Projekt z dnia 05 czerwca 2025 r.

Ustawa

z dnia ……………. 2025 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw[[1]](#footnote-2))

Art. 1. W 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.[[2]](#footnote-3))) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 19a:

a) w ust. 2 w pkt 1 lit. c otrzymuje brzmienie:

„c) innemu niż wymieniony w lit. a i b – termin udzielenia świadczenia wynikający z prowadzonej, zgodnie z art. 20, listy oczekujących na udzielenie świadczenia albo termin udzielenia świadczenia wyznaczony w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w art. 23c ust. 1;ˮ,

b) w ust. 4:

– w pkt 3 lit. b i c otrzymują brzmienie:

„b) oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisanego na listę oczekujących lub któremu wyznaczono termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w art. 23c ust. 1, albo którego umieszczono w centralnym wykazie oczekujących na wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej prowadzonych, w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, wspólnie dla wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, zwanym dalej „centralnym wykazem oczekujących,

c) oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 12, albo któremu wyznaczono termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji albo którego umieszczono w centralnym wykazie oczekujących,ˮ,

c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją nie wpisuje się w harmonogramie przyjęć informacji, o której mowa w ust. 4 pkt 2 lit. b.” .

2) w art. 20:

a) w ust. 2 w pkt 3 lit. h otrzymuje brzmienie:

„h) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej służący do komunikacji ze świadczeniobiorcą lub jego opiekunem,ˮ,

b) po ust. 9a dodaje się ust. 9aa w brzmieniu:

„9aa. W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w okresie trzech dni roboczych poprzedzających dzień, w którym świadczenie ma być udzielone, świadczeniodawca może przyznać wolny termin również świadczeniobiorcy nie wpisanemu na listę oczekujących.”;

c) ust. 10 d otrzymuje brzmienie:

„10d. Fundusz informuje w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.”

3) w art. 23:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej”,

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Fundusz informuje świadczeniobiorcę o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej”,

c) uchyla się ust. 4-5;

d) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Świadczeniodawca, na umotywowany wniosek Prezesa Funduszu, jest obowiązany dostarczyć niezwłocznie inne niż określone w ust. 9 informacje dotyczące realizacji obowiązków, o których mowa w ust. 1, 2, 7 i 8.”,

e) ust. 8-10 otrzymują brzmienie:

„8. Prezes Funduszu tworzy centralny wykaz informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej i prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu na podstawie informacji, o których mowa w ust. 2.”,

9. Prezes Funduszu udziela świadczeniobiorcom informacji o danych zawartych w wykazie, o którym mowa w ust. 8, w szczególności przez bezpłatną linię telefoniczną.”.

10. Prezes Funduszu przekazuje na bieżąco informacje, o których mowa w ust. 8, do systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”,

f) dodaje się ust. 12 w brzmieniu:

„12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, mając na względzie konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia”;

4) po art. 23b dodaje się art. 23c–23h w brzmieniu:

„Art. 23c. 1. Do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ma zastosowanie centralna elektroniczna rejestracja, zwana dalej „centralną elektroniczną rejestracją”. W celu udzielania tych świadczeń nie prowadzi się list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

2. Centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona 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.

3. W celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca ma obowiązek:

1) udostępniać w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramy przyjęć prowadzone przez świadczeniodawców zgodnie z art. 19a wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia;

2) aktualizować na bieżąco udostępniane harmonogramy przyjęć, o których mowa w pkt 1, oraz dostępne terminy udzielenia świadczenia;

3) przekazywać do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dane usługobiorców, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, g, i, n oraz o tej ustawy

4. Świadczeniodawca udostępnia harmonogramy przyjęć wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia oraz informacją o:

1) imieniu i nazwisku pracownika medycznego udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej oraz jego identyfikatorze, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w przypadku, gdy świadczeniodawca prowadzi harmonogram przyjęć w takim zakresie;

2) sposobie udzielenia świadczenia – w bezpośrednim kontakcie z 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 z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1.

5. Centralny wykaz oczekujących zawiera dane:

1) dane ze zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 3;

2) o kryteriach wybranych przez świadczeniobiorcę, w których mowa w art. 23e ust. 7, w tym imię i nazwisko oraz identyfikator pracownika medycznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. art. 17c ust. 5 ustawy o systemie informacji ochrony zdrowia.

6. Przy ustalaniu kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym:

1) nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie art. 20 ust. 11;

2) uwzględnia się terminy udzielania świadczeń określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d obejmujących świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

7. W systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji są przetwarzane dane:

1) o których mowa w ust. 3 pkt 1;

2) zawarte w centralnym wykazie oczekujących;

3) zawarte w zgłoszeniu centralnym stanowiącym oświadczenie świadczeniobiorcy o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia opieki zdrowotnej.

8. Dane, o których mowa w ust. 7, są przekazywane Funduszowi w celu:

1) kontrolowania prawidłowości realizacji przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w ust. 3;

2) rozliczania kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;

3) monitorowania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej;

4) rozpatrywania wniosków świadczeniobiorców, o których mowa w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1.

9. System teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, umożliwia generowanie przez administratora tego systemu raportów z działania centralnej elektronicznej rejestracji dla:

1) ministra właściwego do spraw zdrowia;

2) Funduszu;

3) świadczeniodawcy – w zakresie jego działalności;

4) świadczeniobiorcy – za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

10. Dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją, minister właściwy do spraw zdrowia publikuje na stronie, o którym internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta mowa w art. 7a ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, 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 art. 20 ust. 13 albo przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11;

2) obliczonym przez administratora systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia, prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją według kryteriów medycznych określonych w art. 20 ust. 13 albo przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, 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 przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją, mając na względzie charakter danych gromadzonych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji oraz konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.

Art. 23d. Centralna elektroniczna rejestracja oraz centralny wykaz oczekujących są prowadzone w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, przy uwzględnieniu prawa świadczeniobiorcy do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej i kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w art. 20 ust. 13 albo przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 oraz z uwzględnieniem daty dokonania zgłoszenia centralnego lub daty zgłoszenia przez świadczeniobiorcę na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Art. 23e. 1. Podstawą do wyznaczenia świadczeniobiorcy zgłaszającemu się do świadczeniodawcy po raz pierwszy terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji jest zgłoszenie centralne.

2. Zgłoszenie centralne może zostać dokonane przez świadczeniobiorcę w sposób określony w ust. 4 lub za pośrednictwem osoby trzeciej.

3. Zgłoszenie centralne obejmuje:

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

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) dane 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 art. 20 ust. 13 albo przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, 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;

4. Centralnego zgłoszenia można dokonać:

1) za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia albo;

2) bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście, telefonicznie albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej

5. Na diagnostykę onkologiczną lub leczenie onkologiczne udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego centralnego zgłoszenia dokonuje się w sposób, o którym mowa w ust. 4 pkt 2, u świadczeniodawcy udzielającego takich świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku świadczeniobiorców objętych opieką onkologiczną w rozumieniu art. 2 pkt 9 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej – również za pośrednictwem infolinii onkologicznej, o której mowa w art. 20 ust. 1 tej ustawy.

6. Zgłoszenia centralnego może zostać dokonane wyłącznie w sposób określony w ust. 4 pkt 2 w przypadku:

1) wystawienia skierowania w przypadkach, o których mowa w art. 59aa ust. 3;

2) świadczeń, o których mowa w art. 57 ust. 2 pkt 8–14;

3) rejestracji osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny wykonawczy (Dz. U. z 2024 r. poz. 706 i 1907)

7. Przy dokonywaniu zgłoszenia centralnego świadczeniobiorca albo osoba trzecia, może określić kryteria, które dotyczą w szczególności:

1) terminu udzielenia świadczenia;

2) świadczeniodawcy, u którego chciałby uzyskać świadczenie opieki zdrowotnej;

3) zakresu terytorialnego, 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) sposobu udzielenia świadczenia, jeżeli świadczeniodawca umożliwia wybór takiego kryterium;

6) posiadania prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością.

8. Kryteria, o których mowa w ust. 7, mogą być modyfikowane przez świadczeniobiorcę, świadczeniodawcę lub osobę trzecią po dokonaniu zgłoszenia centralnego z uwzględnieniem ust. 4.

9. W przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę pilnego udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca informuje o tym:

1) świadczeniodawcę, u którego świadczeniobiorcy wyznaczono termin udzielenia świadczenia, albo

2) osobę wystawiającą skierowanie.

10. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 9, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych o których mowa w art. 20 ust. 13 albo przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, zmienia określoną w zgłoszeniu centralnym kategorię medyczną świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 20 ust. 13 albo przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, oraz wyznaczony termin udzielenia świadczenia, a w przypadku świadczeniobiorcy umieszczonego w centralnym wykazie oczekujących – zmienioną kategorię medyczną uwzględnia się przy ustalaniu kolejności udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej.

11. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 1, zgłoszenie centralne może zostać dokonane na podstawie tylko jednego skierowania na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej niezależnie od tego, czy świadczeniobiorcy wystawiono więcej niż jedno skierowanie na to świadczenie.

12. Jeżeli świadczeniobiorca dokona zgłoszenia centralnego w sposób, o którym mowa w ust. 4 pkt 2, w czasie braku dostępu do systemu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia z przyczyny nieleżącej po stronie świadczeniodawcy, niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do tego systemu wyznacza świadczeniobiorcy termin udzielenia świadczenia albo umieszcza go w centralnym wykazie oczekujących – gdy wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej objętego centralną elektroniczną rejestracją nie jest możliwe.

Art. 23f. 1. Centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona z wykorzystaniem asystenta głosowego.

2. Nagrania dźwięku lub transkrypcja nagrania uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem asystenta głosowego, o którym mowa w ust. 1, zawierające dane, o których mowa art. 23c ust. 7, minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza wyłącznie do celów wynikających z realizacji świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji.

3. Dane, o których mowa w ust. 2 przechowuje się przez okres nie dłuższy niż 3 lata licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane.

4. Przetwarzanie danych głosowych w systemie asystenta głosowego nie może prowadzić do identyfikacji lub weryfikacji tożsamości świadczeniobiorcy na podstawie cech biometrycznych głosu, ani nie może być wykorzystywane do analizy cech osobowościowych, stanu emocjonalnego lub zdrowotnego świadczeniobiorcy. System nie utrwala ani nie wykorzystuje wzorców głosowych służących do celów biometrycznych w rozumieniu art. 4 pkt 14 rozporządzenia 2016/679.

Art. 23g. 1. Termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji jest wyznaczany świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kolejności dokonania zgłoszenia centralnego na wybrane świadczenie opieki zdrowotnej oraz kryteriów, o których mowa w art. 23e ust. 7, a także przy uwzględnieniu prawa świadczeniobiorcy do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej, kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w art. 20 ust. 13 albo przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 oraz daty dokonania zgłoszenia centralnego lub daty zgłoszenia przez świadczeniobiorcę na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

2. Jeżeli wyznaczenie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia nie jest możliwe w momencie dokonania zgłoszenia centralnego, świadczeniobiorca zostaje umieszczony w centralnym wykazie oczekujących oraz otrzymuje informację o prognozowanym terminie udzielenia świadczenia.

3. W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia termin ten zostanie wyznaczony w pierwszej kolejności świadczeniobiorcom umieszczonym w centralnym wykazie oczekujących. W przypadku wystąpienia ryzyka niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia termin ten może zostać wyznaczony również świadczeniobiorcom innym, niż umieszczeni w centralnym wykazie oczekujących.

4. W przypadku świadczeniobiorcy kontynuującego leczenie termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji wyznacza świadczeniodawca, u którego jest kontynuowane leczenie, zgodnie z planem leczenia świadczeniobiorcy. Świadczeniobiorca kontynuujący leczenie może samodzielnie odwołać wyznaczony przez świadczeniodawcę termin udzielenia świadczenia. Ponowne wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia lub jego zmiana wymaga bezpośredniego uzgodnienia ze świadczeniodawcą.

5. Świadczeniobiorcy kontynuującego leczenie nie umieszcza się w centralnym wykazie oczekujących.

6. Świadczeniobiorca otrzymuje powiadomienie o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji albo umieszczenia w centralnym wykazie oczekujących.

7. Przepis ust. 6 stosuje się do informowania świadczeniobiorcy o zmianach terminu udzielenia świadczenia, w tym o zmianie albo rezygnacji z tego terminu dokonanych przez świadczeniobiorcę oraz o zmianie terminu udzielenia świadczenia dokonanej przez świadczeniodawcę.

8. Termin udzielenia świadczenia wyznaczony świadczeniobiorcy może zostać zmieniony przez świadczeniobiorcę lub świadczeniodawcę z zastrzeżeniem ust. 4.

9. Do rezygnacji z wyznaczonego terminu udzielenia świadczenia lub do wycofania zgłoszenia centralnego stosuje się odpowiednio przepis art. 23e ust. 4.

10. W przypadku niezgłoszenia się na ustalony termin udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca podlega skreśleniu z harmonogramu przyjęć i centralnego wykazu oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się nastąpiło z powodu siły wyższej.

11. W przypadku zakończenia wykonywania przez świadczeniodawcę umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorcę umieszczonego w harmonogramie przyjęć, tego świadczeniodawcy, przenosi się do centralnego wykazu oczekujących z uwzględnieniem daty dokonania zgłoszenia centralnego na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

12. Do 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 nie stosuje się przepisów art. 23.

Art. 23h. 1. Świadczenie opieki zdrowotnej jest umieszczane wykazie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, 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.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) wykaz świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją,

2) szczegółowy sposób prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji obejmujący:

a) dokonywanie zgłoszenia centralnego,

b) wyznaczenie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i jego zmiany,

c) dokonywanie rezygnacji z wyznaczonego terminu udzielenia świadczenia lub wycofanie zgłoszenia centralnego,

d) powiadamianie świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i zmianach tego terminu oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych informacji dotyczących tego świadczenia opieki zdrowotnej,

e) prowadzenie przez świadczeniodawców harmonogramów przyjęć dla świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją oraz ich udostępnianie i aktualizację na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji;

f) określenie warunków wystąpienia ryzyka niewykorzystania wolnego terminu udzielenia świadczenia uzasadniających wyznaczenie tego terminu również świadczeniobiorcom innym, niż umieszczeni w centralnym wykazie oczekujących

– mając na względzie zagwarantowanie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienie bezpieczeństwa i integralności danych przetwarzanych na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji, a także mając na uwadze specyfikę realizacji świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją.”;

5) użyte w art. 42d ust. 6 pkt 3, art. 42f ust. 4 pkt 2 lit. d, art. 42i ust. 5 pkt 2 lit. d, art. 42j ust. 4 pkt 2 lit. d oraz art. 87a ust. 1 pkt 4 lit. b wyrazy „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10” zastępuje się wyrazami „obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych”;

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

„1 dołącza się:

a) dokumentację medyczną, a w przypadku dokumentacji medycznej sporządzonej w języku obcym - tłumaczenie tej dokumentacji na język polski; tłumaczenie nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego,

b) oświadczenie wnioskodawcy:

– o wpisie świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek, na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o zakwalifikowaniu do kategorii medycznej, ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, i terminie udzielenia świadczenia, ze wskazaniem świadczeniodawcy prowadzącego tę listę – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są listy oczekujących, albo

– – o dokonanym zgłoszeniu centralnym w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 oraz umieszczeniu świadczeniobiorcy w centralnym wykazie oczekujących lub wyznaczeniu terminu udzielenia świadczenia u wybranego świadczeniodawcy;”;

7) w art. 47c:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Korzystanie poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalach i świadczeń specjalistycznych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oznacza, że świadczeniodawca udziela tych świadczeń poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonej przez niego listy oczekujących, o której mowa w art. 20 ust. 2, albo ze zgłoszeń centralnych – w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1.”,

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

„2a. Osoba posiadająca prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej zgłaszająca się po raz pierwszy w celu uzyskania danego świadczenia opieki zdrowotnej może być wpisana tylko do jednego harmonogramu przyjęć prowadzonego przez jednego świadczeniodawcę.”,

c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W przypadku świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, jeżeli udzielenie tego świadczenia nie jest możliwe w dniu dokonania zgłoszenia centralnego świadczeniodawca, do którego świadczeniobiorca się zgłosił, wyznacza inny termin poza kolejnością przyjęć wynikającą z prowadzonego przez niego harmonogramu przyjęć. Świadczenie z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, nie może być udzielone w terminie późniejszym niż w ciągu 7 dni roboczych od dnia dokonania zgłoszenia centralnego.”;

8) w art. 59b w ust. 1:

a) po pkt 5 dodaje się pkt 5a i 5b w brzmieniu:

„5a) płeć i datę urodzenia świadczeniobiorcy;

5b) adres miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy;”,

b) po pkt 6 dodaje się pkt 6a–6f w brzmieniu:

„6a) nazwę zakładu leczniczego podmiotu leczniczego oraz 14-cyfrowy numer REGON usługodawcy w rozumieniu art. 2 pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, jeżeli dotyczy;

6b) nazwę i niepowtarzalny kod identyfikujący jednostkę organizacyjną zakładu leczniczego w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy;

6c) nazwę i niepowtarzalny kod identyfikujący komórkę organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy;

6d) kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, jeżeli dotyczy;

6e) adres miejsca wystawienia skierowania;

6f) numer umowy z Funduszem, w ramach wykonania której skierowanie zostało wystawione;”,

c) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) imię i nazwisko osoby wystawiającej skierowanie oraz imię i nazwisko osoby upoważnionej do wystawienia skierowania, jeżeli dotyczy;”,

d) pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej świadczeniodawcy wystawiającego skierowanie;”,

e) po pkt 13 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 14–16 w brzmieniu:

„14) oznaczenie rodzaju badania lub leczenia, na które kieruje się świadczeniobiorcę z zastosowaniem obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych lub rodzaju konsultacji;

15) informacje dodatkowe dla osoby realizującej skierowanie lub dla świadczeniobiorcy, jeśli mogą okazać się istotne w procesie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;

16) rozpoznanie kliniczne dotyczące problemu zdrowotnego, stanowiącego przyczynę wystawienia skierowania, oraz rozpoznania współistniejące, z zastosowaniem obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.”;

9) po art. 154 dodaje się art. 154a o brzmieniu:

„Art. 154a. Jeżeli przy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej doszło do istotnych nieprawidłowości w wykonaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Prezes Funduszu wstrzymuje lub ogranicza finansowanie tych świadczeń w przypadkach wskazanych w przepisach określających ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanych na podstawie art. 137 ust. 1 ustawy”;

10) w art. 188 w:

a) ust. 1 po pkt 13 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 14 w brzmieniu:

„14) obsługi centralnej elektronicznej rejestracji.”,

b) ust. 4 po pkt 35 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 36-37 w brzmieniu:

„36) niepowtarzalny identyfikator nadany przez państwo członkowskie Unii Europejskiej dla celów transgranicznej identyfikacji, o którym mowa w rozporządzeniu wykonawczym Komisji (UE) 2015/1501 z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ram interoperacyjności, na podstawie art. 12 ust. 8 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 235 z 09.09.2015, str. 1, z późn. zm.[[3]](#footnote-4))).

37) jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”;

11) art. 188e otrzymuje brzmienie:

„188e. 1. Prezes Funduszu jest obowiązany do prowadzenia i utrzymywania elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych w celu:

1) dokonywania oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego oraz oceny badań i kwalifikacji świadczeniobiorców do grup ryzyka;

2) rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w związku z realizacją programów zdrowotnych;

3) monitorowania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz stanu zdrowia świadczeniobiorców, w związku z realizacją programów zdrowotnych;

4) prowadzenia profilaktyki zdrowotnej, w szczególności przez informowanie świadczeniobiorców o możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń mających na celu profilaktykę zdrowotną;

5) dokonywania oceny skuteczności i jakości programów zdrowotnych;

6) umożliwienia monitorowania dalszego postępowania ze świadczeniobiorcami, u których wykryto nieprawidłowości.

1a. System, o którym mowa w ust. 1 jest częścią systemu RUM-NFZ, o którym mowa w art. 191a.

2. W elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych mogą być przetwarzane dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 i art. 188a oraz informacje dotyczące sytuacji zawodowej i wykształceniu świadczeniobiorcy.

3. Dane, o których mowa w ust. 2, są przekazywane do elektronicznego systemu monitorowania programów zdrowotnych przez świadczeniodawców lub mogą być przekazywane przez świadczeniobiorców za pośrednictwem systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

3a. Bazę danych osobowych zasilających elektroniczny system monitorowania programów zdrowotnych stanowi Centralny Wykaz Ubezpieczonych, o którym mowa w art. 97. ust. 4.

4. Dostęp do danych przetwarzanych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych mają:

1) Fundusz;

2) minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie niezbędnym do realizacji zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 3-5, jeżeli obowiązek ich realizacji wynika z przepisów prawa, programów polityki zdrowotnej lub programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych;

3) świadczeniodawcy, o których mowa w ust. 3, w zakresie przekazywanych przez nich danych

4) jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 4

5) jednostka wskazana w ustawie o Krajowej Sieci Onkologicznej do pełnienia funkcji Krajowego Ośrodka Monitorującego (KOM), w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o których mowa w ust. 1 pkt 3, 5 i 6;

6) świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym do realizacji celów, o którym mowa w ust. 1 pkt 1,3, 4 i 6 oraz celów wskazanych w ustawie o podstawowej opiece zdrowotnej.

5. Dane, o których mowa w ust. 2, mogą być udostępniane, na podstawie pisemnej umowy, podmiotom biorącym udział w realizacji programów polityki zdrowotnej lub programów wieloletnich ustanowionych na podstawie art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych, w zakresie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3-5.4) jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.”

6. Fundusz przekazuje do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dane przetwarzane w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych, o których mowa w ust. 2, pozwalające na dokonywanie oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego, w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania zgłoszenia centralnego na świadczenie realizowane w ramach programu zdrowotnego.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2024 r. poz. 686 oraz z 2025 r. poz. 129) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 96a w ust. 1 w pkt 3:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„dane dotyczące osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty lub osoby upoważnionej do wystawienia recepty:”,

b) lit. a–c otrzymują brzmienie:

„a) imię lub imiona i nazwisko osoby wystawiającej receptę oraz imię lub imiona i nazwisko osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,

b) kwalifikacje zawodowe w tym posiadany tytuł zawodowy osoby wystawiającej receptę, lub osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,

c) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – w przypadku osoby wystawiającej receptę,”,

c) po lit. c dodaje się lit. ca w brzmieniu:

„ca) identyfikator osoby upoważnionej, którym mowa w art. 17c ust. 5a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia – w przypadku osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,”,

d) lit. d otrzymuje brzmienie:

„d) adres poczty elektronicznej lub numer telefonu wraz z prefiksem międzynarodowym do kontaktu z osobą wystawiającą receptę lub z osobą upoważnioną do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,”;

2) w art. 96b w ust. 1:

a) pkt 7 i 8 otrzymują brzmienie:

„7) imię i nazwisko osoby wystawiającej receptę oraz imię i nazwisko osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy;

8) identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, osoby wystawiającej receptę;”,

b) po pkt 8 dodaje się pkt 8a w brzmieniu:

„8a) tytuł zawodowy osoby wystawiającej receptę oraz imię i nazwisko osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy;”,

c) pkt 9 otrzymuje brzmienie:

„9) numer telefonu lub adres poczty elektronicznej do kontaktu z osobą wystawiającą receptę lub z osobą upoważnioną do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy;”,

d) po pkt 15 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 16–18 w brzmieniu:

„16) odpłatność produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, jeżeli dotyczy;

17) kod uprawnień dodatkowych pacjenta, jeżeli dotyczy;

18) informacje dodatkowe dla osoby wydającej produkt leczniczy, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrób medyczny lub dla pacjenta dotyczące zaleceń zdrowotnych związanych z jego stosowaniem.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 7 w ust. 1 po pkt 12 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 13 w brzmieniu:

„13) prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

2) w art. 7a w ust. 1 po pkt 17 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 18 w brzmieniu:

„18) dokonanie zgłoszenia centralnego w ramach centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

3) w art. 7b ust. 3 wyrazy „art. 14 ust. 2 pkt 1 lit. a–e, h, ib oraz o” zastępuję się wyrazami „art. 14 ust. 2 pkt 1 lit. a–e, ib oraz o”;

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

„12) 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”;

5) w art. 15:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Dane do Centralnego Wykazu Usługobiorców, w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i, m-o oraz u-v, są obowiązani przekazywać płatnicy, o których mowa w art. 2 pkt 9 lit. a.”,

b) w ust. 4c wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Dane do Centralnego Wykazu Usługobiorców, w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i, n oraz lit. o, są obowiązani przekazywać:”,

c) ust. 5a otrzymuje brzmienie:

„5a. Podmioty, o których mowa w ust. 3 oraz w ust. 4c, są obowiązane przekazywać dane, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 1 lit. a, b, g, i, n oraz o, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia uzyskania informacji o uprawomocnieniu się orzeczenia o niepełnosprawności albo orzeczeniu o stopniu niepełnosprawności lub powstaniu uprawnienia albo jego zmiany lub utraty, jeżeli takie dane posiadają.”;

6) w art. 30 w ust. 2 pkt 2 wyrazy „art. 14f ust. 1, art. 16 ust. 10, art. 16g ust. 1, art. 16p ust. 6 i art. 16x ust. 1–4” zastępuje się wyrazami „art. 14f ust. 1, art. 16p ust. 6 i art. 16x ust. 1–4”;

7) w art. 40 w ust. 5 wyrazy „art. 24 ust. 4–6” zastępuje się wyrazami „art. 24 ust. 5 i 6”;

8) w art. 35 ust. 1 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) inne osoby wykonujące czynności pomocnicze przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej u usługodawcy, na podstawie upoważnienia udzielonego przez tego usługodawcę:

a) u którego została wytworzona elektroniczna dokumentacja medyczna zawierająca dane osobowe lub jednostkowe dane medyczne usługobiorcy lub

b) na którego zlecenie zostało udzielone świadczenie opieki zdrowotnej lub została zrealizowana procedura medyczna lub

c) realizującego świadczenia opieki w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.”.

Art. 4. W latach 2025–2029, w ramach działania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy zmienianej w art. 1, Narodowy Fundusz Zdrowia może przyznać dofinansowanie świadczeniodawcy, który zrealizuje czynności, o których mowa w art. 5 ust. 1 i 2, w zakresie świadczeń, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 1, może otrzymać jednorazowe dofinansowanie w kwocie nie wyższej niż 10.000 zł na prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, których świadczeniodawca udziela na podstawie umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Dofinansowanie jest udzielane pod warunkiem rozpoczęcia prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w tych przepisach.

3. Dofinansowanie, o którym mowa w ust. 2, jest przyznawane odrębnie dla każdej lokalizacji świadczeniodawcy rozumianej jako budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń i nie dotyczy lokalizacji, na które świadczeniodawca otrzymał dofinansowanie określone w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia sposób obliczenia wysokości dofinansowania, o którym mowa w ust. 1, uwzględniając realizację przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 5.

Art. 5.1. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie 5 miesięcy od dnia wejścia w życie przepisów wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, udostępniają w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramy przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy zmienianej w art. 1, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujące okresy udzielania tych świadczeń od dnia następującego po dniu ich udostępnienia.

2. Świadczeniodawcy udzielający świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, 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, o których mowa w art. 19a ustawy zmienianej w art. 1.

Art. 6. Do dnia zapewnienia możliwości dokonywania przez świadczeniodawcę centralnych zgłoszeń za pośrednictwem centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, wyznaczanie świadczeniobiorcy terminu udzielania świadczenia, odbywa się na dotychczasowych zasadach.

Art. 7. Świadczeniobiorca, któremu wyznaczono termin udzielenia świadczenia przed udostępnieniem przez świadczeniodawcę harmonogramów przyjęć, o których mowa w art. 19a ustawy zmienianej w art. 1, do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w celu 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 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zachowuje ten termin.

Art. 8. Do recept wystawionych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 9. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r. z wyjątkiem:

1) art. 1 pkt 2 lit. c w zakresie zmiany art. 20 ust. 10d oraz pkt 3, które wchodzą w życie po upływie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy;

2) art. 1 pkt 4 w zakresie art. 23f, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2026 r.

1. ) Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne oraz ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. [↑](#footnote-ref-2)
2. ) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129 i 304. [↑](#footnote-ref-3)
3. ) Zmiana wymienionego rozporządzenia została ogłoszona w Dz. Urz. UE L 28 z 04.02.2016, str. 18. [↑](#footnote-ref-4)