

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2012 r.

w sprawie minimalnej funkcjonalności dla systemów teleinformatycznych umożliwiających świadczeniobiorcy umawianie się na wizyty, możliwości monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia

Na podstawie art. 23a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa minimalną funkcjonalność dla systemów teleinformatycznych umożliwiających świadczeniobiorcom realizację usługi umawiania się drogą elektroniczną na wizyty wraz z możliwością monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia, powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia oraz przekazywania danych zawartych w listach oczekujących na udzielenie świadczenia do systemu informacji w ochronie zdrowia.

§ 2. 1. Systemy teleinformatyczne świadczeniodawców w zakresie swojej minimalnej funkcjonalności zapewniają następujące usługi:

- 1) automatyczne wyszukanie wolnego terminu udzielenia świadczenia zdrowotnego i możliwość rejestracji na wizytę oraz wybór terminu wizyty podczas procesu rejestracji;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857 i Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725 oraz z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378.

- 2) monitorowanie przez świadczeniobiorcę statusu na liście oczekujących;
- 3) wyszukiwanie świadczeniodawcy lub lekarza według określonych kryteriów:
 - a) nazwy komórki organizacyjnej świadczeniodawcy zgodnie z danymi zawartymi w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.),
 - b) specjalizacji,
 - c) stopnia specjalizacji,
 - d) imienia i nazwiska lekarza,
 - e) numeru prawa wykonywania zawodu,
 - f) miejsca wykonywania działalności leczniczej,
 - g) kodu albo nazwy świadczenia opieki zdrowotnej,
 - h) terminu świadczenia opieki zdrowotnej;
- 4) powiadamianie świadczeniobiorców za pomocą środków komunikacji elektronicznej o zmianie terminu wizyty;
- 5) przegląd i wydruk przez świadczeniobiorcę zaplanowanych przez niego wizyt;
- 6) identyfikacja świadczeniobiorców przy wykorzystaniu bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450, z późn.³⁾), podpisu osobistego w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych (Dz. U. Nr 167 poz. 1131 oraz z 2011 r. Nr 133, poz. 768) albo danych potwierdzonych profilem zaufanym ePUAP w rozumieniu art. 3 pkt 14 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64 poz. 565, z późn. zm.⁴⁾);
- 7) dokonanie korekty danych wprowadzonych na etapie rejestracji, w tym powiadomienia świadczeniodawcy o niemożności stawienia się w określonym terminie bądź rezygnacji z realizacji świadczenia opieki zdrowotnej;

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2003 r. Nr 124, poz. 1152, Nr 217, poz. 2125, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, z 2005 r. Nr 64, poz. 565, z 2006 r. Nr 145, poz. 1050, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 106, poz. 622.

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 12, poz. 65 i Nr 73, poz. 501, z 2008 r. Nr 127, poz. 817, z 2009 r. Nr 157, poz. 1241, z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 167, poz. 1131 i Nr 182, poz. 1228 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654 i Nr 204, poz. 1195.

8) uniemożliwienie wpisania się przez świadczeniobiorcę na więcej niż jedną listę oczekujących w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie skierowania, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

9) przekazywanie danych zawartych w listach oczekujących na udzielenie świadczenia do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657) zwanej dalej „ustawą”, z wykorzystaniem struktur i formatów dokumentów elektronicznych, o których mowa w § 4.

2. Kryteria, o których mowa w ust. 1 pkt 3, nie muszą być wybierane łącznie.

§ 3. Systemy w zakresie swojej minimalnej funkcjonalności zapewniają usługi, z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej, o których mowa w art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.⁵⁾).

§ 4. 1. Systemy zapewniają realizację usług, o których mowa w § 2 ust. 1, poprzez umieszczanie i odbieranie dokumentów elektronicznych w strukturach i formatach umożliwiających komunikację, z wykorzystaniem protokołów komunikacyjnych i szyfrujących zapewniających integralność danych.

2. Struktury i formaty, o których mowa w ust. 1, udostępnia się razem z dokumentacją opisu systemu przesyłania tych danych na portalu edukacyjno-informacyjnym, o którym mowa w art. 36 ustawy oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Dokumenty elektroniczne, o których mowa w ust. 1, podpisuje się bezpiecznym podpisem elektronicznym w rozumieniu art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym, podpisem osobistym w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 11 ustawy z dnia 6 sierpnia 2010 r. o dowodach osobistych albo z wykorzystaniem profilu zaufanego ePUAP w rozumieniu art. 3 pkt 14 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne.

4. Wzory dokumentów elektronicznych, o których mowa w ust. 1, przechowywane są w centralnym repozytorium wzorów dokumentów elektronicznych, o którym mowa w art. 19b ust. 1 ustawy

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 173, poz. 1808, z 2007 r. Nr 50, poz. 331, z 2008 r. Nr 171, poz. 1056, Nr 216, poz. 1371, z 2009 r. Nr 201, poz. 1540 oraz z 2011 r. Nr 85, poz. 459 i Nr 134, poz. 779.

z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, na portalu edukacyjno-informacyjnym, o którym mowa w art. 36 ustawy oraz w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 5. 1. Dokumenty elektroniczne, o których mowa w § 4 ust. 1, gromadzone w systemie udostępniane są uprawnionym podmiotom realizującym zadania w obszarze ochrony zdrowia, na ich wniosek złożony w postaci elektronicznej i opatrzony bezpiecznym podpisem elektronicznym. Wzór wniosku udostępnia na elektronicznej Platformie Usług Administracji Publicznej minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia udostępnia informacje o warunkach, sposobie, zakresie i terminie udostępniania danych zgromadzonych w systemie oraz o formacie, w którym dane są udostępniane na elektronicznej Platformie Usług Administracji Publicznej oraz na portalu edukacyjno-informacyjnym, o którym mowa w art. 36 ustawy.

3. Podmiot, któremu udostępniono dane zgromadzone w systemie informacji w ochronie zdrowia, odpowiada za bezpieczeństwo uzyskanych danych osobowych.

§ 6. 1. Administratorzy systemów w zakresie niezbędnym dla właściwego działania przypisanych im systemów opracowują, wdrażają, nadzorują, utrzymują oraz w uzasadnionych przypadkach modyfikują system zarządzania bezpieczeństwem informacji, zwany dalej „SZBI”.

2. Administratorzy systemów są obowiązani dostosowywać SZBI do aktualnych potrzeb organizacyjnych i technicznych w sposób umożliwiający przeciwdziałanie jakimkolwiek naruszeniom bezpieczeństwa informacji.

3. Administratorzy systemów, zgodnie z określonym zakresem odpowiedzialności, prowadzą nie rzadziej niż raz do roku audyt SZBI, w celu kontroli stopnia przestrzegania wymagań SZBI.

4. Audyt SZBI jest przeprowadzany przez uprawnionego audytora.

5. Uzyskane w wyniku audytu SZBI informacje świadczące o możliwości zaistnienia lub zaistnieniu naruszenia bezpieczeństwa informacji, są zabezpieczane i przechowywane w celach dowodowych.

§ 7. 1. Na SZBI składają się następujące działania:

- 1) identyfikacja i analiza zagrożeń bezpieczeństwa informacji oraz określenie zabezpieczeń odpowiednich do stwierdzonych zagrożeń;
- 2) klasyfikowanie i kontrolowanie dostępu do zasobów systemu teleinformatycznego oraz do informacji przetwarzanych przez ten system;
- 3) dobór i szkolenie personelu wykorzystującego system teleinformatyczny;
- 4) zabezpieczenie fizyczne obiektów i urządzeń systemu;
- 5) opracowanie i utrzymywanie systemu z uwzględnieniem wymogów bezpieczeństwa i stosowaniem kryptograficznej ochrony danych zwłaszcza w czasie transmisji;
- 6) zarządzanie ciągłością działania systemu teleinformatycznego, zwłaszcza w warunkach wystąpienia naruszenia bezpieczeństwa informacji albo zagrożenia jego wystąpienia.

2. Działań, o których mowa w ust. 1, dokonuje się z zachowaniem wymagań zgodnych z normą PN-ISO/IEC 27001:2007 Technika informatyczna - Techniki bezpieczeństwa -Systemy zarządzania bezpieczeństwem informacji – Wymagania.

§ 8. Przekazanie systemów do eksploatacji administratorom systemów wymaga opracowania:

- 1) strategii SZBI właściwych dla podmiotu publicznego i zakresu zadań publicznych, które realizuje;
- 2) zasad postępowania zapobiegającego wystąpieniu naruszenia bezpieczeństwa informacji wraz z oceną ryzyka wystąpienia naruszenia bezpieczeństwa informacji;
- 3) zasad postępowania w przypadku wystąpienia naruszenia bezpieczeństwa informacji;
- 4) uzasadnienia ochrony grup informacji;
- 5) zasad nadzoru nad sporządzaniem i dostępem do dokumentacji SZBI, w zakresie określonym w pkt 1-4.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

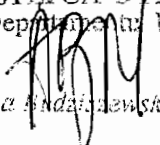
MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:

MINISTER ADMINISTRACJI I CYFRYZACJI

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego


Alina Sudałajewska-Mińska

19.01.2012r.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia, zwany dalej „projektem”, stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 23a ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”.

Wprowadzone w ramach systemów teleinformatycznych, o których mowa w § 1, projektu rozporządzenia rozwiązania informatyczne pozwolą m. in. na rezerwację wizyty on-line u lekarza danej specjalizacji wraz z możliwością monitorowania swojego statusu na liście oczekujących na udzielenie danego świadczenia. W trakcie rejestracji, przy pomocy przyjętych rozwiązań informatycznych będzie następowała automatyczna weryfikacja danych osobowych, uprawnień oraz skierowań posiadanych przez świadczeniobiorcę.

Świadczeniobiorca uzyska możliwość samodzielnego monitorowania listy oczekujących do wybranych świadczeń zdrowotnych, tym samym czyniąc system kolejek w ochronie zdrowia bardziej transparentnym. Dodatkowo dostęp do informacji o wolnych terminach wizyt u lekarza danej specjalizacji pozwoli na efektywniejsze gospodarowanie czasem zarówno świadczeniobiorców jak i świadczeniodawców.

Przyjęte rozwiązania wyeliminują zjawisko kilkukrotnego wpisywania się przez świadczeniobiorców na listę oczekujących na to samo świadczenie u kilku świadczeniodawców.

Systemy teleinformatyczne umożliwią również powiadamianie świadczeniobiorców o terminie udzielenia świadczenia oraz przekazywanie danych zawartych w listach oczekujących na udzielenie świadczenia do systemu informacji w ochronie zdrowia.

Systemy teleinformatyczne w połączeniu z funkcjonalnością Systemu Informacji Medycznej, uniemożliwiająca wielokrotne wpisywanie się usługobiorców na listy oczekujących na udzielenie świadczenia u różnych usługodawców, będą narzędziem wspierającym proces zarządzania świadczeniami opieki zdrowotnej w przypadku ograniczonych możliwości udzielenia danego świadczenia.

Realizacja przyjętych rozwiązań nie wyeliminuje możliwości tradycyjnych form rejestracji – rezerwacja terminu wizyty za pośrednictwem telefonu oraz bezpośrednio u świadczeniodawcy.

Przyjęte rozwiązanie zapewni w szczególności:

1) świadczeniobiorcom:

- zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez skrócenie czasu oczekiwania, z uwagi na wyeliminowanie niewykorzystanych miejsc na listach oczekujących,
- istotne ułatwienie procesu zapisu na świadczenie zdrowotne,
- umożliwienie monitorowania statusu pozycji na liście oczekujących,
- zwiększenie przejrzystości trybu udzielania świadczeń;

2) świadczeniodawcom:

- optymalizację wykorzystania zasobów niezbędnych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w tym: czasu pracy pracowników medycznych, sprzętu medycznego,
- zmniejszenie kosztów administracyjnych obsługi list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej,
- usprawnienie zarządzania dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej.

W celu zapewnienia ochrony danych przetwarzanych w systemie przed ich nieuprawnionym dostępem i ujawnieniem, administrator systemu jest zobowiązany do opracowania, wdrażania, nadzorowania, utrzymywania oraz w uzasadnionych przypadkach modyfikowania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Na SZBI składa się szereg procesów, którym towarzyszą polityki, standardy, procedury, wytyczne itd. Należy pamiętać, że budowanie systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji nie polega na jednorazowym wdrożeniu. Wynikiem regularnych przeglądów oraz reakcją na niezgodności lub dezaktualizację powinny być działania modyfikujące podejmowane przez administratora systemu, mające na celu wyeliminowanie wszelkich zidentyfikowanych niezgodności oraz niedoskonałości, a tym samym zapewniające ciągłe ulepszanie SZBI. Zakres modyfikacji SZBI będzie zależny od wyników przeglądu i zmian otoczenia. Na bieżąco weryfikowane będą wszystkie aspekty związane z definiowaniem, osiąganiem i utrzymywaniem poufności, integralności, dostępności, niezaprzeczalności, rozłączalności autentyczności, ciągłości i niezawodności informacji i systemów, w których są one przetwarzane.

Zarządzanie bezpieczeństwem informacji realizowane jest w szczególności poprzez zapewnienie warunków organizacyjno-technicznych umożliwiających realizację następujących działań:

- 1) zapewnienie odpowiedniego (adekwatnego do charakteru przetwarzanych danych i występujących zagrożeń) poziomu bezpieczeństwa w systemach teleinformatycznych poprzez zapewnienie ochrony przetwarzanych informacji przed ich kradzieżą, nieuprawnionym dostępem, ujawnieniami, uszkodzeniami lub zakłóceniami;
- 2) zapewnienie aktualizacji regulacji wewnętrznych w zakresie dotyczącym zmieniającego się otoczenia;
- 3) przeprowadzanie okresowych analiz ryzyka utraty integralności, dostępności lub poufności informacji oraz podejmowanie działań minimalizujących to ryzyko, stosownie do wyników przeprowadzonej analizy;
- 4) podjęcie działań zapewniających, że osoby zaangażowane w proces przetwarzania informacji posiadają stosowne uprawnienia i uczestniczą w tym procesie w stopniu adekwatnym do realizowanych przez nie zadań oraz obowiązków mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa informacji. W przypadku zmiany wykonywanych zadań tych osób powinna nastąpić natychmiastowa zmiana ich uprawnień w systemie teleinformatycznym. Konieczne będzie zapewnienie szkoleń specjalistycznych osób zaangażowanych w proces przetwarzania informacji.

W związku z delegacją ustawową, która nakłada obowiązek zapewnienia ochrony danych osobowych świadczeniobiorców przed nieuprawnionym dostępem i ujawnieniem, w treści rozporządzenia, szczególną uwagę zwraca się na system zarządzania bezpieczeństwem informacji.

Projekt rozporządzenia nie podlega notyfikacji w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie:

Projekt oddziałuje na:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 2) podmioty prowadzące działalność leczniczą;
- 3) usługobiorców;
- 4) płatnicy.

2. Konsultacje społeczne:

Projekt został przesłany do zaopiniowania: Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Forum Związków Zawodowych, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Koalicji na Rzecz Pacjentów „Mam prawo do Zdrowia”, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Federacji Pacjentów Polskich, Polskiemu Towarzystwu Informatycznemu, Polskiej Izbie Informatyki i Telekomunikacji, Polskiemu Towarzystwu Społeczeństwa Informacyjnego, Krajowej Izbie Gospodarczej Elektroniki i Telekomunikacji, Naukowemu Towarzystwu Społeczeństwa Informacyjnego, Krajowej Izbie Gospodarczej, Polskiej Izbie Komunikacji Elektronicznej, Koalicji na rzecz Rozwoju Społeczeństwa Informacyjnego, PKPP „Lewiatan” i Business Centre Club.

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia oraz – stosownie do postanowień uchwały Nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.) - w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

3. Wpływ projektu na:

a) sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Dostęp do systemów teleinformatycznych umożliwiających świadczeniobiorcy umawianie się na wizyty, możliwości monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia będzie możliwy za pomocą portalu edukacyjno-informacyjnym, o którym mowa w art. 36 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657), będzie finansowany w całości ze środków przewidzianych na realizację projektu Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1). Zgodnie z postanowieniami porozumienia o dofinansowanie (porozumienie nr POIG.07.01.00-00-007/09-00 zawarta 22.06.2009 r.) całkowity koszt realizacji Projektu P1 wynosi 712 640 tys. zł. Kwota całkowitych wydatków kwalifikowalnych wynosi 676 840 tys. zł, z czego ze środków europejskich zostanie pokryta kwota 575 314 tys. zł (stanowiąca 85%) oraz z budżetu państwa, z części 46 - Zdrowie, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia – kwota 101 526 tys. zł. (stanowiąca 15%).

Koszty systemów teleinformatycznych umożliwiających świadczeniobiorcy umawianie się na wizyty, możliwości monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia, zostaną pokryte przez świadczeniodawców.

Należy jednak podkreślić, że w dłuższej perspektywie zakłada się, iż wejście w życie projektowanej regulacji przyniesie istotne oszczędności w sektorze ochrony zdrowia z uwagi na optymalizację wykorzystania funkcji leczniczych jednostek prowadzących działalność leczniczą. Przewiduje się, iż umożliwienie rejestracji on-line na wizyty lekarskie danej specjalizacji może spowodować zmniejszenie kosztów obsługi administracyjnej podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Projektowana regulacja nie wpłynie bezpośrednio na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek.

b) rynek pracy

Przewiduje się, że rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

c) konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowana regulacja nie będzie miała bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

d) na ochronę zdrowia ludności

Regulacja będzie mieć wpływ na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz wzrost wiedzy na temat systemu ochrony zdrowia. Projekt zakłada usprawnienie przepływu informacji pomiędzy podmiotami, na które regulacja ma wpływ.

e) sytuację i rozwój regionalny

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.