|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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. |
|  | Ministerstwo Finansów | Uwaga ogólna | W związku z trwającym pilotażem (wymienionym w pkt 4) którego okres realizacji trwa od 1 kwietnia 2025 r. do dnia 31 października 2025 r. (rozporządzenie MZ z 6 sierpnia 2024 r. Dz.U. poz.1212) należy rozważyć przesunięcie wejścia w życie projektowanej regulacji ustawy UD 169 do czasu ewaluacji programu pilotażowego, tak aby wykorzystać w sposób maksymalny efekty wypracowane podczas trwania pilotażu. | **Uwaga uwzględniona**  W Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad projektem rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1212). Jedną z konsekwencji projektowanej zmiany jest wydłużenie czasu realizacji programu pilotażowego.  W ramach prac nad projektem ustawy uwzględniane są na bieżąco wnioski z wdrożenia pilotażowego centralnej elektronicznej rejestracji.  Program pilotażowy zakłada przekazanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia do dn. 31.05 br. oceny wyników programu pilotażowego z realizacji programu pilotażowego na podstawie sprawozdania cząstkowego. Wnioski z tej oceny zostaną uwzględnione w trakcie prac nad usprawnieniem systemu centralnej elektroniczną rejestracji. |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 20 ust. 9aa Uwaga ogólna (zgłoszona po terminie) | Mając na uwadze, że dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną i leczeniem onkologicznym świadczeniodawca prowadzi odrębną listę oczekujących na udzielenie świadczenia (art. 20 ust. 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm. (ustawa o świadczeniach)) oraz, że przy umieszczaniu wskazanych powyżej świadczeniobiorców na tej liście mają zastosowanie kryteria medyczne, o których mowa w art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach, dodawany w art. 1 w pkt 2 w lit. b projektu ustawy przepis art. 20 ust. 9aa ustawy o świadczeniach, regulujący kwestie dotyczące przyznawania zwolnionego terminu dla świadczeniobiorcy wpisanego na listę oczekujących, wymaga uzupełnienia w zakresie uwzględnienia w tym przepisie kryteriów medycznych mających zastosowanie w odniesieniu do świadczeniobiorców objętych diagnostyką i leczeniem onkologicznym. Analogiczną uwagę dotyczącą zasadności uzupełnienia przepisów projektu ustawy w zakresie kryteriów medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach, należy podnieść w odniesieniu do przepisów art. 23c ust. 11 pkt 1 i 2, art. 23d, art. 23e ust. 3 pkt 3, art. 23e ust. 10 i art. 23g ust. 1 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy). | **Uwaga nieuwzględniona.**  Przepis art. 20 ust. 9aa ustawy o świadczeniach został zmieniony i ujednolicony w przepisem zawartym w art. 23g ust. 3. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Uwaga ogólna | na dalszym etapie prac legislacyjnych nad projektem ustawy należy mieć na uwadze, że obecnie są procedowane projekty ustaw (w Sejmie *projekt ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej* – druk 1090 i na etapie rządowym *projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw* UD 71), które przewidują również zmiany w tych samych jednostkach redakcyjnych w ustawie o sioz. | **Uwaga uwzględniona** |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Uwaga ogólna | Projekt ustawy wymaga przeanalizowania w aspekcie wyczerpującego rozstrzygnięcia kwestii intertemporalnych. Tytułem przykładu należy wskazać na potrzebę rozstrzygnięcia sytuacji świadczeniobiorców, którzy przed dniem wejścia w życie projektu ustawy zostali umieszczeni na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, w sytuacji, w której dane świadczenie zostanie zamieszczone w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach.  W przypadku gdy zdaniem Projektodawcy nie zachodzi konieczność uzupełnienia przepisów projektu ustawy, informację taką należy zamieścić w uzasadnieniu projektu. | **Uwaga uwzględniona.**  Zgodnie z zapisami projektu ustawy (art. 23c ust. 3 pkt 1) świadczeniodawcy, dla zakresów świadczeń wskazanych w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, mają obowiązek przekazać swoje harmonogramy przyjęć (w tym listy oczekujących) do centralnej elektronicznej rejestracji. Oznacza to, że świadczeniobiorcy, którym przed dniem wejścia w życie projektu ustawy został wyznaczony termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej zachowują ten termin po włączeniu danego świadczenia do centralnej elektronicznej rejestracji.  Zgodnie z uwagą uzupełniono uzasadnienie. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Uwaga ogólna | Jednocześnie należy zauważyć, że z uwagi na zmiany ustawy o sioz związane z rozszerzeniem funkcjonalności systemu w zakresie prowadzenia CER, projekt ustawy powinien być przedmiotem prac Komitetu Rady Ministrów do Spraw Cyfryzacji. | **Uwaga uwzględniona**  Projekt ustawy zostanie przekazany do KRMC po zakończeniu etapu konsultacji opiniowania i uzgodnień. |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23c ust. 3 (uwaga po terminie) | W kontekście regulacji proponowanej w art. 23c ust. 3 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy), określającej obowiązki świadczeniodawcy w związku z prowadzeniem centralnej elektronicznej rejestracji (dalej „CER”), należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:  1) przepis przewiduje, że świadczeniodawca udostępnia w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 *ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2025 r. poz. 302) (dalej „ustawa o sioz”), harmonogramy prowadzone **zgodnie z art. 19a** ustawy o świadczeniach (pkt 1), tymczasem z przepisu art. 23h ust. 2 pkt 2 lit. e ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) wynika, że minister właściwy do spraw zdrowia ma określić, w drodze rozporządzenia, **szczegółowy sposób prowadzenia CER obejmujący prowadzenie przez świadczeniodawców harmonogramów przyjęć dla świadczeń objętych CER oraz ich udostępniania i aktualizacji na potrzeby CER**; w świetle powyższego wyjaśnienia wymaga kwestia dotycząca sposobu prowadzenia harmonogramów przyjęć;  2) ponownej analizy wymaga zakres danych przekazywanych przez świadczeniodawców do systemu (pkt 3), ponieważ dane dotyczące imienia i nazwiska, numeru PESEL oraz serii i numeru paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość (art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, g oraz i ustawy o sioz) są zawarte w harmonogramie przyjęć (zgodnie z art. 19a ust. 4 pkt 1 ustawy o świadczeniach harmonogram przyjęć zawiera m.in. dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. d oraz e ustawy o świadczeniach);  3) mając na uwadze zasady dotyczące przetwarzania danych osobowych, w tym zasadę dotyczącą minimalizacji danych, wyjaśnienia wymaga zasadność przetwarzania na potrzeby CER danych dotyczących nazwiska rodowego świadczeniobiorcy (art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. b ustawy o sioz). | 1. Uwaga wyjaśniona. Przepis art. 19a 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.) określa zakres danych zawartych w harmonogramach przyjęć (ust. 4) oraz ogólne zasady prowadzenia harmonogramów przyjęć np. „W przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym, wpis w harmonogramie przyjęć może zostać dokonany także niezwłocznie po udzieleniu tego świadczenia.” (ust. 3).   Celem art. 23h ust. 2 pkt 2 lit. e projektu ustawy jest uregulowanie w przepisach rangi rozporządzenia szczegółów postępowania z harmonogramami przyjęć wynikającymi ze specyfikacji funkcjonalności systemu centralnej elektronicznej rejestracji..   1. Uwaga uwzględniona. Ograniczono zakres danych w art. 23c ust. 3 pkt 3. Usunięto lit. b 2. Uwaga została uwzględniona |
|  | 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. |
|  | Ministerstwo Sprawiedliwości | Art. 23e ust. 4 | Proponowane brzmienie art. 23e ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) określa sposoby dokonania zgłoszenia, będącego podstawą do wyznaczenia świadczeniobiorcy zgłaszającemu się do świadczeniodawcy po raz pierwszy, terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej rejestracji.  Zauważyć jednak należy, że zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, osoby pozbawione wolności nie mają dostępu do sieci internetowej w zakresie Internetowego Konta Pacjenta, nie posiadają dostępu do indywidualnej skrzynki poczty elektronicznej, a także nie mogą korzystać z telefonów komórkowych. To powoduje, że osoby pozbawione wolności nie mogą skorzystać z funkcji udostępnionych w serwisie Internetowe Konto Pacjenta. Z kolei wskazać należy, że systemy centralne Służby Więziennej aktualnie zintegrowane są z API Systemów Informacji Medycznej w zakresie e-skierowań. Zaproponowane rozwiązania uniemożliwiają integrację systemów informatycznych Służby Więzieanej w zakresie Centralnej Elektronicznej Rejestracji.aSłużba Więzienna zadeklarowała więc otwartość na współpracę w zakresie wypracowania ścieżki informatycznej umożliwiającej centralną rejestrację pacjentów pozbawionych wolności.aAlternatywnie zaproponowała rozwiązanie legislacyjne niekolidujące z obowiązującymi aktami prawnymi i niepowodujące pogłębienia wykluczenia cyfrowego podmiotów leczniczych dla osób pozbawionych wolności, poprzez dodanie w art. 23e w ust. 6 pkt 3 (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) o następującym brzmieniu:„3) rejestracji osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2024 r. poz. 706 i 1907).”.aZgodnie z art. 115 § 5a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2024 r. poz. 706 i 1907) oraz art. 12a 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.}, specjalistyczne świadczenia zdrowotne, leczenie lub rehabilitacja, realizowane są wobec osób pozbawionych wolności w pozawięziennych podmiotach leczniczych z zachowaniem kolejności dostępu do tych świadczeń na równych prawach wynikających z ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581). Podmioty lecznicze dla osób pozbawionych wolności podległe Ministrowi Sprawiedliwości na chwilę obecną mają możliwość wygenerowania e-skierowania i na tej podstawie pacjent zapisywany jest w kolejkę oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego.aJak wspomniano, osoby pozbawione wolności nie mają dostępu do sieci internetowej. Obecnie, pełna obsługa umówionej wizyty odbywa się za pośrednictwem personelu medycznego podmiotów leczniczych na zasadach ogólnie przyaętych.aZauważyć należy również, że pacjent oczekujący w Centralnym Rejestrze Pacjentów po opuszczeniu jednostki penitencjarnej zachowa prawa do udzielenia świadczenia zdrowotnego bez zbędnej zwłoki. | **Uwaga uwzględniona** |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23c ust. 4 pkt 1 i Art. 23e ust. 7 pkt 4 | Mając na uwadze, że przepis art. 19a ustawy o świadczeniach określa zamknięty katalog danych zawartych w harmonogramie przyjęć i nie obejmuje danych dotyczących pracownika medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych, wątpliwości budzi przepis art. 23c ust. 4 pkt 1 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy), z którego wynika, że świadczeniodawca udostępnia harmonogramy przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia oraz z informacją o imieniu i nazwisku oraz identyfikatorze pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej w przypadku, gdy świadczeniodawca prowadzi harmonogram przyjęć w takim zakresie –kwestia ta wymaga wyjaśnienia. Analogiczną uwagę należy podnieść w odniesieniu do przepisu art. 23e ust. 7 pkt 4 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy). | Uwaga uwzględniona.  Przepis art. 20 ust. 9aa ustawy o świadczeniach, regulujący kwestie dotyczące przyznawania zwolnionego terminu dla świadczeniobiorcy wpisanego na listę oczekujących, został uzupełniony w zakresie uwzględnienia w tym przepisie kryteriów medycznych, o których mowa w ust.13.  Proponowana zmiana: „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 i 13.”. |
| 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23c ust. 4 pkt 4 i art. 29b ust. 1 pkt 14 oraz art. 42d ust. 6 pkt 3 | Zgodnie z art. 23c ust. 4 pkt 4 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) świadczeniodawca wraz z harmonogramami przyjęć i dostępnymi terminami udzielenia świadczenia udostępnia informację o obsługiwanych przez świadczeniodawcę kodach Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9 i obowiązującej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. W uzasadnieniu projektu (str. 10 akapit trzeci) Projektodawca wskazał, że w odniesieniu do Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ze względu na planowane w najbliższej przyszłości wdrożenie jedenastej rewizji i możliwość ewentualnych dalszych zmian proponuje się rezygnację z określenia konkretnej rewizji (ICD-10) i zastąpienie je odesłaniem do „obowiązującej” klasyfikacji. Zasadnym wydaje się przyjęcie takiego rozwiązania w odniesieniu do Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych i rezygnację z określenia rewizji ICD-9 w odniesieniu do tej klasyfikacji. Analogiczną uwagę należy podnieść w zakresie dodawanego w art. 59b w ust. 1 pkt 14 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 7 lit. e projektu ustawy) oraz uzupełnić projekt ustawy o nowelizację przepisu art. 42d ust. 6 pkt 3 ustawy o świadczeniach. | **Uwaga uwzględniona** |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23c ust. 5 (uwaga po terminie) | W kontekście regulacji proponowanej w art. 23c ust. 5 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którą Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) przekazuje do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy o sioz, (system sioz), dane przetwarzane w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych, o których mowa w art. 188e ustawy o świadczeniach, pozwalające na dokonywanie oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programów zdrowotnego, w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania zgłoszenia centralnego na świadczenie realizowane w ramach programu zdrowotnego, należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:  1) proponowany przepis wymaga doprecyzowania przez wskazanie jednostki redakcyjnej, w której jest zawarty zakres danych przetwarzanych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych;  2) wątpliwości budzi zamieszczenie przedmiotowej regulacji w grupie przepisów dotyczących elektronicznej rejestracji – właściwszym miejscem wydaje się przepis art. 188e ustawy o świadczeniach;  3) mając na uwadze, że dane przetwarzane w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych mają być przekazywane do systemu sioz, potwierdzenia wymaga brak konieczności uzupełnienia przepisów ustawy o sioz w zakresie katalogu danych przetwarzanych przez system sioz, funkcjonalności systemu sioz i celu, w jakim mają być przetwarzane dane w systemie sioz; analogiczną uwagę należy podnieść w odniesieniu do regulacji proponowanych w przepisach art. 23c ust. 8 (zakres danych przetwarzanych w CER stanowiącej funkcjonalność systemu sioz), 9 (cel przetwarzania danych w systemie sioz) oraz 10 (generowanie raportów z systemu sioz) ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy). | **Uwaga uwzględniona**   1. Uzupełniono jednostkę redakcyjną w art. 23c ust. 5 poprzez wskazanie właściwego ustępu art. 188e. 2. Art. 23c ust. 5 reguluje obowiązek przekazywania danych do systemu centralnej elektronicznej rejestracji oraz zakres i cel tego przekazywania. Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że zakres danych importowanych do centralnej elektronicznej rejestracji lub eksportowanych z tego systemu do innych systemów powinny zostać zawarte w tym właśnie artykule celem zapewnienia kompletności zapisu. 3. Ministerstwo Zdrowia potwierdza brak potrzeby dodatkowych zmian w ustawie o systemie informacji o ochronie zdrowia. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23c ust. 6 pkt 2 i 3 | Przepis art. 23c ust. 6 pkt 2 i 3 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) wymaga doprecyzowania w zakresie określenia zakresu danych dotyczących karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz pracownika medycznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 23c ust. 4 pkt 1 ustawy o świadczeniach, które mają być zawarte w centralnym wykazie oczekujących. Analogiczną uwagę należy podnieść w odniesieniu do przepisu art. 23e ust. 3 pkt 2 i 4 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) w zakresie doprecyzowania, jakie informacje o prawie do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością przyjęć świadczeniodawca ma podać w zgłoszeniu centralnym (czy posiada takie prawo, podstawę prawną przyznania uprawnienia, kod tytułu uprawnienia określony w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach) oraz jakie dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy istotne do przyjęcia zgłoszenia centralnego jest obowiązany podać świadczeniodawca. | **Uwaga uwzględniona**  Zaproponowano zmianę w przedmiotowym zakresie:  „2) 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;  3) o kryteriach wybranych przez świadczeniobiorcę, w których mowa w art. 23e. ust. 7, w tym imię i nazwisko oraz identyfikator pracownika medycznego  udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. art. 17c ust. 5ustawy o systemie informacji ochrony zdrowia;” |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23c ust. 7 pkt 1 | Zgodnie z przepisem art. 23c ust. 7 pkt 1 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) przy ustalaniu kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach.  Należy zauważyć, że powyższe wynika już z przepisu art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach Mając jednak na uwadze, że przy umieszczaniu na liście oczekujących w odniesieniu do wskazanych powyżej świadczeniobiorców, świadczeniodawca ma stosować kryteria medyczne, o których mowa w art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach, przepis wymaga odpowiedniego przeformułowania, zgodnie z którym przy ustalaniu kolejności udzielania świadczeń w ramach CER stosuje się kryteria medyczne właściwych dla tej grupy świadczeniobiorców.  Należy także nadmienić, że obecnie jest procedowany w Sejmie *projekt ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej* (nr druku 1090), który przewiduje zmiany w ustawie o świadczeniach m.in. w zakresie prowadzenia odrębnych list oczekujących w odniesieniu do świadczeniobiorców objętych opieką kardiologiczną i określenia kryteriów medycznych, jakimi powinien się kierować świadczeniodawca umieszczając takiego świadczeniobiorcę na liście oczekujących i ustalając mu termin udzielenia świadczenia. W konsekwencji wskazuje się na zasadność odpowiedniej koordynacji proponowanych rozwiązań w powyższym zakresie między przepisami przedmiotowego projektu, a regulacjami ujętymi w projekcie o nr druku sejmowego 1090. | **Uwaga wyjaśniona**  Zgodnie z przepisem art. 23c ust. 7 pkt 1 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) przy ustalaniu kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym w ramach centralnej elektronicznej rejestracji nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach. Konieczność powtórzenia tych zapisów wynika z faktu, iż art. 20 ust. 12 odnosi się do prowadzenia odrębnych list oczekujących, a więc do sytuacji, w której świadczenia onkologiczne nie są objęte centralną elektroniczną rejestracją.  W opinii Ministerstwa Zdrowia przepis nie wymaga przeformułowania w celu uwzględnienia zapisu, zgodnie z którym świadczeniodawca ma stosować kryteria medyczne, o których mowa w art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach, ponieważ wyznaczanie terminów dla świadczeniobiorców wskazanych w uwadze realizowane jest wyłącznie w wyniku bezpośredniego kontaktu świadczeniodawcy ze świadczeniobiorcą (zgodnie z art. 23e ust. 4 pkt projektu ustawy). Do ustalenia kolejności udzielania świadczeń mają więc zastosowanie przepisy, o których mowa w art. 20 ust. 13 – kolejność udzielania świadczeń jest ustalana zgodnie z kryteriami określonymi w tym przepisie.  Sposób realizacji uprawnień wynikających z karty DILO nie wymaga zatem doprecyzowania art. 23c ust. 7.  Projekty obu ustaw (projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD 169) i ustawy o Krajowej Sieci Kardiologicznej) zostaną ujednolicone. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23c ust. 10 | Proponowany w art. 1 pkt 3 projektu ustawy przepis art. 23c ust. 10 ustawy o świadczeniach przewiduje możliwość generowania przez administratora systemu sioz raportów z działania CER dla ministra właściwego do spraw zdrowia, NFZ, świadczeniodawcy – w zakresie jego działalności oraz świadczeniobiorcy – za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta. Wobec braku wyjaśnienia w uzasadnieniu projektu przesłanek uzasadniających przyjęcie proponowanego rozwiązania, kwestia pośrednictwa administratora systemu sioz w generowaniu raportów wymaga wyjaśnienia i ewentualnego uzupełnienia przepisów projektu ustawy w zakresie procedury występowania do administratora systemu sioz o raporty. | **Uwaga uwzględniona**  Dodano do uzasadnienia przyjęcie proponowanego rozwiązania, tj. pośrednictwa administratora systemu sioz w generowaniu raportów.  Rozwiązanie to przyjęto mając na uwadze, że administrator systemu, o którym mowa w art. 7 ustawy o systemie informacji ochrony zdrowia jest podmiotem wskazanym ustawowo do pełnienia takiej roli.  Ponadto Ministerstwo Zdrowia stoi na stanowisku, że nie jest zasadne dodanie zapisów w zakresie procedury występowania do administratora systemu sioz o raporty, gdyż przedmiot regulacji stanowi kwestię techniczną. |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23c ust. 11 pkt 2 | Z przepisu art. 23c ust. 11 pkt 2 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) wynika, że minister właściwy do spraw zdrowia publikuje na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta m.in. informacje o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej do każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń objętych CER aktualizowanym raz dziennie. Ponadto zgodnie z art. 23c ust. 12 ustawy o świadczeniach minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych CER. Należy zauważyć, że z przepisów projektu ustawy nie wynika, kto będzie obliczał prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i kwestia ta wymaga wyjaśnienia oraz uzupełnienia projektu ustawy i jej uzasadnienia. | **Uwaga uwzględniona.**  Uzupełniono art. 23c ust. 11 pkt 2 o informację o podmiocie, który dokonuje obliczeń prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.  Poprawione brzmienie przepisu: „2)obliczonym przez administratora systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, prognozowanym czasie 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, aktualizowanym raz dziennie”  Uzupełniono uzasadnienie w tym zakresie. |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23e ust. 5 | Zgodnie z przepisem art. 23e ust. 5 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) na diagnostykę lub leczenie onkologiczne udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego centralnego zgłoszenia dokonuje się bezpośrednio u świadczeniobiorcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej 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*  *(Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) również za pośrednictwem infolinii onkologicznej, o której mowa w art. 20 ust. 1 tej ustawy. W świetle powyższego wymaga wyjaśnienia:*  *1) brak możliwości dokonania centralnego zgłoszenia przez wskazanych powyżej świadczeniobiorców za pomocą Internetowego Konta Pacjenta;*  *2) kwestia dotycząca możliwości dokonania centralnego zgłoszenia przez świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną za pomocą infolinii w kontekście aktualizacji wniosku o wprowadzenie projektu dokumentu rządowego do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów z dnia 8 kwietnia 2025 r., stanowiącego załącznik do pisma Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2025 r. (znak: PRWL.0210.78.2024.PRWL.0210.78.2024EŚ) w części 1 dotyczącej zmiany sposobów dokonania zgłoszenia centralnego, polegającej na usunięciu możliwości rejestracji za pośrednictwem infolinii, który nie przewidywał pozostawienia takiej możliwości w odniesieniu do wskazanych powyżej pacjentów.* | **Uwaga wyjaśniona**  1) brak możliwości dokonania centralnego zgłoszenia przez wskazanych powyżej świadczeniobiorców za pomocą Internetowego Konta Pacjenta, ponieważ do świadczeniodawcy będzie należała koordynacja opieki nad pacjentem i skierowanie (zapisanie go) do właściwego specjalisty biorąc pod uwagę rodzaj rozpoznania (kod ICD);  2) zgodnie z informacją w pkt 1 przepisy dotyczące zapisów na świadczenia poprzez infolinię onkologiczną mają zostać uchylone w ustawie o KSO. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23e ust. 7 | Ponownej analizy wymaga przepis art. 23e ust. 7 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) określający przykładowy (przez użycie wyrazów „w szczególności”) zakres kryteriów, które świadczeniobiorca albo osoba trzecia może określić przy dokonywaniu centralnego zgłoszenia. Wydaje się, że zakres kryteriów powinien stanowić katalog zamknięty. Ponadto należy zauważyć, że kryterium określone w pkt 6 (posiadanie prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością) stanowi również element zgłoszenia centralnego (art. 23e ust. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach). Wobec braku przedstawienia w uzasadnieniu projektu powodów przyjęcia takiego rozwiązania, kwestia dotycząca zakresu kryteriów wymaga wyjaśnienia i ewentualnego uzupełnienia i skorygowania projektu ustawy, stosownie do decyzji merytorycznej Projektodawcy | **Uwaga uwzględniona.**  Postanowienia art. 23e ust. 7 ustawy o świadczeniach pozostawiono bez zmian. Zawarta w pkt 6/ możliwość wyboru prawa do świadczeń poza kolejności, stanowi podstawę wyszukiwania kryteriów. Natomiast ust. 3 wskazuje na zakres danych po dokonaniu zgłoszenia centralnego.  Odnosząc się do uwagi dotyczącej otwartego katalogu kryteriów Ministerstwo Zdrowia zwraca uwagę, że systemy informatyczne są często dostosowywane do potrzeb świadczeniobiorców stąd w projekcie ustawy zawarto podstawowe, minimalne kryteria zgodnie z którymi świadczeniobiorca będzie mógł wyszukać wolnego terminu wizyty. Ministerstwo Zdrowia może w ramach rozwoju systemu umożliwiać świadczeniobiorcom wyszukanie wolnych terminów również wg innych kryteriów zgodnie z zakresem danych przekazywanych do systemu centralnej elektronicznej rejestracji |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23e ust. 9 | Z przepisu art. 23e ust. 8 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) wynika, że kryteria, o których mowa w art. 23e ust. 7 ustawy o świadczeniach, mogą być modyfikowane po dokonaniu zgłoszenia centralnego. Z uwagi na to, że w odniesieniu do danych zawartych w zgłoszeniu centralnym (art. 23e ust. 3 ustawy o świadczeniach) Projektodawca w projekcie ustawy nie przewidział możliwości modyfikowania danych po ich wprowadzeniu – kwestia ta wymaga wyjaśnienia i ewentualnego uzupełnienia projektu. | **Uwaga uwzględniona**  Zakres zgłoszenia centralnego obejmuje również kryteria, o których mowa w art. 23e ust. 7 ustawy o świadczeniach.  W związku z powyższym uzupełniono zapis w tym ustępie.  Jednocześnie Ministerstwo Zdrowia podkreśla, że w projekcie ustawy przewidziano możliwości modyfikowania danych po ich wprowadzeniu, np. w przypadku kategorii medycznej (art. 23c ust. 10).  Ponadto dane zawarte w zgłoszeniu centralnym mogą ulegać zmianie na podstawie innych ustaw, np. imię i nazwisko świadczeniobiorcy może ulec zmianie w wyniku zawarcia związku małżeńskiego. |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23e ust. 12 | Przepis art. 23e ust. 12 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy), zgodnie z którym jeżeli świadczeniobiorca dokona zgłoszenia centralnego bezpośrednio u świadczeniodawcy w czasie braku dostępu do Systemu P1 (należy wskazać na system sioz) 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, wymaga uzupełnienia przez wskazanie, kto wyznacza świadczeniobiorcy termin udzielenia świadczenia albo umieszcza go w centralnym wykazie oczekujących po ustaniu braku dostępu do systemu. | **Uwaga uwzględniona częściowo.**  Termin udzielenia świadczenia jest wyznaczany w centralnej elektronicznej rejestracji zgodnie z jej zasadami na podstawie centralnego zgłoszenia:  art. 23e. 1. Podstawą do wyznaczenia świadczeniobiorcy zgłaszającemu się do świadczeniodawcy po raz pierwszy terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji jest zgłoszenie centralne.  Ponadto zgodnie z art. 23g ust. 1., termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji jest wyznaczany świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kolejności dokonania zgłoszenia centralnego na wybrane świadczenie opieki zdrowotnej. Jeżeli w czasie niedostępności systemu podmiotu leczniczego na wolny termin w centralnej elektronicznej rejestracji zostanie umówiona wizyta pacjenta A, natomiast placówka nie mając o tym wiedzy umówi pacjenta B w wewnętrznym harmonogramie, wówczas w przypadku konfliktu, obowiązuje powyższa zasada.  Ujednolicono odwołanie do systemu P1 zgodnie z uwagą. |
|  | 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 |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23f ust. 2 | Uspójnienia wymaga kwestia dotycząca okresu przechowywania nagrań dźwięku lub transkrypcji nagrania uzyskanego w wyniku prowadzenia CER z wykorzystaniem asystenta głosowego, ponieważ z przepisu art. 23f ust. 2 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) wynika, że nagrania dźwięku lub transkrypcja nagrania będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane, natomiast w uzasadnieniu projektu (str. 6 akapit pierwszy) zostało wskazane, że okres przechowywania przedmiotowych nagrań lub transkrypcji został ustalony na 5 lat. | Uwaga uwzględniona  Ujednolicono zapisy projektu ustawy oraz uzasadnienia.  Jednocześnie skrócono czas przechowywania nagrań dźwięku i tranckrypcji danych do okresu 3 lat. |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23g ust. 3 | W celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych, przepis art. 23g ust. 3 zdanie drugie ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) wymaga wyjaśnienia w zakresie określenia sytuacji „wystąpienia ryzyka niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia” oraz określenia świadczeniobiorców (innych niż umieszczenia w centralnym wykazie oczekujących), którym może zostać wyznaczony przez świadczeniodawcę w pierwszej kolejności termin udzielenia świadczenia. | **Uwaga uwzględniona**  Sytuacja „wystąpienia ryzyka niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia”, dotyczy przypadku odwołania przez świadczeniobiorcę wizyty w krótkim czasie przed terminem tej wizyty na przykład w okresie do 2 dni roboczych przez planowaną wizytą.  Ze względu na bliskość terminu i wysokie ryzyko niewykorzystania go przez tego świadczeniobiorcę termin ten nie może być wyznaczany świadczeniobiorcom umieszczonym w centralnym wykazie oczekujących.  W związku z powyższym świadczeniodawca może wyznaczyć ten termin dowolnemu świadczeniobiorcy, również temu, który nie jest umieszczony w centralnym wykazie oczekujących w celu optymalnego wykorzystania tego terminu. Termin ten jest też dostępny dla świadczeniobiorców korzystających z IKP/mojeIKP.  Ministerstwo Zdrowia zgadza się z uwagą RCL, iż świadczeniodawcy muszą mieć pewność odnośnie warunków udzielania świadczeń, jednak z względu na możliwą zmianę liczby dni które powodują „ryzyko niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia” (określenie liczby dni powodujących takie ryzyko może być zmienne w czasie funkcjonowania centralnej e-rejestracji), ureguluje ten warunek w akcie wykonawczym wydanym na podstawie art. 23h ust. 2.  Dookreślenie świadczeniobiorców (innych niż umieszczonych w centralnym wykazie oczekujących), którym może zostać termin udzielenia świadczenia nie jest zasadne, ponieważ obecne sformułowanie wskazuje na dowolnego świadczeniobiorcę nie będącego w centralnym wykazie oczekujących. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23g ust. 4 | Zgodnie z przepisem art. 23g ust. 4 zdanie drugie i trzecie ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) świadczeniobiorca kontynuujący leczenie może samodzielnie odwołać wyznaczony przez świadczeniodawcę termin udzielenia świadczenia i ponowne wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia lub jego zmiana wymaga bezpośredniego uzgodnienia ze świadczeniodawcą. Natomiast z przepisu art. 23g ust. 8 ustawy o świadczeniach wynika, że termin udzielenia świadczenia wyznaczony świadczeniobiorcy może zostać zmieniony przez świadczeniobiorcę lub świadczeniodawcę. W świetle powyższego potwierdzenia wymaga, czy zmiana terminu w przypadku, o którym mowa w art. 23g ust. 8 ustawy o świadczeniach, nie wymaga bezpośredniego uzgodnienia ze świadczeniodawcą. | **Uwaga uwzględniona**  Przepis art. 23g ust. 4 zdanie drugie i trzecie ustawy o świadczeniach określa warunki w przypadku świadczeniobiorcy kontynuującego leczenie. Świadczeniobiorca kontynuujący leczenie może samodzielnie odwołać wyznaczony przez świadczeniodawcę termin udzielenia świadczenia , a ponowne wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia lub jego zmiana wymaga bezpośredniego uzgodnienia ze świadczeniodawcą.  Ministerstwo Zdrowia potwierdza tym samym, że termin na wizytę w ramach kontynuacji leczenia może zostać zmieniony przez świadczeniobiorcę jedynie w uzgodnieniu ze świadczeniodawcą.  Natomiast przepis art. 23g ust. 8 wskazuje na ogólną zasadę dotyczącą pozostałych świadczeń.  W celu wyjaśnienia wątpliwości wskazanych w uwadze dodano w ust. 8 odniesienie do ust. 4. Obecne brzmienie przepisu (po ww. zmianie) jest następujące:  „Kryteria, o których mowa w ust. 7, mogą być modyfikowane przez świadczeniobiorcę, świadczeniodawcę lub osobę trzecią po dokonaniu zgłoszenia centralnego z uwzględnieniem ust. 4” |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23h ust. 1 | Dodawany w art. 1 w pkt 3 projektu ustawy przepis art. 23h ust. 1 ustawy o świadczeniach wymaga uzupełnienia przez wskazanie, kto dokonuje analizy uwzględniającej średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia i sposób jego udzielenia oraz liczbę udzielanych świadczeń, na podstawie której świadczenie opieki zdrowotnej jest umieszczane w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. | **Uwaga uwzględniona** |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 23h ust. 2 pkt 1 | Zgodnie z art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń opieki zdrowotnej objętych CER.  Z uzasadnienia projektu (str. 1 i 2) wynika, że w początkowym okresie CER będzie dotyczyła tylko części zakresów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie ambulatoryjnym i że w 2025 r. projektowanym rozwiązaniem zostaną objęte świadczenia realizowane w ramach kardiologii, a także świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz programu profilaktyki raka piersi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, a zatem tylko te świadczenia, które są objęte programem pilotażowym realizowanym na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. Wobec braku w uzasadnieniu projektu wyjaśnienia powodów, dla których w początkowym okresie funkcjonowania CER wykazem zostaną objęte jedynie te świadczenia, uzasadnienie projektu wymaga szczegółowego uzupełnienia w zakresie wskazania przesłanek, jakimi kierował się Projektodawca wybierając te świadczenia do realizacji w początkowym okresie działania CER. | **Uwaga uwzględniona**  Uzupełniono uzasadnienie zgodnie z uwagą.  Dodano następujące wyjaśnienie:  W 2025 r. projektowanym rozwiązaniem objęte zostaną świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach kardiologii, a także świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz programu profilaktyki raka piersi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.  Wybór zakresu świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją w 2025 r. wynika z kontynuacji programu pilotażowego, który stanowił etap przygotowawczy do wdrożenia tej usługi. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 42f ust.5 | Mając na uwadze, że zmieniany w art. 1 w pkt 5 projektu ustawy przepis art. 42f ust. 5 ustawy o świadczeniach określa zakres dokumentów dołączanych do wniosków o zwrot kosztów świadczeń gwarantowanych udzielanych na terytorium innego niż Rzeczypospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim obszarze gospodarczym, a dodawany w tym przepisie pkt 1a nie dotyczy dokumentów dołączanych do wniosku, a jedynie weryfikowania informacji dotyczących zgłoszenia centralnego w zakresie wyznaczenia terminu albo umieszczenia świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących przez NFZ, zmianę proponowaną w przepisie art. 42f ustawy o świadczeniach należy zamieścić jako kolejną jednostkę redakcyjną w tym przepisie (jako kolejny ustęp, a nie pkt w ust. 5). | **Uwaga uwzględniona.** |
|  | 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.” |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 59b ust. 4 | Zgodnie z przepisem art. 59b ust. 4 ustawy o świadczeniach informacja o wystawionym skierowaniu nie może zawierać innych niż określone w ust. 1 i 2a ustawy o świadczeniach treści, w szczególności o charakterze reklamy. W świetle powyższego zasadnym jest doprecyzowanie proponowanego w art. 1 w pkt 7 w lit. e projektu ustawy przepisu art. 59b ust. 1 pkt 15 ustawy o świadczeniach przez wskazanie rodzaju informacji dodatkowych dla osoby realizującej skierowanie lub dla świadczeniobiorcy. | **Uwaga uwzględniona**  Uzupełniono art. 59b ust. 1 pkt 15 ustawy o świadczeniach o zapis:  „Informacje dodatkowe nie mogą zawierać treści o charakterze reklamy”  Po zgłoszeniu kolejnej uwagi w tym zakresie przez RCL (uwaga nr 131 w niniejszym zestawieniu) dokonano następującej zmiany: Usunięto w pkt 15 zapis „Informacje dodatkowe nie mogą zawierać treści o charakterze reklamy” oraz dodano w pkt 15 po przecinku zapis „jeśli mogą okazać się istotne w procesie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej”. |
|  | 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.. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 2 art. 96a ust. 1 pkt 3 ustawy Pr. Farm. | 1) w kontekście zmian proponowanych w art. 96a ust. 1 pkt 3 ustawy PF należy zauważyć, że:  a) z wprowadzenia do wyliczenia wynika, że na recepcie mają być zawarte dane dotyczące osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty lub osoby upoważnionej do wystawienia recepty, przy czym katalog danych określonych w kolejnych jednostkach redakcyjnych (lit.) odnosi się jedynie do recepty i nie obejmuje odpisu recepty –przepis wymaga odpowiedniego przeformułowania, b) we wprowadzeniu do wyliczenia przy wskazaniu podmiotów, których dane będą zamieszczane na recepcie, zastosowano spójnik „lub” (osoba wystawiających receptę albo odpis recepty lub osoba upoważniona do wystawienia recepty); z uwagi na brak konsekwencji użycia spójnika w kolejnych jednostkach redakcyjnych (lit. a „oraz”, w lit b oraz d „lub”) wyjaśnienia wymaga kwestia dotycząca zakresu danych zawartych na recepcie; jeżeli Projektodawca przewiduje, że na recepcie mogłyby być dane tylko jednej z osób wskazanych we wprowadzeniu do wyliczenia zasadnym wydaje się dokonanie nowelizacji art. 45a pkt 5 *ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 i 129), określającego obowiązek przekazywania przez apteki do oddziału wojewódzkiego NFZ danych dotyczących osoby uprawnionej wystawiającej receptę (numer prawa wykonywania zawodu), który nie obejmuje danych osoby upoważnionej do wystawienia recepty; | Uwaga wyjaśniona  Ad a i b)Asystenci medyczni nie wystawiają odpisów recepty, więc obecne brzmienie projektu przepisów wydaje się prawidłowe |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 2 art. 96b ust. 1 ustawy Pr. Farm. | w kontekście zmian proponowanych w art. 96b ust. 1 ustawy PF, określających zakres danych zawartych na informacji o wystawionej recepcie, należy zauważyć, że:  a) jeżeli intencją Projektodawcy jest, aby zakres danych zawartych na przedmiotowej informacji był spójny z danymi zawartymi na recepcie, poprawienia wymaga zakres określony w art. 96b ust. 1 ustawy PF (pkt 7 – imię i nazwisko osoby wystawiającej receptę „oraz” czy „lub” imię i nazwisko osoby upoważnionej do wystawienia recepty, pkt 8 – uzupełnienie o identyfikator osoby upoważnionej, o którym mowa w art. 17c ust. 5a ustawy o sioz, pkt 8a – tytuł zawodowy osoby upoważnionej do wystawienia recepty, pkt 9 – prefiks międzynarodowy numeru telefonu do kontaktu),  b) proponowany przepis art. 96b ust. 1 pkt 18 ustawy PF wymaga doprecyzowania przez wskazanie rodzaju informacji dodatkowych dla osoby wydającej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego lub pacjenta, które mogą być zamieszczone na przedmiotowej informacji; | Uwaga nieuwzględniona  Dane asystenta medycznego nie są konieczne na wydruku recepty, w szczególności, że identyfikatorem osoby upoważnionej jest numer PESEL. Informacja dotyczące prefiksu międzynarodowego zostanie uzupełniona. Dodatkowe dane mają charakter informacyjny dla pacjenta (np. dotyczące zaleceń zdrowotnych), które nie mają charakteru reklamy. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 2 art. 96a ust. 1a ustawy Pr. Farm. | Potwierdzenia wymaga brak konieczności dokonania zmian w przepisach określających zakres danych zawartych na recepcie transgranicznej (art. 96a ust. 1a ustawy PF); | Uwaga nieuwzględniona  Wstępna weryfikacja nie potwierdza konieczności zmian. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 2 art. 96a ust. 1 ustawy Pr. Farm | W związku ze zmianą danych zawartych na recepcie oraz z uwagi na brak przepisów przejściowych dotyczących recept wystawionych i niezrealizowanych przed dniem wejścia w życie ustawy, uzasadnienie projektu wymaga uzupełnienia o informację czy Projektodawca dokonał analizy proponowanych regulacji w aspekcie możliwych kwestii intertemporalnych związanych ze zmianami proponowanymi w ustawie PF. | Uwaga uwzględniona  Dodano zapis: „Do recept wystawionych  przed wejściem w życie mniejszej ustawy stosuje prze przepisy  dotychczasowe ” |
|  | Ministerstwo Finansów | Art. 3 pkt 4 | W art. 3 pkt 4 projektu fragment „w art. 12 w ust. 1 po pkt 10 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 11” , powinno się skorygować, poprzez zapis „w art. 12 w ust. 1 po pkt 11 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 12”. | **Uwaga uwzględniona** |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 3 pkt 5 | W związku z rozszerzeniem zakresu danych przekazywanych przez podmioty, o których mowa w art. 15 ust. 3 i 4c ustawy o sioz, do Centralnego Rejestru Usługobiorców, zasadnym wydaje się określenie w zmienianym przepisie art. 15 ust. 5a ustawy o sioz (art. 4 pkt 5 lit. b projektu ustawy) terminu przekazywania w odniesieniu do wszystkich danych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i, n oraz lit. o ustawy o sioz, w przypadku zaistnienia ich zmiany (nie tylko danych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. n oraz o ustawy o sioz, tj. uprawomocnienie się orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub powstanie uprawnienia albo jego zmiana lub utrata, ale również danych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g oraz i ustawy o sioz, tj. imię/imiona i nazwisko (lit. a), nazwisko rodowe (lit. b), numer PESEL (lit. g), seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość albo niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji (lit. i)); | Uwaga uwzględniona  Zaproponowany zapis art. Obecny zapis art. 15 ust 5a. Podmioty, o których mowa w ust. 3 oraz w ust. 4c, są obowiązane przekazywać dane, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, n oraz o, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia uzyskania informacji o uprawomocnieniu się orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności lub powstaniu uprawnienia albo jego zmiany lub utraty, jeżeli takie dane posiadają |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 3 pkt 5 lit. a | W związku z tym, że obowiązek przekazywania danych we wskazanym terminie dotyczy również podmiotów, o których mowa w art. 15 ust. 3 ustawy o sioz, w przepisie tym należy uzupełnić zakres danych, do których przekazywania są obowiązane te podmioty (należy wskazać jeszcze dane, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i) – należy zauważyć, że w odniesieniu do podmiotów, o których mowa w art. 15 ust. 4c ustawy o sioz, Projektodawca przewidział stosowną zmianę (art. 4 pkt 5 lit. a projektu ustawy); | **Uwaga uwzględniona**  Zaproponowana treść przepisu: 3. Dane do Centralnego Wykazu Usługobiorców, w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, m-o oraz u-v, są obowiązani przekazywać płatnicy, o których mowa w art. 2 pkt 9 lit. a |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 4 | Mając na uwadze, że zgodnie z dodawanym przepisem art. 23c ust. 2 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy), CER jest funkcjonalnością systemu sioz oraz że stosowanie przepisów dostosowujących formułowanych z użyciem zwrotu *„tworzy się”* należy ograniczyć do podmiotów mających uzyskać odrębność w obrocie prawnym pod określoną nazwą własną i mogących być adresatami norm prawnych, przepis dostosowujący dotyczący utworzenia CER zawarty w art. 4 projektu ustawy jest zbędny. | **Uwaga uwzględniona** |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Art. 5 | W kontekście regulacji proponowanych w przepisach art. 5 projektu ustawy, zgodnie z którymi w latach 2025–2029 w ramach działania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy o świadczeniach (finansowanie informatyzacji świadczeniodawców, której celem jest udzielanie przez nich świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenie i wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacja dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej oraz udostępnianie elektronicznych usług świadczeniobiorcom lub innym podmiotom), NFZ może przyznać jednorazowe dofinansowanie świadczeniodawcy w kwocie 10 000 zł, odrębnie dla każdej lokalizacji, pod warunkiem rozpoczęcia prowadzenia CER w terminie 4 miesięcy od dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, należy zwrócić uwagę na następujące kwestie:  1) za nieprawidłowe należy uznać ustalenie początku liczenia terminu rozpoczęcia prowadzenia CER od dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych z uwagi na to, że przepis art. 9 projektu ustawy przewiduje, że ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia i rozporządzenie powinno wchodzić w życie w dniu wejścia w życie ustawy; analogiczną uwagę należy podnieść w odniesieniu do przepisu art. 6 ust. 1 projektu ustawy w zakresie liczenia terminu udostępnienia harmonogramu przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia przez świadczeniodawców od dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych;  2) w ocenie skutków regulacji w pkt 6 *Wpływ na sektor finansów publicznych* w wierszu *„Źródła finansowania”* informację dotyczącą finansowania CER m.in. ze środków NFZ należy uzupełnić przez wskazanie konkretnej pozycji planu NFZ, z której przewidziano sfinansowanie zadania;  3) uspójnienia wymaga kwestia dotycząca przesłanek przyznania dofinansowania podmiotów z uwagi na rozbieżność między przepisem art. 5 projektu ustawy i uzasadnieniem projektu (dofinansowanie jest przyznawane świadczeniobiorcy, który prowadzi CER (ust. 1), jest udzielane pod warunkiem rozpoczęcia prowadzenia CER w określonym w przepisie terminie (ust. 2), dofinansowanie za podłączenie do CER (uzasadnienie projektu str. 11 akapit pierwszy zdanie drugie));  4) z informacji zawartej w pkt 6 oceny skutków regulacji *Wpływ na sektor finansów publicznych* w części *Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń* w ust. 2 tiret pierwsze wynika, że dofinansowania (zachęty) nie otrzymają podmioty na lokalizacje, w których znajdują się lokalizacje zintegrowane z CER w ramach programu pilotażowego realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r.; należy zauważyć, że powyższe rozwiązanie nie wynika z przepisów projektu ustawy i jego uzasadnienia, ponadto budzi wątpliwości w świetle konstytucyjnej zasady równości wobec prawa, w zakresie w jakim różnicuje sytuację podmiotów prawa; wobec braku przedstawienia przesłanek uzasadniających przyjęcie proponowanego rozwiązania, kwestia wyłączenia podmiotów biorących udział w programie pilotażowym z możliwości otrzymania dofinansowania wymaga wyjaśnienia, szczegółowego omówienia w uzasadnieniu projektu i ewentualnego uzupełnienia projektu ustawy. | **Uwaga uwzględniona**  Ad 1) Data rozpoczęcia prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji, która określa data wejścia w życie ustawy, nie jest tożsama z datą rozpoczęcia biegu terminu dla obowiązku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji dla danego świadczenia. Bieg tego terminu określa data wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 23h ust. 2.  Ad 2) Uzupełniono pkt 6 Wpływ na sektor finansów publicznych w wierszu „Źródła finansowania” zgodnie z uwagą.  Ad 3) Uspójniono zapisy art. 5 projektu ustawy i uzasadnieniem projektu.  Ad 4) Zgodnie z przyjętą zasadą wdrażania centralnej elektronicznej rejestracji, świadczeniodawcy, którzy włączą się do centralnej elektronicznej rejestracji w trakcie programu pilotażowego zrealizowali już zadania, które określają projektowane zapisy ustawy. Zatem wypłata zachęt dla podmiotów, które wykonały te zadania oraz otrzymały za nie wynagrodzenie byłaby nadmiarowa.  Projekt ustawy został uzupełniony o stosowny zapis w tym zakresie – zaproponowane brzmienie przepisu : „Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 2, jest przyznawane odrębnie dla każdej lokalizacji świadczeniodawcy rozumianej jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń i 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.” |
|  | 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. |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Uzasadnienie | Uzasadnienie projektu wymaga uzupełnienia w zakresie, w jakim nie zamieszczono w nim wyjaśnień dotyczących powodów wprowadzenia niektórych rozwiązań (np. art. 188 pkt 36, art. 188e ust. 4 pkt 4 ustawy o świadczeniach – art. 1 pkt 8 i 9), w tym także tych, w odniesieniu do których w uzasadnieniu powtórzono jedynie treść proponowanej zmiany. | **Uwaga uwzględniona** |
|  | Rządowe Centrum Legislacji | Uzasadnienie | Jednocześnie Rządowe Centrum Legislacji zauważa, że Projektodawca wskazał w uzasadnieniu projektu (str. 12 akapit drugi) na fakt testowania rozwiązań związanych z CER w ramach programu pilotażowego realizowanego na podstawie *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* (Dz. U. poz. 1207, z późn. zm.), który pozwolił na weryfikację podstawowych procesów i funkcjonalności CER oraz potwierdził, że jedynym rekomendowanym sposobem realizacji CER jest bezpośrednia integracja systemu gabinetowego z CER, a także w ramach programu pilotażowego realizowanego na podstawie *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych* (Dz. U. poz. 1212), który pozwolił dotychczas przeanalizować procesy i funkcjonalności CER niezweryfikowane podczas pierwszego programu pilotażowego. W ocenie Projektodawcy realizacja wskazanych powyżej programów pilotażowych umożliwiła przeprowadzenie oceny rozwiązań wdrażanych w projekcie. Wobec powyższego należy jednak zauważyć, że program pilotażowy realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. nie został jeszcze zakończony (okres jego realizacji jest przewidziany do dnia 30 czerwca 2025 r., a etap jego ewaluacji do dnia 31 października 2025 r. – § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r.). Ponadto należy nadmienić, że projekt ustawy został przesłany do uzgodnień przed terminem sporządzenia (do dnia 30 kwietnia 2025 r.) przez Centrum e-Zdrowia sprawozdania cząstkowego za okres od dnia wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. – § 4 ust. 3 tego rozporządzenia, oraz, że prace nad projektem ustawy mają zakończyć się w II kwartale 2025 r., zgodnie z harmonogramem prac wynikającym z Wniosku o wpis dokumentu rządowego do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów, a zatem w terminie zakończenia etapu przygotowania i realizacji programu pilotażowego (30 czerwca 2025 r.) i przed zakończeniem etapu ewaluacji programu pilotażowego (31 października 2025 r.), oraz bez zapoznania się z oceną końcową wyników programu pilotażowego. W świetle powyższego potwierdzenia wymaga sposób przedstawienia w uzasadnieniu projektu szczegółowej oceny dotychczasowych wyników programu pilotażowego w zakresie organizacji i efektywności CER, które stanowiły podstawę do przygotowania rozwiązań systemowych. | **Uwaga uwzględniona**  Proces prac legislacyjnych wynika z konieczności zapewnienia ciągłości pracy centralnej elektronicznej rejestracji. W ramach pilotażu świadczeniodawcy importują do systemu centralnego harmonogramy przyjęć i grafiki wraz z danymi świadczeniobiorców. W celu zapewnienia ciągłości podstawy prawnej dla danych zaimportowanych do centralnej elektronicznej rejestracji niezbędne jest równoległe procedowanie prac legislacyjnych nad ustawą wdrażająca to rozwiązanie.  W trakcie program pilotażowego działania ewaluacyjne są prowadzone na bieżąco, np. identyfikowane są potrzeby i konieczne zmiany zgłaszane przez świadczeniodawców i świadczeniobiorców.  Ministerstwo Zdrowia na bieżąco również reaguje na zgłaszane zagadnienia.  Wszystkie te informacje są przedstawione w raporcie cząstkowym.  Wszystkie powyższe informacje zostały uwzględnione w procedowanym projekcie ustawy. |
|  | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR pkt 2 | W punkcie 2 OSR warto dokonać uzasadnienia proponowanego systemu zachęt. W szczególności wskazać jakie alternatywy brano pod uwagę i dlaczego wybrano wariant proponowany w OSR. | **Uwaga uwzględniona**  Alternatywą braną pod uwagę przez Ministra Zdrowia przy wprowadzeniu systemu zachęt finansowych dla świadczeniodawców mających dodatkowo skłonić ich do niezwłocznego rozpoczęcia prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji, było dodatkowe zwiększenie wynagrodzenia za świadczenia zgłoszone do centralnej rejestracji, jednak wariant ten został odrzucony ze względu na znaczne koszty po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ” (konieczność zwiększenia wynagrodzenia za każde udzielone świadczenie we wszystkich latach objętych analizą).  W projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD169) wprowadzono przepis nakładający na świadczeniodawców obowiązek integracji z centralną elektroniczną rejestracją. Podstawowym mechanizmem zawartym w projekcie ustawy jest obowiązek integracji z centralną elektroniczną rejestracją wszystkich podmiotów świadczących usługi w zakresach objętych centralna elektroniczna rejestracją. Dodatkowo są prowadzone prace nad zmianą przepisów, która uzależni płatność za świadczenie od realizacji tego obowiązku.  Mając na uwadze obciążenie świadczeniodawców związane z integracją ich systemów informatycznych oraz organizacji pracy z centralną elektroniczną rejestracją, a także trudności we wprowadzaniu nowych rozwiązań z zakresu e-zdrowia, w opinii Ministra Zdrowia jest niezbędne zapewnienie dodatkowych zachęt w celu zapewnienia centralnej elektronicznej rejestracji priorytetowego traktowania i jak najszybszego osiągnięcia celu w postaci 100% wizyt umawianych za pomocą centralnej elektronicznej rejestracji.  Minister Zdrowia podtrzymuje swoje stanowisko w zakresie utrzymania systemu zachęt, jako rozwiązania mającego wpłynąć na niezwłoczne podłączenie do centralnej elektronicznej rejestracji. Zapewnienie pełnej adaptacji rozwiązań centralnej elektronicznej rejestracji w zakresie udostępniania i prowadzenia harmonogramów przyjęć uzależnione jest od szybkiego i płynnego wdrożenia tego rozwiązania, każdorazowo w danym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez wszystkich świadczeniodawców realizujących takie świadczenia. W sytuacji braku sprawnego wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji, pacjent będzie narażony na korzystanie z niepełnego katalogu świadczeń opieki zdrowotnej, do których miałby dostęp w przypadku niezwłocznego przekazania przez świadczeniodawców harmonogramów przyjęć do centralnej elektronicznej rejestracji.  System zachęt, polegający na przekazaniu dodatkowych środków finansowych świadczeniodawcom, ma zapewnić środki konieczne do niezwłocznego rozwinięcia oprogramowania systemowego wykorzystywanego przez podmioty lecznicze, co ma przyśpieszyć realizację celów wdrażanego rozwiązania. Jednocześnie podkreślić należy, iż przepisy projektu ustawy przewidują termin wejścia w życie obowiązku przystąpienia świadczeniodawców do centralnej elektronicznej rejestracji. Dotychczasowe doświadczenia z wdrażania regulacji z zakresu e-zdrowia wskazują na znaczącą skuteczność działań zapewniających dodatkowe finansowanie z budżetu państwa dla podmiotów leczniczych, co pozostaje krytycznym elementem sukcesu projektowanego rozwiązania.  Zwrócić przy tym należy uwagę, że wdrożenie systemu zachęt w projektowanej regulacji przygotowanej przez Ministra Zdrowia jest spójne z propozycjami strony społecznej przedstawionymi w ramach inicjatywy deregulacyjnej „sprawdzaMY", która ma na celu uproszczenie przepisów dla obywateli i przedsiębiorców i stanowi jeden z filarów planu gospodarczego „Polska – Rok Przełomu”, ogłoszonego przez Pana Donalda Tuska, Prezesa Rady Ministrów w lutym 2025 r. Propozycja ta zyskała także akceptację Zespołu deregulacyjnego działającego w KPRM. |
|  | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR pkt 2 | W punkcie 2 OSR wymagane jest jednoznaczne wskazanie, czy i w jakim terminie przystąpienie do centralnej elektronicznej rejestracji (CeR) będzie obligatoryjne dla świadczeniodawców oraz określenie z jakimi ewentualnymi sankcjami będzie wiązało się nieprzystąpienie przez nich do systemu. | **Uwaga uwzględniona**  Termin wejścia w życie obowiązku integracji z centralną elektroniczną rejestracją zawarto w projekcie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD 169), przekazanym do konsultacji publicznych, opiniowania i uzgodnień, i wynosi on 4 miesiące od dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 ustawy o świadczeniach1. W trakcie dalszych prac legislacyjnych termin ten może zostać zmieniony. Ewentualna zmiana tego terminu (np. wydłużenie) nie wpłynie na koszty wdrożenia zawarte w OSR. |
|  | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR pkt 2 | Wskazane jest również:  a. doprecyzowanie w punkcie 2 OSR, czy asystent głosowy będzie wykorzystywany jako kanał rejestracji na wizyty, czy też jego funkcjonalność będzie ograniczona do wskazanej w OSR (przypomnienie o zbliżającej się wizycie, potwierdzenie obecność pacjenta na wizycie, przełożenie lub anulowanie wizyty).  b. oszacowanie w punkcie 2 OSR struktury zgłoszeń ze względu na metodę dokonania rejestracji (tj. określenie jaka część zgłoszeń będzie dokonywana przez IKP, a jaka na dotychczasowych zasadach, tj. bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej). | **Uwaga uwzględniona**   1. Usługa asystenta głosowego będzie realizowała połączenia do tych świadczeniobiorców, którzy nie mają możliwości odbioru wiadomości SMS, w następujących przypadkach:   1) powiadomienie o umówieniu, odwołaniu, zmianie terminu wizyty;  2) przypomnienie o wizycie (np. 1 dzień i 2 dni przed wizytą);  3) powiadomienie o umieszczeniu świadczeniobiorcy w centralnym  wykazie oczekujących.  Podczas połączenia z asystentem głosowym świadczeniobiorca będzie mógł odwołać lub zmienić termin wizyty już umówionej.   1. Założenie takie zostało już zawarte w OSR:   „Zakłada się, że rocznie konieczność kontaktu asystenta głosowego będzie dotyczyć ok. 25% świadczeń, czyli ok. 12 mln świadczeniodawców. Dla oszacowania kosztów przyjęto, że czas trwania takiej rozmowy wyniesie ok. 180 sekund, a koszt jednej minuty połączenia wyniesie 0,09 zł. Łączny koszt w tej kategorii wydatków (koszty autoryzacji, bieżące koszty usług telekomunikacyjnych, w tym usługi asystenta głosowego) wyniesie ok. 183 mln zł;”. Należy podkreślić, że w wyniku zmian przeprowadzonych w projektowanym rozwiązaniu, zmianie uległy szacunkowe skutki finansowe projektowanej regulacji, tj. w stosunku do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD 169), który uzyskał wpis do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów, koszty aktualnej wersji projektu, podlegającej ww. aktualizacji – uległy zmniejszeniu z 1318,892 mln zł do 780,767 mln zł. |
|  | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR pkt 6 | Wnioskodawca informuje, że CeR będzie sukcesywnie rozszerzana o kolejne świadczenia. Jednocześnie zakłada, że każdego roku liczba lokalizacji przystępujących do systemu będzie taka sama. Dlatego w punkcie 6 OSR rekomendowane jest opisanie mechanizmu włączania kolejnych lokalizacji do CeR w powiązaniu z rozszerzaniem zakresu świadczeń w systemie. | **Uwaga uwzględniona**  Ze względu na konieczność przeprowadzenia stosownej analizy poprzedzającej decyzję o dołączeniu kolejnych zakresów do centralnej elektronicznej rejestracji, na obecnym etapie nie jest możliwe wskazanie kolejności dołączania tych zakresów. Zgodnie z projektowanym art. 23h ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, analiza ma uwzględniać średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia i sposób jego udzielenia oraz liczbę udzielanych świadczeń.  Mechanizm przyjęty przez Ministra Zdrowia zakłada następujący sposób postępowania:  1) przed wskazaniem zakresów świadczeń opieki zdrowotnej kwalifikujących się do włączenia do centralnej elektronicznej rejestracji na kolejnych etapach Minister Zdrowia przeprowadzi analizę zgodnie z założeniami wskazanymi w projekcie ustawy;  2) propozycje tych zakresów zostaną wskazane w akcie wykonawczym ustawy i poddane ocenie w ramach procesu legislacyjnego;  3) w wyniku procesu legislacyjnego możliwa będzie zmiana zakresów zgodnie ze zgłoszonymi uwagami;  4) ostateczne zakresy świadczeń opieki zdrowotnej włączane do centralnej elektronicznej rejestracji zostaną określone w opublikowanym akcie wykonawczym. Minister Zdrowia wskazując termin włączenia kolejnych świadczeń opieki zdrowotnej będzie brał pod uwagę zagadnienia zgłaszane przez świadczeniodawców i świadczeniobiorców dotyczące integracji z centralną elektroniczną rejestracją. Mając powyższe na uwadze Minister Zdrowia przyjął założenie proporcjonalnego włączania świadczeń opieki zdrowotnej w każdym roku, na przestrzeni lat 2026–2029. |
|  | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR pkt 6 | W punkcie 6 OSR zasadne jest przeprowadzenie analizy pracochłonności uzasadniającej wskazane w OSR zapotrzebowanie kadrowe (godzinowe obciążenie nowymi zadaniami; wynagrodzenie godzinowe pracownika; wynikające z tego zapotrzebowanie na nowe etaty oraz ich koszt) – stosowny dokument KOSR do ewentualnego wykorzystania dot. metodologii pracochłonności został przesłany 10 kwietnia br. (KOSR.0652.3.2025). | **Uwaga uwzględniona**  W Ministerstwie Zdrowia oraz Centrum e-Zdrowia, tworzenie nowych etatów jest zawsze poprzedzone szczegółową analizą pracochłonności nowych zadań i procesów, uzasadniającą potrzebę utworzenia konkretnej liczby nowych stanowisk pracy. Szacunki dotyczące zaopatrzenia kadrowego w centralnej elektronicznej rejestracji w obu podmiotach zostały wskazane na podstawie doświadczenia we wdrażaniu innych, centralnych e-usług oraz wnioski z realizowanego obecnie programu pilotażowego centralnej elektronicznej rejestracji. W OSR zawarto informacje o przyjętych założeniach oraz określono czas, w jakim nastąpi uruchomienie obsługi centralnej elektronicznej rejestracji.  Ministerstwo Zdrowia pełni rolę właściciela biznesowego usługi jaką jest centralna elektroniczna rejestracja. Jako właściciel biznesowy Ministerstwo Zdrowia odpowiada za zasady i sposób jej funkcjonowania, niezbędne zmiany w celu dostosowania do potrzeb użytkowników oraz monitorowanie integracji świadczeniodawców z tą usługą, gdyż stanowi to warunek jej skuteczności i użyteczności.  Zasoby kadrowe w liczbie 6 osób stanowią minimalny, niezbędny skład osobowy zespołu pracowników ze strony Ministerstwa Zdrowia, który będzie zaangażowany w zadania w obszarze centralnej elektronicznej rejestracji. Ministerstwo Zdrowia będzie również dodatkowo angażować pracowników realizujących inne obowiązki w zadania wynikające z centralnej elektronicznej rejestracji, gdyż ze względu na liczbę świadczeniodawców oraz mając na uwadze dotychczasowe doświadczenia przy wdrażaniu e-recept i e-skierowań, taki skład zespołu nie będzie wystarczający.  W celu wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji po stronie Centrum e-Zdrowia, potrzebny jest zespół 30 osób, który będzie realizował następujące zadania:   1. zarządzanie i nadzór nad realizacją prac deweloperskich związanych z wytworzeniem i rozwojem systemu; 2. nadzór nad realizacją usług utrzymania oraz realizacja zadań utrzymaniowych w zakresie Centrum e-Zdrowia; 3. wsparcie dostawców oprogramowania w integracji i rozwiązywania problemów; 4. rozwiązywanie zgłoszeń, zapytań i błędów; 5. współpraca z interesariuszami w zakresie obsługi zmian procesów; 6. realizacja szkoleń i zadań komunikacyjnych w zakresie wdrażanej usługi oraz włączania kolejnych zakresów do centralnej rejestracji; 7. przygotowanie dokumentacji do procesów zakupowych (usług lub infrastruktury) niezbędnych dla funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji.   Zakłada się, że liczba pracowników realizujących poszczególne zadania będzie się zmieniać w zależności od etapu wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji, np. w pierwszym okresie więcej osób będzie zaangażowanych w zadania związane z wytworzeniem aplikacji, a w mniejszym zakresie w realizację prac utrzymaniowych, natomiast po sukcesywnym uruchamianiu kolejnych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, proporcje będą się zmieniać na korzyść zespołu utrzymaniowego. Wskazana liczba wynika z oszacowania przez Centrum e-Zdrowia wielkości zadań, które wprowadzi projekt ustawy oraz doświadczeń związanych z wdrażaniem usług masowych (dla całej populacji Rzeczpospolitej Polskiej), które staną się jednocześnie krytyczną usługą mającą wpływ na funkcjonowanie każdego podmiotu leczniczego.  Do przeprowadzenia analizy pracochłonności zostały przyjęte założenia  • Wartość etatu kalkulacyjnego – 20 000 zł, dla roku 2025 wartość 18 300 zł pomniejszony o DWR;  • Średnia stawka godzinowa: rok 2025 109 zł (18300zł/168rhb), pozostałe lata 119 zł (20000zł/168rhb);  • Zapotrzebowanie na nowe etaty w roku 2025 25 etatów w kolejnych latach 30 etatów, koszt przedstawiony w tabeli z ujęciem wskaźników makroekonomicznych publikowanych przez MF „Aktualizacja październik 2024”;  • Obciążenie nowymi zadaniami składającymi się z: budowy usług związanych z umawianiem wizyt, dodatkowe reguły, raportowanie i sprawozdawczość, poprawki bezpieczeństwa, optymalizacje wydajnościowe oraz dostosowanie do kolejnych zakresów świadczeń. |
|  | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR pkt 6 | W punkcie 6 OSR potrzebne jest wskazanie czy projekt będzie podstawą do zwiększenia limitu wydatków w części będącej w dyspozycji ministra właściwego ds. zdrowia. | **Uwaga uwzględniona**  Minister Zdrowia na obecnym etapie nie zakłada zwiększenia limitu wydatków w części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia:  Zgodnie z informacją „Wszelkie skutki finansowe wynikające z projektu ustawy będą pokrywane corocznie w ramach wysokości środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia ustalonej zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach, w tym z rezerw celowych, z jednoczesną możliwością zwiększenia limitu na wynagrodzenia.”. |
|  | Koordynator Oceny Skutków Regulacji | OSR pkt 6 | W kontekście danych przedstawionych w tabeli stanowiącej Załącznik nr 1 do OSR i informacji podanych w sekcji Dodatkowe informacje w pkt. 6 OSR:   * 1. uzasadnienia wymagają koszty związane z utworzeniem i utrzymaniem systemu. W punkcie 6 OSR, w sekcji Dodatkowe informacje, wnioskodawca zakłada, że na etapie rozwoju CeR koszty będą maleć o 25% każdego roku przez 5 kolejnych lat, aby pozostać na poziomie kosztów 16-osobowego zespołu. Wskazane jest uzasadnienie takiej dynamiki np. poprzez odniesienie do kosztów w analogicznych projektach informatycznych.   2. W OSR wnioskodawca informuje, że w kolejnych latach po uruchomieniu usługi większą część zadań będą stanowić prace związane z utrzymaniem CeR. Tymczasem zakładane wydatki na wytworzenie systemu, również w późniejszych latach, są rokrocznie wyższe niż koszty jego utrzymania, co wymaga wyjaśnienia.   3. Przy szacowaniu kosztów wytworzenia systemu wnioskodawca zakłada stawkę godzinową członka zespołu w wysokości 255 zł brutto. Doprecyzowania wymaga, czy powyższa stawka została przyjęta tylko dla 2025 roku, czy też dla całego okresu (2025 - 2035).   4. Wskazane jest określenie, czy i w jaki sposób ponoszone koszty będą powiązane z przyjętym schematem rozszerzenia systemu o kolejne lokalizacje. Między innymi w wyliczeniach dot. kosztów asystenta głosowego nie uwzględniono włączania do CeR kolejnych świadczeń i lokalizacji w latach 2025–2029 r. Przyjętostałą wartość dla każdego roku, co wymaga uzasadnienia.   Informacje podane w sekcji Dodatkowe informacje punkcie 6 OSR i dane przedstawione w Załączniku nr 1 do OSR wymagają uspójnienia, między innymi w zakresie zgodności wartości w tabeli z opisaną metodyką wyliczeń i założeniami (zakładana roczna zmiana kosztów dot. wytworzenia i utrzymania systemu i pozostałych kosztów – w tym asystent głosowy). | **Uwaga uwzględniona**   1. Szacowanie kosztów wytworzenia i rozwoju oprogramowania przygotowane po podstawie następujących zasad wdrożenia systemów: koszty związane z rozwojem oprogramowania maleją sukcesywnie od momentu uruchomienia systemu. System centralnej elektronicznej rejestracji musi być gotowy (tj. zgodny z obowiązującymi przepisami i uwzględniający błędy zgłoszone na etapie pilotażu) w momencie uruchomienia (wejścia w życie ustawy i aktów wykonawczych). Następnie zakłada się, że wraz z włączaniem nowych świadczeniodawców i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędne będą zmiany rozwojowe systemu, polegające na poszerzaniu funkcjonalności systemu w odpowiedzi na potrzeby zgłaszane przez użytkowników (świadczeniodawców i świadczeniobiorców) oraz poszerzanie zakresów świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracja, które w pierwszych latach funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji będą wyższe i wyniosą ok 20–30 mln zł rocznie. W kolejnych latach zakłada się, że potrzeby zmian i rozwoju systemu będą maleć, co przekłada się na pracochłonność oraz szacowane koszty. Przyjęte procentowo (25%) coroczne zmniejszenie kosztów rozwoju systemu, zostało oszacowane ekspercko na podstawie doświadczeń Centrum e-Zdrowia z wdrożenia innych masowych eusług dla wszystkich obywateli.   Na etapie rozwoju CeR koszty BDL będą maleć o 20 % w roku 2026 oraz w latach 2027-2031 o 25%. W kolejnych latach pozostaną na poziomie kosztów 19 osobowego zespołu. Wskazane w tabeli koszty nie mają doniesienia do innych projektów realizowanych przez CeZ, złożoność i poziom skomplikowania systemu centralnej elektronicznej rejestracji nie ma analogicznego odniesienia.   1. Wnioski w tym zakresie wskazane w OSR nie odnoszą się do wartości bezwzględnych, ale do dynamiki kosztów w poszczególnych zakresach. Zadania dotyczące utrzymania systemu, ze względu na swój charakter i pracochłonność (obsługa zgłoszeń, pomoc użytkownikom, poprawa błędów) zawsze będą mniej kosztowne, niż zadania związane z rozbudową systemów informatycznych, które wymagają analiz biznesowych i systemowych oraz zmian w oprogramowaniu systemu centralnej elektronicznej rejestracji.   CeZ dokonał ponownej analizy kosztów utrzymania systemu, wprowadzono aktualizacje danych kosztów dla rozwoju i utrzymania, uzyskano zmniejszenie kosztów rozwoju na rzecz zwiększenia kosztów utrzymania systemu. Ponadto dokonano przegrupowania kosztów pomiędzy kosztami majątkowymi a bieżącymi.   1. Kwota wynagrodzenia godzinowego członka zespołu w wysokości 255 zł brutto, przyjęta jako podstawa szacowania kosztów wytworzenia i rozwoju systemu centralnej elektronicznej rejestracji, nie była indeksowana, tzn. że nie uwzględniono wzrostu stawki w okresie szacowania. Wysokość tej kwoty jest bowiem określana w umowie z wykonawcami i co do zasady jest stała w trakcie trwania całej umowy.   Przy szacowaniu kosztów wytworzenia systemu wnioskodawca zakłada stawkę godzinową członka zespołu BDL w wysokości 225 zł brutto. Stawka została przyjęta dla całego okresu projekcji. Kwoty zostały podane z ujęciem wskaźników makroekonomicznych publikowanych przez MF „Aktualizacja październik 2024” (CPI);   1. Dla oszacowania kosztów asystenta głosowego Minister Zdrowia również przyjął założenie proporcjonalnego włączania świadczeniodawców w każdym roku, a tym samym takiego samego obciążenia asystenta głosowego.   Ponoszone koszty są wyceniane według struktury i organizacji przy wdrożeniu inicjalnym i uwzględniają kolejne lokalizacje. Świadczenia które będą dołączane z uwagi na brak danych dotyczących terminów ich wdrożenia będą wymagały ponownego przeliczenia.   1. W opinii Ministra Zdrowia dane w załączniku nr 1 do OSR są spójne z danymi zawartymi w OSR i uwzględniają opisaną w OSR metodykę wyliczeń i założenia (zakładaną roczna zmiana kosztów dotyczy wytworzenia, utrzymania systemu i pozostałych kosztów – w tym koszty związane z asystentem głosowym). Występujące różnice w liczbach (w wartościach liczb setnych) pomiędzy wartościami w pkt 6 OSR i załącznikiem nr 1 wynikają z matematycznych zasad zaokrągleń wymaganych w tabeli OSR.   W metodyce obliczeń i założeń przyjęto skalowalność usług opierającą się na zwiększającej się liczby świadczeniobiorców i świadczonych usług. Wskaźniki te nie są wskaźnikami waloryzacji cen. |
|  | 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. |
|  | Ministerstwo Finansów | OSR pkt 6 | W pkt 6 OSR w części „Źródła finansowania” zapisano, że „Wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji zostanie sfinansowane przez ministra właściwego do spraw zdrowia ze środków budżetu państwa z części, której jest dysponentem, oraz ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia”. W tabeli w pkt 6 OSR wskazano wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej NFZ) w 2025 r. na 10 mln zł. Należy zatem wskazać, w której pozycji planu NFZ na 2025 r. zostały zabezpieczone potrzebne środki do realizacji projektowanego zadania. Należy również wskazać, czy środki te zostały ujęte w prognozie kosztów NFZ na kolejne lata (2026 i 2027). | **Uwaga uwzględniona**  Wartość środków na realizację zadania NFZ zabezpieczonych w pozycji: F4 – inne koszty, planu finansowego NFZ na 2025 r. pozwala na sfinansowanie kosztów projektowanej regulacji w 2025 r.  Środki na realizację projektowanego rozwiązania w latach 2026-2027 zostaną uwzględnione na etapie tworzenia Prognozy kosztów NFZ na lata 2026-2028. |
|  | Ministerstwo Finansów | OSR pkt 6 | Ponadto pkt 6 OSR w części „Źródła finansowania” zapisano, że „Wszelkie skutki finansowe wynikające z projektu ustawy będą pokrywane corocznie w ramach wysokości środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia ustalonej zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach, w tym z rezerw celowych, z jednoczesną możliwością zwiększenia limitu na wynagrodzenia. Powyższe jest uzasadnione szerokim zakresem dodatkowych działań niezbędnych w związku z wdrożeniem nowej centralnej elektronicznej usługi w obszarze zdrowia.” W ocenie Ministra Finansów zapis z „jednoczesną możliwością zwiększenia limitu na wynagrodzenia” należy wykreślić. Jak wspomniano w piśmie Ministra Finansów z dnia 27 listopada 2024 r. znak FS1.021.147.2024 z etapu opiniowania wpisu projektu do wykazu prac programowych Rządu w ostatnich latach (2021-2024) fundusz wynagrodzeń Ministerstwa Zdrowia wzrósł o 196,4%. Nie ma zatem uzasadnienia, by wynagrodzenia rosły nadal w tempie szybszym od planowanych wzrostów wynagrodzeń przewidzianych w ustawie budżetowej na poszczególne lata. | **Uwaga uwzględniona**  Minister Zdrowia proponuje następującą zmianę w treści OSR: „Środki na realizację zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w roku 2025 (zadania Centrum e-Zdrowia i Ministra Zdrowia) zostały zabezpieczone w ramach środków pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, w rezerwie celowej część – 83, poz. 67 pn. Środki na zadania w obszarze zdrowia, bez konieczności zwiększania limitu na wynagrodzenia ponad kwotę zabezpieczoną na ten cel w ww. rezerwie celowej.  Wszelkie skutki finansowe wynikające z projektu ustawy od 2026 r. będą pokrywane corocznie w ramach wysokości środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia ustalonej zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach, w tym z rezerw celowych, z jednoczesną możliwością zwiększenia limitu na wynagrodzenia.”.  Jednocześnie informuję, że uwzględnienie na obecnym etapie procedowania projektu ustawy uwagi Ministra Finansów dotyczącej rezygnacji z możliwości zwiększenia limitu na wynagrodzenia przez wykreślenie zwrotu „z jednoczesną koniecznością zwiększenia limitu na wynagrodzenia” będzie oznaczało brak ujęcia dodatkowych środków w budżecie Ministra Zdrowia na wynagrodzenia osobowe związane z nowymi etatami oraz konieczność ich sfinansowania w ramach posiadanych środków na wynagrodzenia w planach finansowych zarówno Centrum e-Zdrowia, jak i Ministerstwa Zdrowia. Minister Zdrowia nie ma bowiem możliwości samodzielnego zwiększania (kreowania) limitu środków na wynagrodzenia.  Mając na uwadze skalę nowego systemu do prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji, w tym konieczność podłączenia docelowego do systemu wielu tysięcy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, konieczność zapewnienia cyberbezpieczeństwa tego systemu, zapewnienia przez system usług e-rejestracji, które do tej pory były samodzielnie wykonywane wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, istnieje potrzeba przyznania dodatkowych etatów na największy ogólnopolski publiczny system centralnej elektronicznej rejestracji.  W ramach realizowanych działań planowane do zabezpieczenia są bezpośrednie koszty zarządzania projektem centralnej elektronicznej rejestracji. Do realizacji działań w powyższych obszarach niezbędne jest posiadanie przez CeZ wysoko wykwalifikowanych specjalistów w ramach etatów wykonujących merytoryczne zadania związane z głównymi celami i produktami projektu. |
|  | Ministerstwo Finansów | OSR | Dodatkowo, realizacja wszelkich nowych zadań powinna odbywać się w ramach dotychczasowych zasobów kadrowych i finansowych jednostek, nie powinna powodować dodatkowych skutków finansowych, ani stanowić podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki zarówno w roku wejścia w życie projektowanej regulacji, jak i latach następnych. Należy również mieć na uwadze, że wynagrodzenia stanowią szczególny rodzaj wydatków, które determinują ich poziom w danym roku i w kolejnych latach (jako skutki przechodzące). W związku z powyższym zaproponowane zwiększenia etatowe w Ministerstwie Zdrowia (6 etatów) oraz CeZ (30 etatów) nie mogą być zaakceptowane. Należy mieć również na uwadze, że w przypadku CeZ, dokonano zwiększenia zatrudnienia w 2024 roku aż o 65 etatów, podczas gdy średnia liczba etatów w 2022 roku wynosiła 306, w 2023 roku 330 etatów, a zatem realizacja nowych zadań powinna odbywać się w ramach posiadanych zasobów kadrowych i funduszu wynagrodzeń. Ponadto należy zauważyć, że w obecnej wersji projektu dokonano zmniejszenia zakresu świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją w 2025 r. o onkologię i tomografię komputerową w porównaniu do wersji projektu zgłaszanego na etapu wpisu do wykazu prac programowych rządu, a mimo to projektodawca utrzymuje konieczność zwiększeń etatowych w Ministerstwie Zdrowia o 6 etatów oraz w Centrum e Zdrowia (dalej CeZ) o 30 etatów. | **Uwaga nieuwzględniona**  W ocenie Ministra Zdrowia, centralna elektroniczna rejestracja jest jednym z najważniejszych działań Ministerstwa Zdrowia, wpisującym się w cyfrową transformację opieki zdrowotnej. Jest odpowiedzią na długi czas oczekiwania przez świadczeniobiorców na wizytę u specjalisty oraz brak centralnej informacji o tym gdzie najszybciej może zostać udzielone świadczenie. Centralna elektroniczna rejestracja ma bowiem zapewnić pacjentom dostęp w jednym miejscu do informacji o wszystkich wolnych terminach wizyt oraz łatwe i szybkie zarządzanie umówionymi wizytami.  Dzięki centralnej elektronicznej rejestracji pacjenci będą mogli w łatwy i szybki sposób zmienić lub odwołać wizytę, co pozwoli wykorzystać wolne terminy przez innych pacjentów. Oprócz e-recept i e-skierowań będzie to jedna z ważniejszych e-usług dla pacjentów w obszarze zdrowia.  Ministerstwo Zdrowia, z uwagi na bieżące obciążenie zadaniami, nie jest w stanie zrealizować tak poważnego przedsięwzięcia posiadanymi aktualnie zasobami finansowymi i kadrowymi.  W związku z powyższym wnioskuje się o zwiększenie etatowe zgodnie z OSR. Wskazana liczba etatów wynika z oszacowania wielkości zadań, które wprowadzi projekt ustawy oraz doświadczeń związanych z wdrażaniem usług masowych (dla całej populacji Rzeczpospolitej Polskiej), które staną się jednocześnie krytyczną usługą mającą wpływ na funkcjonowanie każdego podmiotu leczniczego.  Wspomniane 65 etatów CeZ przeznaczył do realizacji innych zadań, zgodnie ze Strategią Etatyzacji z sierpnia 2024 r..  Przyznane dla CeZ 65 etatów dotyczyło:  1. 15 etatów – Sektorowy Zespół Reagowania na incydenty Cyberbezpieczeństwa,  2. 50 etatów – etaty niezbędne do utrzymania priorytetowych systemów CeZ/MZ, kierownicy projektów, architekci, programiści.  CeZ podtrzymuje zasadność przyznania dodatkowych etatów na realizację nowego zadania, które nie zostało uwzględnione w Strategii Etatyzacji z sierpnia 2024 r.  Ilość etatów wskazana przez CeZ zostanie zaangażowana w realizację:  • Budowy i rozwoju systemu,  • Wsparcia wdrożeniowego w placówkach medycznych,  • Obsługi skarg i wniosków,  • Utrzymania systemu.  Koszty związane z 30 etatami są niezbędne do uruchomienia sytemu i środowiska integracyjnego. Bardzo dużym wysiłkiem jest zbudowanie, wdrożenie, testowanie środowiska i produkcyjne uruchomienie systemu. Wszystkie wymienione elementy są konieczne niezależnie od ilości uruchamianych świadczeń. Wdrożenie kolejnego zakresu świadczeń na późniejszym etapie będzie wymagało dodatkowych modyfikacji systemu. Jak wskazano powyżej obecnie oszacowano zasoby etatowe niezbędne do wytworzenia i uruchomienia systemu w zakresie określonym ustawą. Kolejne modyfikacje tj. zmiany w systemie, koszty eksploatacji i utrzymania, sprzęt IT będą generowały dodatkowe koszty, które będą zgłaszane każdorazowo w ramach OSR do zmiany rozporządzenia.  W ramach przygotowywanych zmian do ustawy mają pojawić się zapisy wprowadzające sankcje na świadczeniobiorców za brak przyłączenia się do systemu. Konsekwencją wspomnianego zapisu będzie podłączenie wszystkich użytkowników do systemu, do momentu określonego przepisami. |
|  | Ministerstwo Finansów | OSR | Wątpliwości budzi również przyjęta kwota wynagrodzenia przewidziana za 1 godzinę pracy nad wytworzeniem aplikacji -255 zł (zgodnie z przedstawionym harmonogramem pracy: 8 godzin dziennie przez 22 dni robocze w miesiącu, a więc stawka wynagrodzenia dla 1 osoby wyniesie – 44.880 zł brutto). Nie wyjaśniono powodów przyjęcia tak wysokiej stawki. Należy przedstawić sposób wyliczenia ww. wynagrodzenia i ewentualnie odpowiednio skorygować w tym zakresie OSR. | Ministerstwo Zdrowia informuje, że stawki wskazane w OSR zostały oszacowane na podstawie kosztów zadań, wynikających z dotychczas zawieranych przez Centrum e-Zdrowia umów na budowę i wdrażanie systemów informatycznych.  Poniżej przedstawiamy numery z umów Centrum e-Zdrowia wraz ze średnią stawką godzinową ich realizacji:  CeZ/66/2024 248,46 zł  CeZ/71/2024 257,98 zł  CeZ/67/2024 263,64 zł.  Średnia wysokość wynagrodzenia wynosi 256 zł  Stawka jednej RBh konsultanta BDL w OSR została skorygowana do kwoty 225 zł. W tabeli przedstawiono sposób wyliczenia, które zostanie zastosowane w OSR.nnn   |  |  | | --- | --- | | Stawka | 225 zł | | Nominał m-czny: | 168 |  |  |  | | --- | --- | | Stawka wynagrodzenia BDL (1 konsultant) | 37 800 zł | |
|  | Ministerstwo Finansów | OSR | Jak wskazano w OSR wytworzenie aplikacji to koszt ok. 167 mln zł, należy zatem wyjaśnić, czy utworzenie ww. aplikacji jest planowane całkowicie od podstaw, czy możliwe jest wykorzystanie i rozbudowanie istniejącej aplikacji działającej przy programie pilotażowym (dalej pilotaż) dotyczącym centralnej e–rejestracji działającej jako ogólnopolski program, co pozwoliłoby ograniczyć zaplanowany na 167 mln zł koszt. | **Uwaga uzgodniona**  Szacowana przez Ministerstwo Zdrowia kwota wytworzenia aplikacji dotyczy wyłącznie prac związanych z rozbudową i zmianą obecnej aplikacji tj. funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji w centralnym systemie e-zdrowia P1 (Systemie Informacji Medycznej) w okresie 10 lat od wdrożenia systemowego centralnej e-rejestracji.  Ministerstwo Zdrowia pragnie podkreślić, że wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji oznacza włączenie kilkudziesięciu zakresów świadczeń dla ok. 27 tys. Podmiotów leczniczych. Każdy z zakresów może wymagać spełnienia innych wymagań lub warunków wynikających ze specyfiki tych świadczeń.  Dla przyszłych zakresów świadczeń będą prowadzone analizy wymagań w celu ich uwzględnienia w centralnej elektronicznej rejestracji, wówczas centralna elektroniczna rejestracja będzie odpowiednio modyfikowana.  Koszty wskazane w OSR obejmują powyższe koszty oraz koszty dostosowania do potrzeb świadczeniodawców i pacjentów, które mogą być zgłaszane w odniesieniu do funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji w ww. okresie czasu, zatem nie jest możliwe zmniejszenie tych kosztów, gdyż może to spowodować obniżenie efektywności działania centralnej elektronicznej rejestracji, a co za tym idzie spowodować niezadowolenie użytkowników (podmiotów i pacjentów) z tej usługi.  System centralnej elektronicznej rejestracji z uwagi na swoją wielkość, złożoność i liczbę użytkowników końcowych będzie budowany od podstaw z wykorzystaniem niektórych komponentów z pilotażu.  Część kosztów związana z voicebot w latach 2025 i połowie roku 2026 (czerwiec) będzie finansowana z projektu KPO (138 906 283 zł) co obniży koszty dla budżetu państwa. |
|  | Ministerstwo Finansów | OSR | W pkt 1 w części Dodatkowe informacje zapisano: „Z charakteru prac wynika, że nie nastąpi moment, w którym zostanie zakończona praca nad aplikacją (zostaną zakończone wydatki na budowę i rozwój aplikacji). W momencie uruchomienia (udostępnienia) aplikacji rozpoczyna się świadczenie usługi utrzymania systemu (wsparcie użytkowników, poprawa błędów itp.), jednak równolegle nadal są prowadzone prace rozwojowe aplikacji, które wymuszą konieczność zmian. W kolejnych latach ciężar zadań będzie przechodzić na zadania związane z utrzymaniem (będą one stanowiły większą część zadań). W związku z powyższym, pracownicy wykonujący zadania związane z budową aplikacji będą stopniowo przechodzić do realizacji zadań związanych z utrzymaniem systemu”. Natomiast w dalszej części OSR w pkt 3 zapisano: „uruchomienie systemu wymagające obsługi, wsparcia użytkowników oraz naprawy błędów, stałego nadzoru, monitoringu oraz realizacji prac administracyjnych, zwiększenia obsługi I linii wsparcia użytkowników oraz licencji systemu obsługi zgłoszeń oraz pozostałych usług m.in. związanych zarządzaniem infrastrukturą czy obsługą systemu backupu i logów. Wysokość kosztów została oszacowana na podstawie realizowanych przez Centrum e-Zdrowia umów dotyczący m.in. umów na budowę oraz usługę rozwoju oprogramowania (ok. 64 mln zł). Szacując koszt tych usług uwzględniono trend w zakresie kształtowania kosztów tych usług na rynku w ostatnich latach i przyjęto wzrost tych kosztów o 10%.”  Również w odniesieniu do planowanych dodatkowych 6 etatów w Ministerstwie Zdrowia zakres zadań przedstawia podobny zakres obowiązków tj. „Osoby te będą realizowały zadania związane z analizą zagadnień i zgłoszeń, skutkujących koniecznością dokonania zmian w centralnej elektronicznej rejestracji. Zmiany te mogą wynikać ze zidentyfikowanych błędów oraz potrzeb zmian procesów w celu ich usprawnienia”. a) Należy wyjaśnić, czy przedstawiony wyżej zakres obowiązków w pkt 1 i pkt 3 oraz w odniesieniu do pracowników Ministerstwa Zdrowia częściowo się nie pokrywa i czy w związku z tym nie da się ograniczyć (skompensować) tych kosztów. Wątpliwość również budzi przyjęty coroczny wzrost kosztów usługi związanej z zarządzaniem infrastrukturą w wysokości 10% rocznie. Wartość ta jest wyższa niż przewidywany wskaźnik inflacji i wzrostu wynagrodzeń na przestrzeni kolejnych lat. Należy zatem jeszcze raz przeanalizować zaplanowane stawki i ewentualnie odpowiednio skorygować OSR w tym zakresie. b) Ponadto jak wskazano wyżej projektodawca zapisał, że „w kolejnych latach ciężar zadań będzie przechodzić na zadania związane z utrzymaniem (będą one stanowiły większą część zadań).” natomiast z załącznika nr 1 do OSR wynika, że corocznie wydatki przeznaczone na wytworzenie aplikacji będą wyższe od wydatków przeznaczonych na utrzymanie systemu. Powyższa rozbieżność wymaga wyjaśnienia i ewentualnego skorygowania. | **Uwaga uzgodniona**  Zakresy obowiązków, a tym samym kosztów po stronie Centrum e-Zdrowia, wskazane w pkt 1 i 3 „Dodatkowych informacji” w OSR nie pokrywają się.  W pkt 1 uwzględniono wyłącznie koszty związane z budową i rozwojem aplikacji. Zakres kosztów obejmuje wyłącznie modyfikację (rozwój) systemu centralnej elektronicznej rejestracji, czyli poszerzanie funkcjonalności systemu w odpowiedzi na potrzeby zgłaszane przez użytkowników (podmioty lecznicze i pacjentów) oraz poszerzanie zakresów świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją. W kolejnych latach (od 2031 r.) nastąpi istotny spadek wysokości tych kosztów.  Natomiast w pkt 3 uwzględniono wyłącznie koszty utrzymania tj.: obsługę, wsparcie użytkowników oraz naprawę błędów, stały nadzór, monitoring, realizacji prac administracyjnych, zwiększenia obsługi I linii wsparcia użytkowników oraz licencji systemu obsługi zgłoszeń oraz pozostałych usług m.in. związanych zarządzaniem infrastrukturą czy obsługą systemu backupu i logów. Zakres kosztów obejmuje wyłącznie koszty związane z utrzymaniem danej wersji systemu, bez modyfikacji, czy poszerzania funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji.  W odniesieniu do kosztów po stronie Ministerstwa Zdrowia, należy wskazać, że Ministerstwo Zdrowia pełni rolę właściciela biznesowego usługi jaką jest centralna elektroniczna rejestracja. Jako właściciel biznesowy Ministerstwo Zdrowia odpowiada za zasady i sposób jej funkcjonowania, niezbędne zmiany w celu dostosowania do potrzeb użytkowników oraz monitorowanie integracji świadczeniodawców z tą usługą, gdyż stanowi to warunek jej skuteczności i użyteczności.  Zasoby osobowe w liczbie 6 osób stanowią minimalny, niezbędny skład osobowy zespołu ze strony Ministerstwa Zdrowia, który będzie zaangażowany w te zadania w obszarze centralnej elektronicznej rejestracji. Ministerstwo Zdrowia będzie również dodatkowo angażować się w zadania wynikające z centralnej elektronicznej rejestracji pracowników realizujących inne obowiązki, gdyż ze względu na liczbę świadczeniodawców oraz mając na uwadze dotychczasowe doświadczenia przy wdrażaniu e-recept i e-skierowań, taki skład zespołu nie będzie wystarczający. |
|  | Ministerstwo Finansów | OSR | Minister Finansów podtrzymuje uwagę odnośnie do proponowanego systemu zachęt w wysokości 10.000 zł płatnych przez NFZ za niezwłoczne podłączenie do centralnej elektronicznej rejestracji według lokalizacji. W ocenie Ministra Finansów powinno się skorygować projekt poprzez usunięcie systemu zachęt, a w zamian rozważyć wprowadzenie np. przepisu określającego terminy obowiązkowego przystąpienia świadczeniodawców do systemu, oraz ewentualne sankcje za brak dołączenia do systemu. Niezależnie od powyższego należy wyjaśnić, dlaczego zaplanowano wypłatę zachęt włącznie do 2029 r. w kontekście nieograniczenia tylko do jednorazowej wypłaty zachęty dla świadczeniodawców, bez względu na dalsze stopniowe rozszerzanie zakresu świadczeń objętych centralną e-rejestracją i włączeniem do systemu kolejnych świadczeń przez świadczeniodawców. | **Uwaga nieuwzględniona**  Wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji to długotrwały i trudny proces,  wymagający ogromnego nakładu pracy zarówno po stronie Ministerstwa Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia jak i świadczeniodawców. Każdy świadczeniodawca musi ponieść koszty dostosowania swoich systemów oraz organizacji pracy do wymogów centralnej elektronicznej rejestracji.  Ministerstwo Zdrowia w projekcie ustawy będącej obecnie w trakcie konsultacji publicznych i opiniowania, wprowadziło przepis nakładający na świadczeniodawców obowiązek integracji z centralną elektroniczną rejestracją. Dodatkowo są prowadzone prace nad projektami aktów wykonawczych do projektu ustawy, mające na celu uzależnienie płatności za świadczenie od realizacji obowiązku integracji z centralną elektroniczną rejestracją.  Mając na uwadze obciążenie świadczeniodawców związane z integracją ich systemów informatycznych oraz organizacji pracy z centralną elektroniczną rejestracją, a także trudności we wprowadzaniu nowych rozwiązań z zakresu e-zdrowia, w opinii Ministerstwa Zdrowia jest niezbędne zapewnienie dodatkowych zachęt w celu zapewnienia centralnej elektronicznej rejestracji priorytetowego traktowania i jak najszybszego osiągnięcia celu w  postaci 100% wizyt umawianych za pomocą centralnej elektronicznej rejestracji.  Minister Zdrowia podtrzymuje swoje stanowisko w zakresie potrzeby utrzymania systemu zachęt, jako rozwiązania mającego wpłynąć na niezwłoczne podłączenie świadczeniodawców do centralnej elektronicznej rejestracji. Zapewnienie pełnej adaptacji rozwiązań centralnej elektronicznej rejestracji w zakresie udostępniania i prowadzenia harmonogramów przyjęć uzależnione jest od szybkiego i płynnego wdrożenia tego rozwiązania, każdorazowo w danym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych  przez wszystkich świadczeniodawców realizujących takie świadczenia. W sytuacji braku sprawnego wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji, pacjent będzie narażony na skorzystanie z niepełnego katalogu świadczeń opieki zdrowotnej, do których miałby dostęp w razie niezwłocznego przekazania przez świadczeniodawców harmonogramów przyjęć do centralnej elektronicznej rejestracji.  System zachęt, polegający na przekazaniu dodatkowych środków finansowych  świadczeniodawcom, ma zapewnić środki konieczne do niezwłocznego rozwinięcia oprogramowania systemowego wykorzystywanego przez podmioty lecznicze, skutkiem czego będzie realizacja celów wdrażanego rozwiązania. Jednocześnie podkreślić należy, że przepisy projektu ustawy przewidują termin wejścia w życie obowiązku przystąpienia świadczeniodawców do centralnej elektronicznej rejestracji. Dotychczasowe doświadczenia z wdrażania regulacji z zakresu e-zdrowia wskazują na potrzebę i znaczącą skuteczność działań zapewniających dodatkowe finansowanie z budżetu państwa dla podmiotów leczniczych, co pozostaje krytycznym elementem sukcesu projektowanego  rozwiązania. Ponadto o mechanizm zachęt zawnioskowała strona społeczna w ramach propozycji MZ-7-161. |
|  | 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. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) | art. 20 ust. 9aa | W odniesieniu do wyjaśnień do uwagi nr 1 dotyczącej zasadności uzupełnienia przepisu art. 20 ust. 9aa ustawy z dnia 27 sierpnia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) (ustawa o świadczeniach), w zakresie kryteriów medycznych, o których mowa  w art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach:  1) zaproponowane nowe brzmienie przepisu art. 20 ust. 9aa ustawy o świadczeniach wymaga doprecyzowania przez odesłanie do odpowiednich list oczekujących na udzielenie świadczenia (art. 20 ust. 1a ustawy o świadczeniach – lista oczekujących „ogólna” i art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach – odrębna lista oczekujących dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną i leczeniem  onkologicznym);  2) w związku z tym, że Projektodawca w stanowisku do uwagi nie odniósł się do kwestii dotyczącej zasadności uzupełnienia przepisów art. 23c ust. 11 pkt 1 i 2, art. 23d, art. 23e ust. 3 pkt 3, art. 23e ust. 10 i art. 23g ust. 1 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy) w zakresie kryteriów medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach, uwaga w tej części pozostaje nadal aktualna. | **Uwaga uwzględniona**   * 1. Obecne brzmienie przepisu w wyniku uwzględnienia uwagi:   „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”   * 1. We wskazanych przepisach dodano stosowne odniesienie do kryteriów medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) | Art. 23c ust. 5 | W odniesieniu do wyjaśnień do uwagi nr 5:  1) pkt 2 dotyczącej zasadności umiejscowienia regulacji proponowanej w przepisach art. 23c ust. 5 ustawy o świadczeniach w przepisach art. 188e ustawy o świadczeniach należy podkreślić, że przepisy art. 188e ustawy o świadczeniach, które kompleksowo regulują kwestie związane z przetwarzaniem danych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych (podmiot prowadzący ten system, zakres danych przetwarzanych w tym systemie, cel ich przetwarzania, podmioty zobowiązane do przekazywania danych do tego systemu, kto ma dostęp do danych zgromadzonych w tym systemie oraz, komu mogą być udostępniane te dane), są właściwym miejscem do określenia obowiązku Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie przekazywania danych przetwarzanych w tym systemie do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302) (ustawa o sioz), natomiast przepisy dotyczące funkcjonalności systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy o sioz (system sioz), w ramach którego ma być prowadzona centralna elektroniczna rejestracja (CER), powinny być uzupełnione o regulacje przewidujące możliwość weryfikacji dopuszczalności zgłoszenia centralnego na świadczenia realizowane w ramach programu zdrowotnego;  2) pkt 3 dotyczącej zasadności dokonania szerszych zmian w ustawie o sioz (m.in. zakres danych przetwarzanych w systemie sioz, funkcjonalności tego systemu, celu przetwarzanych w tym systemie danych), stanowisko Projektodawcy wskazujące jedynie na brak konieczności dodatkowych zmian w ustawie o sioz, bez przedstawienia argumentacji na rzecz takiego przekonania, należy uznać za niewystarczające, a zgłoszoną w powyższym zakresie uwagę za aktualną. | **Uwaga uwzględniona**  1) Uwaga uwzględniona. Przepis został przeniesiony do art. 188e ustawy o świadczeniach  2) Zakres danych wykorzystywanych w CeR mieści się w katalogu danych przetwarzanych na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy o systemie informacji w ochronie. Podobnie jest z celami przetwarzania danych na potrzeby CeR, które w niniejszej nowelizacji zostaną wprowadzone do ustawy |
|  | RCL (uwagi z 20.05) | Art. 23c ust. 6 pkt 2 i 3 oraz art. 23 e ust. 3 pkt 2 i 4 | W odniesieniu do wyjaśnień do uwagi nr 6 dotyczącej konieczności doprecyzowania przepisów art. 23c ust. 6 pkt 2 i 3 oraz art. 23 e ust. 3 pkt 2 i 4 ustawy o świadczeniach:  1) proponowany przepis art. 23c ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach wymaga uzupełnienia przez wskazanie, że zakres danych, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. b, g oraz k, jest zawarty w ustawie z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208);  2) wobec braku odniesienia się przez Projektodawcę do kwestii dotyczącej konieczności uzupełnienia przepisów art. 23e ust. 3 pkt 2 i 4 ustawy o świadczeniach dotychczasowa uwaga w tym zakresie pozostaje aktualna. | Uwaga uwzględniona  Zakres informacji, o których mowa w przywołanym punkcie:  „6) inne dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej istotne do przyjęcia zgłoszenia centralnego, jeżeli dotyczy;”  dotyczy danych ściśle powiązanych z udzielanym świadczeniem i jest niezbędny do prawidłowego umówienia świadczenia.  Zakres informacji niezbędnych do ujęcia w zgłoszeniu centralnym obejmuje m.in.:  - informację o sytuacji nagłej związanej z ratowaniem życia,  - informację o charakterze wizyty (np. wizyta historyczna, która jest wprowadzana np. w związku z awarią systemu, wizyta w ramach kontynuacji leczenia innym podmiocie/ po leczeniu szpitalnym,  - informację, że wizyta jest objęta KSO lub KSK,  -informację o rodzaju schematu świadczenie w ramach programu profilaktycznego  - informację o miejscu udzielenie świadczenia (np. świadczenie udzielone w szkole)  - informację o rodzaju preparatu wykorzystywanego w ramach wykonywania szczepienia.  Ze względu na bardzo szeroki zakres informacji, których wskazanie będzie niezbędne w tym zakresie, oraz brak możliwości określenia zamkniętego katalogu takich informacji na obecnym etapie, konieczne jest pozostawienie bez zmian treści projektu ustawy i uzupełnienie uzasadnienia zgodnie z niniejszą informacją.  Zakres danych, o których mowa w tym punkcie nie dotyczy danych osobowych.  Uzupełniono zatem uzasadnienie do projektu ustawy. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) | Art. 23c ust. 7 pkt 1 | W odniesieniu do wyjaśnień do uwagi nr 7, w zakresie art. 23c ust. 7 pkt 1 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 3 projektu ustawy), Projektodawca wskazał, że „konieczność powtórzenia tych zapisów (przy ustalaniu kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym w ramach CER nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach) wynika z faktu, iż art. 20 ust. 12 odnosi się do prowadzenia odrębnych list oczekujących, a więc do sytuacji, w której świadczenia onkologiczne nie są objęte centralną elektroniczną rejestracją.”. A zatem jeżeli przepis art. 23c ust. 7 ustawy o świadczeniach nie dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej objętych CER, to nie powinien znajdować się w grupie przepisów dotyczących CER. Ponownie należy wskazać, że norma taka wynika już z przepisów art. 20 ust. 12 ustawy o świadczeniach. Jednocześnie Projektodawca wskazał, że „W opinii Ministerstwa Zdrowia przepis nie wymaga przeformułowania w celu uwzględnienia zapisu, zgodnie z którym świadczeniodawca ma stosować kryteria medyczne, o których mowa w art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach, ponieważ wyznaczanie terminów dla świadczeniobiorców wskazanych w uwadze realizowane jest wyłącznie w wyniku bezpośredniego kontaktu świadczeniodawcy ze świadczeniobiorcą (zgodnie z art. 23e ust. 4 pkt projektu ustawy). Do ustalenia kolejności udzielania świadczeń mają więc zastosowanie przepisy, o których mowa w art. 20 ust. 13 – kolejność udzielania świadczeń jest ustalana zgodnie z kryteriami określonymi w tym przepisie.”. Mając zatem na uwadze, że w odniesieniu do wskazanej powyżej grupy świadczeniobiorców będzie możliwe dokonanie zgłoszenia centralnego, projektowane przepisy ustawy o świadczeniach (art. 23c ust. 11 pkt 1 i 2, art. 23d, art. 23e ust. 3 pkt 3, art. 23e ust. 10 i art. 23g ust. 1) dotyczące CER należy odpowiednio uzupełnić w zakresie uwzględnienia kryteriów medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 ustawy o świadczeniach, na co wskazywało Rządowe Centrum Legislacji w uwadze nr 1. | Uwaga wyjaśniona.  Podkreślić należy, iż art. 23c ust. 7 projektu ustawy dotyczy świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym objętych centralną elektroniczną rejestracją.  Konieczność powtórzenia zapisu dotyczącego stosowania przepisów wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach, wynika z faktu, iż regulacja art. 20 ust. 11 dotyczy umieszczania świadczeniobiorców na listach oczekujących, podczas, gdy zgodnie z art. 23c ust. 1 zdanie drugie „ W celu udzielania tych świadczeń nie prowadzi się list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.”. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | W zakresie uwagi nr 10:  1) wyjaśnienia Projektodawcy dotyczące braku możliwości dokonania centralnego zgłoszenia na diagnostykę lub leczenie onkologiczne udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta należy zamieścić w uzasadnieniu projektu (uwaga nr 10 pkt 1);  2) aktualna pozostaje uwaga nr 10 pkt 2 w zakresie możliwości dokonania centralnego zgłoszenia przez świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną za pomocą infolinii, z uwagi na to, że Projektodawca w odniesieniu się do uwagi wskazał jedynie, że „zgodnie z informacją w pkt 1 przepisy dotyczące zapisów na świadczenia poprzez infolinię onkologiczną mają zostać uchylone w ustawie o KSO” i nie odniósł się do przepisów projektu ustawy | 1. Uwaga uwzględniona. Dodano do treści uzasadnienie następującą informację: Jednocześnie na diagnostykę onkologiczną lub leczenie onkologiczne udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego centralnego zgłoszenia dokonuje się wyłącznie bezpośrednio u świadczeniodawcy udzielającego takich świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe wynika z konieczności realizacji kompleksowej opieki nad pacjentem objętym diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym opartej o jednakowe standardy i wysoką jakość. 2. Aktualizacja wniosku o wprowadzenie projektu dokumentu rządowego do Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów z dnia 8 kwietnia 2025 r. (sygn. PRWL.0210.78.2024) w zakresie zmiany sposobu dokonania zgłoszenia centralnego, polegającej na usunięciu możliwości rejestracji za pomocą infolinii nie dotyczy pacjentów objętych diagnostyką onkologiczną i leczeniem onkologicznym – w zakresie tych pacjentów możliwość dokonania zapisu na pierwszorazowe świadczenie opieki zdrowotnej w podmiocie działającym w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej oraz zmiany lub anulowania terminu pierwszorazowego świadczenia opieki zdrowotnej za pośrednictwem infolinii przewiduje art. 20 ust. 2 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208). |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | W odniesieniu do uwagi nr 11 Projektodawca wskazał, że „Postanowienia art. 23e ust. 7 ustawy o świadczeniach pozostawiono bez zmian. Zawarta w pkt 6/ możliwość wyboru prawa do świadczeń poza kolejności, stanowi podstawę wyszukiwania kryteriów. Natomiast ust. 3 wskazuje na zakres danych po dokonaniu zgłoszenia centralnego.”. Wobec braku przedstawienia argumentów przemawiających za przyjęciem proponowanego rozwiązania uwaga pozostaje aktualna. | Uwaga uwzględniona  Zmieniono zapis art. 23e ust. 3 pkt 2 na:  2) dane, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit o oraz n ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia , jeżeli dotyczy;  Podkreślić przy tym należy, iż dane o których mowa w art. 23e ust 7 pkt 6, tj. „posiadanie prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością” pozwali na wyszukanie przez świadczeniobiorców terminów udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej odpowiadającego uprawnieniom pacjenta, w szczególności uprawnieniom nie objętym zakresem art. 4 ust. 3 pkt 1 lit o oraz n ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | W odniesieniu do uwagi nr 12 Projektodawca wskazał, że „w projekcie ustawy przewidziano możliwości modyfikowania danych po ich wprowadzeniu, np. w przypadku kategorii medycznej (art. 23c ust. 10)”, należy jednak zauważyć, że przepis art. 23c ust. 10 ustawy o świadczeniach nie dotyczy modyfikowania danych, tylko możliwości generowania raportów przez administratora systemu. | Uwaga wyjaśniona  Powinno być „w projekcie ustawy przewidziano możliwości modyfikowania danych po ich wprowadzeniu, np. w przypadku kategorii medycznej (art. 23e ust. 10” |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | W kontekście wyjaśnień przedstawionych przez Projektodawcę do uwagi nr 15 przepis art. 23g ust. 3 ustawy o świadczeniach wymaga doprecyzowania przez wskazanie okoliczności uzasadniającej przyznanie terminu innemu świadczeniodawcy (w przypadku  odwołania przez świadczeniobiorcę wizyty w krótkim czasie przed terminem tej wizyty). | Uwaga uwzględniona.  Warunki definiujące „ryzyko niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia” zostaną określone w akcie wykonawczy wydanym na podst. art. 23h ust. 2. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | Biorąc pod uwagę wyjaśnienia Projektodawcy do uwagi nr 17, zgodnie z którymi Minister Zdrowia dokonuje analizy uwzględniającej średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia i sposób jego udzielenia oraz liczbę udzielanych świadczeń, przepis art. 23h ust. 1 ustawy o świadczeniach wymaga uzupełnienia przez wskazanie, że minister właściwy do spraw zdrowia przeprowadza przedmiotową analizę. | Uwaga uwzględniona |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | W odniesieniu do wyjaśnień do uwagi nr 18 należy zauważyć, że przedstawione stanowisko Projektodawcy, zgodnie z którym „Wybór zakresu świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją w 2025 r. wynika z kontynuacji programu pilotażowego, który stanowił etap przygotowawczy do wdrożenia tej usługi”, nie stanowi szczegółowego wyjaśnienia przesłanek, jakimi się kierował Projektodawca wybierając świadczenia do realizacji w początkowym okresie działania CER, i uzasadnienie projektu wymaga w tym zakresie stosownego uzupełnienia. | Uwaga uwzględniona.  W uzasadnieniu do projektu ustawy dodano nast. wyjaśnienie:  Wybór zakresu świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją w 2025 r. wynika z kontynuacji programu pilotażowego, który stanowił etap przygotowawczy do wdrożenia tej usługi. Powyższe zakresy świadczeń objęte programem pilotażowym obejmują świadczenia w obszarach, które są priorytetowe dla polityki zdrowotnej ze względu na charakter i wagę świadczeń a także ze względu możliwości weryfikacji procesu zapisywania na terminy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | Za nieprawidłowy należy uznać sposób uwzględnienia uwagi nr 20 dotyczącej konieczności doprecyzowania przepisu art. 59b ust. 1 pkt 15 ustawy o świadczeniach, określającego zakres informacji o wystawionym skierowaniu. Proponowana treść przepisu, zgodnie z którą „Informacje dodatkowe nie mogą zawierać treści o charakterze reklamy”, mieści się już w obecnie obowiązującej normie zawartej w przepisie art. 59b ust. 4 ustawy o świadczeniach, z której wynika, że informacja o wystawionym skierowaniu nie może zawierać innych niż określone w ust. 1 i 2a ustawy o świadczeniach treści, w szczególności o charakterze reklamy. | Uwaga uwzględniona  Usunięto w pkt 15 zapis „Informacje dodatkowe nie mogą zawierać treści o charakterze reklamy” oraz dodano w pkt 15 po przecinku zapis „jeśli mogą okazać się istotne w procesie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej”. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | Aktualna pozostaje uwaga nr 21:   1. pkt 1 lit. a dotycząca konieczności przeredagowania przepisu art. 96a ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 686oraz z 2025 r. poz. 129) (ustawa PF) w taki sposób, żeby zakres informacji zawarty w pozostałych jednostkach redakcyjnych (pkt) odnosił się do osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty. Istotą uwagi nie są wątpliwości w zakresie możliwości wystawienia przez osobę upoważnioną do wystawienia recepty (asystent medyczny)odpisu recepty, a jedynie wskazanie braku konsekwencji w przepisie – we wprowadzeniu do wyliczenia wskazano, że recepta zawiera dane dotyczące osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty, a w pozostałych jednostkach redakcyjnych tylko osoby wystawiającej receptę (a nie osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty); 2. pkt 1 lit. b – Projektodawca nie przedstawił stanowiska dotyczącego zakresu informacji zawartych na recepcie oraz informacji dotyczącej braku konieczności dokonania zmian w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930 i 129); 3. pkt 2 lit. a – w odniesieniu się do uwagi Projektodawca wskazał, że „Dane asystenta medycznego nie są konieczne na wydruku recepty, w szczególności, że identyfikatorem osoby upoważnionej jest numer PESEL.”, należy jednak zauważyć, że przepis art. 96b ust. 1 ustawy PF wskazuje, jakie informacje mają być zawarte na informacji o wystawionej recepcie i nie ma charakteru fakultatywnego, ponadto zakres proponowanych zmian w tym przepisie nie przewiduje w odniesieniu do osoby upoważnionej do wystawienia recepty zamieszczenia na tym dokumencie numeru PESEL lub identyfikatora, o którym mowa w art. 17c ust. 5a ustawy o sioz; 4. pkt 2 lit. b – biorąc pod uwagę wyjaśnienia Projektodawcy w odniesieniu do uwagi przepis art. 96b ust. 1 pkt 18 ustawy PF wymaga doprecyzowania, że informacje, o których mowa w tym przepisie, dotyczą zaleceń zdrowotnych związanych ze stosowaniem produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, bez konieczności dookreślenia, że informacje te nie mogą stanowić reklamy (norma taka jest już obecnie zawarta w art. 96b ust. 4 ustawy PF); 5. pkt 4 – w zakresie, w jakim, w związku ze zmianą danych zawartych na recepcie, właściwszym będzie rozstrzygnięcie w przepisach przejściowych projektu ustawy kwestii ważności recept wystawionych przed dniem wejścia w życie ustawy i możliwości nich realizacji. | **Uwaga częściowo uwzględniona**   * 1. Zaproponowane brzmienie przepisu wynika z konieczności uwzględnienia zakresu uprawnień osoby upoważnionej do wystawienia recept, która wystawia jedynie recepty w postaci elektronicznej a odpisy recepty dotyczą wyłączenie postaci papierowej recepty.   2. W ocenie MZ nie ma konieczności wprowadzania zmian do przepisów ustawy refundacyjnej. Uzupełnienie danych na recepcie dotyczy bowiem tylko uwzględnienia obok danych osoby wystawiającej receptę także danych osoby upoważnionej do wystawiania recept (asystenta medycznego), która wystawiła receptę.   3. . W wydruku recepty projektodawca nie przewiduje umieszczenia identyfikatora osoby upoważnionej do wystawiania recept, gdyż byłaby to dana nadmiarowa. Identyfikator osoby upoważnionej, którym mowa w art. 17c ust. 5a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia jest nr PESEL.   4. w pkt 18 należy uzupełnić, że ……….. „dotyczące zaleceń zdrowotnych związanych z jego stosowaniem”.   5. Proponuje uwzględnić w ten sposób, że wprowadzić przepis przejściowy, zgodnie z którym: „Do recept wystawionych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe”. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | Biorąc pod uwagę intencję Projektodawcy wyrażoną w stanowisku do uwagi nr 22, zgodnie z którą podmioty, o których mowa w art. 15 ust. 3 i 4ac ustawy o sioz, tylko w przypadku uprawomocnienia się orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub powstania uprawnienia albo jego zmiany lub utraty będą obowiązane do przekazywania odpowiednio danych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i, n oraz lit. o ustawy o sioz, jeżeli takie dane posiadają, przepis art. 15 ust. 5a ustawy o sioz wymaga odpowiedniego przeredagowania, ponadto w przepisie należy dookreślić, które dane mają być przekazywane przez wskazane w tym przepisie podmioty. | Uwaga uwzględniona  w art. 15:   1. ust. 3 otrzymuje brzmienie:   „3. Dane do Centralnego Wykazu Usługobiorców, w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, m-o oraz u-v, są obowiązani przekazywać płatnicy, o których mowa w art. 2 pkt 9 lit. a.  b) w ust. 4c wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:  „Dane do Centralnego Wykazu Usługobiorców, w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i, n oraz lit. o, są obowiązani przekazywać:”,  b) ust. 5a otrzymuje brzmienie:  „5a. Podmioty, o których mowa w ust. 3 oraz w ust. 4c, są obowiązane przekazywać dane, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, n oraz o, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia uzyskania informacji o uprawomocnieniu się orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności lub powstaniu uprawnienia albo jego zmiany lub utraty, jeżeli takie dane posiadają”; |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | Aktualne pozostają zastrzeżenia podniesione w zakresie przepisów art. 5 ust. 2 i art. 6 ust. 1 projektu ustawy, dotyczące ustalenia początku liczenia terminu rozpoczęcia prowadzenia CER od dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych; ponownie należy podkreślić, że Projektodawca nie zróżnicował terminu wejścia w życie poszczególnych przepisów projektu ustawy, a w przepisie art. 9 projektu ustawy określił, że ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia jej ogłoszenia, co oznacza, że w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej określonych w wykazie wydanym na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, z chwilą wejścia w życie ustawy powinna być możliwość umawiania na wizyty w ramach CER. | Uwaga uwzględniona  Zmieniono zapis dotyczący terminu wejścia w życie przepisów ustawy – aktualnie 1 stycznia 2026 r.  Aktualnym pozostaje określenie terminu rozpoczęcia prowadzenia CeR od dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych. Powyższe pozwoli w przejrzysty sposób określać i informować o kolejnych świadczeniach dodanych do centralnej elektronicznej rejestracji.  Ministerstwo Zdrowia planuje skorelować termin wejścia w życie możliwości umawiania terminów udzielenia świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją z wydaniem rozporządzenia na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Realizacji tego służyć ma zmiana w zakresie określenia na dzień 1 stycznia 2026 terminu wejścia w życie przepisów ustawy. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | Aktualne pozostają również wątpliwości dotyczące wyłączenia podmiotów biorących udział w programie pilotażowym z możliwości otrzymania jednorazowego dofinansowania (zachęty). W odniesieniu do wyjaśnień do uwagi nr 24 pkt 4 Projektodawca zawarł jedynie informację, że „świadczeniodawcy, którzy włączą się do centralnej elektronicznej rejestracji w trakcie programu pilotażowego zrealizowali już zadania, które określają projektowane zapisy ustawy. Zatem wypłata zachęt dla podmiotów, które wykonały te zadania oraz otrzymały za nie wynagrodzenie byłaby nadmiarowa”, przy czym nie wyjaśnił, za które działania podmioty biorące udział w programie pilotażowym otrzymały wynagrodzenie, nie przedstawił również przesłanek przyznawania dofinansowania podmiotów (w odniesieniu się do uwagi nr 24 pkt 3 wskazał jedynie, że zostały uspójnione przepisy projektu ustawy i jego uzasadnienia) oraz nie odniósł się do kwestii konieczności uzupełnienia przepisów projektu ustawy w przedmiotowym zakresie. Brak przedstawienia szczegółowego wyjaśnienia w tym zakresie nie daje możliwości oceny proponowanej regulacji. | Uwaga uwzględniona  Uzupełnione zostały przepisy zgodnie ze zgłoszonymi uwagami, poprzez ujednolicenie przesłanek przyznania dofinansowania, o którym mowa w przedmiotowym przepisie oraz wskazanie w przepisie, iż 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.  Podkreślić należy, iż 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.  Za te czynności zrealizowane dla wskazanej komórki organizacyjnej podmiotu, w ramach programu pilotażowego wypłacane jest wynagrodzenie zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia.  Zatem wypłata zachęt dla podmiotów, które wykonały te zadania w określonych lokalizacjach w okresie trwania pilotażu oraz otrzymały za nie wynagrodzenie, byłaby nadmiarowa. |
|  | RCL (uwagi z 20.05) |  | Wobec braku ustosunkowania się do kwestii związanej z koniecznością przedstawienia w uzasadnieniu projektu szczegółowej oceny dotychczasowych wyników programu pilotażowego w zakresie organizacji i efektywności CER, które stanowiły podstawę do przygotowania rozwiązań systemowych, aktualna pozostaje uwaga w powyższym zakresie. | **Uwaga wyjaśniona**  W uzasadnieniu do projektu ustawy nie uwzględniono szczegółowych wyników dotychczasowego przebiegu pilotażu, gdyż cząstkowy raport ewaluacyjny obejmujący dotychczasową realizację programu pilotażowego jest w trakcie przygotowania.  Niemniej dodano w uzasadnieniu do projektu ustawy podstawowy wniosek wskazujący, że dotychczasowy przebieg programu pilotażowego potwierdza poprawność przyjętych głównych założeń funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji oraz możliwości wdrożenia tego rozwiązania dla wszystkich zakresów świadczeń.  Ministerstwo Zdrowia zastrzega przy tym, że rozwiązanie to będzie wymagało na etapie programu pilotażowego zmian głównie w zakresie poprawy ergonomii korzystania oraz usprawnienia wymiany danych pomiędzy systemami. |
|  | MF(uwagi z 13.05) |  | W zakresie pkt 2, 3 i 6 ww. pisma dotyczących utworzenia łącznie 36 nowych etatów (30 etatów w Centrum e- Zdrowia oraz 6 etatów w Ministerstwie Zdrowia)  w związku z realizacją założeń projektu oraz  odnośnie do  proponowanego brzmienia dotyczącego pkt 6 OSR, iż „Wszelkie skutki finansowe  wynikające z projektu ustawy od 2026 r. będą pokrywane corocznie w ramach wysokości  środków finansowych przeznaczanych na finansowanie ochrony zdrowia ustalonej  zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach, w tym z rezerw celowych, z jednoczesną  możliwością zwiększenia limitu na wynagrodzenia.” zgłaszam, do dalszych prac, co  następuje:  Należy kolejny raz podkreślić sygnalizowane w ostatnim czasie dodatkowe  potrzeby finansowe dotyczące finansowania ochrony zdrowia wykraczające  znacznie ponad wartość referencyjną określoną w art 131c ww. ustawy  o świadczeniach na 2025 r. i lata kolejne. W sytuacji gdy jak wspomniano w piśmie  Ministra Finansów z dnia 24 kwietnia br. wzrost funduszu wynagrodzeń  w Ministerstwie Zdrowia (dalej MZ) na przestrzeni lat 2021-2024 był na poziomie 196,4%, a liczba etatów w Centrum e-Zdrowia (dalej CeZ) wzrosła o liczbę 65  etatów, realizacji nowych zadań należy szukać w pierwszej kolejności wśród  posiadanych zasobów kadrowych.  Z wyjaśnień projektodawcy wynika, że „Przyznane dla CeZ 65 etatów dotyczyło:  1. 15 etatów – Sektorowy Zespół Reagowania na incydenty Cyberbezpieczeństwa,  2. 50 etatów – etaty niezbędne do utrzymania priorytetowych systemów CeZ/MZ,  kierownicy projektów, architekci, programiści.”  W związku z powyższym należy ponownie przeanalizować pracochłonność  wdrażanego projektu oraz przedstawić wyniki tej analizy. W ocenie Ministra  Finansów przy ponownej analizie pod uwagę należy wziąć również fakt, że obecnie  trwa program pilotażowy dotyczący centralnej e – rejestracji działający jako  program ogólnopolski (na podstawie rozporządzenia MZ z 6 sierpnia 2024 r. Dz.U.  poz.1212). Szczególnie pod uwagę należy wziąć możliwość wykorzystania zasobów  kadrowych obsługujących obecnie trwający program. Należy również wskazać, czy  zadania związane z projektem, takie jak Budowa i rozwój systemu, Wsparcie  wdrożeniowe w placówkach medycznych, Obsługa skarg i wniosków, Utrzymanie  systemu nie mogą zostać zrealizowane w ramach ww. 65 nowych etatów  przyznanych w 2024 r. W przypadku zakresu obowiązków ww. etatów wskazano  m.in. utrzymanie systemów, reagowanie na incydent Cyberbezpieczeństwa, a jako  pracowników wskazano projektantów, architektów i programistów. Pojawia się  ponownie wątpliwość czy nowo projektowane zadania nie mogą zostać  zrealizowane w ramach posiadanych już zasobów pracowniczych.  W ślad za powyższym, przedstawiając kalkulację dla nowych etatów konieczne jest  dokonanie w pierwszej kolejności analizy wykorzystania już posiadanych zasobów  kadrowych. W pierwszej kolejności oznacza to w efekcie konieczność realizowania  dodatkowych zadań w ramach posiadanych zasobów kadrowych, ewentualnie  dokonania stosownych przesunięć pracowników tudzież ograniczania nowych  wydatków w sytuacji, gdy nie ma bezwzględnej konieczności ich poniesienia. | Uwaga nieuzgodniona (w protokole rozbieżności)  Ustawa wprowadza nowe rozwiązanie w obszarze e-zdrowia  (nową centralną e-usługę), które jest adresowane do wszystkich obywateli.  Dokonując oceny zasadności zwiększenia zasobów osobowych po stronie  Ministerstwa Zdrowia i Centrum e-Zdrowia (CeZ) należy wziąć pod uwagę skalę  zadania jakim jest wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji we wszystkich  podmiotach, we wszystkich zakresach świadczeń udzielanych w trybie  ambulatoryjnych. Tylko świadczenia z zakresu kardiologii to 10 mln wizyt i ponad 1  tyś. placówek realizujących. Perspektywy wynikające z ustawy (kolejne zakresy  świadczeń opieki zdrowotnej, liczba placówek i następne miliony pacjentów) i  krytyczność procesów (konsekwencje niepoprawnego działania), powodują, że  wnioskowane 30 etatów przy wyzwaniu oraz oczekiwaniach nie są wystarczające.  Ministerstwo Zdrowia już w poprzednich odpowiedziach informowało, że przy  realizacji zadań związanych z wdrożeniem centralnej elektronicznej rejestracji  będzie wykorzystywało już posiadane zasoby. Nie są one jednak wystarczające na  taką skalę tego zadania.  Mając na uwadze wagę rozwiązania oraz liczbę podmiotów, na które będzie ono  miało skutek oraz liczbę użytkowników (docelowo kilkadziesiąt milionów  Polaków), nie jest możliwa rezygnacja z wnioskowanej liczby etatów. Minister  Zdrowia nie ma bowiem możliwości samodzielnego zwiększania (kreowania) limitu  środków na wynagrodzenia.  Zatem, biorą pod uwagę powyższe, a w szczególności skalę wdrożenia nowego  systemu centralnej elektronicznej rejestracji, w tym konieczność podłączenia  docelowego do systemu wielu tysięcy podmiotów wykonujących działalność  leczniczą, konieczność zapewnienia cyberbezpieczeństwa tego systemu,  zapewnienia przez system usług e-rejestracji, które do tej pory były samodzielnie  wykonywane wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, istnieje  potrzeba przyznania dodatkowych etatów na największy ogólnopolski publiczny  system centralnej elektronicznej rejestracji.  W ramach zadań realizowanych obecnie przez CeZ zabezpieczone są bezpośrednie  koszty zarządzania projektem centralnej elektronicznej rejestracji. Do realizacji  działań w powyższych obszarach niezbędne jest jednak posiadanie przez CeZ  wysoko wykwalifikowanych specjalistów w ramach etatów wykonujących  merytoryczne zadania związane z głównymi celami i produktami projektu. Brak  takiej możliwości stanowi istotne zagrożenie dla osiągniecia celu projektu tj.  wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji we wszystkich zakresach świadczeń  ambulatoryjnych  Przyznane w ubiegłym roku etaty zostały zaangażowane do przedsięwzięć, dla  których nie były zgłaszane koszty do OSR np.:  • realizacja programu profilaktycznego Moje Zdrowie (dla wszystkich  obywateli od 20 r.ż.)  • realizacji recept w różnych aptekach  • automatycznym określaniu poziomu refundacji  • jednocześnie zwiększona liczba danych i użytkowników które, przekładają  się na dodatkowe zadania związane z utrzymaniem tych rozwiązań m.in. z  administrowaniem dodatkowymi serwerami.  Przyznanie wskazanej puli etatów spowodowało zniwelowanie dysproporcji  zidentyfikowanej w roku 2024 w zakresie zadań wówczas realizowanych oraz  pozwoliło na realizację m.in. nowych zadań wymienionych powyżej.  15 etatów na Sektorowy Zespół Reagowania na incydenty Cyberbezpieczeństwa  to wydzielony zespół, który realizuje tylko zadania CSIRT dla całego sektora  ochrony zdrowia.  Biorąc pod uwagę liczbę etatów, którymi obecnie dysponuje CeZ (po przyznaniu  wskazanych 50 etatów) oraz liczbę obecnie realizowanych zadań w jednostce  dysproporcja (w liczbie etatów vs liczbie zadań) powoduje duże ryzyko  nieterminowej realizacji innych projektów np. centralnej elektronicznej rejestracji. |
|  | MF(uwagi z 13.05) |  | W zakresie pkt 4 ww. pisma Minister Finansów przyjmuje, że dokonano korekty wynagrodzenia dotyczącego wytworzenia aplikacji obniżając kwotę 255 zł/h do 225 zł/h, jednak w ocenie Ministra Finansów wskazana stawka jest nadal zbyt  wysoka. Uzasadnienie, wskazane przez projektodawcę, że Ministerstwo Zdrowia  realizuje obecnie umowy z CeZ, gdzie średnia stawka za godzinę pracy wynosi 256  zł/h nie jest wystarczające. W ocenie Ministra Finansów, nawet jeśli w MZ zostały  już zawarte umowy na tak wysokie stawki wynagrodzenia, mając na względzie  efektywne wydatkowanie środków publicznych, nie należy powielać takiego  podejścia. | Uwaga uzgodniona  Centrum e-Zdrowia nie dysponuje wystarczającą liczbą  pracowników etatowych w określonych rolach (analityk biznesowy, analityk  systemowy, programista, itp.), aby zrealizować zadania wynikające z ustawy. Zatem  korzysta z dodatkowej możliwości uzupełnienia zasobów o konsultantów  zewnętrznych (pracowników zatrudnianych w oparciu o umowy z podmiotami  zewnętrznymi).  Centrum e-Zdrowia przyjęło wobec powyższego stawki, które wynikają z  dotychczas zawartych umów.  Centrum e-Zdrowia nie ma podstaw do arbitralnego zmniejszenia kwot  wynikających ze zgłoszonych ofert w ramach postępowań przetargowych oraz  zawartych w ich wyniku umów. Działanie takie (zmniejszenie prognozowanej  kwoty wynagrodzenia w ramach umów, zawieranych w oparciu o procedurę  zamówienia publicznego) jest nieracjonalne i mogłoby spowodować zarzuty  działania na szkodę jednostki.  W opinii Ministerstwa Zdrowia wskazane wartości szacunkowe kosztów usług za  roboczogodzinę nie stanowią elementów wyceny podlegających subiektywnej  ocenie lub ograniczeniu, ale są to dane faktyczne. |
|  | MF(uwagi z 13.05) |  | W zakresie pkt 7 Minister Finansów również podtrzymuje uwagę dotyczącą  wprowadzenia systemu zachęt dla świadczeniodawców. Zgodnie z wyjaśnieniami  Ministra Zdrowia „Ministerstwo Zdrowia w projekcie ustawy będącej obecnie w trakcie  konsultacji publicznych i opiniowania, wprowadziło przepis nakładający na  świadczeniodawców obowiązek integracji z centralną elektroniczną rejestracją.  Dodatkowo są prowadzone prace nad projektami aktów wykonawczych do projektu  ustawy, mające na celu uzależnienie płatności za świadczenie od realizacji obowiązku  integracji z centralną elektroniczną rejestracją. W ocenie Ministra Finansów  wymienione mechanizmy są wystarczające do osiągniecia założonego przez MZ  efektu tj. „zapewnienia centralnej elektronicznej rejestracji priorytetowego traktowania  i jak najszybszego osiągnięcia celu w postaci 100% wizyt umawianych za pomocą  centralnej elektronicznej rejestracji” w szczególności mając na uwadze wspomniane  już zgłaszane dodatkowych potrzeby finansowe w ochronie zdrowia. | Uwaga nieuzgodniona (w protokole rozbieżności)  Ministerstwo Zdrowia podtrzymuje dotychczasowe uzasadnienie  dla konieczności wprowadzenia systemu zachęt w celu zapewnienia skutecznego  wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji.  W ocenie Ministra Zdrowia inne mechanizmy, np. nałożenie obowiązku oraz kar  finansowych, nie są wystarczające do osiągniecia założonego przez Ministerstwo  Zdrowia efektu tj. „zapewnienia centralnej elektronicznej rejestracji  priorytetowego traktowania i jak najszybszego osiągnięcia celu w postaci 100%  wizyt umawianych za pomocą centralnej elektronicznej rejestracji”.  Wdrożenie centralnej elektronicznej rejestracji to długotrwały i trudny proces,  wymagający ogromnego nakładu pracy zarówno po stronie Ministerstwa Zdrowia,  Centrum e-Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia jak i świadczeniodawców.  Każdy świadczeniodawca musi ponieść koszty dostosowania swoich systemów  oraz organizacji pracy do wymogów centralnej elektronicznej rejestracji, często  również dokonania dodatkowych zakupów sprzętowych.  Ministerstwo Zdrowia w projekcie ustawy, będącej obecnie w trakcie konsultacji  publicznych i opiniowania, już wprowadziło przepis nakładający na  świadczeniodawców obowiązek integracji z centralną elektroniczną rejestracją.  Dodatkowo są prowadzone prace nad projektami aktów wykonawczych do  projektu ustawy, mające na celu uzależnienie płatności za świadczenie od realizacji  obowiązku integracji z centralną elektroniczną rejestracją.  Mając jednak na uwadze obciążenie świadczeniodawców związane z integracją ich  systemów informatycznych oraz organizacji pracy z centralną elektroniczną  rejestracją, a także trudności we wprowadzaniu nowych rozwiązań z zakresu ezdrowia,  w opinii Ministerstwa Zdrowia jest niezbędne zapewnienie dodatkowych  zachęt w celu zapewnienia centralnej elektronicznej rejestracji priorytetowego  traktowania i jak najszybszego osiągnięcia celu w postaci 100% wizyt umawianych  za pomocą centralnej elektronicznej rejestracji.  Minister Zdrowia podtrzymuje swoje stanowisko w zakresie potrzeby utrzymania  systemu zachęt, jako rozwiązania mającego wpłynąć na niezwłoczne podłączenie  świadczeniodawców do centralnej elektronicznej rejestracji. Zapewnienie pełnej  adaptacji rozwiązań centralnej elektronicznej rejestracji w zakresie udostępniania i  prowadzenia harmonogramów przyjęć uzależnione jest od szybkiego i płynnego  wdrożenia tego rozwiązania, każdorazowo w danym zakresie świadczeń opieki  zdrowotnej udzielanych przez wszystkich świadczeniodawców realizujących takie  świadczenia. W sytuacji braku sprawnego wdrożenia centralnej elektronicznej  rejestracji, pacjent będzie narażony na skorzystanie z niepełnego katalogu  świadczeń opieki zdrowotnej, do których miałby dostęp w razie niezwłocznego  przekazania przez świadczeniodawców harmonogramów przyjęć do centralnej  elektronicznej rejestracji. System zachęt, polegający na przekazaniu dodatkowych  środków finansowych świadczeniodawcom, ma zapewnić środki konieczne do  niezwłocznego rozwinięcia oprogramowania systemowego wykorzystywanego przez podmioty lecznicze, skutkiem czego będzie realizacja celów wdrażanego  rozwiązania. Jednocześnie podkreślić należy, że przepisy projektu ustawy  przewidują termin wejścia w życie obowiązku przystąpienia świadczeniodawców  do centralnej elektronicznej rejestracji.  Dotychczasowe doświadczenia z wdrażania regulacji z zakresu e-zdrowia wskazują  na potrzebę i znaczącą skuteczność działań zapewniających dodatkowe  finansowanie z budżetu państwa dla podmiotów leczniczych, co pozostaje  krytycznym elementem sukcesu projektowanego rozwiązania. Ponadto mechanizm  zachęt zawnioskowała strona społeczna w ramach propozycji MZ-7-161. |
|  | MF(uwagi z 13.05) |  | W odniesieniu do pkt 8 pisma Ministra Zdrowia niezrozumiałym zostaje dlaczego w sytuacji projektowania centralnej e – rejestracji (projekt UD 169 ma wejść w życie w ciągu 14 dni od dnia ogłoszenia), w MZ trwają pracę nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie programu  pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane  świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej  oraz programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1212) przedłużające okres trwania  programu pilotażowego.  Wskazane działanie może doprowadzić do dublowania się zakresu świadczeń i  programów, w następstwie czego może dojść do nieefektywnego wydatkowania  publicznych środków. W związku z powyższym należy przedstawić wyjaśnienia w  tym zakresie. | Uwaga uzgodniona  Planowane jest by regulacje dotyczące centralnej elektronicznej  rejestracji zawarte obecnie rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia  2024 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej  rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej  opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1212) zostały  „zastąpione” przez regulacje projektowanej ustawy. Terminy wejścia w życie  ustawy oraz zakończenia programu pilotażowego zostaną uregulowane tak, by  następowały po sobie. Ma to na celu zapewnienie komfortu świadczeniodawcom,  którzy obecnie realizują program pilotażowy, by mogli kontynuować działalność na  wypracowanych w pilotażu zasadach w oparciu o nową podstawę prawną.  Ministerstwo Zdrowia zapewni dzięki temu by regulacje w zakresie pilotażu i  rozwiązania systemowe (w oparciu o zapisy ustawy) nie dublowały się. |
|  | 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. |