Uzasadnienie

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

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

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

3) ustawie z dnia z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 686, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą – Prawo farmaceutyczne”.

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

Centralna elektroniczna rejestracja na początkowym etapie jej funkcjonowania będzie dotyczyć tylko części zakresów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie ambulatoryjnym, które zostaną wymienione w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie projektowanego art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach. Świadczenie opieki zdrowotnej będzie umieszczane w wykazie, na podstawie analizy przeprowadzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia uwzgledniającej długość list oczekujących na udzielnie tego 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.

Powyższy wykaz będzie obejmował wyłącznie świadczenia gwarantowane w rozumieniu art. 5 pkt 35 ustawy o świadczeniach, gdyż tylko takie są finansowane ze środków publicznych.

Zgłaszanie na świadczenia opieki zdrowotnej i wyznaczenie świadczeniobiorcom terminów udzielania świadczeń nie objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie się odbywać na dotychczasowych zasadach. Planuje się, że katalog świadczeń opieki zdrowotnej i ich zakresów objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie sukcesywnie rozszerzany. 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. 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.

Planuje się, że kolejne świadczenia opieki zdrowotnej będą dodawane w następnych latach. Jak wskazano powyżej, świadczenia opieki zdrowotnej będą umieszczane w wykazie, na podstawie analizy uwzględniającej średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, sposób jego udzielenia (np. czy świadczenie opieki zdrowotnej jest udzielane na podstawie skierowania czy też nawet po wystawieniu skierowania jest konieczna dodatkowa konsultacja lekarska) oraz liczbę udzielanych świadczeń.

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

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

W przypadku świadczeniobiorców zgłaszających się po raz pierwszy na świadczenie opieki zdrowotnej podstawę do wyznaczenia terminu jego udzielenia będzie stanowić zgłoszenie centralne. Zgłoszenie centralne stanowi oświadczenie świadczeniobiorcy o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia złożone przez niego samego lub osobę trzecią (w imieniu świadczeniobiorcy). Co istotne w jego ramach dokonujący zgłoszenia centralnego może określić kryteria dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej, które ma zostać udzielone świadczeniobiorcy.

W projekcie ustawy przewidziano dwa podstawowe sposoby dokonywania zgłoszenia centralnego. Po pierwsze możliwe to będzie na dotychczasowych zasadach, tj. bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, po drugie przy wykorzystaniu funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy o SIOZ. Ponadto w przypadku odwołania wizyty przez świadczeniobiorcę, zgłoszenie centralne będzie mogło zostać dokonane za pośrednictwem asystenta głosowego (voicebot).

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

1) dane, o których mowa w art. 20 ust. 2 pkt 3 lit. b–f oraz h ustawy o świadczeniach;

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;

3) zawarte w skierowaniu, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581);

4) 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 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) 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, jeśli dotyczy;

5) informację o kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 albo ust. 13, ustalonej na podstawie skierowania, jeżeli dotyczy;

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

Zakres danych, o których mowa w ww. pkt 6 odnosi się do stanu zdrowia lub specyfiki świadczenia opieki zdrowotnej. W przypadku danych dotyczących stanu zdrowia świadczeniobiorca sam decyduje o ewentualnych dodatkowych danych, które poda podczas dokonywania zgłoszenia centralnego. Natomiast dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej są to dane ściśle powiązane z udzielanym świadczeniem i są niezbędne do prawidłowego umówienia świadczenia. Zakres informacji, które są niezbędne 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 dotyczy świadczeń objętych zakresem Krajowej Sieci Onkologicznej lub Krajowej Sieci Kardiologicznej,

-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.

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.

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

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

Celem tego rozwiązania jest zwiększenie transparentności i koordynacji dostępności świadczeń w skali ogólnokrajowej oraz zapewnienie efektywnego zarządzania terminami w sytuacjach, gdy nie można przypisać terminu w momencie zgłoszenia świadczeniobiorcy do centralnej elektronicznej rejestracji. Wykaz będzie wykorzystywany do ustalania kolejności udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, którym nie został jeszcze wyznaczony termin udzielenia świadczenia Świadczeniobiorcy umieszczeni w centralnym wykazie oczekujących z chwilą wyznaczenia terminu świadczenia lub rezygnacji, zostaną z niego wykreśleni, o czym stanowi art. 23g ust. 2 i 6 ustawy o świadczeniach. Jednocześnie zmiana statusu może wynikać m.in. ze zmiany kategorii medycznej, o której mowa wart.23e ust.10 ustawy.

Zgłoszony postulat dodatkowego doprecyzowania ról świadczeniodawców w kontekście zarządzania relacją świadczeniodawców ze świadczeniobiorcą zostanie przeanalizowany pod kątem ewentualnego uzupełnienia przepisów wykonawczych.

Co istotne prowadzenie centralnego wykazu oczekujących, jak i samej centralnej elektronicznej rejestracji będzie musiało odbywać się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

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

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

Szczegółowy sposób wyznaczania świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i jego zmiany zostanie doprecyzowany w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach. W rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia zostanie określony także rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, szczegółowy sposób dokonywania zgłoszenia centralnego oraz powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i o wszelkich jego zmianach oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych istotnych informacji dotyczących tego terminu, np. dotyczących sposobu przygotowania się świadczeniobiorcy do badania. Dodatkowo ww. rozporządzenie określi sposób prowadzenia przez świadczeniodawców harmonogramów przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy o świadczeniach, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, oraz ich aktualizowania i przekazywania na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji.

W wyniku dokonania zgłoszenia centralnego przy wykorzystaniu jednego z dwóch wymienionych powyżej sposobów, świadczeniobiorcy wyznaczany będzie możliwie najbliższy termin udzielenia świadczenia. Przy jego wyznaczaniu będą uwzględniane kolejność zgłoszenia oraz kryteria dotyczące świadczenia określone w jego ramach, a także prawa świadczeniobiorcy do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz kategoria medyczna, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy o świadczeniach. Świadczeniobiorca otrzyma potwierdzenie wyznaczenia konkretnego terminu. Potwierdzenie to świadczeniobiorca otrzyma również w przypadku zmiany lub rezygnacji z wyznaczonego terminu.

W przypadku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 przepisy art. 23 ustawy o świadczeniach nie znajdują zastosowania. Z uwagi na odmienny sposób prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia utrzymywanie obowiązków informacyjnych określonych w tym przepisie i ciążących na świadczeniodawcach byłoby niezasadne. Bezpośredni dostęp świadczeniobiorców do informacji o wolnych terminach udzielenia świadczenia u poszczególnych świadczeniodawców będzie zapewniony w Internetowym Koncie Pacjenta. Dodatkowo w centralnej elektronicznej rejestracji zostanie wykorzystana funkcjonalność asystenta głosowego (voicebot), wdrażana w ramach projektu realizowanego ze środków Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększenia Odporności „KPO” (projekt „e-zdrowie KPO” w ramach inwestycji D.1.1.2). 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. 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. Nagrania dźwięku lub transkrypcje nagrań uzyskanych w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem asystenta głosowego nagrania dźwięku lub transkrypcja nagrania będą przechowywane przez okres nie dłuższy niż 3 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane. W związku z pojawiającymi się wątpliwościami, w szczególności ze strony Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, czy w ramach usługi asystenta głosowego będą przedstawione dane biometrycznego, wprowadzona został regulacja, zgodnie którą, takie przetwarzanie nie będzie miało miejsca (głos nie będzie wykorzystywany do identyfikacji osoby).

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

Projektowana zmiana ustawy o świadczeniach dostosowuje obecnie obowiązujące przepisy do rozwiązań centralnej elektronicznej rejestracji oraz wprowadza obowiązek przekazania w ramach harmonogramów przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia oraz z informacją o:

1) imieniu i nazwisku pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej oraz jego identyfikatorze, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy o SIOZ, w przypadku, gdy świadczeniodawca prowadzi harmonogram przyjęć w takim zakresie;

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

3) miejscu udzielania świadczenia;

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

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

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.

Dodatkowo 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.

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

Jednocześnie zmiana skutkująca koniecznością podania kodów procedur wg ICD-9 i rozpoznań wg ICD-10 w harmonogramach przyjęć jest niezbędna dla prawidłowego przypisania skierowania do zgodnego ze skierowaniem harmonogramu przyjęć. Centralna elektroniczna rejestracja zapewnia bowiem automatyczny mechanizm wyszukania wolnych terminów wizyt dla świadczeniobiorcy. Wyszukanie takich wizyt następuje na podstawie parametrów wskazanych w skierowaniu (tj. kodu komórki oraz ww. kodów). Taki mechanizm zapewni bardziej precyzyjne przypisanie wolnego terminu świadczeniobiorcy, zgodnego ze skierowaniem przy uwzględnieniu organizacji udzielania świadczeń przyjętej przez świadczeniodawcę (tj. danych wprowadzonych w grafikach). W tym celu jest niezbędne poszerzenie katalogu informacji zawartych w skierowaniu. Ponadto w celu umożliwienia wyszukania przez świadczeniobiorcę świadczenia realizowanego przez wybranego pracownika medycznego, świadczeniodawca udostępnia harmonogramy przyjęć wraz z informacją o imieniu i nazwisku pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej oraz jego identyfikatorze, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy o SIOZ. Świadczeniodawca podaje takie dane w harmonogramie przyjęć w przypadku, gdy prowadzi harmonogram o takim zakresie danych.

Ustawa przewiduje możliwość generowania przez administratora systemu, o którym mowa w art. 7 ustawy o systemie informacji ochrony zdrowia raportów z działania centralnej elektronicznej rejestracji dla ministra właściwego do spraw zdrowia, Funduszu, świadczeniodawcy – w zakresie jego działalności oraz świadczeniobiorcy – za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta. Rozwiązanie to przyjęto mając na uwadze, że administrator tego systemu jest podmiotem wskazanym ustawowo do pełnienia takiej roli.

Dodatkowo, w celu zapewnienia ogólnodostępnej informacji dla świadczeniobiorców, dla świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją minister właściwy do spraw zdrowia będzie publikować na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy SIOZ (pacjent.gov.pl), dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją informacje o:

1) liczbie świadczeniobiorców objętych centralną elektroniczną rejestracją:

a) wpisanych w harmonogramie przyjęć,

b) umieszczonych w centralnym wykazie oczekujących

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

2) obliczonym przez administratora systemu szacowanym 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 ustawy o świadczeniach, aktualizowanym raz dziennie;

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

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 SIOZ, 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. Jednocześnie do dnia zapewnienia przez świadczeniodawcę możliwości dokonywania zgłoszeń centralnych, wyznaczanie świadczeniobiorcy terminu udzielania świadczeń będzie się odbywać na dotychczasowych zasadach.

Wprowadzenie do ustawy o świadczeniach przepisu art. 20 ust. 9aa ma na celu wyeliminowanie sytuacji niewykorzystania terminów udzielenia świadczeń, zwalnianych przez rezygnujących pacjentów tuż przed wyznaczonym terminem udzielenia świadczenia. Zgodnie z zaproponowanymi rozwiązaniami świadczeniodawca może odstąpić od konieczności wyznaczania terminów zgodnie z kolejnością zgłoszeń w przypadku zwolnienia terminu udzielenia świadczenia w okresie trzech dni roboczych poprzedzających dzień, w którym świadczenie miało być udzielone. Obecnie, w przypadku zwolnienia terminu świadczeniodawca jest obowiązany do zaoferowania zwolnionego terminu kolejnym osobom z listy oczekujących na udzielenie świadczenia, z którymi często nie ma kontaktu lub które nie są zainteresowane przesunięciem terminu udzielania świadczenia. W przypadku zwolnienia terminu świadczenia, które ma być udzielone w bliskim terminie dochodzi do sytuacji, w których – ze względu na krótki czas na podjęcie działań – świadczeniodawcy nie są w stanie znaleźć pacjenta, który skorzysta ze zwolnionego terminu udzielenia świadczenia. W związku z powyższym część terminów udzielenia świadczeń nie jest wykorzystana, mimo, że lista oczekujących na udzielenie świadczenia jest długa. Proponowane przepisy pozwalają zaoferować zwolniony termin świadczenia osobom wpisanym na listę oczekujących na udzielenie świadczenia co najmniej 30 dni przed datą zwolnionego terminu udzielenia świadczenia, w pierwszej kolejności zakwalifikowanym jako przypadki pilne, aby uniknąć przypadków oferowania terminów osobom, które nie były wpisane na listę oczekujących na udzielenie świadczenia. Takie rozwiązanie pozwoli na optymalne wykorzystanie potencjału świadczeniodawcy i wpłynie na skrócenie list oczekujących na udzielenie świadczenia. Wskazane korzyści uzasadniają wprowadzanie wyjątku od stosowania zasad wyznaczania terminów udzielenia świadczenia zgodnie z kolejnością zgłoszeń.

Celem projektowanej nowelizacji art. 20 i art. 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zapewnienie pacjentom bardziej przejrzystej, spójnej i wiarygodnej informacji dotyczącej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

Dotychczasowe mechanizmy, polegające na udostępnianiu przez świadczeniodawców informacji o pierwszym wolnym terminie, okazały się w praktyce niewystarczające i często prowadziły do dezinformacji.

Z dotychczasowych doświadczeń wynika, że w wielu przypadkach informacje przekazywane przez świadczeniodawców ulegają szybkiemu zdezaktualizowaniu, co prowadzi do rozbieżności między publikowanymi danymi dotyczącymi pierwszego wolnego terminu a rzeczywistą dostępnością świadczeń w momencie kontaktu pacjenta ze świadczeniodawcą. Taka sytuacja może prowadzić do dezorientacji pacjentów, niezadowolenia i zgłaszania skarg. Weryfikacja aktualności danych przez Fundusz jest istotnie utrudniona ze względu na ich dużą skalę, dynamikę zmian oraz konieczność angażowania znacznych zasobów organizacyjnych.

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

a) będzie prezentował nie konkretny termin udzielenia świadczenia, który bardzo szybko się dezaktualizuje, ale przewidywany czas, w jakim pacjent powinien uzyskać świadczenie,

b) będzie ustalany przez Fundusz, co zagwarantuje jednolitość, porównywalność i jakość danych na terenie całego kraju, niezależnie od sposobu prowadzenia harmonogramów przez poszczególnych świadczeniodawców,

c) opierać się będzie na danych już sprawozdawanych przez świadczeniodawców w ramach istniejących obowiązków w art. 23 ust 1 ustawy – zarówno z harmonogramów przyjęć, jak i danych przekazywanych do aplikacji kolejkowej, co ograniczy ich obciążenie administracyjne.

Sposób obliczania wskaźnika z uwzględnieniem potrzeby zapewnienia pacjentom przejrzystej i wiarygodnej informacji, zostanie określony w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia.

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

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

W celu wdrożenia centralnej elektroniczne rejestracji niezbędne jest również uwzględnienie zmian w art. 188 i art. 188e ust. 4 ustawy o świadczeniach (art. 1 pkt 8 i 9).

Projekt ustawy wprowadza w tym zakresie następujące zmiany w związku z w związku z objęciem centralną elektroniczną rejestracją programu profilaktyki raka szyjki macicy i programu profilaktyki raka piersi oraz koniecznością integracji systemu P1 i SIMP:

- aktualizacja celów wskazanych w art. 188e ust. 1,

- aktualizacja struktury systemów Narodowego Funduszu Zdrowia w art. 188e ust. 1a ,

- rozszerzenie zakresu danych przetwarzanych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych w art. 188e ust. 2,

- źródłem danych przekazywanych do elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych są systemy świadczeniodawców lub dane te mogą być przekazywane przez świadczeniobiorców za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia w art. 188e ust. 3,

- rozszerzenie liczby podmiotów uprawnionych do dostępu do danych przetwarzanych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych o jednostki wskazane w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej do pełnienia funkcji Krajowego Ośrodka Monitorującego (KOM) oraz o świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej w art. 188e ust. 4.

Projekt ustawy w przepisach przejściowych zakłada wprowadzenie systemu zachęt finansowych dla świadczeniodawców mającego wpłynąć na podłączenie do centralnej elektronicznej rejestracji. Zgodnie z przyjętymi założeniami system obejmie dofinansowanie dla świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją za: udostępnienie harmonogramów 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, oraz zapewnienie możliwość dokonywania przez świadczeniobiorców centralnych zgłoszeń na te świadczenia, w jednorazowej kwocie nie wyższej, niż 10.000 zł. Dofinansowanie będzie udzielane pod warunkiem rozpoczęcia przez świadczeniobiorcę prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji w terminie 4 miesięcy od dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 23h ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w zakresie świadczeń określonych w tych przepisach.

Ponadto, mając na uwadze cel wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji, przewiduje się nałożenie sankcji niezbędnych dla wyegzekwowania tych obowiązków. Zgodnie z art. 1 (art. 154a. ustawy o świadczeniach) ustawa przewiduje możliwość nałożenia sankcji na świadczeniodawców w przypadku niewywiązywania się przez nich z obowiązku wskazanego w ustawie. Zgodnie z treścią ww. przepisu szczegółowy zakres sankcji zostanie określony w przepisach określających ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanych na podstawie art. 137 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

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

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

Projekt ustawy zakłada również wprowadzenie stosownych zmian w ustawie o SIOZ polegających na dostosowaniu obowiązujących przepisów ustawy o SIOZ do zmian w przepisach obowiązujących innych ustaw. Przedmiotowe zmiany zostały ujęte w art. 3 pkt 3, 6 i 7.

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

Podkreślić należy, iż uprzednio był realizowany program pilotażowy na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w ramach którego były testowane rozwiązania wprowadzane projektem ustawy. Program pilotażowy był realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1207, z późn. zm.). Obecnie centralna elektroniczna rejestracja funkcjonuje w formie ogólnopolskiego programu pilotażowego realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1212). Realizacja ww. programów pilotażowych umożliwiła przeprowadzenie oceny rozwiązań wdrażanych w projekcie ustawy. Program pilotażowy realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 czerwca 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pozwolił na weryfikację podstawowych procesów i funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji oraz potwierdził, że jedynym rekomendowanym sposobem realizacji tej usługi jest bezpośrednia integracja systemu gabinetowego z systemem centralnej elektronicznej rejestracji. Pilotaż realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. pozwolił dotychczas przeanalizować procesy i funkcjonalności centralnej elektronicznej rejestracji, które nie zostały zweryfikowane podczas pierwszego programu. Potwierdził również poprawność przyjętych głównych założeń funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji oraz możliwości wdrożenia tego rozwiązania dla wszystkich zakresów świadczeń. Należy jednak zastrzec, że rozwiązanie to na dalszym etapie programu pilotażowego, o którym mowa powyżej, będzie modyfikowane głównie w zakresie poprawy ergonomii korzystania oraz usprawnienia wymiany danych pomiędzy systemami zgodnie uwagami użytkowników.

Przewiduje się, że ustawa wejdzie w życie 14 dni od dnia ogłoszenia. Z tym dniem zostanie utworzona centralna elektroniczna rejestracja na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

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

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

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

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

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

Projekt ustawy będzie miał wpływ na mikro-, małych, średnich i dużych przedsiębiorców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej należących do zakresów objętych centralną elektroniczną rejestracją na świadczenia opieki zdrowotnej. Wejście w życie projektu ustawy poprawi proces obsługi zgłoszeń i tzw. kolejkowania świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, co przełoży się na usprawnienie funkcjonowania świadczeniodawców. Świadczeniodawcy ci będą zobligowani do dokonywania centralnej elektronicznej rejestracji, przy czym ich aktywna partycypacja będzie wiązała się z przyznaniem świadczeniodawcom dodatkowych środków finansowych.

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