celem dokonania medycznej weryfikacji zgłaszanych objawów pogorszenia stanu zdrowia i ewentualnej zmiany kategorii wskazanej na skierowaniu wystawionym przez lekarza w zupełnie innym podmiocie leczniczym. Taka weryfikacja nie powinna być prowadzona przez pracowników recepcji – a więc będzie angażować personel medyczny – optymalnie lekarza specjalistę w danej dziedzinie wskazanej na skierowaniu, który powinien przerwać swoją pracę i niezwłocznie zapoznać się z dotychczasowym przebiegiem problemów zdrowotnych pacjenta, treścią wydanego mu skierowania a następnie ocenić stan chorego aby na tej postawie podjąć trafną merytorycznie decyzję o ewentualnej zmianie kategorii na „pilną” (i to nawet w sytuacji gdy ten pacjent nigdy nie wróci do tej poradni ponieważ CER wyznaczy mu termin świadczenia w zupełnie innym podmiocie). Skutkiem takiej analizy stanu pacjenta będzie konieczność zmiany (przyspieszenia) terminu zaplanowanego już u jakiegoś innego świadczeniodawcy lub szybsze ustalenie terminu w przypadku skierowań aktualnie deponowanych w Centralnym Wykazie Oczekujących. O konieczności przyspieszenia ustalonego już terminu właściwy świadczeniodawca zostanie poinformowany wyłącznie w wyniku zdalnej komunikacji systemów informatycznych (aplikacji gabinetowej z CER) bez kontaktu z pacjentem, któremu zmieniono kategorię na „pilny”. W wyniku tej zmiany świadczeniodawca będzie miał obowiązek wyznaczenia szybszego terminu świadczenia zgodnie z nową kategorią medyczną i to w sytuacji braku takich terminów ponieważ CER wykorzystała wszystkie udostępnione przez świadczeniodawcę sloty. Jedynym rozwiązaniem będzie dodawania nowych – dodatkowych terminów (pierwotnie nie przewidzianych w harmonogramie pracy poradni) lub „ukrywanie” rezerwowych terminów poprzez nie udostępnianie ich CER.  W naszej opinii zmiana kategorii pilności udzielenia świadczenia powinna być możliwa wyłącznie:  a) u świadczeniodawcy, u którego wyznaczono już termin  b) w pozostałych przypadkach u świadczeniodawcy, który wydał pacjentowi skierowanie i dysponuje dokumentacją medyczną pozwalającą na optymalną ocenę potrzeby takiej zmiany.  Ponadto celem zapewnienia możliwości przyspieszania terdoweminów w uzasadnionych medycznie przypadkach świadczeniodawcy powinni mieć możliwość blokowania rezerwowych terminów na grafikach tak aby CER nie wykorzystał ich dla zgłoszeń/skierowań deponowanych w Centralnym Wykazie Oczekujących. | **Uwaga uwzględniona.**  W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca informuje o tym:  1) świadczeniodawcę, u którego świadczeniobiorcy wyznaczono termin udzielenia świadczenia, albo  2) osobę wystawiającą skierowanie. |
|  | Pracodawcy RP | Art. 23e ust. 9 i 10 | W art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 23e ust. 9 i 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaproponowano regulację, z której wynika, że w przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca, który został umieszczony w centralnym wykazie oczekujących, czyli w tzw. poczekalni informuje o takiej potrzebie jednego ze świadczeniodawców wskazanych przez niego w ramach określania kryteriów albo dowolnego świadczeniodawcę, a wybrany w ten sposób świadczeniodawca ma obowiązek oceny, czy należy dokonać zmiany kategorii medycznej pacjenta, co w praktyce oznacza konieczność zbadania pacjenta. Ocena skutków regulacji nie przewiduje w tym zakresie żadnych skutków finansowych. Wyjaśnienia wymaga zatem, kto będzie pokrywał koszty zmiany kategorii medycznej pacjenta, jeżeli w wyniku wyznaczania terminu pacjentowi zostanie wyznaczony termin u innego świadczeniodawcy niż ten, który dokonał zmiany kategorii medycznej – w jakim trybie wówczas zostaną pokryte koszty świadczeniodawcy incydentalnie zajmującego się pacjentem wyłącznie na potrzeby zmiany kategorii medycznej. Zmiana taka wiąże się bowiem de facto z udzieleniem świadczenia i nie może ono pozostać bez zapłaty. | **Uwaga uwzględniona.**  W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca informuje o tym:  1) świadczeniodawcę, u którego świadczeniobiorcy wyznaczono termin udzielenia świadczenia, albo  2) osobę wystawiającą skierowanie. |
|  | Pracodawcy RP | Art. 23f ust. 1 | Następnie, w art. 1 pkt 3 projektu ustawy w zakresie dotyczącym art. 23f ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaproponowano regulację, z której wynika, że centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona z wykorzystaniem asystenta głosowego. Z Oceny skutków dla ochrony danych (DPIA) wynika, że wykorzystanie asystenta będzie stanowić nową technologię, nie wskazano jednak czy będzie to stanowić wykorzystanie systemu sztucznej inteligencji (AI), w szczególności wysokiego ryzyka. Mając na uwadze powyższe konieczne jest określenie w ustawie, jakie czynności mogą być dokonywane z udziałem asystenta głosowego. Nie jest wystarczającym wskazanie wyłącznie w uzasadnieniu do projektu ustawy, że usługa asystenta głosowego przypomni o zbliżającej się wizycie, potwierdzi obecność pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełoży lub anuluje wizytę. Z uwagi na wpływ działania tego asystenta na prawa pacjentów, w szczególności na prawidłowość umówienia planowanego świadczenia opieki zdrowotnej konieczne jest doprecyzowanie funkcjonalności obsługiwanych przez voicebota w przepisach ustawy. Brak regulacji oznacza bowiem, że katalog tych funkcjonalności mógłby być dowolnie poszerzany, a wówczas dokonanie uprzedniej oceny ich wpływu na prawa pacjenta nie byłoby możliwe do dokonania. | **Uwaga nieuwzględniona**  Uwaga niezasadna. Zakres funkcjonalności voicebota nie jest materią regulowaną w przepisach ustawowych. Natomiast sama ocena zastosowanych technologii w kontekście wprowadzenia AI będzie opisywana w dokumentach niemających charakteru normatywnego (regulacji prawnej) |
|  | Centrum e-Zdrowia | Art. 23f ust. 1 | Rekomendujemy, aby obowiązek prowadzenia CeR z wykorzystaniem asystenta głosowego został wyznaczony w terminie późniejszym niż okres wejścia ustawy, tj. 4-6 miesięcy od dnia jej wejścia w życie (kwiecień-czerwiec 2026 r).  Uzasadnienie: Propozycja wydłużenia terminu wejścia w życie dla stosowania asystenta głosowego wynika z faktu, iż narzędzie będzie wdrażane i integrowane ze środków KPO, w związku z czym niezbędne jest zapewnienia spójności terminów wynikających z ustawy oraz wdrożenia rozwiązania. | Uwaga uwzględniona |
|  | Centrum e-Zdrowia | Art. 23f ust. 2 | Rekomendujemy skrócenie okresu przechowywania nagrań dźwięku i transkrypcji przez CeR z 5 lat do 2 lat.  Uzasadnienie: Mając na uwadze dobre praktyki rynkowe i doświadczenia podmiotów leczniczych, które wdrożyły tego typu usługi, w ocenie CeZ wystarczającym na potrzeby CeR jest przechowywanie nagrań dźwiękowych i transkrypcji przez okres 2 lat. Dodatkowo w kontekście okresu przechowywania nagrań dźwiękowych należy zwrócić uwagę na aspekt finansowy i infrastrukturalny, bowiem niezbędne będzie rozbudowanie infrastruktury serwerowej. Zgłoszona przez CeZ propozycja stanowi optymalny kompromis w przedmiotowym zakresie. | Uwaga uwzględniona częściowo.  W zakresie terminu przechowywania nagrań zgłoszeń, zastosowano zpaisy analogiczne do zapisów ustawy o PRM i ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego.  Oznacza to skrócenie okresu przechowywania z 5 do 3 lat. |
|  | Pracodawcy dla Zdrowia | Art. 23g | Art. 23g w połączeniu z Art. 23h wskazują jednoznacznie na odpowiedzialność Ministra Zdrowia za prawidłowość działania CER i algorytmy informatyczne zobowiązane do przestrzegania niesamowicie skomplikowanych przepisów prawa dotyczących uprawnień szczególnych, których obszerną listę podsumowano na stronach NFZ:  https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/prawa-pacjenta/uprawnienia-szczegolne/  W naszej opinii zobowiązanie takie dotyczące automatycznie działającego systemu informatycznego administrowanego centralnie przez CeZ jest niewykonalne. | **Uwaga nieuwzględniona**  Zgodnie z postanowieniami przepisów projektowanej ustawy Minister Zdrowia odpowiada za dostępność usługi dla świadczeniobiorców i świadczeniodawców jaką jest centralna elektroniczna rejestracja.  Niemniej projektowana ustawa zawiera również zapisy wskazujące świadczeniodawców jako podmioty odpowiedzialne za realizację zadań niezbędnych do funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji (np. art. 23c ust. 3 i 4).  Odnośnie umawiania świadczeniobiorców posiadających uprawnienia dodatkowe, projekt ustawy wskazuje, że w przypadku braku danych w centralnej elektronicznej rejestracji o uprawnieniach świadczeniobiorcy, osoby posiadający takie uprawnienia i chcące z nich skorzystać będą zmuszeni dokonać zgłoszenia centralnego u świadczeniodawcy. |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | Art. 23g | -w ust. 3 określić przypadki „ryzyka niewykorzystania terminu "tak żeby mógł zostać w sposób przejrzysty i za poszanowaniem prawa wszystkich oczekujących wyznaczony przez świadczeniodawcę” ;  -w ust.6 doprecyzować, że dotyczy to również zmiany terminu udzielania świadczenia,  - w ust.8 określić maksymalny termin zgłoszenia tych modyfikacji, tak żeby nie nastąpiła ona w terminie, w którym świadczeniodawca nie miałby możliwości dostosowania się do niej oraz sposób i tryb powiadamiania świadczeniodawcy o tym w przypadkach określonych w ust.4 pkt.2 tego proj. tj. zgłoszenia osobistego, telefonicznego czy też w sposób elektroniczny; | **Uwaga uwzględniona częściowo.**  Pojęcie „ryzyka niewykorzystania terminu" ostanie doprecyzowane w akcie wykonawczym do ustawy, tak aby termin taki mógł zostać w sposób przejrzysty i za poszanowaniem prawa wszystkich oczekujących wyznaczony przez świadczeniodawcę .  W ust. 7 uwzględniono, że przepis ust. 6 dotyczy również zmiany terminu udzielania świadczenia.  Pozostawiono bez zmian przepis art. 20 ust. 10e ustawy o świadczeniach nakładający sankcję na świadczeniobiorcę, który nie pojawił się na wizycie. |
|  | Centrum e-Zdrowia | Art. 23g ust. 6 | Należy wskazać, że przedmiotowa regulacja jest ogólna, nie precyzująca kanałów komunikacyjnych dotyczących powiadomień o umieszczeniu świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących. Powstaje wątpliwość co do konieczności powiadamiania świadczeniobiorców o umieszczeniu w centralnym wykazie oczekujących za pomocą wiadomości tekstowych (SMS) niezależnie od powiadomienia o wyznaczonym terminie. Rekomendujemy ograniczenie wysyłania powiadomień typu SMS wyłącznie do informacji o wyznaczeniu świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia, w przypadku zgłoszenia centralnego przez świadczeniobiorcę za pośrednictwem IKP – zgodnie z projektowanym art. 23 e ust. 4 pkt 1.  Uzasadnienie: W ocenie CeZ nie jest konieczne, aby świadczeniobiorca, samodzielnie dokonujący zgłoszenia za pośrednictwem IKP, był SMS-owo informowany o umieszczeniu go w centralnym wykazie oczekujących. Wystarczającym jest bowiem przekazywanie takich powiadomień w IKP.  Nie bez znaczenia jest także aspekt finansowy, w ocenie CeZ zgłoszona uwaga jest rozwiązaniem umożliwiającym optymalizację kosztów w przedmiotowym zakresie przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa informacyjnego dla świadczeniobiorców. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Zgodnie z uwagami zgłaszanymi na etapie pilotażu, świadczeniobiorcy , szczególnie umawiający się poprzez świadczeniodawcę, wymagają potwierdzenia zapisu do centralnego wykazu oczekujących. |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | Art. 23g ust.10 | Wątpliwości budzi proponowany art. 23g ust. 10 ustawy o świadczeniach.  W art. 23g ust. 10 wskazano, iż w przypadku zakończenia wykonywania przez świadczeniodawcę umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorcę umieszczonego w harmonogramie przyjęć, tego świadczeniodawcy, przenosi się do centralnego wykazu oczekujących z uwzględnieniem daty dokonania zgłoszenia centralnego na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Jednakże, jak się wydaje, brak jest w obecnym art. 20 a oraz projektowanych przepisach zasad i możliwości ustalania nowego wpisu na liście oczekujących. | **Uwaga nieuwzględniona.**  Art. 23g ust. 10 nie dotyczy list oczekujących tylko wyłącznie centralnego wykazu oczekujących, który kieruje się innymi zasadami. Art. 23 g ust. 10 stanowi odpowiednik art. 20 ust. 10a dla świadczeń objętych CeR.  W związku z powyższym nie jest zasadne wprowadzanie jakichkolwiek zmian do art. 20, który odnosi się do list oczekujących |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | Art. 23h ust.1 | Należy utworzyć delegację do wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia, żeby określić sposób obliczania „średniego czasu oczekiwania” oraz liczby udzielanych świadczeń. | |  | | --- | | Uwaga nieuwzględniona. |   Wzór obliczania średniego czas oczekiwania na udzielenie świadczenia określa rozporządzenie wydawane na podstawie art. 190 ust. 1., co wprost jest wymienione w tym art. |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | Art. 23h ust. 1 | W art. 1 dot. art. 23 h ust. 1 ustawy zmienianej niniejszym proj. w ramach przesłanek dla delegacji do wydania rozporządzenia Ministra Zdrowia doprecyzować określenie „specyfika realizacji świadczeń”. | Uwaga uwzględniona.  Wprowadzono korektę warunków, zgodnie z którymi świadczenie opieki zdrowotnej jest umieszczane wykazie, o którym mowa w art. 23h ust. 2 pkt 1.  Zakres kryteriów po zmianie obejmuje: długość list oczekujących na udzielnie świadczenia i sposób jego uzyskania oraz liczbę udzielanych świadczeń.  Sposób uzyskania świadczenia oznacza czynności w procesie umawiania oraz wymagania niezbędne do spełnienia, aby wizyta została zrealizowana. Dla różnych zakresów świadczeń wymagania te mogą być inne.  Zatem włączenie nowych zakresów świadczeń do centralnej elektronicznej rejestracji będzie wymagało każdorazowo uwzględnienie tych wymogów. |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | Art. 42f  ust. 5 pkt 1a | Wątpliwości budzi zaaprobowane brzmienie dodawanego w art. 42f ust. 5 pkt 1a ustawy o świadczeniach.  Należy zauważyć, że zgodnie z obowiązującym art. 42 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach „Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się oświadczenie wnioskodawcy o wpisie świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek, na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia, ze wskazaniem świadczeniodawcy prowadzącego tę listę, oraz dokumentację medyczną, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym - tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego;” Podkreślenia wymaga, że projektowany pkt 1a, odnoszący się do zgłoszenia centralnego i umieszczenia świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących lub wyznaczenia terminu udzielenia świadczenia u wybranego świadczeniodawcy, nie znosi wymogu załączenia oświadczenia o wpisie świadczeniobiorcy na listę oczekujących, przewidzianego w pkt. 1. Nadto zgodnie z obowiązującym wzorem wniosku o wydanie tzw. zgody uprzedniej (art. 42f ustawy o świadczeniach) oraz tzw. zgody koordynacyjnej (art. 42i ustawy o świadczeniach), określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2022 r. w sprawie wydawania zgody na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. poz. 1209), osoba składająca wniosek do Prezesa Funduszu zobowiązana jest wypełnić oświadczenie o wpisie na listę oczekujących, przewidziane w części II.C. wzoru wniosku. Brak wypełnienia ww. oświadczenia stanowi brak formalny wniosku. W tym miejscu należy zauważyć, że w zakresie weryfikowania dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej na terenie kraju dotychczas nie budziło wątpliwości jaki termin udzielenia świadczenia został wyznaczony świadczeniobiorcy. Projektowana zmiana powoduje, że część świadczeniobiorców – po dokonaniu centralnej rejestracji – będzie oczekiwała na udzielenie świadczenia, ale nie będzie miała wyznaczonego terminu jego udzielenia (tzw. poczekalnia). Przy założeniu, że udział świadczeń objętych centralną rejestracją będzie się zwiększał, należy zasygnalizować silną potrzebę zmiany przepisów (ustawowych i wykonawczych) regulujących kwestie uzyskiwania zgód Prezesa Funduszu związanych z weryfikacją przesłanki kolejkowej (art. 42i oraz 42f ) i ustaleniem przekroczenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na dane świadczenie. Dodatkowo wydaje się, że proponowane brzmienie projektowanego pkt 1a zawiera nadmiarowe regulacje dotyczące dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym i jej tłumaczeniach – ww. dokumentacja medyczna, wskazywana w aktualnym brzmieniu art. 42f ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach, stanowi podstawę rozpatrzenia złożonego wniosku, a nie podstawę weryfikacji samego tylko zgłoszenia centralnego, o którym mowa w projektowanym pkt 1a. Ponadto, w przypadku dodania w art. 42f w ust. 5 po pkt 1 pkt 1a (zgodnie z projektem) konieczne jest dokonanie zmiany w art. 42i ust. 6, który zakłada odpowiednie stosowanie art. 42f ust. 5 pkt 1 do dokumentacji medycznej dołączanej do wniosku, o którym mowa w art. 42i ust. 1 (zgoda koordynacyjną). Należy dodać, iż stosuje się odpowiednio również projektowany przepis, tj. pkt 1a. | Uwaga uwzględniona  Zmieniono brzmienie art. 42f ust. 5 pkt 1 przez wyodrębnienie jednostek redakcyjnych – osobno dla świadczeń objętych obowiązkiem prowadzenia list oczekujących i odrębnie dla objętych centralną e-rejestracją. Przy takim rozwiązaniu (bez dodawania pkt 1a) nie trzeba dodatkowo nowelizować odesłania w art. art. 42i ust. 6  Proponowana zmiana:  W art. 42f w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:  „ 1) dołącza się:  a) dokumentację medyczną, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym - tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego,  b) oświadczenie wnioskodawcy:  - o wpisie świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek, na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie [art. 20 ust. 11](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytkmzvg44tmltqmfyc4njvgi4tsmrygq&refSource=hyp), i terminie udzielenia świadczenia, ze wskazaniem świadczeniodawcy prowadzącego tę listę – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są listy oczekujących, albo  - o dokonanym zgłoszeniu centralnym w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 oraz umieszczeniu świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących lub wyznaczeniu terminu udzielenia świadczenia u wybranego świadczeniodawcy.” |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | art. 188 ust. 4 | W nowelizowanym art. 188 ust. 4 ustawy o świadczeniach proponuję dodanie kolejnej jednostki redakcyjnej – pkt 37 w brzmieniu: „37) jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”  Dodanie jednostkowych danych medycznych do katalogu określonego w art. 188 (z jednoczesnym odwołaniem się w art. 188e do art. 188 w całości) zniweluje konieczność wskazywania jednostkowych danych medycznych w art. 188e. | **Uwaga uwzględniona** |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | art. 1 pkt 9 projektu w zakresie nowelizowanego art. 188e ustawy o świadczeniach | Art. 1 pkt 9 projektu w zakresie nowelizowanego art. 188e ustawy o świadczeniach.  W ocenie NFZ konieczne jest uwzględnienie w projekcie kompleksowych zmian w zakresie art. 188e ustawy o świadczeniach, z uwagi na liczne wątpliwości interpretacyjnymi przepisów dotyczących przetwarzania danych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych określonych w art. 188e ustawy o świadczeniach, zakres zmian objętych projektem, m.in. rozszerzenie katalogu podmiotów mających dostęp do danych, o jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia (art. 1 pkt 9), w związku z objęciem CER-em programu profilaktyki raka szyjki macicy i programu profilaktyki raka piersi i koniecznością integracji systemu P1 i SIMP i m.in. proponowanym przepisem dodatkowym, tj. art. 23c. ust. 5, równolegle toczące się prace nad nowelizacją ustawy z dnia 1 sierpnia 2024 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. 2024 poz. 1208), zwanej dalej „ustawą o KSO”, wg której Narodowy Instytut Onkologii, pełniący funkcję Krajowego Ośrodka Monitorującego, ja m.in. monitorować przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej, czy zadania podejmowane m.in. w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (NSO).jW art. 188e w ust. 1 proponuję: a) nadanie pkt 5 następującego brzmienia: „5) dokonywania oceny skuteczności i jakości programów zdrowotnych;”, b) dodanie pkt 6 w brzmieniu: „6) umożliwienia monitorowania dalszego postępowania ze świadczeniobiorcami, u których wykryto nieprawidłowości.”  UZASADNIENIE: Zgodnie z aktualnym brzmieniem ustawy o KSO, NIO m.in. monitoruje przebieg, jakość i efekty programów zdrowotnych dotyczących profilaktyki onkologicznej (na podstawie nieprzetworzonych danych źródłowych dotyczących indywidualnych osób objętych opieką onkologiczną) - w związku z powyższym cele prowadzenia i utrzymywania systemu powinny być zaktualizowane, m.in. poprzez dodanie oceny skuteczności jakości programów zdrowotnych (np. w pkt 5). Dodatkowo zasadne jest uwzględnienie w przepisie możliwości przetwarzania danych dla celów monitorowania dalszego postępowania ze świadczeniobiorcami, u których wykryto nieprawidłowości, poprzez rozszerzenie określonego w ust. 1 katalogu celów przetwarzania danych  Proponuję dodanie w art. 188e jednostki redakcyjnej – ust. 1a – w brzmieniu: „1a. System, o którym mowa w ust. 1 jest częścią systemu RUM-NFZ, o którym mowa w art. 191a.” UZASADNIENIE: Propozycja ma na celu usankcjonowanie funkcjonującej interpretacji dotującej umiejscowienia systemu elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych w strukturze systemów informatycznych w ochronie zdrowia.rProponuję nadanie art. 188e ust. 2 następujące brzmienie: „2. W elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych mogą być przetwarzane dane, o których mowa w art. 188 i art. 188a oraz informacje dotyczące sytuacji zawodowej i wykształceniu świadczeniobiorcy.” UZASADNIENIE: Modyfikacja brzmienia ust. 2 na celu usuniecie wątpliwości w zakresie podstaw prawnych przetwarzania danych m.in. personelu medycznego w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych (w rozumieniu NFZ – system SIMP), proponuję rozszerzenie zakresu danych określonych w ust. 2, o dane z art. 188a, z jednoczesnym wskazaniem art. 188 w całości. Przykładowo, katalog danych określony w art. 188 zawiera m.in. numer telefonu (ust. 4 pkt 34) oraz adres e-mail (ust. 4 pkt 35), które są niezbędne do kontaktu z pacjentami biorącymi udział w programach profilaktycznych – a z uwagi na brak ich na liście danych wymienionych w art. 188 ust. 2, świadczeniodawcy muszą pobierać zgodę na ich pozyskanie i wprowadzenie do SIMP. Art. 188 ust. 4 pkt 34 i 35, zostały wprowadzone po wejściu w życie art. 188e. Rozszerzenie odwołania do art. 188 i 188a pozwoli uniknąć na przyszłość konieczność uzupełniania również art. 188e, jednocześnie pozwoli na jednoznaczną i popartą stosownym zapisem ustawy interpretację (stosowaną do tej pory), że system o którym mowa w art. 188e, służący w szczególności celom sprawozdawczo-rozliczeniowym, stanowi element systemu RUM-NFZ. Ponadto zasadnym jest ujęcie w wykazie danych do przetwarzania również informacji o statusie społecznym (informacji o wykonywanym zawodzie/zajęciu) i wykształceniu, które pozwolą na analizę danych dot. populacji biorącej udział w programach profilaktycznych w szerszym kontekście oraz ew. wypracowanie mechanizmów dotarcia z ofertą programów profilaktycznych do celowanych grup społecznych. Dane te podobnie jak w przypadku danych osobowych usługobiorców przetwarzanych w systemie informacji w ochronie zdrowia wykazanych w art. 4 ust. pkt 1 lit. f ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2022 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 302) byłyby przetwarzane wyłącznie w celach statystycznych  Proponuję nadanie art. 188e ust. 3 następującego brzmienia: „3. Dane, o których mowa w ust. 2, są przekazywane do elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych przez świadczeniodawców lub mogą być przekazywane przez świadczeniobiorców za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o  którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.” oraz dodanie ust. 3a w brzmieniu: „3a. Bazę danych osobowych zasilających elektroniczny system monitorowania programów zdrowotnych stanowi Centralny Wykaz Ubezpieczonych, o którym mowa w art. 97. ust. 4.” albo „3a. Populację uprawnioną do programów zdrowotnych stanowią osoby znajdujące się w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, o którym mowa w art. 97. ust. 4.”  UZASADNIENIE: Propozycja jest związana z wnioskiem MZ do CEZ o rozpoczęcie prac w zakresie umieszczenia w centralnej e-rejestracji ankiety kwalifikującej na profilaktyczne badanie mammografii. Aktualnie dane z ankiety z są rejestrowane w SIMP (podstawa wejścia do programu) – w przypadku gdy ankieta będzie mogła być wypełniana przez pacjentkę na IKP, dane będą musiały zasilić SIMP (interfejs integracyjny). Przepisy projektu ustawy przewidują przekazywanie danych z systemu SIMP do P1, a nie odwrotnie. Konieczne jest więc zapewnienie dwukierunkowego przekazywania danych. Proponuję nadanie następującego brzmienia dodawanemu art. 188e ust. 4: „4) jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 4;” oraz dodanie pkt 5 i 6 w brzmieniu: „5) jednostka wskazana w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej do pełnienia funkcji Krajowego Ośrodka Monitorującego (KOM), w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o których mowa w ust. 1 pkt 3, 5 i 6; 6) świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o którym mowa w ust. 1 pkt 1,3, 4 i 6 oraz celów wskazanych w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej.” UZASADNIENIE: Dodawany art. 188e ust. 4 pkt 4 wymaga dookreślenia poprzez wskazanie celów przetwarzania danych. Ponadto konieczne jest uzupełnienie katalogu podmiotów uprawnionych do dostępu do danych z SIMP, o podmioty na które nałożono zadanie związane z realizacją programów zdrowotnych (m.in. KOM, POZ). | **Uwaga uwzględniona** |
|  | Naczelna Izba Aptekarska | Art. 59b ust. 1 pkt 5a | W art. 1 pkt 7 projektu proponuje się usunięcie w lit. a) dotyczącej projektowanego art. 59b ust. 1 pkt 5a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, następującej normy prawnej :  „5a) płeć i datę urodzenia świadczeniobiorcy;”.  Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że w wyniku zmian regulacji prawnych wprowadzających centralną elektroniczną rejestrację na świadczenia opieki zdrowotnej planowane jest przekazywanie do systemu danych związanych ze świadczeniobiorcą, świadczeniodawcą oraz osobą wystawiającą skierowanie, które są zbyt szczegółowe, wymagane w nadmiernej i powielającej się ilości, a ich przekazywanie jest nieuzasadnione wskazanym celem. W związku z powyższym proponuję się usunięcie wskazanych regulacji prawnych z projektu. | **Uwaga nieuwzględniona**  Zakres informacji zawarty w informacji o skierowaniu dla pacjenta odzwierciedla zakres danych zawartych na elektronicznym skierowaniu. |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | Art.59b ust. 1 pkt 5b | Dookreślić, że podanie adresu zamieszkania świadczeniobiorcy dotyczy przypadków, w których on taki adres posiada. | **Uwaga nieuwzględniona**  Zakres informacji zawarty w informacji o skierowaniu dla pacjenta odzwierciedla zakres danych zawartych na elektronicznym skierowaniu i jest niezbędny do umówienia świadczeniodawcy poprzez centralną elektroniczną rejestrację. |
|  | Naczelna Izba Aptekarska | Art. 59b ust. 1 pkt 6e | W art. 1 pkt 7 projektu proponuje się usunięcie w lit. b) dotyczącej projektowanego art. 59b ust. 1 pkt 6e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, następującej normy prawnej :  „6e) adres miejsca wystawienia skierowania;”.  Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że w wyniku zmian regulacji prawnych wprowadzających centralną elektroniczną rejestrację na świadczenia opieki zdrowotnej planowane jest przekazywanie do systemu danych związanych ze świadczeniobiorcą, świadczeniodawcą oraz osobą wystawiającą skierowanie, które są zbyt szczegółowe, wymagane w nadmiernej i powielającej się ilości, a ich przekazywanie jest nieuzasadnione wskazanym celem. W związku z powyższym proponuję się usunięcie wskazanych regulacji prawnych z projektu. | **Uwaga nieuwzględniona**  Zakres informacji zawarty w informacji o skierowaniu dla pacjenta odzwierciedla zakres danych zawartych na elektronicznym skierowaniu i jest niezbędny do umówienia świadczeniodawcy poprzez centralną elektroniczną rejestrację. |
|  | Naczelna Izba Aptekarska | Art. 59b ust. 1 pkt 16 | W art. 1 pkt 7 projektu proponuje się usunięcie w lit. e) dotyczącej projektowanego art. 59b ust. 1 pkt 16 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, następującej normy prawnej :  „16) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego stanowiącego przyczynę wystawienia skierowania oraz rozpoznania współistniejące , z zastosowaniem obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;”.  Uzasadnienie:  Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że w wyniku zmian regulacji prawnych wprowadzających centralną elektroniczną rejestrację na świadczenia opieki zdrowotnej planowane jest przekazywanie do systemu danych związanych ze świadczeniobiorcą, świadczeniodawcą oraz osobą wystawiającą skierowanie, które są zbyt szczegółowe, wymagane w nadmiernej i powielającej się ilości, a ich przekazywanie jest nieuzasadnione wskazanym celem. W związku z powyższym proponuję się usunięcie wskazanych regulacji prawnych z projektu. | **Uwaga nieuwzględniona**  Zakres informacji zawarty w informacji o skierowaniu dla pacjenta odzwierciedla zakres danych zawartych na elektronicznym skierowaniu i jest niezbędny do umówienia świadczeniodawcy poprzez centralną elektroniczną rejestrację.. |
|  | Naczelna Izba Aptekarska | Art. 2 pkt 1 lit. b) dot. 96 a ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy Pr. Farm. | Proponuje się, aby w art. 2 pkt 1 lit. b) projektu, dotyczącej art. 96 a ust. 1 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 6 września 2001 r.- Prawo farmaceutyczne, nadać następujące brzmienie:  „ b) kwalifikacje zawodowe, w tym posiadany tytuł zawodowy osoby wystawiającej receptę lub osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy, oraz numer telefonu lub adres poczty elektronicznej służący do kontaktu ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem prawnym;”.  Uzasadnienie  Naczelna Rada Aptekarska wskazuje, że udostępnienie osobom realizującym receptę numeru telefonu do pacjenta wydaje się niezbędne dla zabezpieczenia zdrowia pacjenta, w szczególności w sytuacjach, gdy konieczny jest pilny kontakt z pacjentem, np. w przypadku podejrzenia błędnej realizacji recepty. Pomimo, że numer telefonu pacjenta jest możliwy do uzyskania z poziomu IKP, dostęp do tych danych w aptekach jest ograniczony i zależny od uprzedniej zgody wyrażonej przez pacjenta, wobec czego nie spełnia on swojej funkcji w sytuacjach nagłych. | Uwaga nieuwzględniona  Uwzględnienie uwagi wymaga wprowadzenia zmian do P1 oraz zagwarantowania odpowiedniego czasu i środków finansowych na przebudowę systemu P1. |
|  | Naczelna Rada Aptekarska | Art. 2 pkt 2 lit. d dot. art. 96b ust. 1 pkt 18 ustawy Pr. Farm. | Proponuje się aby w § 2 pkt 2 lit. d projektu , dotyczącej art. 96b ust. 1 pkt 18 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, nadać następujące brzmienie :  „18) informacja dodatkowe dla osoby wydającej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny, lub dla pacjenta, w szczególności informację o świadomym przepisaniu produktu leczniczego w sposób odmienny niż dane zawarte w Charakterystyce Produktu Leczniczego.”.  Uzasadnienie  Proponowana przez Naczelną Radę Aptekarską zmiana ma na celu umożliwienie osobie realizującej receptę dysponowania jednoznacznymi danymi wskazującymi m.in., że osoba wystawiająca receptę świadomie, z przyczyn medycznych, przekroczyła wskazany jednorazowy lub dobowy sposób dawkowania, że lek został przepisany w dawce wyższej, niż wynika to z CHPL (np. dziecku w dawce przewidzianej dla osoby dorosłej), oraz że lek został wypisany na dziecko, a ma być użyty przez rodzica. Brak zawarcia powyższych informacji powoduje, że farmaceuta ma wątpliwości, czy przepisany lek wydać, czy też odmówić realizacji recepty. | Uwaga nieuwzględniona  Uwzględnienie uwagi wymaga wprowadzenia zmian do P1 oraz zagwarantowania odpowiedniego czasu i środków finansowych na przebudowę systemu P1. |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | Art. 5 | Oprócz kosztów dla budżetu państwa oszacowane w OSR, projekt nakłada również na NFZ dodatkowe koszty w wysokości 10 mln zł w roku rozpoczęcia jego wdrożenia a następnie 34,57 mln zł. rocznie - co wymaga dodatkowych corocznych dotacji w wysokości dla NFZ; | **Uwaga wyjaśniona**  Centralna elektroniczną rejestracja jest kolejną dużą usługą, której od dawna oczekują świadczeniobiorcy. Wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji wymaga dużych nakładów pracy po stronie świadczeniodawców oraz dużej dyscypliny, w celu włączenia do tej usługi wszystkich świadczeniodawców w zakresie świadczeń objętych tym rozwiązaniem. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia przewiduje zachęty dla świadczeniodawców, którzy wcześnie zintegrują się z centralną elektroniczną rejestracją. |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | Art. 5 | W art 5 zwiększyć jako zbyt niski w stosunku do kosztów oraz zróżnicować kwotę zachęt finansowych dla świadczeniodawców za włączenie się do centralnej e-rejestracji w zależności liczby i zakresu kolejek oczekujących prowadzonych w danej lokalizacji a nie jedynie od liczby tych lokalizacji. Równocześnie w uzasadnieniu oraz OSR do proj. należy określić szczegółowo na podstawie jakich przesłanek przyjęto liczbę unikatowych adresów, na które świadczeniodawcy otrzymają wsparcie ponieważ w proj. ustawy szacuje się na 14 827 adresów i będzie wzrastać znacząco w latach:a1) 2025 r. — ok. 1 000 lokalizacji;a2) 2026 r. — ok. 3 457 lokalizacji;a3) 2027 r. - ok. 3 457 lokalizacji;a4) 2028 r. — ok. 3 457 lokalizacji;a5) 2029 r. - ok. 3 456 lokalizacji. | **Uwaga nieuwzględniona**  W ramach pilotażu centralnej elektronicznej rejestracji przewidziano wyższe dofinansowanie dla świadczeniodawców niż na etapie wdrożenia systemowego.  Zróżnicowanie kwot zachęt finansowych dla świadczeniodawców za włączenie się do centralnej elektronicznej rejestracji w zależności liczby i zakresu kolejek oczekujących prowadzonych w danej lokalizacji a nie jedynie od liczby tych lokalizacji może bardziej skomplikować dofinansowania.  W związku z przyjętym założeniem, że zakresy świadczeń będą włączane do centralnej elektronicznej rejestracji etapowo przy uwzględnieniu m.in. równego rozłożenia w tych etapach liczby udzielnych świadczeń, przyjęto w OSR równomierny rozkład kosztów wypłaty zachęt. |
|  | Krajowy Sekretariat  Ochrony Zdrowia  NSZZ „Solidarność” | Art. 5 | Jak należy rozumieć przepis 5- oprócz kosztów ponoszonych z budżetu państwa oszacowanych w OSR, projekt nakłada również na NFZ dodatkowe koszty w wysokości 10 mln zł w roku rozpoczęcia jego wdrożenia a następnie 34,57 mln zł. Rocznie co wymaga dodatkowych corocznych dotacji w wysokości dla NFZ. | **Uwaga wyjaśniona**  Centralna elektroniczną rejestracja jest kolejną dużą usługą, której od dawna oczekują świadczeniobiorcy. Wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji wymaga dużych nakładów pracy po stronie świadczeniodawców oraz dużej dyscypliny, w celu włączenia do tej usługi wszystkich świadczeniodawców w zakresie świadczeń objętych tym rozwiązaniem. W związku z powyższym Ministerstwo Zdrowia przewiduje zachęty dla świadczeniodawców, którzy wcześnie zintegrują się z centralną elektroniczną rejestracją. |
|  | Pracodawcy RP | Art. 6 ust. 1 | Celem projektu ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania, zwanego dalej „centralną elektroniczną rejestracją”. W założeniu projektodawcy system ten ma pozwolić na uproszczenie i przyspieszenie procesu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewnić świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. Realizacji przyjętych rozwiązań będzie służyć wprowadzenie scentralizowanego systemu zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz centralnie prowadzonego wykazu oczekujących na ich udzielenie, wspólnego dla wszystkich świadczeniodawców. Zgodnie ze wskazanym uzasadnieniem, prawidłowe funkcjonowanie centralnej elektronicznej rejestracji będzie się opierało na bieżącym udostępnianiu i aktualizowaniu przez świadczeniodawców w centralnej elektronicznej rejestracji, prowadzonej w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, prowadzonych przez siebie harmonogramów przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia na świadczenia wskazane w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. W związku z powyższym, w projektowanych przepisach przewidziano wprowadzenie dwóch obowiązków adresowanych do świadczeniodawców, których realizacja będzie kluczowa dla obligatoryjnego wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji oraz jej prawidłowego prowadzenia:  • Pierwszy z tych obowiązków dotyczy udostępnienia przez świadczeniodawców w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, harmonogramów przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujące okresy udzielania tych świadczeń od dnia następującego po dniu ich udostępnienia dotyczących świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestrację w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie art. 23c ust. 3 ustawy o świadczeniach.  • Drugi z nich dotyczy zapewnienia przez świadczeniodawców możliwości dokonywania przez świadczeniobiorców centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia objęte centralną elektroniczną rejestracją, nie później niż w terminie miesiąca od dnia udostępnienia tych danych przez świadczeniodawcę. Chodzi tu o właściwe dostosowanie przez świadczeniodawców ich systemów informatycznych oraz organizacji pracy przed pełnym uruchomieniem centralnej elektronicznej rejestracji, która ma umożliwić dokonywanie zgłoszeń centralnych, wyznaczanie świadczeniobiorcom terminów świadczeń oraz realizację innych czynności wynikających z funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji.  Podkreślenia wymaga fakt, iż dostosowanie i budowa rozwiązań integrujących prywatne z publicznymi serwisami wymaga znacznie dłuższego czasu aniżeli ten wskazany w projekcie ustawy. Aby w rzeczywistości miało miejsce właściwe dostosowanie przez świadczeniodawców ich systemów informatycznych oraz organizacji pracy przed pełnym uruchomieniem centralnej elektronicznej rejestracji, która ma umożliwić dokonywanie zgłoszeń centralnych, wyznaczanie świadczeniobiorcom terminów świadczeń oraz realizację innych czynności wynikających z funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji, proponuje się następujące zmiany w art. 6 ust. 1 projektu ustawy:  „Art. 6.1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, udostępniają w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramy przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy zmienianej w art. 1, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujące okresy udzielania tych świadczeń od dnia następującego po dniu ich udostępnienia.”. | Uwaga uwzględniona częściowo.  Czas na przygotowanie świadczeniodawców do integracji z centralną elektroniczną rejestracją został wydłużony do 6 miesięcy.  Pozostałe postanowienia pozostawiono be zmian. |
|  | Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach | Art. 8 | 1. Zgodnie z brzmieniem proponowanego przepisu świadczeniobiorca, mający ustalony termin przyjęcia przed datą udostępnienia przez świadczeniodawcę harmonogramów zachowuje ten termin. W części świadczeń i jednostek termin oczekiwania na wizytę to blisko 1-2 lata, zatem nawet jeżeli po wejściu w życie ustawy zostaną udostępnione harmonogramy będą one zajęte na kolejne okresy, często znaczne. Pacjenci będą zablokowani w możliwości rejestracji, albo świadczeniodawcy w ogóle harmonogramów nie udostępnią. Ustawa nie rozstrzyga także kwestii przeniesienia do centralnej rejestracji terminów pierwszorazowych już wyznaczonych, co de facto powinno mieć miejsce automatycznie. 2. Nie został rozstrzygnięty problem integracji posiadanych już systemów przez świadczeniodawców z systemem centralnej rejestracji oraz problem eksportu danych z tych systemów do systemu centralnej rejestracji tak aby dane były aktualne i rzetelne. Połączone jest to także z określonymi kosztami po stronie świadczeniodawców. Nowy system powinien przewidywać możliwość takiego eksportu w określonych plikach, w których mogą dane zapisać systemy medyczne obecnie funkcjonujące. Bez tego trudno wyobrazić sobie ręczne przenoszenie danych lub w ogóle nie udostępnienie harmonogramów. | **Uwaga nieuwzględniona.**  1/Tak, centralna elektroniczna rejestracja prezentuje te harmonogramy (umówione terminy wizyt pierwszorazowych, kontynuujących leczenie i wolne terminy), które przekazują świadczeniodawcy i związku z tym wolnych terminów będzie tyle ile jest w harmonogramach. Mechanizmy centralnej elektronicznej rejestracji w postaci przypomnień o wizycie (7 i 1 dni) przed wizytą oraz możliwość odwołania wizyty (przy okazji) poprzez SMS i IKP mogą zapewnić pojawienie wolnych terminów.  2/ Integracja z centralną elektroniczną rejestracją wymaga zmian po stronie systemu gabinetowego świadczeniodawcy w celu zapewnienia bezpośredniej wymiany danych pomiędzy systemem centralnej elektronicznej rejestracji z systemem gabinetowym. Zasady integracji (wymagani techniczne) są zawarte w dokumentacji integracyjnej dostępnej na stronie ezdrowie.gov.pl (zakładka Dla dostawców/Interfejsy). |
|  | Narodowy Fundusz Zdrowia | Art. 9 | Proponuję wydłużenie terminu wejścia w życie procedowanej ustawy.  Zaproponowany w art. 9 termin wejścia w życie ustawy – po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia – jest w ocenie NFZ niewystarczający skutecznego wdrożenia rozwiązań objętych projektem. Należy zauważyć, że zgodnie z nowelizowanym dodawanym art. 23c ust. 3 „Dane, o których mowa w ust. 8, są przekazywane Funduszowi w celu: 1) kontrolowania prawidłowości realizacji przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w ust. 3; 2) rozliczania kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej; 3) monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej; 4) rozpatrywania wniosków świadczeniobiorców, o których mowa w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1”. Wobec powyższego konieczne jest zbudowanie interfejsu pomiędzy NFZ a systemem teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Skoro prace nad budową interfejsu nie są realizowane spodziewać się można, że ten interfejs nie będzie gotowy w przewidzianym w art. 9 dniu wejścia ustawy w życie. Zasadne jest wydłużenie możliwości budowania interfejsu po wejściu ustawy w życie. Nie mniej jednak prace powinny być realizowane niezwłocznie w ramach obecnie trwającego pilotażu. Dodatkowym aspektem jest to, że dane te mają zostać przekazane do Funduszu w celu m.in. rozliczania kosztów udzielonych świadczeń. Ustalenie i oprogramowanie procesu rozliczania w oparciu o nowe dane z zewnętrznego źródła (w oparciu o ww. interfejs) jest skomplikowane i czasochłonne i niezbędne jest odpowiedni okres przejściowy minimum 6 miesięcy. Kolejnym ryzykiem jest brak zespołu developerskiego, który w krótkim terminie zrealizuje niezbędne zmiany w IoTL. W krótkiej perspektywie czasu, zgodnie z treścią dokumentów do zaopiniowania zmiany w IoTL nie będą znaczące (w przypadku kardiologii, wynikiem wyszukiwania placówek powinna wyświetlić się możliwość przekierowania użytkownika na stronę internetową z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązaną z Internetowym Kontem Pacjenta (zgodnie z OSR w celu zapewnienia ogólnodostępnej informacji dla świadczeniobiorców, dla świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją minister właściwy do spraw zdrowia będzie publikować na stronie informację o świadczeniach objętych CeR). W kolejnych krokach jednak, zgodnie z planowanymi zmianami o pierwszym wolnym terminie zmiany w ITL będą znaczące i być może będzie on miejscem publikującym informacje zarówno pochodzące z APKOLCE, komunikatu LIOCZ jak i z CeR. To będzie wymagało znacznego zaangażowania ze strony zespołu developerskiego IoTL. | **Uwaga uwzględniona**  Termin wejścia w życie określony został na 1 stycznia 2026 r. |
|  | Pracodawcy RP | OSR pkt 6 | Ostatnia uwaga dotyczy zachęt dla świadczeniodawców, gdzie z Oceny Skutków Regulacji (OSR) wynika, że zachęt dla świadczeniodawców (tj. kwoty 10 000 zł) nie otrzymają podmioty, w których znajdują się lokalizacje zintegrowane z centralną rejestracją w ramach programu pilotażowego. Powyższe działanie jest dyskryminujące dla podmiotów, które w pierwszej kolejności przystąpiły do pilotażu zapewniając instytucjom centralnym możliwość przetestowania nowych rozwiązań ponosząc jednocześnie koszty wynagrodzenia dla dostawców oprogramowania oraz koszty organizacyjne. Działanie takie byłoby szczególnie dyskryminujące dla podmiotów, które przystąpiły do pilotażu tylko w jednym zakresie objętym pilotażem i w wyniku wejścia w życie przepisów ustawy będą musiały dokonać integracji systemu teleinformatycznego w pozostałych zakresach świadczeń, nawet jeżeli świadczenia udzielane są w tej samej lokalizacji. Jednocześnie przedmiotowe stwierdzenie zawarte w OSR jest niezgodne z brzmieniem przepisu ustawy, który uzależnia otrzymanie dofinansowania wyłącznie od rozpoczęcia prowadzenia centralnej e-rejestracji w terminie 4 miesięcy od dnia wejścia w życie przepisów. | **Uwaga uwzględniona częściowo**.  Przyznanie zachęt nie dotyczy lokalizacji, na które świadczeniodawca otrzymał dofinansowanie określone w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych.  Świadczeniodawcy, którzy włączą się do centralnej elektronicznej rejestracji w trakcie programu pilotażowego zrealizowali już zadania, które określają projektowane zapisy ustawy, tj.:  - udostępniają w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramy przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy zmienianej w art. 1, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujące okresy udzielania tych świadczeń od dnia następującego po dniu ich udostępnienia,  - zapewnią możliwość dokonywania przez świadczeniobiorców centralnych zgłoszeń na te świadczenia opieki zdrowotnej.  Uspójniono zapisy OSR. |
|  | Polskie Towarzystwo Kardiologiczne |  | Zasady zapisywania w centralnej rejestracji  Centralna rejestracja obejmuje wszystkich pacjentów, ale tylko pacjenci pierwszorazowi przechodzą przez zgłoszenie centralne i mogą trafić na centralny wykaz oczekujących. Pacjenci kontynuujący leczenie pozostają w dotychczasowym, indywidualnym trybie umawiania wizyt przez świadczeniodawcę.  „W celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca ma obowiązek: 1) udostępniać w systemie teleinformatycznym [...] harmonogramy przyjęć prowadzone przez świadczeniodawców zgodnie z art. 19a wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia.” i „[...] świadczeniodawcy będą obowiązani udostępniać w tym systemie w całości swoje harmonogramy przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia dotyczącymi świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją.”  Pacjenci kontynuujący leczenie nadal są umawiani bez udziału w centralnym systemie, ale terminy ich wizyt również mają być wpisywane do harmonogramu udostępnianego w systemie (co podkreśla np. art. 23g ust. 4). Oznacza to, że grafik „widoczny w systemie” powinien obejmować całość planu pracy poradni, ale tylko te terminy, które są jeszcze dostępne, są oferowane pacjentom zgłaszającym się po raz pierwszy.  Udostępnienie całości grafiku pacjentom pierwszorazowym może wiązać się z:  1. Ryzykiem utraty dostępności świadczeń dla pacjentów kontynuujących leczenie – przy braku odpowiednich zabezpieczeń system może doprowadzić do sytuacji, w której wszystkie dostępne terminy zostaną zajęte przez pacjentów pierwszorazowych. Może to skutkować zaburzeniem ciągłości opieki oraz poważnymi konsekwencjami klinicznymi, zwłaszcza w dziedzinach takich jak kardiologia.  2. Brakiem elastyczności organizacyjnej świadczeniodawcy – narzucony obowiązek udostępniania pełnych grafików może utrudniać planowanie pracy zespołów oraz skutkować nadmiarem obciążenia pracą, zwłaszcza w sytuacjach wymagających szybkiej reorganizacji (np. zmiany kadrowe, nieobecności lekarzy).  3. Brakiem narzędzi do technicznego „rezerwowania” bloków dla kontynuacji leczenia – projekt ustawy nie przewiduje wyraźnych rozwiązań systemowych umożliwiających automatyczne „zablokowanie” części terminów wyłącznie dla pacjentów kontynuujących terapię.  **Rekomendacje:**  1. Wprowadzenie w przepisach wykonawczych mechanizmu umożliwiającego rezerwację odpowiedniej puli miejsc w harmonogramie wyłącznie dla pacjentów kontynuujących leczenie. Może to przyjąć postać:  o automatycznego oznaczania bloków czasowych,  o zdefiniowanego procentowego limitu terminów przeznaczonych wyłącznie dla kontynuacji,  2. Zachowanie zasady elastyczności organizacyjnej po stronie świadczeniodawcy w planowaniu grafików przyjęć, przy jednoczesnym zagwarantowaniu przejrzystości i pełnej informacji w systemie; odstąpienie od konieczności ujawniania lekarza udzielającego świadczenia.  3. Wyraźne uregulowanie, że pacjenci kontynuujący leczenie nie podlegają ograniczeniom wynikającym z zajętości terminów dla pacjentów pierwszorazowych – tak, aby ich terminy mogły być planowane niezależnie od kolejności zgłoszeń centralnych. | **Uwaga uwzględniona**  Rozwiązania centralnej elektronicznej rejestracji, w tym umawianie wizyt pierwszorazowych i na kontynuację leczenia, są zgodne z postulatami zgłaszanymi w uwadze.  Świadczeniodawca bowiem udostępnia świadczeniobiorcom wyłącznie wolne terminy na wizyty pierwszorazowe, natomiast wolne terminy wizyt są widoczne tylko dla pracowników placówki. Tylko placówka może umówić świadczeniobiorcę na wizytę w ramach kontynuacji leczenia.  Mechanizm centralnej elektronicznej rejestracji zapewnia elastyczność organizacyjną świadczeniobiorcom i możliwość umawiania świadczeniobiorców zgodnie z dotychczasowymi zasadami, przy zachowaniu zgodności obowiązującymi przepisami prawa i umowami z NFZ. |
|  | Polskie Towarzystwo Kardiologiczne |  | Integracja systemu centralnej rejestracji z systemami gabinetowymi i szpitalnymi  Zgodnie z projektem ustawy, centralna elektroniczna rejestracja ma być realizowana z wykorzystaniem funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (czyli tzw. System P1).  Koncepcja centralnej elektronicznej rejestracji jest słuszna i pożądana z punktu widzenia poprawy dostępności i transparentności świadczeń zdrowotnych. Należy jednak wskazać, że jej skuteczne wdrożenie jest uzależnione od realnych terminów technicznego uruchomienia systemu oraz odpowiedniego wsparcia finansowego i organizacyjnego dla świadczeniodawców. Brak tych warunków grozi opóźnieniem wdrożenia, przeciążeniem organizacyjnym placówek oraz zakłóceniem ciągłości udzielania świadczeń.  W projekcie ustawy zapisano dwa kluczowe obowiązki:  1. Udostępnienie harmonogramów przyjęć w systemie P1 – w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie art. 23c ust. 3 ustawy.  2. Zapewnienie możliwości dokonywania zgłoszeń centralnych przez pacjentów – najpóźniej miesiąc po udostępnieniu harmonogramów.  Z punktu widzenia świadczeniodawców, szczególnie szpitali i poradni specjalistycznych, pełna integracja z systemem P1 będzie wymagała:   dostosowania infrastruktury IT i harmonogramów do nowych standardów przekazywania danych,   zapewnienia interoperacyjności z centralnym systemem rejestracyjnym,   przeprowadzenia szkolenia dla personelu,  - to wszystko w bardzo krótkim czasie – 4 miesiące łącznie od wejścia w życie odpowiednich przepisów.  Rekomendacje  1. Wydłużenie terminu obowiązku wdrożenia i okresu przejściowego do minimum 6 miesięcy. Wskazany termin (łącznie 4 miesiące) jest niewystarczający, szczególnie w przypadku dużych podmiotów leczniczych dysponujących rozbudowaną strukturą IT, zróżnicowanymi systemami dziedzinowymi oraz rozproszonymi lokalizacjami. Przygotowanie tak złożonego wdrożenia w ciągu 3 miesięcy jest nierealne bez ryzyka zakłóceń w bieżącej działalności świadczeniodawców.  2. Wprowadzenie wyraźnych zapisów gwarantujących finansowanie kosztów wdrożenia i utrzymania integracji dla świadczeniodawców, proporcjonalnie do ich wielkości, zakresu świadczeń i stopnia informatyzacji. Choć projekt ustawy odwołuje się do realizacji systemu w ramach Krajowego Planu Odbudowy, w obecnym kształcie brakuje konkretnego mechanizmu zapewniającego adekwatne finansowanie integracji po stronie świadczeniodawców. Koszty związane z: zakupem nowych lub aktualizacją istniejących licencji oprogramowania, usługami integracyjnymi i testowaniem, zwiększeniem zasobów kadrowych IT, dodatkowymi kosztami operacyjnymi w okresie przejściowym znacznie przewyższają potencjalne kwoty wsparcia przewidziane w programach centralnych, które — według dostępnych informacji — są niewystarczające w szczególności dla szpitali i dużych poradni specjalistycznych. Rozpoznanie rynku dla jednego z dużych podmiotów wskazuje na koszty minimum 150 tysięcy złotych.  W kontekście wdrażania centralnej elektronicznej rejestracji rekomenduję rozważenie alternatywnego modelu integracji, opartego na bezpośredniej współpracy Ministerstwa Zdrowia z największymi dostawcami systemów informatycznych funkcjonujących w ochronie zdrowia. Zamiast prowadzenia wielu rozproszonych, kosztownych i ryzykownych integracji na poziomie indywidualnych podmiotów leczniczych, proces integracji z systemem P1 powinien zostać przeprowadzony na poziomie centralnym – poprzez stworzenie oficjalnych, certyfikowanych interfejsów integracyjnych (API) w ścisłej współpracy z największymi dostawcami rozwiązań IT. Powyższe rozwiązanie:   znacząco zmniejszy koszty ogólne systemu,   będzie bardziej ekonomiczne - ograniczy konieczność indywidualnego wsparcia finansowego dla każdego świadczeniodawcy.   ułatwi kontrolę jakości, bezpieczeństwa i spójności danych, | Uwaga uwzględniona.  Projekt ustawy przewiduje 6 miesięczny termin dla świadczeniodawców na wdrożenie rozwiązania i integrację systemu gabinetowego z centralna elektroniczną rejestracją. Dopiero po 6 miesiącach od dnia wejścia w życie ustawy świadczeniodawcy będą zobowiązani do integracji z tym rozwiązaniem i udostępniania świadczeniobiorcom informacji o wolnych i umówionych terminach wizyt. |
|  | Polskie Towarzystwo Kardiologiczne |  | Funkcjonalność Asystent Głosowy (Voicebot)  Pomysł wykorzystania asystenta głosowego w centralnej rejestracji zasługuje na poparcie jako nowoczesne i inkluzywne rozwiązanie. Jednak obecnie przedstawiony zakres jest niewystarczająco precyzyjny - doprecyzowanie funkcjonalności, wymagań i integracji technicznej jest warunkiem skutecznego wdrożenia tej technologii.  W projekcie ustawy przewidziano wykorzystanie voicebota jako jednego z narzędzi wspierających funkcjonowanie centralnej elektronicznej rejestracji:   przyjmowanie zgłoszeń centralnych (np. w przypadku odwołania wizyty),   przypominanie o zbliżającym się terminie świadczenia,   potwierdzanie obecności pacjenta na wizycie,   możliwość przełożenia lub anulowania wizyty przez pacjenta.  Opis działania voicebota jest ogólnikowy i nie odnosi się do:   * konkretnego modelu interakcji (np. czy bot rozpoznaje mowę naturalną), * kanałów dostępu (czy to będzie infolinia, aplikacja mobilna), * procedur bezpieczeństwa i weryfikacji tożsamości pacjenta. * obsługi osób starszych (wolniejsze tempo mowy, jasne komunikaty), * dostępności dla osób z niepełnosprawnościami   Nie wiadomo, jak voicebot będzie reagował na typowe problemy:   * Czy pacjent może odwołać wizytę tylko głosowo? Jak zostanie powiadomiony o nowym terminie? * Co w sytuacji, gdy pacjent nie potwierdzi obecności? Czy termin automatycznie przepada? * Jak będą obsługiwane przypadki pilne lub wymagające kontaktu z personelem?   Brakuje informacji, czy świadczeniodawcy będą musieli:   * zintegrować voicebota ze swoim systemem, * samodzielnie konfigurować wiadomości przypominające, * czy system będzie centralnie zarządzany przez podmiot państwowy (np. CSIOZ) i w pełni automatyczny.   Rekomendacje:   * Doprecyzowanie funkcjonalności voicebota w przepisach wykonawczych, w szczególności: * opisu zakresu interakcji i scenariuszy (np. przypomnienia, przekładanie, potwierdzanie, anulowanie), * sposobu kontaktu z pacjentem (telefon stacjonarny, komórkowy, SMS z linkiem do voicebota?), * algorytmu decyzyjnego w razie braku odpowiedzi lub odmowy.   2. Zalecenie integracji voicebota z Internetowym Kontem Pacjenta oraz z aplikacją mobilną pacjent.gov.pl – celem zwiększenia spójności komunikacji z pacjentem. | **Uwaga uwzględniona.**  Zgodnie z rekomendacjami Ministerstwo Zdrowia doprecyzuje:  - zakres funkcjonalności voicebota w przepisach wykonawczych, w szczególności zakresie: opisu zakresu interakcji (np. przypomnienia, przekładanie, potwierdzanie, anulowanie), sposobu kontaktu z pacjentem, algorytmu decyzyjnego w razie braku odpowiedzi lub odmowy.  - zasady integracji asystenta głosowego - voicebota z Internetowym Kontem Pacjenta oraz z aplikacją mobilną pacjent.gov.pl – celem zwiększenia spójności komunikacji z pacjentem. |
|  | PUODO (uwagi z dnia 22.05) |  | w odpowiedzi na pismo z 16 maja br. (znak: DIWP.0210.5.2024.KP) oraz w nawiązaniu do dotychczasowej korespondencji, w związku z przedłożeniem do zaopiniowania projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i niektórych innych ustaw (UD169; dalej jako „projekt”), działając na podstawie art. 57 ust. 1 lit. c) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/6791 oraz art. 51  ustawy o ochronie danych osobowych2, uprzejmie dziękuję za przedstawione wyjaśnienia.  Jednocześnie z uwagi na dalsze wątpliwości w odniesieniu do  projektowanych zmian ustawodawczych, zwracam uprzejmie uwagę na poniżej  sygnalizowane kwestie wymagające rozważenia, zważywszy na standardy i zasady  wynikające z przepisów rozporządzenia 2016/679.  I. Przetwarzanie danych osobowych za pomocą „asystenta  głosowego” (voicebota)  1. Z nadesłanych wyjaśnień wynika, że przedmiotowe regulacje dotyczące  nagrywania głosu pacjentów w związku z wykorzystywaniem usługi „asystenta  głosowego” nie odnoszą się do przetwarzania danych biometrycznych, które wymagałyby uwzględnienia szczególnych warunków wynikających z rozporządzenia  2016/679 oraz rozporządzenia 2024/16893. Jak wskazuje projektodawca, „w ramach  wspomnianego automatycznego przetwarzania danych osobowych, należy  podkreślić, że projektodawca nie planuje analizować głosu pacjentów. (…) Niemniej z  uwagi na wagę podjętego problemu projektodawca zobowiązuje się poprawić i  uzupełnić uzasadnienie projektu o informacje zapewniające i rozstrzygające  wątpliwości dotyczące przetwarzania danych w związku z identyfikacją lub  weryfikacją osoby fizycznej”.  W ocenie Prezesa UODO zapewnienia projektodawcy – odnoszące się celów  przetwarzania danych osobowych o cechach biometrycznych przetwarzanych w  związku z nagrywaniem rozmów pacjentów prowadzonych z asystentem głosowym,  w tym co do niewykorzystywania tych danych w celach służących do identyfikacji i  weryfikacji osób fizycznych – mają istotne znaczenie z punktu widzenia praw osób  fizycznych. Projektodawca powinien zadbać o właściwe gwarancje w tym zakresie w  stanowionych normach prawnych. Uzasadnienie projektu ustawy, pozbawione mocy  źródła prawa, nie może zastąpić norm prawnych. To przepisy powszechnie  obowiązujące i zapewniające stosowanie rozporządzenia 2016/679 stanowią  właściwe gwarancje ochrony danych osobowych w tym obszarze4.  Co istotne, projektodawca nie określa w jakich konkretnie celach dane w  postaci nagrania dźwięku lub transkrypcji nagrania będą przetwarzane. Zgodnie z  art. 23f „1. Centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona z wykorzystaniem  asystenta głosowego. 2. Nagrania dźwięku lub transkrypcja nagrania uzyskane w  wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem asystenta  głosowego, o którym mowa w ust. 1, zawierające dane, o których mowa art. 23c ust.  8, minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza wyłącznie do celów, dla których  zostały one zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 5 lat licząc od końca  roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane”.  Tym samym, projektowany art. 23f, w przedstawionym kształcie należy  uznać za niedookreślony i nieprecyzyjny. Stosownie zaś do zasady określoności  celu, dane osobowe muszą być zbierane w konkretnych, wyraźnych i prawnie  uzasadnionych celach i nieprzetwarzane dalej w sposób niezgodny z tymi celami  (art. 5 ust. 1 lit. b rozporządzenia 2016/679). Cel przetwarzania musi być  określony w podstawie prawnej lub, w przypadku przetwarzania, o którym mowa w  art. 6 ust. 1 lit. e) rozporządzenia 2016/679 musi być ono niezbędne do wykonania zadania realizowanego w interesie publicznym lub w ramach sprawowania władzy  publicznej powierzonej administratorowi (art. 6 ust. 3 rozporządzenia 2016/679).  2. Ponadto należy wskazać, że przepis nie precyzuje jaki zakres danych  świadczeniobiorcy będzie przetwarzany w przypadku połączenia z asystentem  głosowym, odsyłając do szerokiego zakresu danych wskazanych w art. 23c ust. 8  projektu. Projektodawca nie określa również sposobów i procedur przetwarzania  tych danych (np. w zakresie sposobu dokonywania identyfikacji świadczeniobiorcy),  w tym ich zabezpieczenia.  Zgodnie z zasadą minimalizacji dane osobowe muszą być adekwatne,  stosowne oraz ograniczone do tego co niezbędne do celów, w których mają być  przetwarzane (art. 5 ust. 1 lit c rozporządzenia 2016/679). Zasada integralności i  poufności wymaga natomiast przetwarzania danych w sposób zapewniający  odpowiednie bezpieczeństwo danych (art. 5 ust. 1 lit f rozporządzenia 2016/679).  Tym, samym doprecyzowania wymaga zakres danych świadczeniobiorców  przetwarzanych podczas korzystania z usługi asystenta głosowego, w tym dane  identyfikujące świadczeniobiorców, a także sposób ich przetwarzania. Należy przy  tym zauważyć, że z wyjaśnień projektodawcy wynika, że w celu identyfikacji osoby  fizycznej będą przetwarzane takie dane jak: imię, nazwisko oraz nr PESEL,  3. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, jak zostało to wyjaśnione oraz  wskazane w uzasadnieniu do projektu ustawy, że narzędzie „voicebota”  wykorzystuje automatyczne przetwarzanie danych osobowych i będzie miało na celu  „przypomnienie o zbliżającej się wizycie, potwierdzenie obecności pacjenta na  wizycie, a w razie konieczności przełożenie lub anulację wizyty”.  Należy więc wskazać, że w przypadku skorzystania z usługi asystenta  głosowego będzie dochodziło do zautomatyzowanego przetwarzania danych  osobowych i taki sposób przetwarzania danych będzie wywoływał wobec osoby  fizycznej skutki prawne. Stosownie zatem do treści art. 22 ust. 2b oraz 22 ust. 4  rozporządzenia 2016/679 podstawa prawna takiego przetwarzania powinna  przewidywać właściwe środki ochrony praw, wolności i prawnie uzasadnionych  interesów osoby, której dane dotyczą, w tym prawo niepodlegania decyzjom, o  których mowa w art. 22 rozporządzenia 2016/679.  A zatem to z przepisów projektowanych regulacji powinny wynikać konkretne  środki / instrumenty prawne związane z przyjętym sposobem przetwarzania danych  osobowych, mające na celu realizację praw osób fizycznych, tj. prawa do ochrony  danych osobowych, jak i prawa do opieki zdrowotnej. Uwaga Prezesa UODO w tym  zakresie dotyczy zatem sposobów realizacji praw świadczeniobiorców, nie zaś  powielania regulacji przewidujących te prawa w innych aktach prawnych, np. w  rozporządzeniu 2016/679, jak zrozumiał tę uwagę projektodawca.  W związku z powyższym regulacja dotycząca przetwarzania danych w  postaci nagrania dźwięku lub transkrypcji nagrania z wykorzystaniem asystenta  głosowego (aktualnie to projektowany art. 23f) wymaga w ocenie Prezesa UODO  doprecyzowania w zakresie: 1) celów przetwarzania danych, 2) zakresu danych, 3)  sposobów i procedur przetwarzania, a także 4) gwarancji realizacji praw osób  fizycznych, oraz innych instrumentów ochrony praw osób fizycznych, takich jak prawa do interwencji ludzkiej, kontroli przez człowieka. Skoro „usługa ma na celu  wzmocnienie komunikacji świadczeniobiorcy w obszarze zapisu na świadczenia  opieki zdrowotnej, w szczególności w przypadku świadczeniobiorców wykluczonych  cyfrowo” należy zadbać o to, aby skorzystanie z tej usługi właśnie przez osoby objęte  takim wykluczeniem nie prowadziło do niekorzystnych dla nich konsekwencji w  zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej.  4. Niezależnie od powyższego projektodawca zobowiązany jest do oceny  projektowanych rozwiązań przewidujących zastosowanie narzędzia wspieranego  sztuczną inteligencją, stosownie do przepisów rozporządzenia 2024/16895, w tym art.  6, art. 27, czy art. 50 tego rozporządzenia.  II. Zakres danych przetwarzanych w projektowanych przepisach  Zakres danych przetwarzanych w projektowanym systemie centralnej  elektronicznej rejestracji – stosownie do zasady minimalizacji danych – powinien być  adekwatny do celu w jakim dane te mają być przetwarzane. Informacje te powinny  być przy tym określone w podstawie ustawowej6, tak, aby stwarzać właściwe  gwarancje ochrony danych osobowych, przeciwdziałając ryzyku pozyskiwania  danych nadmiarowych, czy danych niezwiązanych ze wskazanymi celami.  Rozważenia wymaga doprecyzowanie wskazanych w opinii Prezesa UODO regulacji  odnoszących się do zakresu danych osobowych, w szczególności zważywszy na  charakter tych danych, które dotyczą danych o zdrowiu.  Jak wynika z nadesłanych wyjaśnień, projektodawca doprecyzował art. 23c  ust. 6. Jednocześnie w odniesieniu do art. 23e ust. 3 pkt 4 projektodawca wyjaśnił,  że „w przypadku danych dotyczących stanu zdrowia świadczeniobiorca sam  decyduje o ewentualnych dodatkowych danych, które poda podczas dokonywania  zgłoszenia centralnego. Natomiast dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej są  to dane, które pozwolą na prawidłową realizację świadczenia np. informacja o  znieczuleniu ogólnym przy udzieleniu świadczenia opieki zdrowotnej”. Odnosząc się  do wyjaśnień projektodawcy, wątpliwości budzi jednak konieczność pozyskiwania  danych osobowych dotyczących zdrowia w tak niedookreślonym i szerokim zakresie,  w odniesieniu do wskazanego celu, tj. dokonania tzw. zgłoszenia centralnego.  Również wyjaśnienia projektodawcy dotyczące art. 59b ust. 1 pkt 5a i 5b, 6af,  7, 9, 13 przewidujących poszerzenie zakresu danych przetwarzanych w  skierowaniu w postaci elektronicznej (m.in. danych dotyczących płci, daty urodzenia,  adresu zamieszkania świadczeniobiorcy) nie rozwiewają wątpliwości Prezesa UODO.  Jak wskazano, „będą to dane o pacjencie i przeznaczone dla samego pacjenta.  Celem tej propozycji jest jedynie zwiększenie autonomii informacyjnej pacjenta”. Projektodawca bowiem mieć bowiem na uwadze, że władze publiczne nie mogą  pozyskiwać, gromadzić i udostępniać innych informacji o obywatelach niż niezbędne  w demokratycznym państwie prawnym (art. 31 ust 3 i art. 51 ust. 2 Konstytucji RP).  III. Tryb udostępnienia danych osobowych do projektowanego  systemu  Odnosząc się do wyjaśnień dotyczących kwestii uregulowania trybu w jakim  ma nastąpić udostępnienie i przekazywanie danych do systemu centralnej  elektronicznej rejestracji, w tym danych z systemu usługobiorców, projektodawca  wskazuje, że mają one zostać uregulowane w akcie wykonawczym zgodnie z art.  23h ust. 2 pkt 2 lit. e. Należy jednak wskazać, że powoływany przepis stanowi  delegację ustawową do określenia „szczegółowego sposobu prowadzenia centralnej  elektronicznej rejestracji obejmującej [m.in.] ich udostępnianie i aktualizację na  potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji”, nie odnosi się jednak do trybu  przekazywania danych do tego systemu z innych systemów, np. z systemu  świadczeniodawców. Uwaga Prezesa UODO w tym zakresie wiązała się z  koniecznością stworzenia takich ustawowych regulacji, które wyeliminowałyby ryzyko  pozyskiwania danych przez osoby nieuprawnione lub niezgodnie z celem ich  uzyskania. Nie można więc przyjąć tych wyjaśnień za uzasadniające odstąpienie od  konieczności uregulowania trybu przekazywania danych do projektowanego  systemu.  IV. Ocena skutków dla ochrony danych  Z zadowoleniem należy odnieść się do deklaracji projektodawcy co do  dokonania powtórnej analizy oceny skutków dla ochrony danych. Dokument ten  powinien uwzględniać: 1) przyjęte sposoby przetwarzania danych osobowych (w tym  automatyczne przetwarzanie danych), 2) kontekst przetwarzania danych, a także 3)  cele, zakres i charakter danych, które to okoliczności w analizowanych aspektach  oraz odpowiednio do zakładanego przez projektodawcę ratio legis powodują wysokie  ryzyko naruszenia praw osób fizycznych. Konieczne jest wykazanie jakie zostały zastosowane środki mitygujące te ryzyka, w tym jakie gwarancje ochrony danych  osobowych, zostały zapewnione odpowiednio w projektowanych regulacjach.  Ocena skutków dla ochrony danych służy wykazaniu zgodności z przepisami  rozporządzenia 2016/679, a także jest wyrazem odpowiedzialności projektodawcy za tworzone normy prawne. Wynik takiej, prawidłowo przeprowadzonej, oceny skutków dla ochrony danych pozwoli projektującym przepisy na ustalenie, czy rozwiązania przyjmowane w projekcie aktu prawnego w związku z przetwarzaniem danych są proporcjonalne do zakładanego celu pod kątem ochrony danych. Wskazać przy tym trzeba, że wytyczne Grupy roboczej Art. 29 dotyczące oceny skutków dla ochrony danych wskazują na konieczność wybrania metodyki dokonywania oceny skutków dla ochrony danych, która spełnia kryteria określone w załączniku 2 do wytycznych.  Mając powyższe na uwadze, uprzejmie wnoszę o ponowną analizę projektowanych regulacji pod kątem zgodności z przepisami rozporządzenia 2016/679 i uwzględnienie przedstawionych dotychczas argumentów organu nadzorczego. | Uwaga uwzględniona częściowo  Dokonano zmiany w zakresie art. 23f w zakresie dotyczącym regulacji asystenta głosowego.  W zakresie załącznika nr 2 do OSR pozostaje on przedmiotem dalszych, pogłębionych analiz. W zależności od ich wyniku dokument ten może zostać poddany aktualizacji. |