

Warszawa, dnia 12 listopada 2025 r.

Poz. 1537

USTAWA

z dnia 26 września 2025 r.

o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 19a:

a) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) świadczeniobiorcy zgłaszającemu się po raz pierwszy w celu uzyskania danego świadczenia opieki zdrowotnej:

a) w przypadku przyjęcia w dniu zgłoszenia – termin udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia,

b) posiadającemu prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – termin udzielenia świadczenia ustalony w sposób, o którym mowa w art. 47c ust. 4 albo 4a,

c) innemu niż wymieniony w lit. a i b – termin udzielenia świadczenia wynikający z listy oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 1a albo ust. 12 pkt 1, albo ust. 12 pkt 2, albo termin udzielenia świadczenia wyznaczony w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w art. 23c ust. 1;”

b) w ust. 4 w pkt 3:

– lit. b i c otrzymują brzmienie:

„b) oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących na udzielenie świadczenia albo 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 prowadzonym dla świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa 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 na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 12 pkt 1, albo 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,”

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.

– lit. g otrzymuje brzmienie:

„g) oczekujący objęty opieką kardiologiczną na podstawie elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej, o której mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779) – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących na udzielenie świadczenia, o której mowa w art. 20 ust. 12 pkt 2, albo 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;”;

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

„4a. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, w harmonogramie przyjęć nie wpisuje się 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 służące do komunikacji ze świadczeniobiorcą lub osobą trzecią, za pośrednictwem której dokonano zgłoszenia, w celu zapewnienia komunikacji ze świadczeniobiorcą,”;

b) ust. 8 otrzymuje brzmienie:

„8. W przypadku wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, a które uniemożliwiają zachowanie terminu wynikającego z listy oczekujących na udzielenie świadczenia, świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę w każdy dostępny sposób o zmianie terminu wynikającego ze zmiany kolejności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej i jej przyczynie. Przepis ten dotyczy także przypadku zmiany terminu udzielenia świadczenia na wcześniejszy. W przypadku gdy świadczeniobiorca nie wyraża zgody na zmianę terminu udzielenia świadczenia na wcześniejszy, świadczeniodawca informuje o możliwości zmiany terminu następnego świadczeniobiorcę z listy oczekujących na udzielenie świadczenia, zgodnie z kolejnością ustaloną na podstawie zgłoszenia.”;

c) ust. 10d otrzymuje brzmienie:

„10d. Fundusz informuje w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących na udzielenie świadczenia 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, o którym mowa w art. 23 ust. 2a.”;

d) w ust. 12 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego;

2) opieką kardiologiczną, o której mowa w art. 2 pkt 12 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej.”;

3) w art. 23:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

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

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

„2a. Prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej Fundusz oblicza co miesiąc dla każdej listy oczekujących na udzielenie świadczenia prowadzonej przez świadczeniodawcę zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1, z wyłączeniem list, o których mowa w art. 20 ust. 12, oddzielnie dla każdej grupy oczekujących wyodrębnionej ze względu na kryteria medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, na podstawie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania obliczanego i przekazywanego przez świadczeniodawców zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 190 ust. 1.”;

c) 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 tego świadczenia.”;

d) uchyla się ust. 4–5,

e) 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 i 2 oraz w art. 20.”,

f) 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 za pośrednictwem bezpłatnej linii telefonicznej.

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

g) dodaje się ust. 12 w brzmieniu:

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

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

„Art. 23c. 1. Centralna elektroniczna rejestracja na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, 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, wspólnie dla wszystkich świadczeniodawców udzielających tych świadczeń.

2. Dla świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, nie prowadzi się list oczekujących na udzielenie świadczenia.

3. W celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca jest obowiązany:

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 zgodnie z art. 19a wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, za okres określony w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 2, nie dłuższy jednak niż 5 lat, oraz informacje o:

a) sposobie udzielania świadczenia opieki zdrowotnej – w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,

b) miejscu udzielania świadczenia opieki zdrowotnej,

c) kodach obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych i obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych charakteryzujących udzielane świadczenia opieki zdrowotnej,

d) 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;

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. W celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji świadczeniodawca może 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:

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

2) inne dane umożliwiające dokonanie zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 1.

5. Centralny wykaz oczekujących zawiera dane:

- 1) ze zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 1;
- 2) o kryteriach wybranych przez świadczeniobiorcę, o których mowa w art. 23e ust. 6, w tym imię i nazwisko oraz identyfikator pracownika medycznego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

6. Przy ustalaniu kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, dla świadczeniobiorców objętych diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego oraz dla świadczeniobiorców objętych opieką kardiologiczną, o której mowa w art. 2 pkt 12 ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej:

- 1) nie stosuje się przepisów wydanych na podstawie art. 20 ust. 11;
- 2) uwzględnia się terminy udzielania świadczeń obejmujących świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określone w przepisach wydanych na podstawie art. 31d.

7. Dane, o których mowa w ust. 3 pkt 1, oraz dane zawarte w centralnym wykazie oczekujących i w zgłoszeniu centralnym, o którym mowa w art. 23e ust. 1, 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 świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) rozpatrywania wniosków świadczeniobiorców, o których mowa w art. 42f ust. 1 i art. 42i ust. 1.

8. Dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia publikuje na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. 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, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11;
- 2) prognozowanym czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej;
- 3) możliwości udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym 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.

9. Prognozowany czas oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obliczany i raz dziennie aktualizowany przez administratora systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, dla każdego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, oddzielnie dla każdej grupy oczekujących wyodrębnionej ze względu na kryteria medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, mając na uwadze charakter danych gromadzonych w ramach centralnej elektronicznej rejestracji oraz konieczność zapewnienia świadczeniobiorcy wiarygodnej i przejrzystej informacji o dostępnych terminach udzielenia świadczenia.

Art. 23d. 1. Centralna elektroniczna rejestracja jest prowadzona w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Do prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, nie stosuje się przepisów art. 23.

Art. 23e. 1. Podstawą do wyznaczenia terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji w przypadku świadczeniobiorcy zgłaszającego się do świadczeniodawcy po raz pierwszy w celu uzyskania danego świadczenia opieki zdrowotnej jest oświadczenie świadczeniobiorcy złożone osobiście lub za pośrednictwem osoby trzeciej o zamiarze uzyskania wybranego świadczenia opieki zdrowotnej, zwane dalej „zgłoszeniem centralnym”.

2. 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. n oraz o 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 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581), a w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej, o których mowa w art. 59aa ust. 2 – także kod dostępu, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 2, oraz numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, albo klucz dostępu do skierowania, o którym mowa w art. 59b ust. 1 pkt 1;
- 4) unikalny numer identyfikujący karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, datę wydania decyzji o założeniu karty i rozpoznanie, o których mowa w art. 40 ust. 4 pkt 6 lit. b, g oraz k ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej, oraz wskazanie odpowiedniego etapu diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1, jeżeli dotyczy;
- 5) unikalny numer identyfikujący elektroniczną Kartę Opieki Kardiologicznej, o której mowa w art. 40 ust. 1 pkt 6 lit. i ustawy z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej, jeżeli dotyczy;
- 6) informację o kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, ustalonej na podstawie skierowania, jeżeli dotyczy, albo o kryteriach medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 i 15;
- 7) inne istotne do przyjęcia zgłoszenia centralnego dane dotyczące stanu zdrowia świadczeniobiorcy lub dane dotyczące świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli dotyczy.

3. Zgłoszenia centralnego można dokonać:

- 1) za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w dowolnym czasie albo
- 2) bezpośrednio u świadczeniodawcy, w tym osobiście lub telefonicznie, w dniach i godzinach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez danego świadczeniodawcę, albo z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej.

4. Zgłoszenia centralnego na diagnostykę onkologiczną lub leczenie onkologiczne udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego dokonuje się w sposób, o którym mowa w ust. 3 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.

5. Zgłoszenia centralnego można dokonać wyłącznie w sposób określony w ust. 3 pkt 2 w przypadku:

- 1) wystawienia skierowania w przypadkach, o których mowa w art. 59aa ust. 3;
- 2) świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 57 ust. 2 pkt 8–14;
- 3) rejestracji osób, którym świadczenia zdrowotne są udzielane bezpłatnie, bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie art. 102 pkt 1 i art. 115 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny wykonawczy.

6. Przy dokonywaniu zgłoszenia centralnego świadczeniobiorca samodzielnie lub za pośrednictwem osoby trzeciej 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;
- 5) sposobu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli świadczeniodawca umożliwia wybór takiego kryterium;
- 6) posiadania prawa do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej.

7. Kryteria, o których mowa w ust. 6, mogą być modyfikowane przez świadczeniobiorcę samodzielnie lub za pośrednictwem osoby trzeciej albo świadczeniodawcę, po dokonaniu zgłoszenia centralnego.

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

- 1) wyznaczono termin udzielenia świadczenia albo
- 2) wystawiono skierowanie.

9. Świadczeniodawca, o którym mowa w ust. 8, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, albo, o których mowa w art. 20 ust. 13 i 15, zmienia określoną w zgłoszeniu centralnym kategorię medyczną świadczeniobiorcy, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, oraz wyznaczony termin udzielenia świadczenia. W przypadku świadczeniobiorcy umieszczonego w centralnym wykazie oczekujących zmienioną kategorię medyczną, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, uwzględnia się przy ustalaniu kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

10. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie skierowania, o którym mowa w art. 59aa ust. 1, zgłoszenia centralnego można dokonać na podstawie tylko jednego skierowania na udzielenie danego świadczenia opieki zdrowotnej, niezależnie od tego, czy świadczeniobiorcy wystawiono więcej niż jedno skierowanie na to świadczenie opieki zdrowotnej.

11. Jeżeli świadczeniobiorca dokona zgłoszenia centralnego w sposób, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, w czasie braku dostępu do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, z przyczyn nieleżących po stronie świadczeniodawcy, niezwłocznie po uzyskaniu dostępu do tego systemu świadczeniodawca wyznacza świadczeniobiorcy termin udzielenia świadczenia albo, jeśli wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczenia opieki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, nie jest możliwe, umieszcza go w centralnym wykazie oczekujących.

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

2. Nagrania dźwięku lub transkrypcje nagrania uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem narzędzia asystenta głosowego, zawierające dane, o których mowa w art. 7 ust. 1a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, minister właściwy do spraw zdrowia przetwarza wyłącznie w celu prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji.

3. Nagrania dźwięku lub transkrypcje nagrania uzyskane w wyniku prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji z wykorzystaniem narzędzia asystenta głosowego, zawierające dane, o których mowa w art. 7 ust. 1a ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, przechowuje jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, przez okres nie dłuższy niż 3 lata, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym nagranie zostało zarejestrowane.

4. Przetwarzanie danych głosowych narzędzia asystenta głosowego nie może prowadzić do identyfikacji lub weryfikacji tożsamości świadczeniobiorcy na podstawie cech biometrycznych głosu i nie może być wykorzystywane do analizy cech osobowościowych, stanu emocjonalnego lub stanu zdrowia świadczeniobiorcy. Narzędzie asystenta głosowego nie utrzuwa i nie wykorzystuje wzorców głosowych służących do identyfikacji lub weryfikacji danych biometrycznych w rozumieniu art. 4 pkt 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.²⁾).

Art. 23g. 1. Termin udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji jest wyznaczany świadczeniobiorcy z uwzględnieniem:

- 1) prawa świadczeniobiorcy do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) kategorii medycznej, do której świadczeniobiorca został zakwalifikowany zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11;
- 3) kryteriów medycznych, o których mowa w art. 20 ust. 13 i 15;
- 4) kryteriów, o których mowa w art. 23e ust. 6;
- 5) daty dokonania zgłoszenia centralnego;

²⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2 oraz Dz. Urz. UE L 74 z 04.03.2021, str. 35.

- 6) daty zgłoszenia przez świadczeniobiorcę na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, jeżeli zgłoszenie zostało dokonane przed umożliwieniem przez świadczeniodawcę dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszenia centralnego;
- 7) terminów udzielania świadczeń obejmujących świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d.

2. Termin udzielenia świadczenia wyznaczony świadczeniobiorcy przed umożliwieniem przez świadczeniodawcę dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszenia centralnego, staje się terminem udzielenia świadczenia w centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenie opieki zdrowotnej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1.

3. Jeżeli wyznaczenie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia nie jest możliwe w okresie, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 4, świadczeniobiorca zostaje umieszczony w centralnym wykazie oczekujących oraz otrzymuje informację o prognozowanym terminie udzielenia świadczenia.

4. W przypadku pojawienia się wolnego terminu udzielenia świadczenia termin ten zostaje wyznaczony świadczeniobiorcy umieszczonemu w centralnym wykazie oczekujących.

5. Termin udzielenia świadczenia wyznaczony świadczeniobiorcy może zostać zmieniony przez:

- 1) świadczeniobiorcę osobiście lub za pośrednictwem osoby trzeciej lub
- 2) świadczeniodawcę w przypadku:
 - a) zmiany przez świadczeniodawcę kwalifikacji świadczeniobiorcy do kategorii medycznej ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11, w przypadku zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia,
 - b) konieczności udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej świadczeniobiorcom uprawnionym do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza kolejnością,
 - c) wystąpienia okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ustalania terminu udzielenia świadczenia, uniemożliwiających zachowanie terminu wynikającego z harmonogramu przyjęć prowadzonego przez świadczeniodawcę.

6. Świadczeniobiorca otrzymuje powiadomienie o:

- 1) wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji albo umieszczeniu go w centralnym wykazie oczekujących;
- 2) zmianie terminu udzielenia świadczenia w ramach centralnej elektronicznej rejestracji, w tym o zmianie tego terminu albo rezygnacji z niego dokonanych przez świadczeniobiorcę oraz o zmianie terminu udzielenia świadczenia dokonanej przez świadczeniodawcę.

7. Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę o przyczynie zmiany terminu udzielenia świadczenia, a w przypadku, o którym mowa w ust. 5 pkt 2 lit. a – także o zmienionej kwalifikacji do kategorii medycznej.

8. W przypadku zmiany terminu, o której mowa w ust. 5 pkt 2, świadczeniodawca proponuje świadczeniobiorcy inny termin udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej u tego świadczeniodawcy, a jeżeli nie jest to możliwe, świadczeniobiorca zgłaszający się po raz pierwszy na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej zostaje umieszczony w centralnym wykazie oczekujących, z zachowaniem kolejności jego zgłoszenia.

9. Do rezygnacji z wyznaczonego terminu udzielenia świadczenia lub do wycofania zgłoszenia centralnego stosuje się odpowiednio przepis art. 23e ust. 3.

10. W przypadku niezgłoszenia się w ustalonym terminie udzielenia świadczenia świadczeniobiorca podlega skreśleniu z harmonogramu przyjęć i centralnego wykazu oczekujących, chyba że uprawdopodobni, że niezgłoszenie się w ustalonym terminie nastąpiło z powodu siły wyższej. Przepis art. 20 ust. 10f stosuje się odpowiednio.

11. W przypadku skreślenia świadczeniobiorcy z harmonogramu przyjęć prowadzonego przez wybranego świadczeniodawcę i centralnego wykazu oczekujących w wyniku niezgłoszenia się w ustalonym terminie udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej albo zakończenia przez świadczeniodawcę wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z danego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) świadczeniodawca zwraca oryginał skierowania świadczeniobiorcy – w przypadku skierowania w postaci papierowej;

- 2) w celu ponownego użycia skierowania w postaci elektronicznej zmienia się status skierowania w Systemie P1, a zmiana ta jest realizowana przez:
 - a) System P1 – w przypadku rezygnacji z udzielenia świadczenia dokonanej przez świadczeniobiorcę za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia,
 - b) świadczeniodawcę – w przypadkach innych niż określony w lit. a.

12. W przypadku zakończenia przez świadczeniodawcę wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorca przenosi świadczeniobiorcę umieszczonego w harmonogramie przyjęć do centralnego wykazu oczekujących z uwzględnieniem daty dokonania zgłoszenia centralnego.

13. Świadczeniobiorcy kontynuującego leczenie nie umieszcza się w centralnym wykazie oczekujących. 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 lub za pośrednictwem osoby trzeciej odwołać wyznaczony przez świadczeniodawcę termin udzielenia świadczenia. Ponowne wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia lub jego zmiana wymaga bezpośredniego uzgodnienia ze świadczeniodawcą.

Art. 23h. 1. Przepisy wydane na podstawie ust. 2 pkt 1 uwzględniają świadczenie opieki zdrowotnej wynikające z analizy przeprowadzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia uwzględniającej liczbę oczekujących i czas oczekiwania na udzielenie tego świadczenia oraz warunki, jakie muszą być spełnione w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej.

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

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej objęte centralną elektroniczną rejestracją,
- 2) okres, za który są udostępniane harmonogramy przyjęć prowadzone zgodnie z art. 19a, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia,
- 3) sposób powiadamiania świadczeniobiorcy o wyznaczeniu mu terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej w ramach centralnej elektronicznej rejestracji i zmianach tego terminu oraz przekazywania świadczeniobiorcy innych informacji dotyczących tego świadczenia,
- 4) okres weryfikacji dostępnych terminów udzielenia danego świadczenia opieki zdrowotnej

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

Art. 23i. W przypadku uwzględnienia świadczenia opieki zdrowotnej w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 świadczeniodawca jest obowiązany do:

- 1) udostępnienia w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, harmonogramów przyjęć prowadzonych zgodnie z art. 19a, wraz z dostępnymi terminami udzielenia świadczenia, obejmujących okres udzielania tego świadczenia od dnia następującego po dniu ich udostępnienia, w terminie 5 miesięcy od dnia uwzględnienia tego świadczenia w tych przepisach;
- 2) umożliwienia dokonywania przez świadczeniobiorców zgłoszeń centralnych w terminie 6 miesięcy od dnia uwzględnienia tego świadczenia w tych przepisach.”;
- 5) użyte w art. 42d w ust. 6 w pkt 3, w art. 42f w ust. 4 w pkt 2 w lit. d, w art. 42i w ust. 5 w pkt 2 w lit. d, w art. 42j w ust. 4 w pkt 2 w lit. d oraz w art. 87a w ust. 1 w pkt 4 w 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, które nie musi być sporządzone przez tłumacza przysięgłego,

b) oświadczenie wnioskodawcy o:

- wpisie świadczeniobiorcy, którego dotyczy wniosek, na listę oczekujących na udzielenie świadczenia oraz zakwalifikowaniu do kategorii medycznej ustalonej zgodnie z kryteriami medycznymi, o których mowa 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 są prowadzone listy oczekujących, albo
- dokonaniem zgłoszenia centralnym w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa 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 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 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 okresie 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) w pkt 13 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 14–16 w brzmieniu:
- „14) oznaczenie rodzaju badania lub leczenia, na które kieruje się świadczeniobiorcą, z zastosowaniem obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych lub rodzaju konsultacji;
- 15) informacje dodatkowe dla osoby realizującej skierowanie lub dla świadczeniobiorcy, jeżeli mogą okazać się istotne w procesie udzielania 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) w art. 106 w ust. 10 w pkt 5 skreśla się wyrazy „i 4”;
- 10) po art. 154 dodaje się art. 154a w brzmieniu:
- „Art. 154a. 1. W przypadku stwierdzenia niewykonania przez świadczeniodawcę obowiązku, o którym mowa w art. 23i pkt 1, w terminie określonym w tym przepisie, Fundusz wstrzymuje płatności należności z tytułu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej objętych tym obowiązkiem do czasu jego wykonania, jednak nie dłużej niż na trzy miesiące. W okresie wstrzymania płatności świadczeniodawcy nie przysługuje prawo do odsetek ani do innych roszczeń z tytułu tego wstrzymania.
2. Po upływie 6 miesięcy od dnia uwzględnienia świadczenia opieki zdrowotnej w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1, Fundusz finansuje świadczeniodawcy wyłącznie to świadczenie opieki zdrowotnej, którego termin udzielenia został wyznaczony z wykorzystaniem centralnej elektronicznej rejestracji albo stał się takim terminem zgodnie z art. 23g ust. 2.
3. Przepisu ust. 2 nie stosuje się w przypadku, gdy świadczeniodawca wykaże, że dokonanie centralnego zgłoszenia lub wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia nie było możliwe z przyczyn nieleżących po stronie świadczeniodawcy.
4. Świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sposób sprzeczny z ust. 2 nie stanowi zobowiązania Funduszu wynikającego z tej umowy.”;
- 11) w art. 188 w:
- a) ust. 1:
- pkt 12 otrzymuje brzmienie:
- „12) przypominania o wyznaczonym terminie udzielenia świadczenia;”;
- w pkt 13 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 14 w brzmieniu:
- „14) obsługi centralnej elektronicznej rejestracji.”;
- b) ust. 4 w pkt 35 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 36 i 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⁾);
- 37) jednostkowe dane medyczne w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”;

³⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 28 z 04.02.2016, str. 18.

12) art. 188e otrzymuje brzmienie:

„Art. 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 objętymi programami zdrowotnymi.

2. Elektroniczny system monitorowania programów zdrowotnych, o którym mowa w ust. 1, jest częścią Systemu Rejestru Usług Medycznych – „RUM – NFZ”, o którym mowa w art. 22 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

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

4. Dane oraz informacje, o których mowa w ust. 3, 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 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

5. Bazę danych osobowych zasilających elektroniczny system monitorowania programów zdrowotnych stanowi Centralny Wykaz Ubezpieczonych.

6. 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. 4, 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) Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie 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 których mowa w ust. 1 pkt 1, 3, 4 i 6, oraz celów wskazanych w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

7. Dane oraz informacje, o których mowa w ust. 3, 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.

8. 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 oraz informacje, o których mowa w ust. 3, pozwalające na dokonywanie oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego, w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania zgłoszenia centralnego na świadczenie opieki zdrowotnej realizowane w ramach programu zdrowotnego.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2025 r. poz. 750, 905, 924 i 1416) 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 oraz osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy;”,
 - b) lit. a–c otrzymują brzmienie:
 - „a) imię (imiona) i nazwisko osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty oraz imię (imiona) i nazwisko osoby upoważnionej do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy,
 - b) kwalifikacje zawodowe, w tym posiadany tytuł zawodowy, osoby wystawiającej receptę albo odpis recepty oraz 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, o 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 osobą upoważnioną do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy;”,
- 2) w art. 96b w ust. 1:
 - a) pkt 7 i 8 otrzymują brzmienie:
 - „7) imię (imiona) i nazwisko osoby wystawiającej receptę oraz imię (imiona) 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, w przypadku osoby wystawiającej receptę;”,
 - b) po pkt 8 dodaje się pkt 8a w brzmieniu:

„8a) tytuł zawodowy osoby wystawiającej receptę oraz 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 osobą upoważnioną do wystawienia recepty, jeżeli dotyczy;”,
 - d) w pkt 15 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 16–18 w brzmieniu:
 - „16) poziom odpłatności 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 informacje dodatkowe dla pacjenta dotyczące zaleceń zdrowotnych związanych z ich stosowaniem.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2025 r. poz. 302 i 779) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 7:
 - a) w ust. 1 w pkt 14 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 15 i 16 w brzmieniu:
 - „15) prowadzenie centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa 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;

16) dokonywanie oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na świadczenie realizowane w ramach programu zdrowotnego.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. W systemie, o którym mowa w ust. 1, na potrzeby centralnej elektronicznej rejestracji, o której mowa w art. 23c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, są przetwarzane dane:

- 1) o których mowa w art. 23c ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) zawarte w centralnym wykazie oczekujących, o którym mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) zawarte w zgłoszeniu centralnym, o którym mowa w art. 23e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1b. System, o którym mowa w ust. 1, umożliwia generowanie przez administratora tego systemu raportów z działania centralnej elektronicznej rejestracji dla:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 3) usługodawcy – w zakresie jego działalności;
- 4) usługobiorcy – za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1.”;

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

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

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

4) w art. 12 w ust. 1 w pkt 12 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 13 i 14 w brzmieniu:

„13) prowadzenia centralnej elektronicznej rejestracji na świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa 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;

14) dokonywania oceny spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu zdrowotnego w celu weryfikacji dopuszczalności dokonania zgłoszenia centralnego, o którym mowa w art. 23e ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na świadczenie realizowane w ramach programu zdrowotnego.”;

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 o, są obowiązani przekazywać.”,

c) ust. 5a otrzymuje brzmienie:

„5a. Podmioty, o których mowa w ust. 3 i 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 orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub powstaniu uprawnienia albo jego zmiany lub utraty, jeżeli takie dane posiadają.”;

- 6) w art. 22 ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. System RUM – NFZ udostępnia SIM dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1–3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dane dotyczące realizacji recept na leki refundowane, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, o których mowa w art. 45a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, oraz dane przetwarzane w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych, o których mowa w art. 188e ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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.”;

- 7) w art. 30 w ust. 2 w 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”;

- 8) w art. 35 w 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 zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.”;

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

Art. 4. Do dnia umożliwienia przez świadczeniodawcę dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszeń centralnych, o których mowa w art. 23e ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, wyznaczanie świadczeniobiorcy terminu udzielenia świadczenia, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 23h ust. 2 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, odbywa się na dotychczasowych zasadach.

Art. 5. 1. Prognozowany czas oczekiwania, o którym mowa w art. 23 ust. 2a ustawy zmienianej w art. 1, jest obliczany po raz pierwszy w sierpniu 2026 r.

2. Przy obliczaniu po raz pierwszy prognozowanego czasu oczekiwania, o którym mowa w art. 23 ust. 2a ustawy zmienianej w art. 1, jest wykorzystywany bazowy prognozowany czas oczekiwania ustalony zgodnie ze wzorem określonym w przepisach wydanych na podstawie ust. 3.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób obliczania bazowego prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, mając na uwadze zapewnienie prawidłowego sposobu dokonania obliczenia, o którym mowa w ust. 1 i 2.

Art. 6. Informacje, o których mowa w art. 23c ust. 8 ustawy zmienianej w art. 1, minister właściwy do spraw zdrowia publikuje na stronie internetowej z oznaczeniem domeny „gov.pl” powiązanej z Internetowym Kontem Pacjenta, o którym mowa w art. 7a ust. 1 ustawy zmienianej w art. 3, po raz pierwszy w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 7. Recepty wystawione przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy realizuje się zgodnie z przepisami dotychczasowymi.

Art. 8. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2026 r., z wyjątkiem art. 1 pkt 2 lit. c, pkt 3 i pkt 4 w zakresie art. 23f, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2026 r.

Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej: *K. Nawrocki*