|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa projektu**  Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych  **Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące**  Ministerstwo Zdrowia  **Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu**  Janusz Cieszyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia  **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu**  Anna Goławska – Zastępca Dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia, 22 530 03 60, a.golawska@mz.gov.pl | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Data sporządzenia**  1.06.2018 r.  **Źródło:**  Inicjatywa własna  **Nr w wykazie prac RM:**  UD 383 | | | | | | | | | | |
| **OCENA SKUTKÓW REGULACJI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jaki problem jest rozwiązywany?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w związku z Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego ma na celu:  1) usunięcie z przepisów o funkcjonalnościach Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż zadania te są realizowane przez inne narzędzia informatyczne zapewniane przez Fundusz (system teleinformatyczny e-WUŚ);  2) umożliwienia wykorzystywania do celów karty ubezpieczenia zdrowotnego innych środków identyfikacji elektronicznej takich jak dowód osobisty z warstwą elektroniczną lub publiczna aplikacja mobilna udostępniana przez ministra właściwego do spraw cyfryzacji;  3) skorelowanie przepisów z procedowanymi przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji przepisami wprowadzającymi dowód osobisty z warstwą elektroniczną, przez zamieszczenie na KUZ:  a) certyfikatu identyfikacji i uwierzytelnienia świadczeniobiorcy wraz z danymi umożliwiającymi identyfikację elektroniczną;  b) certyfikatu potwierdzania obecności świadczeniobiorcy w określonym czasie i miejscu w ramach wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej lub potwierdzenia wykonania świadczenia opieki zdrowotnej;  c) przestrzeni umożliwiającej zamieszczenie kwalifikowanego certyfikatu elektronicznego zgodnego z art. 28 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.8.2014, str. 73);  4) nałożenie zadania na Fundusz związanego z wydawaniem KUZ oraz świadczenia usług zaufania w rozumieniu ustawy z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obecnie obowiązujące przepisy dotyczące KUZ nie odpowiadają funkcjom, jakie dokument ten powinien pełnić, biorąc pod uwagę możliwe rozwiązania technologiczne i nie są zsynchronizowane z innymi narzędziami informatycznymi. KUZ nie została dotychczas wydana świadczeniobiorcom, a przepisy w tym zakresie są martwe. Zaproponowana propozycja nowelizacji ma to zmienić, wprowadzając rozwiązania, które uruchomią proces wydawania przez Fundusz dla populacji osób pełnoletnich w Polsce oraz korzystania przez te osoby z potwierdzania obecności w placówkach ochrony zdrowia podczas wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej lub potwierdzenia wykonania świadczeń opieki zdrowotnej.  W art. 49-49d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, usuwa się funkcjonalność KUZ polegającą na potwierdzaniu prawa ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej. KUZ będzie służyła do potwierdzania obecności świadczeniobiorcy w określonym czasie i miejscu lub potwierdzania wykonania świadczenia opieki zdrowotnej. Dodatkowo zaproponowano funkcjonalność KUZ polegającą na identyfikacji i uwierzytelnianiu świadczeniobiorców w systemach informatycznych ochrony zdrowia.  Dodano w art. 49 ustawy przepisy, które umożliwiają wykorzystanie dowodu osobistego z warstwą elektroniczną oraz publicznej aplikacji mobilnej do pełnienia funkcji KUZ. Uregulowano również kwestie składania wniosków o wydanie KUZ, okresu ważności KUZ, zasad jej unieważniania oraz zasad jej dystrybucji. Nałożono na NFZ dodatkowe zadania związane z wydawaniem KUZ i świadczeniem usług zaufania w rozumieniu ustawy z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej.  Dzięki przyjętym rozwiązaniom legislacyjnym będzie można w ciągu 24 miesięcy od terminu rozpoczęcia procesu wydania KUZ, tj. od 1 lipca 2020 r. wydać KUZ dla całej populacji osób pełnoletnich w Polsce (z wyłączeniem osób które w początkowym okresie wydawania dowodów osobistych z warstwą elektroniczną otrzymają ten dowód osobisty). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| W większości krajów europejskich są wprowadzone elektroniczne karty pacjenta lub karty ubezpieczenia zdrowotnego. Polska należy do jednych z ostatnich krajów UE, który na poziomie centralnym nie ma elektronicznych kart pacjenta. Przykładowo karty pacjenta występują w takich krajach jak Niemicy, Włochy, Francja, Wielka Brytania, Szwecja, Holandia, Bułgaria, Słowenia, Finlandia oraz Hiszpania. W poszczególnych krajach elektroniczne karty maja różne funkcjonalności w zależności od specyfiki systemu ochrony zdrowia w danym państwie. Jedyną cechą wspólną wszystkich kart jest występowanie na nich danych osobowych pacjentów, natomiast zakres tych danych już jest różny w zależności od kraju. W niektórych krajach dane osobowe na kartach obejmują też specyficzne dane medyczne (np. grupa krwi, informacje o chorobach współistniejących itp.). W państwach, które mają ubezpieczeniowy system ochrony zdrowia elektroniczne karty poświadczają status ubezpieczeniowy pacjenta, w państwach z systemem budżetowym zazwyczaj potwierdzają status obywatelstwa lub prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Zróżnicowany jest też zakres innych funkcjonalności kart, które mogą służyć do różnych zadań w ochronie zdrowia. Najważniejsze z nich to: a) potwierdzanie przez pacjentów udzielenia usługi medycznej, b) dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej, c) dostęp do usług elektronicznych świadczonych na odległość (telemedycyna), d) składanie oświadczeń przez pacjentów na potrzeby ochrony zdrowia (np. zgód na wykonanie zabiegu). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Podmioty, na które oddziałuje projekt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupa | | | | | | Wielkość | | | | | | | | | Źródło danych | | | | | | | | | | | | Oddziaływanie | | | |
| Świadczeniobiorcy/pacjenci | | | | | | maksymalnie 31 mln osób pełnoletnich (z wyłączeniem osób, które w pierwszym okresie wydawania dowodów osobistych z warstwą elektroniczną otrzymają ten dowód osobisty) | | | | | | | | | Dane NFZ  Dane GUS stan na 31 grudnia 2017 r. | | | | | | | | | | | | Świadczeniobiorcy, którym mogą być wydane karty ubezpieczenia zdrowotnego. | | | |
| Świadczeniodawcy | | | | | | 38 tys. | | | | | | | | | Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, Biuletyn informacyjny Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) | | | | | | | | | | | | Podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej, które będą przyjmować potwierdzanie obecności świadczeniobiorcy w placówce ochrony zdrowia za pomocą karty ubezpieczenia zdrowotnego | | | |
| Narodowy Fundusz Zdrowia | | | | | | 1 | | | | | | | | | Ustawa | | | | | | | | | | | | Podmiot odpowiedzialny za produkcję i dystrybucję karty ubezpieczenia zdrowotnego | | | |
| 1. **Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Projekt został przesłany do opiniowania i konsultacji publicznych, których wynik zostanie omówiony w raporcie z opiniowania i konsultacji publicznych po ich przeprowadzeniu.  Projekt w ramach opiniowania – na 14 dni (a w przypadku podmiotów wskazanych w pkt 14-24 na 30 dni) otrzymają:   1. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia; 2. Prezes Zakładu Ubezpieczeń Społecznych; 3. Prezes Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego; 4. Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych; 5. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów; 6. Rzecznik Praw Pacjenta; 7. Prezes Głównego Urzędu Statystycznego; 8. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; 9. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji; 10. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; 11. Główny Inspektor Farmaceutyczny; 12. Główny Inspektor Sanitarny; 13. Prezes Prokuratorii Generalnej Rzeczypospolitej Polskiej; 14. NSZZ „Solidarność”; 15. Solidarność „80” 16. Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych; 17. Forum Związków Zawodowych; 18. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej; 19. Konfederacja „Lewiatan”; 20. Związek Rzemiosła Polskiego; 21. Business Centre Club; 22. Związek Przedsiębiorców i Pracodawców. 23. Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie 24. Polska Federacja Pracodawców Ochrony Zdrowia   W ramach konsultacji publicznych – na 14 dni – projekt otrzymają:   1. Naczelna Izba Lekarska; 2. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych; 3. Naczelna Izba Aptekarska; 4. Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych; 5. Krajowa Izba Fizjoterapeutów; 6. Kolegium Lekarzy Rodzinnych; 7. Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce; 8. Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”; 9. Federacja Pacjentów Polskich; 10. Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej; 11. Obywatelskie Stowarzyszenie „Dla Dobra Pacjenta”; 12. Dialog dla Zdrowia; 13. Obywatele dla Zdrowia; 14. Razem dla Zdrowia; 15. Alivia – Fundacja Onkologiczna Osób Młodych; 16. Polskie Stowarzyszenie Diabetyków; 17. Ogólnopolska Federacja Stowarzyszeń Reumatyków „REF”; 18. Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”; 19. Stowarzyszenie Osób z NTM "UroConti"; 20. Koalicja Hepatologiczna; 21. Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię I POChP; 22. Stowarzyszenie Twórców Oprogramowania Rynku Medycznego; 23. Polska Izba Informatyki i Telekomunikacji; 24. Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej; 25. Polskie Towarzystwo Informatyczne.   Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) oraz § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) niniejszy projekt został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie „Rządowy Proces Legislacyjny”. Wyniki opiniowania i konsultacji publicznych zostaną omówione, po ich zakończeniu, w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Wpływ na sektor finansów publicznych** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (ceny stałe z …… r.) | | | | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | 1 | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | | 6 | | 7 | | | 8 | | 9 | | 10 | | *Łącznie (0-10)* | | | |
| **Dochody ogółem** | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| budżet państwa | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| JST | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| **Wydatki ogółem** | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| budżet państwa | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| JST | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| **Saldo ogółem** | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| budżet państwa | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| JST | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) | | | | - | |  |  | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | | |
| Źródła finansowania | | Środki finansowe na projekt wydawania KUZ będą pochodzić z planu finansowego NFZ. Nie planuje się zaangażowania środków budżetu państwa na realizację projektu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | Projekt będzie generował koszty po stronie NFZ przez okres 10 lat: w 2018 r.- 1,6 mln., w 2019 r. – 115,48 mln zł, w 2020 r. –163,95 mln zł, w 2021 r. – 163,09 mln zł, w 2022 r. – 26,71 mln zł, w 2023 r. – 25,36 mln zł, w 2024 r. – 23, 55 mln. zł, w 2025 r. – 20,96 mln zł, w 2026 r. – 18,08 mln zł, w 2027 r. – 14,14 mln zł, w 2028 r. – 13,71 mln. zł. Łącznie koszty po stronie NFZ (lata 2018-2028) – 586,64 mln. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Skutki | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Czas w latach od wejścia w życie zmian | | | | | | | | | | | 0 | | 1 | | | | | 2 | | | 3 | | | | 6 | | | | 10 | *Łącznie (0-10)* |
| W ujęciu pieniężnym  (w mln zł) | | duże przedsiębiorstwa | | | | | | | | | 0 | | 0 | | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | | 0 | 0 |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | | | | 0 | | 0 | | | | | 0 | | | 0 | | | | 0 | | | | 0 | 0 |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | | | | 0 | | 0 | | | | | 0 | | | 0 | | | |  | | | |  |  |
|  | | duże przedsiębiorstwa | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | | | | Projekt nie będzie miał wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niemierzalne | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | | | | | | Dane pochodzące z wyliczeń i analiz NFZ (aktualizacja kwiecień 2018 r.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). | | | | | | | | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | |
| zmniejszenie liczby dokumentów  zmniejszenie liczby procedur  skrócenie czasu na załatwienie sprawy  inne: | | | | | | | | | | | | | | | | zwiększenie liczby dokumentów  zwiększenie liczby procedur  wydłużenie czasu na załatwienie sprawy  inne: | | | | | | | | | | | | | | |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji. | | | | | | | | | | | | | | | | tak  nie  nie dotyczy | | | | | | | | | | | | | | |
| Komentarz: brak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Wpływ na rynek pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nie dotyczy. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **10. Wpływ na pozostałe obszary** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| środowisko naturalne  sytuacja i rozwój regionalny  inne: | | | | | | | | | demografia  mienie państwowe | | | | | | | | | | | | | | informatyzacja  zdrowie | | | | | | | |
| Omówienie wpływu | | | | Wprowadzone rozwiązania – w zakresie informatyzacji – upowszechnienie elektronicznych usług w ochronie zdrowia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zakłada się, że projekt wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisu art. 49c ustawy (potwierdzanie przez świadczeniobiorców obecności w placówkach ochrony zdrowia lub wykonania świadczeń), który wejdzie w życie 1 stycznia 2023 r. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nie jest planowana. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |