|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektu:**  Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw  **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące:**  Ministerstwo Zdrowia  **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu:**  Pani Izabela Leszczyna, Minister Zdrowia  **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu:**  Pan Wojciech Demediuk – Dyrektor Departamentu e-Zdrowia  w Ministerstwie Zdrowia,  mail: [dep-ez@mz.gov.pl](mailto:dep-ez@mz.gov.pl), nr tel. 48 22 634 96 18 | | | | | | | | | | | | | | **Data sporządzenia:**  05.06.2025 r.  **Źródło:**  Inicjatywa własna  **Nr w wykazie prac legislacyjnych  i programowych Rady Ministrów:**  **UD169** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jaki problem jest rozwiązywany?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obecnie funkcjonuje rozproszony model przyjmowania zgłoszeń na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapisów świadczeniobiorców oczekujących na wyznaczenie terminu udzielania danego świadczenia opieki zdrowotnej w tzw. kolejkach. Zgłoszenia są kierowane do świadczeniodawców, którzy prowadzą własne listy oczekujących na udzielenie świadczenia, które obejmują tylko świadczeniobiorców zapisanych na świadczenie u danego świadczeniodawcy. Jednocześnie świadczeniobiorca nie może wpisać się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy, co ma zapobiegać tworzeniu tzw. sztucznych kolejek na świadczenia opieki zdrowotnej. Funkcjonujące rozwiązanie nie zapewnia świadczeniobiorcom dostępu do wszystkich dostępnych w danym czasie terminów udzielenia świadczenia, a tym samym nie gwarantuje im uzyskania danego świadczenia w możliwie najwcześniejszym terminie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji i oczekiwany efekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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, zwanego w funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy o SIOZ, poczekalnią. Centralna elektroniczna rejestracja na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listy oczekujących na udzielnie świadczenia prowadzone dotychczas osobno przez każdego świadczeniodawcę.  Centralna elektroniczna rejestracja na początkowym etapie jej funkcjonowania będzie dotyczyć tylko części zakresów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w trybie ambulatoryjnym, które zostaną określone w przepisach wydanych na podstawie upoważnienia ustawowego zawartego w projektowanych przepisach nowelizacji 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”. Zgłaszanie na świadczenia opieki zdrowotnej i wyznaczenie świadczeniobiorcom terminów udzielenia świadczeń nie objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie się odbywać na dotychczasowych zasadach. Planuje się, że wykaz świadczeń opieki zdrowotnej, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 i ich zakresów objętych centralną elektroniczną rejestracją będzie sukcesywnie rozszerzany. W 2025 r. projektowanym rozwiązaniem zostaną objęte 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. Planuje się, że kolejne zakresy świadczeń będą dodawane w następnych latach. Świadczenie opieki zdrowotnej jest umieszczane wykazie, o którym mowa w art. 23h ust. 2 pkt 1, na podstawie analizy uwzględniającej średni czas oczekiwania na udzielnie świadczenia i sposób jego udzielenia 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 z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302), zwanej dalej „ustawą o SIOZ”. W tym celu świadczeniodawcy będą obowiązani udostępniać w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, w całości swoje harmonogramy przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, dotyczące świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją. Ponadto, 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 wybranego świadczenia opieki zdrowotnej. W wykazie będą umieszczani świadczeniobiorcy zgłaszający się do świadczeniodawcy po raz pierwszy, którym wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w momencie zgłoszenia nie będzie możliwe. Centralny wykaz oczekujących na dane świadczenie zastąpi jednocześnie listy oczekujących, o których mowa w art. 20 ust. 6 ustawy o świadczeniach, prowadzone 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. Analogicznie jak w obecnie funkcjonującym modelu świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej wyznaczać będzie świadczeniodawca, u którego leczenie jest kontynuowane, zgodnie z planem leczenia świadczeniobiorcy. Wyznaczony termin świadczeniodawca będzie następnie wpisywał do swojego harmonogramu przyjęć udostępnionego w systemie, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ. Podkreślenia wymaga, że świadczeniobiorcy kontynuujący leczenie nie będą umieszczani w centralnym wykazie oczekujących.  W przypadku świadczeniobiorców zgłaszających się po raz pierwszy na świadczenie opieki zdrowotnej, podstawę do wyznaczenia terminu jego udzielenia będzie stanowić natomiast zgłoszenie centralne składane przez świadczeniobiorcę. Zgłoszenie centralne stanowi oświadczenie świadczeniobiorcy o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia złożone przez niego samego lub osobę trzecią (w imieniu świadczeniobiorcy). W ramach zgłoszenia będzie możliwe określenie kryteriów dotyczących świadczenia opieki zdrowotnej, które ma zostać udzielone świadczeniobiorcy.  W projekcie ustawy przewidziano dwa podstawowe sposoby dokonywania zgłoszenia centralnego. Po pierwsze będzie to możliwe 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.  W wyniku dokonania zgłoszenia centralnego, bez względu na wybór sposobu jego dokonania, świadczeniobiorcy zostanie wyznaczony termin udzielenia świadczenia. Przy jego wyznaczaniu będzie uwzględniana kolejność zgłoszenia oraz kryteria dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej, określone w jego ramach. Jeżeli wyznaczenie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia u wybranego świadczeniodawcy nie będzie możliwe w wyniku dokonania zgłoszenia centralnego, świadczeniobiorca zostanie umieszczony w centralnym wykazie oczekujących danego zakresu świadczeń. Świadczeniobiorca pozostanie w centralnym wykazie oczekujących od momentu dokonania zgłoszenia centralnego do czasu pojawienia się dostępnego wolnego terminu udzielenia świadczenia 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, lokalizacji 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.  Świadczeniobiorca otrzyma potwierdzenie wyznaczenia konkretnego terminu udzielenia świadczenia. Świadczeniobiorca otrzyma również potwierdzenie w przypadku zmiany terminu lub rezygnacji z niego. Dodatkowo wdrożenie w ramach centralnej elektronicznej rejestracji asystenta głosowego (voicebot) przypomni o zbliżającej się wizycie, potwierdzi obecność pacjenta na wizycie, a w razie konieczności przełoży lub anuluje wizytę (wycofa zgłoszenie centralne i dokona nowego zgłoszenia). Celem tego rozwiązania jest zaoferowanie usług wzmacniających komunikację i interakcję świadczeniobiorcy w obszarze zapisu na świadczenia opieki zdrowotnej z wykorzystaniem usług centralnej elektronicznej rejestracji. Okres przechowywania nagrań dźwięku lub transkrypcji nagrań uzyskanych w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem asystenta głosowego został ustalony na 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane, co uwzględnia charakter działań realizowanych z wykorzystaniem asystenta głosowego.  Szczegółowy sposób wyznaczania świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i jego zmiany zostanie doprecyzowany w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ustawy o świadczeniach. W rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia zostanie określony także wykaz świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, szczegółowy sposób dokonywania zgłoszenia centralnego oraz powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i o wszelkich jego zmianach oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych istotnych informacji dotyczących tego terminu. Dodatkowo rozporządzenie to określi sposób prowadzenia przez świadczeniodawców harmonogramów przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy o świadczeniach, oraz ich udostępniania i aktualizacji na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji.  Dodatkowo, w celu zapewnienia ogólnodostępnej informacji dla świadczeniobiorców, dla świadczeń 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 o SIOZ, dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją informacje o:  1) liczbie świadczeniobiorców objętych centralną elektroniczną rejestracją:   1. wpisanych w harmonogramie przyjęć, 2. 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) 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 ustawy o świadczeniach, aktualizowanym raz dziennie;  3) możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wraz ze wskazaniem informacji o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom w podziale na przedziały wiekowe ustalone między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcą zgodnie z brzmieniem przepisów wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.  Projekt ustawy zakłada również wprowadzenie zmian w ustawie o SIOZ będących konsekwencją prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji przy wykorzystaniu funkcjonalności systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ. W związku z powyższym wykaz funkcjonalności systemu, o którym mowa 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, określonej 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 której mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie projektowanego art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach.  Projekt wprowadza także zmianę ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 686 oraz z 2025 r. poz. 129), 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.  Projekt ustawy zakłada wprowadzenie systemu zachęt finansowych dla świadczeniodawców mających dodatkowo skłonić ich do niezwłocznego rozpoczęcia prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji. Zgodnie z przyjętymi założeniami system obejmie premię dla świadczeniodawcy (dla lokalizacji) udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej objętym centralną elektroniczną rejestracją za podłączenie do systemu centralnej elektronicznej rejestracji w jednorazowej kwocie nie wyższej, niż 10 000 zł. Dofinansowanie będzie udzielane w pełnej wysokości pod warunkiem rozpoczęcia przez świadczeniobiorcę prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji nie później niż w terminie 4 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy.  Kwota zachęt została oszacowana w oparciu o analizy eksperckie i analizy rynku oraz faktyczne cenników dostawców. W analizie uwzględniono wymagania techniczne i systemowe, których spełnienie jest niezbędne dla wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji po stronie podmiotu leczniczego. Wdrożenie centralnej e-rejestracji po stronie podmiotu leczniczego wymaga co najmniej: a/ posiadania w ramach systemu gabinetowego modułu rejestracji, rozbudowanego o funkcje integracji z centralną e-rejestracją, b/ posiadania wydajnych zasobów sprzętowych zapewniających efektywną pracę użytkowników (zarówno sprzętu komputerowego jak i serwerowego), c/ posiadania usługi dostępu do internetu. Koszty oszacowano głównie w oparciu o koszty oprogramowania, niemniej nie należy wykluczyć koniczności dokonania dodatkowych inwestycji w sprzęt teleinformatyczny, gdyż skala wysyłanych i odbieranych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji jest kilkukrotnie większa niż w przypadku e-recept, e-skierowań oraz elektronicznej dokumentacji medycznej.  W wyniku przeprowadzonych analiz należy stwierdzić, że kwota zachęty w wys. 10 tys. zł stanowi minimalny poziom dofinansowania dla małych podmiotów (zatrudniających od 2 do 4 osób w rejestracji), dla których regulacja byłaby największym obciążeniem.  Termin wejścia w życie obowiązku integracji z centralną elektroniczną rejestracją określono w ustawie (tj. 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy), co wraz z jednoznaczną komunikacją celów projektu, spowoduje zmniejszenie ryzyka zmian tego terminu, a tym samym niechęci tych podmiotów, które dołączyły zaraz pop wejściu w życie ustawy.  Zachęty będą wypłacane na lokalizację, w której znajdują się poradnie objęte centralną elektroniczną rejestracją. Kwota zachęty zostanie wypłacona tylko raz na każdą lokalizację. Powyższa zasada wynika z faktu, że jeżeli pod danym adresem jest zlokalizowanych więcej poradni (komórek organizacyjnych) podmiot leczniczy organizuje dla nich jedną rejestrację. Mając na uwadze, że koszty są ponoszone na organizację rejestracji w danej lokalizacji, zasadne jest wsparcie lokalizacji, a nie samego podmiotu leczniczego.  Przy analizie opcji formy wypłaty zachęt brane były pod uwagę warianty:  1/ Wypłata zachęt w postaci jednej kwoty na lokalizację; liczba unikatowych lokalizacji (stan na 31.12.2024 r.): 14,8 tys. adresów  2/ Wyłata jednej kwoty na komórkę organizacyjną (w jednej lokalizacji możliwe jest funkcjonowanie kilku komórek organizacyjnych); liczba komórek organizacyjnych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (stan na 31.12.2024 r.): 27,5 tys.  3/ Wypłata dofinansowania do każdego świadczenia umówionego przez centralną elektroniczną rejestrację; liczba świadczeń udzielonych w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (stan na 31.12.2023 r.): 347,3 mln porad.  Ocena kosztowa powyższych wariantów wskazuje, że najmniej kosztowny jest wariant wypłaty zachęt na lokalizację:  Koszt zachęt w postaci jednej kwoty na lokalizację (10 tys. na lokalizację): 148 mln zł;  Koszt zachęt w postaci jednej kwoty na komórkę organizacyjną (1 tys. na komórkę organizacyjną): 275 mln zł;  Koszt zachęt na każde udzielone świadczenia (dopłata 1 zł do każdego świadczenia): 347,3 mln zł.  Wariant ten ma też uzasadnienie w zasadach funkcjonowania rejestracji w podmiotach leczniczych, mianowicie w celu efektywnego wykorzystania zasobów osobowych, podmioty organizują jeden zespół rejestracji dla takiej lokalizacji. Zespół ten obsługuje rejestrację świadczeniobiorców do wszystkich poradni w danej lokalizacji. Zatem faktyczne koszty ponoszone są przez podmiot (np. liczba licencji, sprzęt teleinformatyczny) na lokalizację.  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.  Zapewnienie systemu zachęt jest rozwiązaniem mającego wpłynąć na niezwłoczne podłączenie do centralnej  Zgodnie z art. 5 projektowanej ustawy świadczeniodawcy, w terminie 5 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy udostępniają w systemie teleinformatycznym centralnej elektronicznej rejestracji 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. Ponadto świadczeniodawcy zapewnią możliwość dokonywania przez świadczeniobiorców centralnych zgłoszeń na te świadczenia opieki zdrowotnej, nie później niż w terminie 30 dni od dnia następującego po dniu udostępnienia harmonogramów przyjęć.  Termin wejścia w życie obowiązku integracji z centralną elektroniczną rejestracją określono zatem w ustawie i wynosi on 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy. Taki zapis eliminuje ryzyko zmian tego terminu, a tym samym niechęci podmiotów, które dołączyły zaraz po wejściu w życie ustawy.  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.  Ustawa przewiduje również możliwość wykorzystania asystenta głosowego, w szczególności w celu wsparcia osób wykluczonych cyfrowo. 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.  Oczekiwanym efektem wejścia w życie ustawy jest:   1. zoptymalizowanie wykorzystania zasobów w ochronie zdrowia przez zmniejszenie liczby nieodwoływanych przez świadczeniobiorców terminów świadczeń i odciążenie świadczeniodawców w zakresie czynności administracyjnych związanych z prowadzeniem list oczekujących na udzielenie świadczenia i harmonogramów przyjęć oraz obsługą powiadomień do i od świadczeniobiorców; 2. zwiększanie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców (przez publiczne udostępnienie wiarygodnej i na bieżąco aktualizowanej informacji o wolnych terminach udzielenia świadczeń i efektywniejsze zarządzanie terminami wizyt); 3. zapewnienie transparentnego zarządzania harmonogramami przyjęć i centralnym wykazem oczekujących (przez częściowe przejęcie przez system informatyczny prowadzenia harmonogramów oraz zapewnienie świadczeniobiorcom łatwego dostępu do informacji o wolnych terminach); 4. zapewnienie świadczeniobiorcom możliwości łatwego i szybkiego znalezienia wolnego terminu udzielenia świadczenia, zapisania się na świadczenie opieki zdrowotnej, a także zmiany terminu jego udzielenia i jego odwołania. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projekt ustawy stanowi domenę prawa krajowego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupa | | | Wielkość | | | | | | | Źródło danych | | | | | | | | | Oddziaływanie | | | | | | | | | | | | | | |
| minister właściwy do spraw zdrowia | | | 1 | | | | | | | – | | | | | | | | | zabezpieczenie środków na realizację zadań w zakresie finansowania oraz koordynacja funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji | | | | | | | | | | | | | | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia | | | 1 | | | | | | | – | | | | | | | | | finansowanie systemu zachęt dla świadczeniodawców | | | | | | | | | | | | | | |
| Centrum e-Zdrowia | | | 1 | | | | | | | – | | | | | | | | | zapewnienie poprawności działania funkcjonalności systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o SIOZ, służącego do prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji | | | | | | | | | | | | | | |
| świadczeniodawcy | | | ok. 30 tys. | | | | | | | Narodowy Fundusz Zdrowia | | | | | | | | | udostępnianie za pośrednictwem centralnej elektronicznej rejestracji harmonogramów przyjęć, przyjmowanie zgłoszeń centralnych i wyznaczanie terminów świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom | | | | | | | | | | | | | | |
| świadczeniobiorcy | | | 38,4 mln | | | | | | | Główny Urząd Statystyczny | | | | | | | | | korzystanie z centralnej elektronicznej rejestracji w celu uzyskania terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nie były prowadzone pre-konsultacje dotyczące projektu ustawy.  W ramach konsultacji publicznych i opiniowania, projekt ustawy zostanie przesłany do zaopiniowania z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag do:   1. konsultantów krajowych z wybranych dziedzin medycyny; 2. Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego; 3. Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia; 4. Fundacji Razem w Chorobie; 5. Fundacji „Z sercem do Pacjenta”; 6. Fundacji „My pacjenci”; 7. Business Centre Club; 8. Federacji Pacjentów Polskich; 9. Federacji Przedsiębiorców Polskich; 10. Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”; 11. Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 12. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce; 13. Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce; 14. Konfederacji Lewiatan; 15. Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; 16. Krajowej Rady Fizjoterapeutów; 17. Naczelnej Rady Aptekarskiej; 18. Naczelnej Rady Lekarskiej; 19. Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych; 20. Krajowej Rady Ratowników Medycznych; 21. Narodowego Funduszu Zdrowia; 22. Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej; 23. Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia; 24. Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej; 25. Rady Dialogu Społecznego; 26. Rzecznika Praw Pacjenta; 27. Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowotnej; 28. Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych; 29. Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Szpitali Powiatowych; 30. Związku Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych; 31. Związku Przedsiębiorców i Pracodawców; 32. Związku Rzemiosła Polskiego; 33. Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej; 34. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 35. Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów; 36. Polskiego Towarzystwa Informatycznego; 37. Polskiej Izby Informatyki Medycznej; 38. Polskiego Towarzystwa Gospodarczego; 39. Polskiej Izby Informatyki i Telekomunikacji; 40. Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego; 41. Pracodawców Medycyny Prywatnej; 42. Forum Związków Zawodowych; 43. NSZZ „Solidarność”; 44. Krajowego Sekretariatu Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność-80”; 45. Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych; 46. Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy; 47. Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych; 48. Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Położnych; 49. Stowarzyszenia Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego; 50. Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ; 51. Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych.   Projekt, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248 oraz z 2024 r. poz. 1535), zostanie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia wraz z przekazaniem projektu do uzgodnień z członkami Rady Ministrów.  Projekt zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806).  Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania został przedstawiony w raporcie z konsultacji publicznych i opiniowania dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na sektor finansów publicznych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ceny stałe z 2024 r.) | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | | 2 | | 3 | 4 | | | 5 | 6 | | | | | | 7 | | | 8 | | 9 | | | 10 | | | *Łącznie (0-10)\** | |
| **Dochody ogółem** | **0** | **0** | | **0** | | **0** | **0** | | | **0** | **0** | | | | | | **0** | | | **0** | | **0** | | | **0** | | | **0** | |
| budżet państwa | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | 0 | |
| JST | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | 0 | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | 0 | |
| **Wydatki ogółem** | **64,262** | **107,102** | | **98,904** | | **81,613** | **79,450** | | | **56,167** | **53,049** | | | | | | **62,364** | | | **55,966** | | **51,723** | | | **69,473** | | | **780,073** | |
| budżet państwa - Centrum e-Zdrowia | 53,208 | 71,416 | | 63,190 | | 45,865 | 43,687 | | | 54,907 | 51,762 | | | | | | 61,038 | | | 54,601 | | 50,317 | | | 68,025 | | | 618,016 | |
| budżet państwa – część 46 – Zdrowie | 1,054 | 1,156 | | 1,144 | | 1,178 | 1,213 | | | 1,250 | 1,287 | | | | | | 1,326 | | | 1,365 | | 1,406 | | | 1,449 | | | 13,787 | |
| JST | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | 0 | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia | 10,000 | 34,570 | | 34,570 | | 34,570 | 34,560 | | | 0 | 0 | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | 148,270 | |
| **Saldo ogółem** | **-64,262** | **-107,102** | | **-98,904** | | **-81,613** | **-79,450** | | | **-56,167** | **-53,049** | | | | | | **-62,364** | | | **-55,966** | | **-51,723** | | | **-69,473** | | | **-780,073** | |
| budżet państwa – Centrum e-Zdrowia | -53,208 | -71,416 | | -63,190 | | -45,865 | -43,687 | | | -54,907 | -51,762 | | | | | | -61,038 | | | -54,601 | | -50,317 | | | -68,025 | | | -618,016 | |
| budżet państwa – część 46- Zdrowie | -1,054 | -1,156 | | -1,144 | | -1,178 | -1,213 | | | -1,250 | -1,287 | | | | | | -1,326 | | | -1,365 | | -1,406 | | | -1,449 | | | -13,787 | |
| JST | 0 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | | | 0 | 0 | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | 0 | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia | -10,000 | -34,570 | | -34,570 | | -34,570 | -34,560 | | | 0 | 0 | | | | | | 0 | | | 0 | | 0 | | | 0 | | | -148,270 | |
| Źródła finansowania | W szacunkach ujętych w ww. tabeli rokiem „0” jest 2025 r.  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.  Środki na realizację zadań ministra właściwego do spraw zdrowia (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.  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.  Minister Zdrowia będzie dążył do wykorzystania oszczędności powstałych w innych zadaniach na sfinansowanie powyższych wydatków, jednak w przypadku braku takiej możliwości wydatki budżetu państwa w części 46 mogą ulec zwiększeniu w stosunku roku bazowego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | *\*Przy wyliczeniu łącznej sumy kosztów kol. „Łącznie (0-10)” w tabeli w pkt 6 dokonano zaokrągleń w sposób zapewniający poprawne sumowanie kwot w tej kolumnie.*  Przyjęte szacunkowe wyliczenia obejmują:  1. Koszt budowy i utrzymania systemu centralnej elektronicznej rejestracji, w tym koszt wysyłki wiadomości SMS do świadczeniobiorców z powiadomieniem dotyczącym wyznaczonego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej oraz koszt usługi asystenta głosowego (voicebot), wynosi ok. 618 mln zł w całym okresie podlegającym szacowaniu (tj. w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian). Koszt ten obejmuje:   1. wytworzenie aplikacji (ok. 167 mln zł), obejmujące m.in. budowę usług związanych z umawianiem wizyt, dodatkowe reguły, raportowanie i sprawozdawczość, poprawki bezpieczeństwa, optymalizacje wydajnościowe oraz dostosowanie do kolejnych zakresów świadczeń. Koszty początkowe zostały oszacowane przy założeniu pracy 6 zespołów w składzie 10-osobowym, które będą realizować prace przez 22 dni, w cyklu 8 godzin pracy, po stawce 255 zł brutto za godzinę przez 12 kolejnych miesięcy (oraz 5 zespołów przez okres kolejnych 12 miesięcy), a pracochłonność określono na podstawie zaplanowanego zakresu zmian oraz szacowania eksperckiego. 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. Dla rozwoju przyjęto, że koszty będą maleć o 25% każdego roku przez 5 kolejnych lat, aby pozostać na poziomie 16 osobowego zespołu realizującego prace rozwojowe (modyfikacje systemu centralnej elektronicznej rejestracji). Taka dynamika wynika z dotychczasowych doświadczeń wdrożenia innych masowych e-usług wdrażanych dla wszystkich świadczeniodawców i świadczeniobiorców.   Szacowanie kosztów wytworzenia i rozwoju oprogramowania zostało przygotowane po podstawie następujących wniosków z wdrożenia dotychczasowych e-usług centralnych (gł. e-recepty i e-skierowania):  - koszty związane z rozwojem oprogramowania maleją sukcesywnie od momentu uruchomienia systemu,  - po wejściu w życie ustawy, zakłada się, że wraz z włączaniem nowych świadczeniodawców i zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędne mogą okazać się dodatkowe zmiany rozwojowe systemu,  polegające na poszerzaniu funkcjonalności systemu w odpowiedzi na potrzeby zgłaszane przez nowych użytkowników (świadczeniodawców i świadczeniobiorców),  - włączanie nowych zakresów świadczeń objętych centralną elektroniczną rejestracją może wymagać wprowadzenia kolejnych zmian systemu centralnej elektronicznej rejestracji (np. zmiana warunków umawiania wizyt w związku ze specyfiką nowego zakresu świadczeń).  W pierwszych latach funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji wydatki te 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. 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, osoby wykonujące zadania związane z budową aplikacji będą stopniowo przechodzić do realizacji zadań związanych z utrzymaniem systemu;   1. rozwijanie systemu oraz jego usługi (w tym funkcjonowanie usługi asystenta głosowego – voicebot) wymagają infrastruktury oraz umowy licencji na wykorzystywane oprogramowanie (ok. 99 mln zł). Wśród niezbędnych kosztów należy wymienić m.in. licencje systemu do wirtualizacji, licencje dla systemów operacyjnych, fizyczne serwery, macierz i dyski, kontrolery, przełączniki LAN, licencje oprogramowania wspierającego, licencje oprogramowania do monitoringu, system backupu, wsparcie dla wykorzystywanych produktów komercyjnych. Koszt został oszacowany na podstawie kosztów faktycznie zrealizowanych postępowań i dostaw przez Centrum e-Zdrowia. Co 5 lat jest przewidziane odtworzenie infrastruktury oraz umów licencji na wykorzystywane oprogramowanie. Zakupy infrastruktury są bowiem realizowane cyklicznie (co 5 lat). Pierwszy cykl zakupów infrastruktury to lata od 2025-2027, kolejny cykl to lata 2030-2033. Ostatni zakup planowany w okresie szacowania to 2035 r. Przyjęto przy tym, że wartość zakupów w kolejnym cyklu będzie powiększona o 5%; 2. 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 coroczny wzrost tych kosztów o 10%; 3. inne koszty dotyczące autoryzacji oraz usług telekomunikacyjnych: koszt przyjęcia wytworzonego oprogramowania do utrzymania (wyliczane na podstawie wytworzonego oprogramowania), koszt usług dodatkowych, usług chmurowych, których koszt jest wprost proporcjonalny do ilości wykorzystywanej infrastruktury lub usługi, a także koszt wysyłanych powiadomień (ok. 144 mln zł). W tej grupie kosztów ujęto również koszt usług telekomunikacyjnych związanych z funkcjonowaniem usługi asystenta głosowego (ok. 39 mln zł). Wśród powiadomień główny koszt stanowią powiadomienia SMS (koszt jednostkowy 8 groszy) przy liczbie blisko 57 mln wiadomości. Na tę liczbę składają się wiadomości dotyczące informacji o zapisaniu, przypomnieniu o wizycie, anulowaniu wizyty tj. wycofaniu zgłoszenia centralnego (co 20 wizyta), zmianie terminu (co 10 wizyta), wysyłania powiadomień o możliwości zapisania na stosunkowo bliski termin. Jednocześnie podczas szacowania założono coroczny wzrost kosztów w tej kategorii o 15%. W przypadku usługi asystenta głosowego źródłem kosztów są połączenia ze świadczeniodawcami realizowane automatycznie przez usługę asystenta głosowego (voicebot) w przypadku, gdy świadczeniodawca nie ma możliwości odbioru wiadomości SMS (np. w przypadku, gdy posiada telefon stacjonarny). 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; 4. koszty płacowe wynikające z konieczności utworzenia 30 nowych etatów w Centrum e-Zdrowia, niezbędnych do realizacji zadań związanych z obsługą centralnej elektronicznej rejestracji (ok 98 mln zł). W celu wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji po stronie Centrum e-Zdrowia jest potrzebny jest co najmniej zespół 30 osób, który będzie realizował zadania niezbędne dla wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji.   Liczba etatów, wnioskowanych dla realizacji zadań związanych z wdrożeniem centralnej elektronicznej rejestracji została oszacowana w oparciu o dotychczasowe doświadczenie Centrum e-Zdrowia w zakresie wdrażania nowych e-usług centralnych (usług masowych dla całej populacji, które staną się jednocześnie krytycznymi usługami mającymi wpływ na funkcjonowanie każdego świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy) oraz szczegółową analizę pracochłonności nowych zadań niezbędnych dla wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji.  Realizując przedmiotowe zadanie Centrum e-Zdrowia będzie korzystać również z dotychczasowych zasobów, gdyż w kluczowym momentach wdrożenia tej usługi np. zakończenia okresu przyznawania zachęt i wejścia w życie obowiązku, a tym samym możliwej kumulacji podmiotów chcących się zintegrować z centralną eelektroniczną rejestracją, niezbędne będzie dodatkowe wsparcie osobowe zespołu po stronie Centrum e-Zdrowia.  Przy szacowaniu pracochłonności zadań po stronie Centrum e-Zdrowia, kluczowym parametrem analizy była skala wdrożenia rozwiązania oraz konieczność realizacji zadań w krótkim terminie. Centralna elektroniczna rejestracja powinna zostać wdrożona we wszystkich podmiotach realizujących zakresy świadczeń objęte nową usługą w krótkim czasie (6 miesięcy). Liczba tych podmiotów w pierwszej turze zakresów świadczeń to 3,6 tys. W kolejnych turach (planowanych od 2. połowy 2026 r.) liczba ta będzie kilkukrotnie wyższa. Ponadto Centrum e-Zdrowia jest operatorem usługi kluczowej, co skali wdrożenia docelowego centralnej elektronicznej rejestracji, stanowi istotny warunek dla zapewnienia niezbędnych zasobów osobowych po stronie Centrum e-Zdrowia.  W wyniku powyższych analiz określono następujący skład zespołu po stronie Centrum e-Zdrowia:  a) zarządzanie i nadzór nad realizacją prac deweloperskich związanych z wytworzeniem i rozwojem systemu – Kierownik Projektu, zespół nadzorujący prace deweloperskie i testy, zespół analityków (a. biznesowy, a. systemowy), ekspert ds. bezpieczeństwa: początkowo 15 osób, docelowo 9 osób,  b) nadzór nad realizacją usług utrzymania oraz realizacja zadań utrzymaniowych w zakresie Centrum e-Zdrowia – zespół wsparcia: początkowo 8 osób, docelowo 16 osób,  c) wsparcie dostawców oprogramowania w integracji i rozwiązywania problemów – zespół wsparcia jw.,  d) rozwiązywanie zgłoszonych zagadnień, zapytań i błędów - zespół wsparcia jw.,  e) współpraca z interesariuszami w zakresie obsługi zmian procesów - zespół wsparcia jw.,  f) realizacja szkoleń i zadań informacyjno-promocyjnych w zakresie wdrażanej usługi oraz włączania kolejnych zakresów do centralnej rejestracji – zespół ds. promocji: 4 osoby  g) przygotowanie dokumentacji do procesów zakupowych (usług lub infrastruktury) niezbędnych dla funkcjonowania centralnej elektronicznej rejestracji – zespół ds. zamówień: 1 osoba,  h) sporządzanie raportów analiz i statystyk – 1 osoba.  Zapotrzebowanie na poszczególne zadania będzie zależne od potrzeb, np. w pierwszym okresie większy udział będą stanowić osoby pracujące nad wytworzeniem aplikacji, a w mniejszym zakresie osoby związane z realizacją prac utrzymaniowych, natomiast po wdrożeniu oraz sukcesywnym uruchamianiu kolejnych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, proporcje będą się zmieniać na korzyść zespołu utrzymaniowego.  2. System zachęt dla świadczeniodawców mających wpłynąć na niezwłoczne podłączenie do centralnej elektronicznej rejestracji (ok. 148 mln zł). Koszt obejmuje premie dla świadczeniodawcy w kwocie 10.000 zł za podłączenie do systemu centralnej elektronicznej rejestracji. Dla potrzeb obliczeń przyjęto następującą liczbę lokalizacji ww. podmiotów w 2024 r. (15 106 lokalizacji).  Szacując koszty zachęt w poszczególnych latach przyjęto, że:  – wszystkie podmioty wystąpią o wypłatę zachęty, przy czym zachęt nie otrzymają podmioty na lokalizacje, w których znajdują się lokalizacje zintegrowane z centralną elektroniczną rejestracją 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). W trakcie realizacji programu pilotażowego na dzień 25.02.2025 r. zostało zgłoszonych 279 adresów lokalizacji w każdym roku zachęty będą wypłacane na taką samą liczbę lokalizacji z wyjątkiem 2025 r. W tym roku przewiduje się, że zachęty zostaną wypłacone tylko dla ok. 1 000 podmiotów – zachęty będą wypłacane tylko do czasu włączenia do centralnej elektronicznej rejestracji wszystkich zakresów świadczeń tj. do 2029 r.  Zakłada się, że wdrożenie wszystkich zakresów świadczeń zostanie zrealizowane maksymalnie do roku 2029. Ze względu na wymagania dotyczące umawiania wizyt w poszczególnych zakresach świadczeń i związaną z tym konieczność przygotowania systemu centralnej elektronicznej rejestracji oraz systemów gabinetowych świadczeniodawców, nie jest możliwe jednoczesne włączenie wszystkich zakresów. Ministerstwo Zdrowia wskaże zakresy, które będą włączane do centralnej elektronicznej rejestracji w akcie wykonawczym do ustawy. Zakłada się, że w akcie tym zostaną określone zakresy włączane w 2026 r., natomiast kolejne zakresy będą określone w nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia kolejnych latach. Przed wskazaniem zakresów w rozporządzeniu wydanym na podstawie regulacji zawartych w ustawie, które zostaną objęte centralną elektroniczną rejestracją, zostaną przeprowadzone analizy zgodnie z wymaganiami ustawy uwzgledniającej długość list oczekujących na udzielnie tego świadczenia i sposób jego uzyskania oraz liczbę udzielanych świadczeń.  W związku z powyższym, wsparcie w postaci zachęt zostanie udzielone na 14 827 adresów (tj. liczbę liczba unikatowych adresów, które otrzymają wsparcie na podstawie ustawy), a koszty szacowane w kolejnych latach mają charakter orientacyjny (przyjęto założenie równomiernego rozłożenia ciężaru wdrożenia) i wskazują cel wdrożenia centralnej elektronicznej rejestracji:   1. 2025 r. – ok. 1 000 lokalizacji; 2. 2026 r. – ok. 3 457 lokalizacji; 3. 2027 r. – ok. 3 457 lokalizacji; 4. 2028 r. – ok. 3 457 lokalizacji; 5. 2029 r. – ok. 3 456 lokalizacji.   Liczba świadczeń opieki zdrowotnej dla wybranych zakresów została obliczona na podstawie rzeczywistych danych za 2022 r.  3. Koszty osobowe wynikające z konieczności utworzenia 6 nowych etatów w Ministerstwie Zdrowia, niezbędnych do realizacji zadań związanych z obsługą centralnej elektronicznej rejestracji (ok. 12 mln zł). 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 i dostosowania do potrzeb świadczeniobiorców i świadczeniodawców. Zasoby kadrowe w liczbie 6 osób stanowią minimalny, niezbędny skład osobowy zespołu ze strony Ministerstwa Zdrowia, który będzie zaangażowany w 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. Przy wyliczeniu wysokości kosztów z tytułu wynagrodzeń uwzględniono wskaźnik inflacji zgodnie z dokumentem „Wieloletni plan finansowy państwa na lata 2024–2027” przyjmując dla lat 2028– 2035 wartość inflacji 3%.  Dane ujęte w tabeli w pkt 6 OSR zostały zaokrąglone. Szczegółowe wyliczenie kosztów zostały ujęte w załączniku do OSR. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Skutki | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czas w latach od wejścia w życie zmian | | | | | | 0 | | | 1 | | | | 2 | | | 3 | | | | | 5 | | | 10 | | | *Łącznie (0-10)* | | | | | |
| W ujęciu pieniężnym  (w mln zł,  ceny stałe z …… r.) | duże przedsiębiorstwa | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | | | | 0 | | 0 | | | 0 | | |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | | | | 0 | | 0 | | | 0 | | |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | 0 | | | | | | 0 | | 0 | | | 0 | | |
|  | | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | | | | Wejście w życie projektu ustawy poprawi proces obsługi zgłoszeń i zapisów świadczeniobiorców oczekujących na wyznaczenie terminu udzielenia 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | Wejście w życie projektu ustawy poprawi proces obsługi zgłoszeń i zapisów świadczeniobiorców oczekujących na wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia, 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | Wejście w życie projektu ustawy uprości i przyspieszy proces rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewni świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| osoby starsze  i niepełnosprawne | | | | Wejście w życie projektu ustawy uprości i przyspieszy proces rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej oraz zapewni świadczeniobiorcom łatwiejszy dostęp do informacji o dostępności terminów u wszystkich świadczeniodawców. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niemierzalne | . | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). | | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| zmniejszenie liczby dokumentów  zmniejszenie liczby procedur  skrócenie czasu na załatwienie sprawy  inne: | | | | | | | | | | zwiększenie liczby dokumentów  zwiększenie liczby procedur  wydłużenie czasu na załatwienie sprawy  inne: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji. | | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Komentarz: nie dotyczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na rynek pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projekt ustawy nie wywiera wpływu na rynek pracy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Wpływ na pozostałe obszary** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| środowisko naturalne  sytuacja i rozwój regionalny  sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe | | demografia  mienie państwowe  inne: | | | | | | | | | | | | | | | | informatyzacja  zdrowie | | | | | | | | | | | | | |
| Omówienie wpływu | Celem projektu ustawy jest wprowadzenie nowego, scentralizowanego systemu rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej umożliwiającego ustalenie kolejności ich udzielania określanego mianem centralnej elektronicznej rejestracji. 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, centralnie prowadzony wykaz oczekujących na ich udzielenie, wspólny dla wszystkich świadczeniodawców. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Minister właściwy do spraw zdrowia przeprowadzi ewaluację efektów wprowadzenia ustawy po 5 latach jej obowiązywania.  Ewaluacja będzie obejmować dynamikę zmian w zakresie liczby zgłoszeń centralnych w ramach kanałów komunikacji, o których mowa w projektowanym art. 23e ust. 4 ustawy o świadczeniach, rok do roku oraz liczbę zgłoszeń centralnych dokonanych w ramach ww. kanałów komunikacji do całkowitej liczby zgłoszeń centralnych w danym roku. Ewaluacja będzie obejmować również dynamikę zmiany w zakresie zmniejszenia liczby zapisów na świadczenia opieki zdrowotnej bezpośrednio u świadczeniodawcy, założony efekt to spadek o 50% zapisów na świadczenia opieki zdrowotnej bezpośrednio u świadczeniodawcy, po 5 latach obowiązywania ustawy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Załącznik nr 1. Wyliczenia szczegółowe – koszt realizacji centralnej elektronicznej rejestracji.  Załącznik nr 2. Ocena skutków dla ochrony danych (DPIA – Data Protection Impact Assessment),  Załącznik nr 3 Analiza pracochłonności MZ,  Załącznik nr 4 Analiza pracochłonności CeZ  Raport z konsultacji publicznych  Protokół rozbieżności. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |