

Nazwa projektu projekt ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej oraz o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Tomasz Maciejewski — podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Dawid Stachurski – zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii e-mail: d.stachurski@mz.gov.pl nr tel. +48 530 02 99	Data sporządzenia 2026-08-24 Źródło: inicjatywa własna Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD430
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

W toku analiz i prac nad wdrożeniem systemu Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy, zwanego dalej „EPS”, utworzonego na mocy ustawy z dnia 7 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej (Dz. U. poz. 1705) pojawiła się konieczność nowelizacji tej ustawy w trzech obszarach:

- 1) przekazywania do EPS danych dotyczących wyrobów medycznych (sprzętu medycznego);
- 2) stworzenia podstawy prawnej do wymiany danych pomiędzy system EPS a Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) oraz zwiększenia zakresu danych udostępnianych podmiotom wykonującym działalność leczniczą w związku z realizacją zadań wynikających z art. 33 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 3) terminu wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 7 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej, a tym samym uruchomienia produkcyjnego systemu EPS.

Analiza przeprowadzona w toku prac projektowych wykazała, że zakres danych o sprzęcie medycznym gromadzonych w systemach teleinformatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”, jest mniejszy niż przyjęto w założeniach EPS. Ponadto, NFZ nie gromadzi danych od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, niezwiązanych umową z NFZ. Należy także zauważyć, że pozyskiwanie danych bezpośrednio od usługodawców podkreśla ideę budowy systemu o charakterze referencyjnym.

W zakresie zaś terminu wejścia w życie powyższej ustawy zachodzi konieczność przesunięcia go o 9 miesięcy. Realizacja projektu EPS jest finansowana w ramach Funduszy Europejskich na Rozwój Cyfrowy (w ramach Priorytetu: Zaawansowane usługi cyfrowe i Działania: Wysoka jakość i dostępność e-usług publicznych). Jednym z wymogów konkursu była wykonalność prawna, rozumiana (w przypadku konieczności zmiany ustawy) jako co najmniej przyjęcie przez Radę Ministrów projektu ustawy. Z tego powodu wniosek o dofinansowanie projektu EPS został odrzucony w naborze ze stycznia 2025 r. Wniosek złożono ponownie w kolejnym naborze w marcu 2025 r., a akceptację Rady Ministrów dla projektu ustawy uzyskano w lipcu 2025 r., co pozwoliło na pozytywną ocenę i zgodę na dofinansowanie. Umowa pomiędzy Centrum Projektów Polska Cyfrowa a Ministerstwem Zdrowia została podpisana w sierpniu 2025 r. Opisana powyżej sytuacja wpłynie na przesunięcie harmonogramu realizacji projektu EPS założonego na początku prac legislacyjnych, a co za tym idzie, brak realnej możliwości uruchomienia produkcyjnego EPS z dniem 1 stycznia 2027 r. Przesunięcie terminu wejścia w życie ustawy z dnia 7 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej o 9 miesięcy pozwoli na zrealizowanie projektu EPS zgodnie z harmonogramem.

W zakresie SWD PRM zagregowane dane mogą nie pozwalać na ustalenie, czy dany szpital dysponuje zasobem niezbędnym do przyjęcia pacjenta SWD PRM.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W części dotyczącej przekazywania do EPS danych dotyczących wyrobów medycznych zmianie ulegnie brzmienie art. 24 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia przez zmianę brzmienia ust. 4. Proponowana zmiana przesunęła źródło danych z NFZ do usługodawców, co zniweluje opisany wyżej problem. Ponadto, pozyskiwanie tych danych bezpośrednio od usługodawców zostało uwzględnione w koncepcji projektu EPS. Należy

także zauważyć, że zmiana w tym zakresie zaoszczędzi dodatkowych prac po stronie NFZ.

W zakresie terminu wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 7 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej, a tym samym uruchomienia produkcyjnego systemu EPS, zachodzi konieczność zmiany art. 3–5. Przesunięcie wejścia w życie przepisów o 9 miesięcy pozwoli na zrealizowanie projektu EPS zgodnie z harmonogramem.

Projektowana ustawa wprowadza też zmiany mające na celu stworzenia możliwości integracji systemu EPS z SWD PRM.

Zagregowane dane mogą nie pozwalać na ustalenie, czy dany szpital dysponuje zasobem niezbędnym do przyjęcia pacjenta. Art. 24 ust. 10 zapewni jednoznaczną podstawę prawną dla technicznej integracji systemu EPS z SWD PRM oraz dla prezentowania danych z systemu EPS w SWD PRM uprawnionym użytkownikom systemu PRM. Obecne brzmienie przepisu wskazuje na udostępnianie danych dyspozytorom medycznym, wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego, dysponentom zespołów ratownictwa medycznego i lotniczego pogotowia ratunkowego, jednak nie przesądza jednoznacznie o możliwości technicznej integracji EPS z SWD PRM.

Ponadto art. 24 ust. 14 umożliwi faktyczną realizację dyspozycji z art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.), gdyż konieczne jest też udostępnienie systemu EPS szpitalom, w których znajduje się szpitalny oddział ratunkowy lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Z perspektywy Państwowego Ratownictwa Medycznego decyzja o przewiezieniu pacjenta nie powinna opierać się wyłącznie na informacji o istnieniu wolnego łóżka, ale także na ocenie, czy dany podmiot leczniczy posiada dostępne zasoby niezbędne do udzielenia świadczenia adekwatnego do stanu pacjenta. Dotyczy to w szczególności pacjentów urazowych, pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjentów wymagających intensywnego nadzoru, tlenoterapii, wentylacji mechanicznej albo pilnej diagnostyki obrazowej.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Projektowana zmiana stanowi domenę prawa krajowego.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
minister właściwy do spraw zdrowia, Minister Obrony Narodowej i minister właściwy do spraw wewnętrznych	3	dane powszechnie znane	– zmiana terminu wprowadzenia możliwości monitorowania na poziomie centralnym danych o określonych w przepisach prawa zasobach usługodawców i wykorzystywania ich do podejmowania decyzji w zakresie zadań ustawowych
Narodowy Fundusz Zdrowia	1 centrala i 16 oddziałów wojewódzkich	dane powszechnie znane	– zmiana terminu wprowadzenia możliwości monitorowania na poziomie centralnym danych o określonych w przepisach prawa zasobach usługodawców i wykorzystywania ich do podejmowania decyzji w zakresie zadań ustawowych
Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Główny Inspektor Sanitarny, Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji	19	dane powszechnie znane	– zmiana terminu wprowadzenia możliwości monitorowania na poziomie centralnym danych o określonych w przepisach prawa zasobach usługodawców i wykorzystywania ich do podejmowania decyzji w zakresie zadań ustawowych
województwie	16	dane powszechnie znane	– zmiana terminu wprowadzenia ułatwienia realizacji zadań

			ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
marszałkowie województw, starostowie, wójtowie (burmistrzowie i prezydenci miast)	16 marszałków województw, 380 starostów oraz <u>2477</u> <u>2479</u> wójtów (burmistrzów i prezydentów miast)	dane powszechnie znane	– zmiana terminu wprowadzenia ułatwienia realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego	16	dane własne Ministerstwa Zdrowia	– zmiana terminu wprowadzenia ułatwienia realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań – możliwość realizacji obowiązku zapewnienia niezwłocznego transportu sanitarnego pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub urazowego do najbliższego zakładu leczniczego, który może udzielić odpowiedniej pomocy, jeśli jest taka konieczność
dyspozytorzy medyczni	około 120 jednoczesnych stanowisk całodobowych	dane własne Ministerstwa Zdrowia	– zmiana terminu wprowadzenia ułatwienia realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań – możliwość realizacji obowiązku zapewnienia niezwłocznego transportu sanitarnego pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub urazowego do najbliższego zakładu leczniczego, który może udzielić odpowiedniej pomocy, jeśli jest taka konieczność
zespoły ratownictwa medycznego	około 1750	dane własne Ministerstwa Zdrowia	– zmiana terminu wprowadzenia ułatwienia realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań
Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	1	dane powszechnie znane	– zmiana terminu wprowadzenia ułatwienia

			realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań – integracja systemu EPS z SWD PRM umożliwi uprawnionym użytkownikom systemu PRM pogląd do danych z systemu EPS w SWD PRM
Komendanci Rejonów Zabezpieczenia Medycznego Wojsk	8 Rejonów Zabezpieczenia Medycznego Wojsk	dane powszechnie znane	– zmiana terminu wprowadzenia możliwości monitorowania danych o określonych w przepisach prawa zasobach usługodawców i wykorzystywania ich do realizacji zadań
podmioty wykonujące działalność leczniczą, zwane dalej „PVDL”	około 29 tys. (w tym 16 tys. podmiotów wykonujących działalność leczniczą niezwiązanych umową z NFZ - obecnie trudno oszacować ilu z nich będzie zobowiązanych do sprawozdawania danych dotyczących wyrobów medycznych (sprzętu medycznego)	rejestr PVDL	– zmiana terminu wprowadzenia uproszczenia bieżącej sprawozdawczości i zarządzania zasobami, – digitalizacja procesów raportowych, które realizowane są w sposób analogowy – możliwość realizacji obowiązku zapewnienia niezwłocznego transportu sanitarnego pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub urazowego do najbliższego zakładu leczniczego, który może udzielić odpowiedniej pomocy, jeśli jest taka konieczność
usługobiorcy	37 mln 332 tys.	Dane Głównego Urzędu Statystycznego (grudzień 2025 r.)	– zmiana terminu wprowadzenia poprawy jakości opieki przedszpitalnej dzięki zapewnieniu monitorowania aktualnych zasobów szpitalnych dla jednostek systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego
podmioty tworzące w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156) oraz podmioty uprawnione do wykonywania praw z udziałów albo akcji należących do Skarbu Państwa, jednostki	około 1000	szacunki własne	– zmiana terminu wprowadzenia ułatwienia realizacji zadań ustawowych; dostęp do danych będzie wspierał identyfikację problemów i wdrażanie odpowiednich rozwiązań

samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w przypadku usługodawców będących podmiotami leczniczymi w formie spółki kapitałowej, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa, jednostki samorządu terytorialnego lub uczelni medycznej			
---	--	--	--

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie był przedmiotem pre-konsultacji.

Niniejszy projekt zostanie skierowany do konsultacji publicznych i opiniowania, z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag, do:

- 1) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 3) Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego;
- 4) Prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 5) Prezesa Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego;
- 6) Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych;
- 7) Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 8) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
- 9) Centrum e-Zdrowia;
- 10) Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
- 11) Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia;
- 12) Głównego Inspektora Sanitarnego;
- 13) Głównego Inspektora Farmaceutycznego;
- 14) Prezesa Agencji Badań Medycznych;
- 15) Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 16) Rzecznika Praw Pacjenta;
- 17) Naczelnej Rady Lekarskiej;
- 18) Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych;
- 19) Naczelnej Rady Aptekarskiej;
- 20) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu;
- 21) Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych;
- 22) Krajowej Rady Fizjoterapeutów;
- 23) Krajowej Rady Ratowników Medycznych;
- 24) Polskiego Towarzystwa Ratowników Medycznych;
- 25) Krajowego Związku Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 26) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych;
- 27) Polskiego Związku Ratowników Medycznych;
- 28) Międzyzakładowego Związku Zawodowego Ratowników Medycznych w Legnicy;
- 29) Krajowego Stowarzyszenia Ratowników Medycznych;
- 30) Związku Zawodowego Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego;
- 31) Związku Zawodowego Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne;
- 32) Polskiej Federacja Szpitali;
- 33) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 34) Polskiego Towarzystwa Prawa Medycznego;
- 35) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 36) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 37) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 38) Konferencji Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych;
- 39) Stowarzyszenia „Dla Dobra Pacjenta”;
- 40) Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej;
- 41) Federacji Pacjentów Polskich;

- 42) Rady Organizacji Pacjentów przy ministrze właściwym do spraw zdrowia;
- 43) Stowarzyszenia Menadżerów Opieki Zdrowotnej;
- 44) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych;
- 45) Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy;
- 46) Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 47) Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej;
- 48) Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Polskich Szpitali Prywatnych;
- 49) Pracodawców Medycyny Prywatnej;
- 50) Stowarzyszenia Unia Uzdrawisk Polskich;
- 51) Związku Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 52) Związku Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 53) Federacji Przedsiębiorców Polskich;
- 54) Związku Pracodawców Business Centre Club;
- 55) Związku Rzemiosła Polskiego;
- 56) Konfederacji „Lewiatan”;
- 57) Forum Związków Zawodowych;
- 58) Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych;
- 59) NSZZ „Solidarność”;
- 60) NSZZ „Solidarność-80”;
- 61) Rady Dialogu Społecznego;
- 62) Polskiego Towarzystwa Gospodarczego;
- 63) Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 64) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie;
- 65) Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”;
- 66) Instytutu Fizjologii i Patologii Słuchu;
- 67) Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc;
- 68) Instytutu Hematologii i Transfuzjologii;
- 69) Instytutu Matki i Dziecka;
- 70) Instytutu Medycyny Pracy im. prof. dr. J. Nofera;
- 71) Instytutu Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki;
- 72) Narodowego Instytutu Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 73) Narodowego Instytutu Leków;
- 74) Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego;
- 75) Instytutu „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”;
- 76) Instytutu Psychiatrii i Neurologii;
- 77) Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr. hab. med. Eleonory Reicher;
- 78) wojewodów i marszałków województw.

Projekt, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2026 r. poz. 936), zostanie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia wraz z przekazaniem projektu do uzgodnień z członkami Rady Ministrów.

Projekt zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2026 r. poz. 404).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną, po ich zakończeniu, omówione w raporcie dołączonym do niniejszej oceny skutków regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

[illegible]

[illegible]

7.	Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe
----	--

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	<i>Łącznie (0-10)</i>
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa	0	0	0	0	0	0	0
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	0	0	0	0	0	0	0
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	0	0	0	0	0	0	0
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Do czasu integracji systemów teleinformatycznych usługodawców – konieczność wpisywania do EPS danych, które nie są przechowywane w systemach teleinformatycznych lub systemy te nie umożliwiają raportowania. Zmiana sposobu przekazywania informacji o awariach lub wyłączeniach – w nowocześniejszej formie zapewniającej archiwizację i pewność dostarczenia do wszystkich zainteresowanych podmiotów						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Do czasu integracji systemów teleinformatycznych usługodawców – konieczność wpisywania do EPS danych, które nie są przechowywane w systemach teleinformatycznych lub systemy te nie umożliwiają raportowania. Zmiana sposobu przekazywania informacji o awariach lub wyłączeniach – w nowocześniejszej formie zapewniającej archiwizację i pewność dostarczenia do wszystkich zainteresowanych podmiotów						
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne							
Niemierzalne								

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

☐ nie dotyczy	
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwroconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☒ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☒ inne: zapewnienie dostępu do aktualnych danych dla poszczególnych szczebli zarządzania	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

Zmianie ulegnie przekazywanie do EPS danych dotyczących wyrobów medycznych: źródłem danych nie będzie NFZ, a usługodawcy. Pozyskanie danych od usługodawców przyczyni się przede wszystkim do zapewnienia dostępu do aktualnych i dokładnych danych w powyższym zakresie. Ponadto, pozyskiwanie tych danych bezpośrednio od usługodawców zostało uwzględnione w koncepcji projektu EPS. Należy także zauważyć, że zmiana w tym zakresie zaoszczędzi dodatkowych prac po stronie NFZ.

Zgodnie z założeniami projektowanego systemu przekazywanie informacji o wyrobach medycznych również powinno być oparte o automatyczne przysyłanie danych z systemów teleinformatycznych Usługodawcy. Zakres danych przekazywanych do EPS częściowo pokrywa się z danymi już przekazywanymi przez usługodawcę do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia. W związku z powyższym nowa regulacja nie spowoduje znacząco większego obciążenia administracyjnego usługodawców.

W przypadku braku możliwości wdrożenia automatyzacji raportowanie będzie się odbywać tak jak w przypadku Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia.

W związku z powyższym, na usługodawców nie zostanie nałożony dodatkowy obowiązek sprawozdawczy, co więcej wprowadzony proces automatyzacji gromadzenia i przekazywania danych bezpośrednio ograniczy sprawozdawczość wykonywaną dotychczas przez personel świadczeniodawców.

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana ustawa nie ma wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☒ informatyzacja ☒ zdrowie
--	--	---

Omówienie wpływu	Projektowana zmiana przekazywania do EPS danych dotyczących wyrobów medycznych umożliwi zbieranie aktualnych i dokładnych danych, ale jednocześnie zakłada maksymalną automatyzację i przekazywanie danych bezpośrednio od świadczeniodawców. Wprowadzony proces automatyzacji gromadzenia i przekazywania danych bezpośrednio ograniczy sprawozdawczość wykonywaną dotychczas przez personel świadczeniodawców.
------------------	--

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Projektowana ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Nie dotyczy

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak