



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-139-10

Do druku nr 3489

Warszawa, 3 listopada 2010 r.

Pan
Grzegorz Schetyna
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

W ślad za pismem z dnia 15 października 2010 r., przy którym przesłano Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy:

- o działalności leczniczej,

przekazuję, zgodnie z wymogami art. 34 ust. 4 regulaminu Sejmu, **projekty aktów wykonawczych.**

Jednocześnie przekazuję aktualny załącznik nr 1 do Oceny Skutków Regulacji przesłanego w dniu 15 października 2010 r. projektu ustawy o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (RM 10-135-10).

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA FINANSÓW¹⁾**

z dnia

**w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu
wykonującego działalność leczniczą**

Na podstawie art. 24 ust. 6 ustawy z dnia o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej, zwanej dalej „ustawą”, za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zwanego dalej „ubezpieczeniem OC”, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną tego ubezpieczenia.

§ 2. 1. Ubezpieczeniem OC jest objęta odpowiedzialność cywilna podmiotu wykonującego działalność leczniczą za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczenie OC obejmuje wszystkie szkody w zakresie, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3, bez możliwości umownego ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela.

3. Ubezpieczenie OC nie obejmuje szkód:

- 1) polegających na uszkodzeniu, zniszczeniu lub utracie mienia;
- 2) powstałych w wyniku nałożenia kar umownych;
- 3) powstałych wskutek działań wojennych, rozruchów i zamieszek, a także aktów terroru.

§ 3. Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje w stosunku do:

¹⁾ Minister Finansów kieruje działem administracji rządowej - instytucje finansowe, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Finansów (Dz. U. Nr 134, poz. 1427).

- 1) podmiotów wykonujących działalność leczniczą - nie później niż w dniu poprzedzającym dzień, w którym podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany jest na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) podmiotów wykonujących praktykę zawodową - nie później niż w dniu rozpoczęcia wykonywania czynności zawodowych.

§ 4. 1. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC wynosi równowartość w złotych:

1) 46.500 euro na jedno zdarzenie i 275.000 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC w odniesieniu do:

- a) podmiotów leczniczych,
- b) podmiotów wykonujących praktykę zawodową, o których mowa w art. 5 ust. 2

pkt 1 ustawy;

2) 12.000 euro na jedno zdarzenie i 67.500 euro na wszystkie zdarzenia, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC w odniesieniu do podmiotów wykonujących praktykę zawodową o których mowa w art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy.

2. Kwoty, o których mowa w ust. 1, ustalane są przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia OC została zawarta.

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

**W porozumieniu:
MINISTER ZDROWIA**

MINISTER FINANSÓW

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wypełnienie delegacji ustawowej wynikającej z art. 24 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej, na podstawie której minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę rodzaje działalności leczniczej i rodzaje podmiotów wykonujących tę działalność.

Ustawowy obowiązek ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą wynika z regulacji zawartych w art. 24 ust. 1 projektu ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z tym przepisem, umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą obejmuje szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych lub niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.

Przepisy projektowanego rozporządzenia określają szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc w szczególności pod uwagę rodzaje działalności leczniczej i rodzaje podmiotów wykonujących tę działalność. Projektowana ustawa wprowadza swoiste rozróżnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, gdyż zgodnie z brzmieniem art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy zaliczamy do nich podmioty prowadzące działalność leczniczą jako tzw. *podmioty lecznicze* oraz w formie tzw. *praktyk zawodowych*.

Podmiotami leczniczymi w rozumieniu art. 4 ust. 1 projektowanej ustawy są:

- a) przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- b) samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub

Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

- c) instytuty badawcze, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych,
- d) fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- e) kościoły lub związki wyznaniowe.

Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w formie praktyki zawodowej w rozumieniu art. 5 ust. 2 projektowanej ustawy są:

- a) lekarze wykonujący działalność leczniczą w formie:
 - jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka lekarska, indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania,
 - spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka lekarska,
- b) pielęgniarki wykonujący działalność leczniczą może być wykonywana w formie:
 - jednoosobowej działalności gospodarczej jako indywidualna praktyka pielęgniarki, indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki lub indywidualna specjalistyczna praktyka wyłącznie w miejscu wezwania,
 - spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej jako grupowa praktyka pielęgniarek.

W § 2 projektu rozporządzenia ustalono zakres obowiązkowego ubezpieczenia OC poprzez m.in. określenie w ust. 1 zakresu czasowego ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczenie OC nie może bowiem prawidłowo funkcjonować bez dokładnego sprecyzowania, który moment bierze się pod uwagę jako wypadek ubezpieczeniowy objęty umową ubezpieczeniową.

Jednocześnie uzasadnione jest, aby z zakresu tego ubezpieczenia wyłączyć odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za enumeratywnie określone w projektowanym rozporządzeniu szkody (§ 2 ust. 3). Wyłączenia zawierają przypadki społecznie uzasadnione, jak również sytuacje nadzwyczajne, które trudno powstrzymać.

Z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostały też szkody powstałe w wyniku m.in. aktów terroru. Stosowaną w standardach światowych praktyką jest, że szkody te, jako nie podlegające, co do zasady, reasekuracji, wyłączone są z zakresu ubezpieczenia. Samo pojęcie „aktów terroru” definiowane jest w ogólnych warunkach zakładów ubezpieczeń.

Termin powstania obowiązku ubezpieczenia OC zgodnie z zapisami projektowanego rozporządzenia powstaje w stosunku do podmiotów wykonujących:

- a) działalność leczniczą, o której mowa w art. 4 ust. 1 ustawy, nie później niż w dniu poprzedzającym dzień, w którym podmiot wykonujący działalność leczniczą obowiązany jest na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej,
- b) praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 ust. 2 ustawy, nie później niż w dniu rozpoczęcia wykonywania czynności zawodowych.

Takie ustalenie powstania terminu obowiązku ubezpieczenia OC zbieżne jest z dotychczas obowiązującymi rozwiązaniami przyjętymi w polskim systemie prawnym.

Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia OC, dla poszczególnych rodzajów zakładów opieki zdrowotnej, została określona w oparciu o obiektywne kryteria i skorelowana z sumami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 3, poz. 10), ponieważ jak wynika z dotychczasowej praktyki, nie stwierdzono przypadków, aby teraz obowiązujące najniższe minimalne sumy były zbyt niskie i nie wystarczały na zaspokojenie roszczeń klientów. Projektowane rozporządzenie ma na celu usystematyzowanie i ujednoczenie obecnie obowiązujących przepisów w tym zakresie.

Przepisy projektowanego rozporządzenia będą wchodziły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Zawarte w projekcie regulacje nie stanowią przepisów technicznych w rozumieniu rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597), dlatego też projekt rozporządzenia nie podlega procedurze notyfikacji.

Stosownie do art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie

stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Finansów.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Projektowany akt normatywny będzie oddziaływał w głównej mierze na podmioty wykonujące działalność leczniczą. Regulacje będą miały również wpływ na zakłady ubezpieczeń, posiadające zezwolenie na wykonywanie działalności ubezpieczeniowej, które będą zawierały umowy ubezpieczenia OC z ww. podmiotami.

2. Konsultacje społeczne

Konsultacje społeczne w sprawie projektu rozporządzenia zostaną przeprowadzone z przedstawicielami rynku ubezpieczeń reprezentowanego przez Polską Izbę Ubezpieczeń, Stowarzyszenie Polskich Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracyjnych, Polską Izbę Pośredników Ubezpieczeniowych i Finansowych, Izbę Gospodarczą Ubezpieczeń i Obsługi Ryzyka, z organem właściwym w sprawach nadzoru nad rynkiem finansowym - Komisją Nadzoru Finansowego, Rzecznikiem Ubezpieczonych.

Projekt konsultowany będzie również z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Krajową Radą Diagnostów Laboratoryjnych.

Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu.

3. Przedstawienie wyników analizy wpływu aktu normatywnego w szczególności na:

- sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego:

Wejście w życie rozporządzenia nie powinno spowodować powstania dodatkowych kosztów lub obciążeń w sektorze finansów publicznych (w tym w budżecie państwa i budżetach jednostek samorządu terytorialnego).

Należy bowiem wskazać, iż na podstawie obecnie obowiązującego stanu prawnego podmioty wykonujące działalność leczniczą, zgodnie z regulacjami zawartymi w przepisach rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki

zdrowotnej (Dz. U. Nr 3, poz. 10). Przedmiotowy projekt rozporządzenia określa wysokość minimalnej sumy gwarancyjnej na jedno zdarzenie i na wszystkie zdarzenia podmiotów wykonujących działalność leczniczą, na takim samym poziomie jak ma to miejsce w ww. obowiązującym rozporządzeniu Ministra Finansów. Tym samym, projektowane regulacje nie powinny wpłynąć na zwiększenie wydatków, czy też zmniejszenie dochodów jednostek sektora finansów publicznych.

Wejście w życie regulacji zawartych w przedmiotowym projekcie rozporządzenia spowoduje, usystematyzowanie i ujednoczenie obecnie obowiązujących przepisów w tym zakresie.

- rynek pracy:

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje żadnych istotnych zmian na rynku pracy.

- konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczości, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw:

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje żadnych istotnych zmian w tej dziedzinie gospodarki.

- sytuację i rozwój regionalny:

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje żadnych istotnych zmian w tej dziedzinie.

4. Wskazanie źródeł finansowania

Projekt rozporządzenia nie pociąga za sobą dodatkowych obciążeń budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego. Wydatki związane z realizacją umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej będą ponoszone z posiadanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą środków.

5. Opinia o zgodności projektu z prawem Unii Europejskiej

Proponowane regulacje nie pozostają w kolizji z przepisami obowiązującymi w Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego
działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne
w przypadku śmierci pacjenta**

Na podstawie art. 25 ust. 7 ustawy z dnia o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, zwanego dalej „podmiotem”, w przypadku śmierci pacjenta, zwanego dalej „osobą zmarłą”.

§ 2. Osoba wskazana w regulaminie organizacyjnym podmiotu niezwłocznie zawiadamia o śmierci pacjenta przebywającego w szpitalu - lekarza leczącego lub lekarza dyżurnego.

§ 3. 1. Lekarz, o którym mowa w § 2, po przeprowadzeniu oględzin, stwierdza zgon i jego przyczynę oraz wystawia kartę zgonu.

2. W przypadkach, o których mowa w art. 28 ustawy z dnia.....o działalności leczniczej, stwierdzenie przyczyny zgonu następuje po przeprowadzeniu sekcji zwłok.

3. Osoba wskazana w regulaminie organizacyjnym szpitala, o której mowa w § 2, niezwłocznie po stwierdzeniu zgonu pacjenta zawiadamia osobę lub instytucję, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej, o śmierci pacjenta.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

4. Pielęgniarka, o której mowa w § 4, niezwłocznie przekazuje kartę zgonu wystawioną przez lekarza do kancelarii podmiotu.

§ 4. 1. Po stwierdzeniu zgonu przez lekarza, o którym mowa w § 2, pielęgniarka wypełnia kartę skierowania zwłok do chłodni oraz zakłada na przegub dłoni albo stopy osoby zmarłej identyfikator wykonany z tasiemki, płótna lub tworzywa sztucznego, po czym zwłoki wraz z tą kartą oraz identyfikatorem są przewożone do chłodni.

2. Karta skierowania zwłok do chłodni zawiera:

- 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
- 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 3) datę i godzinę zgonu;
- 4) godzinę przyjęcia zwłok osoby zmarłej do chłodni;
- 5) imię, nazwisko i podpis pielęgniarki wypełniającej kartę.

3. Identyfikator, o którym mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) imię i nazwisko osoby zmarłej;
- 2) PESEL osoby zmarłej, a w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość;
- 3) datę i godzinę zgonu.

4. Jeżeli nie jest możliwe ustalenie tożsamości osoby zmarłej, w karcie skierowania do chłodni oraz na identyfikatorze, o których mowa w ust. 1, dokonuje się oznaczenia "NN" z podaniem przyczyny i okoliczności uniemożliwiających ustalenie tożsamości.

5. Zwłoki osoby zmarłej przewożone są do chłodni nie wcześniej niż po upływie dwóch godzin od czasu zgonu, wskazanego w dokumentacji medycznej.

6. W okresie pomiędzy stwierdzeniem zgonu a przewiezieniem do chłodni zwłoki osoby zmarłej są przechowywane w specjalnie przeznaczonym do tego celu pomieszczeniu, a w razie jego braku - w innym chłodnym miejscu, z zachowaniem godności należnej zmarłemu.

§ 5. 1. Czynności, o których mowa w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia.... o działalności leczniczej wykonuje osoba wskazana w regulaminie organizacyjnym

podmiotu.

§ 6. W razie zgonu na chorobę zakaźną zastosowanie mają przepisy w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi.

§ 7. W razie zgonu osoby w czasie odbywania kary pozbawienia wolności, zastosowanie mają przepisy w sprawie sposobu postępowania ze zwłokami osób zmarłych w czasie odbywania kary pozbawienia wolności.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia²⁾.

Minister Zdrowia

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2006 r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu (Dz. U. Nr 206, poz.1503), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 206 ustawy z dnia o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Uzasadnienie

Ustawa z dnia o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) przewiduje w art. 25 ust. 7 upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia regulującego sposób postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w razie śmierci pacjenta. Przy wydawaniu tego aktu minister winien uwzględnić konieczność poszanowania godności należnej zmarłemu.

Niniejszy projekt zastępuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2006 r. w sprawie postępowania ze zwłokami osób zmarłych w szpitalu (Dz. U. Nr 206, poz.1503). W stosunku do poprzedniej regulacji zawężona została zawartość merytoryczna. Jest to związane z faktem, iż ustawa o działalności leczniczej zawiera część przepisów znajdujących się poprzednio w rozporządzeniu. W regulacji ustawowej zamieszczone zostały obowiązki w zakresie przygotowania zwłok do pochówku oraz ich przechowywania, w tym odpłatności. Ponadto dostosowane zostały określenia podmiotów, na których ciąży obowiązki w związku ze śmiercią pacjenta, do terminologii wynikającej z ustawy z dnia...o działalności leczniczej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów 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).

Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1) Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Rozporządzenie będzie oddziaływało na podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i ich pracowników.

2) Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom: 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, Unii Uzdrawisk Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Związkowi Pracodawców, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie nie pociągnie za sobą skutków finansowych dla budżetu państwa oraz dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

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

6) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Zaproponowana zmiana rozporządzenia nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7) Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Zaproponowana zmiana rozporządzenia będzie miała wpływ na zdrowie ludzi.

8) Ocena zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie szczegółowych warunków i trybu zaopatrywania pacjentów
przyjmowanych do szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w
razie stwierdzenia braku tych znaków**

Na podstawie art. 32 ust. 5 ustawy z dnia..... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Znaki identyfikacyjne zawierają imię i nazwisko pacjenta.

2. W przypadku dzieci narodzonych w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowanych do szpitala znaki identyfikacyjne zawierają także:

- 1) datę urodzenia dziecka - w przypadku dziecka w wieku do 7 lat;
- 2) płeć, datę i godzinę urodzenia się dziecka oraz imię i nazwisko matki - w przypadku dziecka narodzonego w szpitalu.

3. Znaki identyfikacyjne dzieci narodzonych z ciąży mnogiej powinny dodatkowo zawierać cyfry rzymskie wskazujące na kolejność rodzenia się dzieci.

§ 2. 1. Znaki identyfikacyjne są zakładane albo zaszywane swobodnie wokół nadgarstka albo kostki nogi pacjenta w sposób zapewniający ich utrzymanie się.

2. W przypadku o którym mowa w § 1 ust. 2, znaki identyfikacyjne zakładane są wokół obu rąk albo kostek obu nóg dziecka.

3. Znaki identyfikacyjne powinny być stale czytelne, a w razie zniszczenia zastępowane nowymi.

§ 3. 1. W przypadku braku możliwości zaopatrzenia dziecka w znaki identyfikacyjne w sposób określony w § 2 ust. 2 sporządza się dokumentację fotograficzną, do której dołącza się dane, o których mowa w § 1.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

2. Dokumentacja fotograficzna składa się ze zdjęcia dziecka i zbliżenia jego twarzy, wykonanych na błonach negatywowych barwnych lub w formie zapisu cyfrowego z kompresją JPEG.

3. Dokumentację fotograficzną dołącza się do dokumentacji medycznej dziecka.

§ 4. 1. Lekarz lub położna odbierająca poród w szpitalu są obowiązani natychmiast po urodzeniu się dziecka i pokazaniu go matce oraz poinformowaniu o płci zaopatrzyć dziecko w znaki identyfikacyjne. Czynności tej dokonuje się w obecności matki.

2. W przypadku gdy przebieg porodu nie pozwala na pokazanie dziecka matce i na poinformowanie o płci, lekarz lub położna są obowiązani zaopatrzyć dziecko w znaki identyfikacyjne natychmiast po urodzeniu się dziecka.

3. Fakt zaopatrzenia dziecka narodzonego w znaki identyfikacyjne oraz dane w nich zawarte odnotowuje w dokumentacji medycznej matki i dokumentacji medycznej dziecka oraz potwierdza podpisem lekarz lub położna, o których mowa w ust. 1 albo 2.

§ 5. 1. Przy przyjmowaniu do szpitala tożsamość pacjenta ustala się na podstawie odpowiednich dokumentów, a w razie ich braku - na podstawie oświadczenia otrzymanego od pacjenta albo osób przekazujących dziecko.

2. Po ustaleniu tożsamości pacjenta lekarz, pielęgniarka lub położna, wskazani w regulaminie organizacyjnym szpitala, są obowiązani do zaopatrzenia pacjenta w znaki identyfikacyjne.

§ 6. 1. W przypadku przyjmowania do szpitala pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić, sporządza się protokół zawierający w szczególności następujące informacje:

- 1) okoliczności i przyczyny przyjęcia pacjenta do szpitala;
- 2) rysopis pacjenta wraz z dokumentacją fotograficzną, o której mowa w § 3 ust. 2;
- 3) w przypadku dziecka - imię i nazwisko, datę urodzenia i adres zamieszkania osób przekazujących dziecko, ustalone na podstawie odpowiednich dokumentów stwierdzających tożsamość, a w razie ich braku - na podstawie oświadczeń potwierdzonych własnoręcznym podpisem.

2. Pracownik szpitala przyjmujący pacjenta podpisuje protokół i dołącza do

dokumentacji medycznej.

3. Do chwili ustalenia tożsamości pacjenta znaki identyfikacyjne, o których mowa w § 1, zawierają dane umożliwiające rozpoznanie pacjenta, a w szczególności płeć i przybrane imię.

§ 7. W razie stwierdzenia braku lub zniszczenia znaków identyfikacyjnych założonych przy przyjmowaniu pacjenta do szpitala lub narodzeniu dziecka w szpitalu, po ustaleniu tożsamości na podstawie dokumentacji medycznej, zaopatrzuje się tego pacjenta lub dziecko nowe znaki identyfikacyjne.

§ 8. 1. Przy wypisywaniu dziecka narodzonego w szpitalu albo dziecka w wieku do 7 lat pracownik szpitala, w obecności osoby odbierającej dziecko, jest obowiązany sprawdzić jego tożsamość, odnotować tę okoliczność w dokumentacji medycznej i potwierdzić podpisem; adnotację tę podpisuje także osoba odbierająca dziecko.

2. Do dokumentacji medycznej dziecka dołącza się znaki identyfikacyjne dziecka, w które było ono zaopatrzone podczas pobytu w szpitalu.

§ 9. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia²⁾.

MINISTER ZDROWIA

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu zaopatrywania dzieci narodzonych w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowanych do szpitala w znaki tożsamości oraz zasad postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków (Dz. U. Nr 152, poz. 1743), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 208 ustawy z dnia o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Uzasadnienie

Ustawa z dnia o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) przewiduje w art. 32 ust. 5 upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia regulującego w drodze rozporządzenia warunki i trybu zaopatrywania pacjentów przyjmowanych do szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia braku znaków identyfikacyjnych pacjentów szpitala.

Przy wydawaniu tego aktu minister winien uwzględnić potrzebę zapewnienia identyfikacji pacjentów i ich bezpieczeństwa oraz koniecznością poszanowania ochrony danych osobowych.

Niniejszy projekt zastępuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych warunków i trybu zaopatrywania dzieci narodzonych w szpitalu oraz dzieci w wieku do 7 lat przyjmowanych do szpitala w znaki tożsamości oraz zasad postępowania w razie stwierdzenia braku tych znaków (Dz. U. Nr 152, poz. 1743). W stosunku do poprzedniej regulacji rozszerzona została zawartość merytoryczna. Jest to związane z faktem, iż ustawa o działalności leczniczej przewiduje zaopatrywanie w znaki identyfikacyjne nie tylko dzieci narodzonych w szpitalu i do lat 7, ale wszystkich pacjentów.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów 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).

Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1) Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Rozporządzenie będzie oddziaływało na podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne i ich pracowników.

2) Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom: 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, Unii Uzdrawisk Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Związkowi Pracodawców, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie nie pociągnie za sobą skutków finansowych dla budżetu państwa oraz dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

5) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6) Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7) Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na zdrowie społeczeństwa.

8) Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu

Na podstawie art. 45 ust. 8 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) ustawie - rozumie się przez to ustawę z dnia o działalności leczniczej;
- 2) podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą – rozumie się przez to samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, w tym państwowe jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 3) podmiocie tworzącym - podmiot lub organ, który utworzył podmiot wykonujący działalność leczniczą w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej, albo kierownika zakładu, o których mowa w art. 45 ust. 2 ustawy.

§ 2. 1. Konkurs na stanowiska kierownicze wymienione w art. 45 ust. 1 ustawy, przeprowadza komisja konkursowa powołana przez właściwy podmiot.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

2. Komisję konkursową powołuje się nie później niż po upływie dwóch miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem.

3. Powołanie komisji konkursowej wszczyna postępowanie konkursowe.

§ 3. 1. Postępowanie konkursowe obejmuje:

- 1) opracowanie i przyjęcie przez komisję konkursową regulaminu konkursu, na podstawie ramowego regulaminu postępowania konkursowego, stanowiącego załącznik do rozporządzenia, oraz projektu ogłoszenia o konkursie;
- 2) ogłoszenie o konkursie, w terminie nie przekraczającym 2 miesięcy od dnia wszczęcia postępowania konkursowego;
- 3) rozpatrzenie zgłoszonych kandydatur;
- 4) wybranie kandydata na stanowisko objęte konkursem.

2. Postępowanie konkursowe prowadzi się z zachowaniem kolejności czynności określonych w ust. 1.

§ 4. 1. W skład komisji konkursowej nie może być powołana osoba, która jest małżonkiem lub krewnym albo powinowatym do drugiego stopnia włącznie osoby, której dotyczy postępowanie konkursowe, albo pozostaje wobec niej w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności.

2. Jeżeli okoliczności, o których mowa w ust. 1, zostaną ujawnione po powołaniu komisji konkursowej, właściwy podmiot dokonuje w jej składzie odpowiedniej zmiany; komisja konkursowa w nowym składzie może uznać za ważne czynności dokonane przez komisję konkursową działającą w składzie poprzednim.

§ 5. 1. Właściwy podmiot powiadamia pisemnie przewodniczącego komisji konkursowej o składzie osobowym komisji.

2. Przewodniczący komisji powiadamia pisemnie członków komisji o posiedzeniu komisji konkursowej co najmniej na 14 dni przed wyznaczonym terminem posiedzenia.

3. Przyjęcie regulaminu konkursu i projektu ogłoszenia o konkursie może odbywać się w drodze korespondencyjnej; regulamin konkursu i projekt ogłoszenia o konkursie

uważa się za przyjęty, jeżeli żaden z członków komisji nie zgłosi uwag w terminie wskazanym przez przewodniczącą komisji konkursowej.

4. W przypadku nieprzyjęcia dokumentów, o których mowa w ust. 3, przez komisję konkursową w drodze korespondencyjnej, przewodniczący komisji zarządza posiedzenie komisji konkursowej.

5. Przewodniczący komisji konkursowej przekazuje właściwemu podmiotowi regulamin konkursu oraz projekt ogłoszenia o konkursie.

§ 6. 1. Postępowanie konkursowe jest nieważne w razie:

- 1) niezachowania kolejności czynności, o których mowa w § 3 ust. 1;
- 2) niedokonania jednej lub więcej czynności określonych w § 3 ust. 1, niespełnienia warunków wymienionych w § 7 bądź rozpatrzenia kandydatury osoby, która nie złożyła jednego lub więcej dokumentów, o których mowa w § 11 ust. 1;
- 3) ujawnienia, po zakończeniu postępowania konkursowego, że do składu komisji konkursowej powołane zostały osoby, o których mowa w § 4 ust. 1;
- 4) naruszenia tajności głosowania;
- 5) niepowiadomienia kandydata lub członka komisji konkursowej o terminie posiedzenia komisji.

2. Wniosek o stwierdzenie nieważności postępowania konkursowego zgłasza się do właściwego podmiotu, który ogłosił konkurs, w terminie 14 dni od dnia wybrania przez komisję konkursową kandydata na stanowisko objęte konkursem.

3. Właściwy podmiot, który ogłosił konkurs, w razie stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego ogłasza konkurs ponownie; ponowne wszczęcie postępowania konkursowego powinno nastąpić nie później niż w ciągu 2 miesięcy od stwierdzenia nieważności postępowania konkursowego.

§ 7. 1. Ogłoszenie o konkursie powinno zawierać w szczególności:

- 1) nazwę i adres podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;
- 2) stanowisko objęte konkursem;
- 3) wymagane kwalifikacje kandydata;
- 4) miejsce oraz termin złożenia wymaganych od kandydatów dokumentów, nie

krótszy niż 30 dni od daty opublikowania ogłoszenia;

5) przewidywany termin rozpatrzenia zgłoszonych kandydatur.

2. W ogłoszeniu można zamieścić informację o warunkach pracy i warunkach socjalnych, które zapewnia zakład.

3. Ogłoszenie o konkursie należy:

- 1) zamieścić w prasie codziennej o zasięgu ogólnokrajowym, jeżeli przedmiotem postępowania konkursowego są stanowiska kierownika podmiotu leczniczego, zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem, ordynatora, naczelną pielęgniarki, przełożonej pielęgniarek lub pielęgniarki oddziałowej, a w razie gdy przedmiotem postępowania konkursowego jest stanowisko ordynatora - również w czasopiśmie wydawanym przez Naczelna Izbę Lekarską;
- 2) podać do wiadomości w sposób zwyczajowo przyjęty w siedzibie podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

§ 8. Do konkursu mogą przystąpić osoby posiadające kwalifikacje wymagane do zajmowania danego stanowiska w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, określone odrębnymi przepisami.

§ 9. W skład komisji konkursowej wchodzi:

- 1) w przypadku gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska kierownika lub zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem:
 - a) od trzech do sześciu przedstawicieli, w tym przynajmniej jeden lekarz, podmiotu tworzącego; podmiot ten wskazuje, spośród przedstawicieli, przewodniczącego komisji,
 - b) przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgowej rady lekarskiej,
 - c) przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgowej rady pielęgniarek i położnych,
 - d) przedstawiciel zakładowej organizacji związkowej; w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w którym działa więcej niż jedna organizacja związkowa - po jednym przedstawicielu organizacji związkowej,

- e) przedstawiciel rady społecznej podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą,
 - f) przedstawiciel rektora państwowej uczelni medycznej albo państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, z którą szpital ten zawarł umowę o udostępnienie go na potrzeby wykonywania zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, i dyrektor szpitala klinicznego - w przypadku, gdy postępowanie konkursowe dotyczy zastępcy kierownika szpitala klinicznego;
- 2) w przypadku gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska ordynatora:
- a) przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgowej rady lekarskiej - lekarz będący specjalistą w danej lub pokrewnej dziedzinie medycyny jako przewodniczący komisji,
 - b) kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, z tym że w przypadku, gdy o stanowisko ordynatora ubiega się:
 - kierownik lub jego zastępca do spraw lecznictwa - przedstawiciel podmiotu tworzącego,
 - c) dwaj lekarze - przedstawiciele właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgowej izby lekarskiej, będący specjalistami w danej lub pokrewnej dziedzinie medycyny,
 - d) przedstawiciel specjalistycznego towarzystwa naukowego, będący specjalistą w danej dziedzinie medycyny,
 - e) konsultant wojewódzki będący specjalistą w danej lub pokrewnej dziedzinie medycyny, wyznaczony przez wojewodę właściwego ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a jeżeli konsultant wojewódzki nie został powołany - konsultant krajowy w danej lub pokrewnej dziedzinie medycyny,
 - f) ordynator w danej lub pokrewnej dziedzinie medycyny, wskazany przez właściwą ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgową radę lekarską,
 - g) przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego

niebędącego przedsiębiorcą okręgowej rady pielęgniarek i położnych;

- 3) w przypadku gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska naczelnej pielęgniarki lub przełożonej pielęgniarek, w skład komisji konkursowej wchodzi:
 - a) przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgowej rady pielęgniarek i położnych jako przewodniczący komisji,
 - b) kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą lub jego przedstawiciel,
 - c) naczelną pielęgniarką lub przełożoną pielęgniarek, zatrudniona w podobnym podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, wskazana przez właściwą ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgową radę pielęgniarek i położnych,
 - d) przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgowej rady lekarskiej,
 - e) przedstawiciel zakładowej organizacji związkowej, a w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, w którym działa więcej niż jedna organizacja związkowa - po jednym przedstawicielu zakładowej organizacji związkowej; nie dotyczy to konkursu na stanowisko przełożonej pielęgniarek,
 - f) dwaj przedstawiciele właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgowej rady pielęgniarek i położnych,
 - g) przedstawiciel właściwego towarzystwa naukowego;
- 4) w przypadku gdy postępowanie konkursowe dotyczy stanowiska pielęgniarki oddziałowej, w skład komisji konkursowej wchodzi:
 - a) przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę zakładu okręgowej rady pielęgniarek i położnych jako przewodniczący komisji,
 - b) ordynator oddziału,
 - c) przełożona pielęgniarek,
 - d) pielęgniarka oddziałowa zatrudniona w podobnym podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, wskazana przez właściwą ze względu na siedzibę zakładu okręgową radę pielęgniarek i położnych,
 - e) przedstawiciel właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego

- niebędącego przedsiębiorcą okręgowej rady lekarskiej,
- f) dwaj przedstawiciele właściwej ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

§ 10. Komisja konkursowa może prowadzić prace, jeżeli w posiedzeniach komisji bierze udział przewodniczący komisji oraz co najmniej 5 osób powołanych w skład komisji, z wyjątkiem postępowania, o którym mowa w § 9 pkt 1, w którym oprócz przewodniczącego komisji powinno brać udział co najmniej 8 osób powołanych w skład komisji.

§ 11. 1. Kandydaci zgłaszający się do konkursu składają:

- 1) podanie o przyjęcie na stanowisko objęte konkursem;
- 2) dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania danego stanowiska, a kandydaci na stanowiska, z którymi wiąże się posiadanie prawa wykonywania zawodu, dokument potwierdzający to prawo;
- 3) opisany przez kandydata przebieg pracy zawodowej;
- 4) świadectwo pracy z okresu ostatnich 3 lat, w razie gdy stosunek pracy został rozwiązany lub wygasł, a w przypadku kandydata na stanowisko ordynatora - dodatkowo co najmniej dwie opinie świadczące o kwalifikacjach zawodowych kandydata,
- 5) inne dokumenty, w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, kandydaci składają właściwemu podmiotowi, który ogłosił konkurs; na kopercie kandydat umieszcza swoje imię i nazwisko oraz adres.

3. Imię i nazwisko kandydata właściwy podmiot, który ogłosił konkurs, może ujawnić członkom komisji konkursowej.

§ 12. 1. W trakcie rozpatrywania zgłoszonych kandydatur komisja konkursowa w toku rozmowy z kandydatem może zażądać od niego wykazania się stosownymi wiadomościami, w tym w stosunku do kandydatów na stanowisko kierownika podmiotu

leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, zastępcy kierownika, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem, oraz naczelnej pielęgniarki - umiejętnościami związanymi z zarządzaniem podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą; wiadomości te sprawdza komisja lub wyznaczeni przez przewodniczącego komisji jej członkowie.

2. Każdemu kandydatowi na stanowisko kierownicze lub zastępcy kierownika podmiotu leczniczego, w przypadku gdy kierownik nie jest lekarzem, udostępnia się jednakowe dla wszystkich kandydatów materiały informacyjne o stanie prawnym, organizacyjnym i ekonomicznym podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

§ 13. 1. Komisja konkursowa wybiera kandydata na dane stanowisko w drodze tajnego głosowania, bezwzględną większością głosów.

2. Jeżeli w głosowaniu, o którym mowa w ust. 1, kandydat nie został wybrany, przewodniczący komisji konkursowej zarządza drugie głosowanie.

3. Jeżeli również w drugim głosowaniu kandydat nie został wybrany, przewodniczący komisji konkursowej zarządza trzecie głosowanie.

4. Przeprowadzenie drugiego i trzeciego głosowania odbywa się w sposób wskazany w ust. 1 i może być poprzedzone ponowną dyskusją i rozmową z kandydatem.

§ 14. 1. Ze swoich czynności komisja konkursowa sporządza protokół postępowania konkursowego, który podpisują wszyscy członkowie komisji konkursowej obecni na posiedzeniu.

2. Protokół udostępnia się do wglądu kandydatom biorącym udział w konkursie, na ich żądanie.

3. Osoby, których kandydatury były rozpatrywane, właściwy podmiot, który ogłosił konkurs, powiadamia pisemnie o wynikach konkursu w terminie nie dłuższym niż 7 dni od dnia ostatniego posiedzenia komisji konkursowej.

§ 15. Kierownik podmiotu leczniczego przed nawiązaniem stosunku pracy z kandydatem wybranym w drodze konkursu na stanowisko: ordynatora i przełożonej pielęgniarek lub pielęgniarki oddziałowej zasięga opinii związków zawodowych

działających w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

§ 16. Jeżeli z kandydatem wybranym w drodze postępowania konkursowego nie nawiązano stosunku pracy, właściwy podmiot uzasadnia na piśmie odmowę nawiązania stosunku pracy; uzasadnienie przekazuje się komisji konkursowej oraz kandydatowi na jego wniosek.

§ 17. W przypadku gdy na stanowisko objęte konkursem nawiązano stosunek pracy z osobą, o której mowa w art. 45 ust. 4 ustawy, konkurs ogłasza się po upływie dwóch lat, jednak nie później niż w terminie trzech lat od dnia nawiązania stosunku pracy.

§ 18. 1. Komisja konkursowa ulega rozwiązaniu z dniem nawiązania stosunku pracy z kandydatem wybranym w drodze konkursu albo z osobą wskazaną przez właściwy podmiot.

2. W przypadku gdy z żadnym z kandydatów wybranych w wyniku postępowania dwóch kolejnych konkursów nie nawiązano stosunku pracy, właściwy podmiot może powołać nową komisję konkursową.

§ 19. Postępowanie konkursowe wszczęte przed dniem wejścia w życie rozporządzenia toczy się według przepisów dotychczasowych.

§ 20. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

MINISTER ZDROWIA

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749, z późn. zm.), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 208 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

**Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia (poz. ...)**

**RAMOWY REGULAMIN PRZEPROWADZANIA KONKURSU
NA STANOWISKO W**

§ 1. 1. Postępowanie konkursowe na stanowisko w
przeprowadza Komisja w składzie:

- 1) przewodniczący
- 2) członkowie

.....
.....
.....

2. Komisja konkursowa podejmuje rozstrzygnięcia w głosowaniu jawnym, z wyłączeniem rozstrzygnięcia dotyczącego wybrania przez komisję konkursową kandydata, które dokonywane jest w głosowaniu tajnym, bezwzględną większością głosów.

§ 2. 1. Komisja konkursowa na posiedzeniu otwiera koperty z dokumentami kandydatów, zapoznaje się z dokumentami złożonymi przez kandydatów i po stwierdzeniu ich kompletności uznaje, czy w postępowaniu konkursowym uczestniczy wymagana liczba kandydatów (co najmniej dwóch).

2. Komisja konkursowa przeprowadza indywidualne rozmowy z kandydatami, polegające w pierwszej kolejności na zadawaniu jednakowych pytań, niezbędnych do ustalenia przydatności na stanowisko objęte konkursem, a następnie jej członkowie mogą zadawać pytania dodatkowe.

3. Po rozmowie z kandydatami komisja konkursowa może odbyć dyskusję we własnym gronie.

4. W posiedzeniach komisji konkursowej poza protokolantem nie mogą uczestniczyć osoby trzecie.

§ 3. 1. Każdej osobie wchodzącej w skład komisji konkursowej przysługuje jeden głos.

2. Głosowanie dokonywane jest na jednakowych kartach do głosowania,

ostemplowanych pieczęcią podmiotu ogłaszającego konkurs, zawierających zestaw nazwisk kandydatów w kolejności alfabetycznej.

3. Głosowanie dokonywane jest poprzez pozostawienie nazwiska wybranego kandydata i skreślenie pozostałych kandydatów.

4. Głos jest nieważny w razie:

- 1) pozostawienia nie skreślonego nazwiska więcej niż jednego kandydata,
- 2) braku skreśleń.

5. Głosów nieważnych nie bierze się pod uwagę.

6. Karta, na której wszystkie nazwiska zostały skreślone, jest ważna i traktowana jest jako odrzucenie kandydatur wszystkich kandydatów przystępujących do konkursu.

§ 4. W razie odrzucenia przez komisję konkursową wszystkich kandydatur zgłoszonych do konkursu lub w razie niewyłonienia kandydata, komisja uznaje, że konkurs nie doprowadził do wybrania kandydata.

§ 5. Regulamin obowiązuje od dnia

.....

(podpis przewodniczącego komisji konkursowej)

Podpisy członków komisji konkursowej:

1.

2.

3.

4.

UZASADNIENIE

Niniejsze rozporządzenie stanowi wykonanie delegacji zawartej w art. 45 ust. 8 ustawy o działalności leczniczej. W projekcie określony został sposób przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, skład komisji konkursowej oraz ramowy regulamin przeprowadzania konkursu. Większość przepisów zawartych w projekcie jest analogiczna do obecnie obowiązujących przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 sierpnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w publicznych zakładach opieki zdrowotnej, składu komisji konkursowej oraz ramowego regulaminu przeprowadzania konkursu (Dz. U. Nr 115, poz. 749, z późn. zm.).

Zgodnie z rozporządzeniem konkurs na stanowiska kierownicze wymienione w art. 45 ust. 1 ustawy, przeprowadzać będzie komisja konkursowa powołana przez właściwy podmiot. Powołanie komisji, które będzie następować nie później niż po upływie dwóch miesięcy od dnia zwolnienia stanowiska objętego konkursem, oznaczać będzie wszczęcie postępowania konkursowego.

Postępowanie konkursowe obejmować będzie następujące czynności: opracowanie i przyjęcie przez komisję konkursową regulaminu konkursu, ogłoszenie o konkursie, rozpatrzenie zgłoszonych kandydatur oraz wybranie kandydata na stanowisko objęte konkursem.

W projektowanym rozporządzeniu określono skład komisji konkursowej wskazując jednocześnie, które osoby - pomimo spełniania przepisanych wymogów - nie będą mogły zostać powołane w skład komisji. Projekt wskazuje również przesłanki dla uznania postępowania za nieważne.

Wybór kandydata dokonywany będzie bezwzględną większością głosów w drodze tajnego głosowania członków komisji.

Czynności wykonywane przez komisję konkursową będą protokołowane. Protokół podpisany przez członków komisji udostępniany będzie do wglądu kandydatom biorącym udział w konkursie.

Komisja konkursowa ulegać będzie rozwiązaniu z dniem nawiązania stosunku pracy

z kandydatem wybranym w drodze konkursu albo z osobą wskazaną przez właściwy podmiot.

Zgodnie z projektem postępowania konkursowe wszczęte przed dniem wejścia w życie rozporządzenia toczyć się będą na podstawie przepisów przejściowych.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów 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).

Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowane rozporządzenie

Projektowane rozporządzenie oddziałuje na podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami oraz osoby ubiegające się o zatrudnienie w nich na stanowiskach kierowniczych określonych w art. 45 ustawy o działalności leczniczej.

2. Konsultacje społeczne

Projekt konsultowany będzie z samorządami zawodowymi, związkami zawodowymi oraz organizacjami pracodawców działającymi w sektorze ochrony zdrowia.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia zostanie również zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej. Projekt zostanie też zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wejście w życie przepisów rozporządzenia nie spowoduje kosztów dla sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie projektowanej regulacji nie wpłynie na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Wejście w życie projektowanej regulacji nie wpłynie na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie wpłynie na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie społeczeństwa

Wejście w życie projektowanej regulacji nie wpłynie na zdrowie społeczeństwa.

8. Wpływ regulacji na środowisko

Wejście w życie projektowanej regulacji nie wpłynie na środowisko.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek
i położnych**

Na podstawie art. 46 ust. 2 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą.

§ 2. 1. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ustala kierownik tego podmiotu po zasięgnięciu opinii:

1) kierowników jednostek organizacyjnych i komórek organizacyjnych określonych w statucie lub regulaminie podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą;

2) przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą.

2. Projekt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, o których mowa w ust. 1, opracowuje naczelną pielęgniarkę lub przełożoną pielęgniarek i położnych, uwzględniając konieczność zapewnienia właściwej jakości świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą.

§ 3. 1. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą wykonującym stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne, ustala się z uwzględnieniem:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

1) liczby i rodzaju skatalogowanych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez pielęgniarki i położne w danej komórce organizacyjnej bezpośrednio na rzecz pacjentów, zwanych dalej „świadczeniami bezpośrednimi”;

2) liczby i struktury czynności innych niż świadczenia bezpośrednie, wykonywanych przez pielęgniarki i położne w danej komórce organizacyjnej, zwanych dalej „świadczeniami pośrednimi”;

3) średniego czasu wykonywania poszczególnych jednostkowych świadczeń bezpośrednich i pośrednich w danej komórce organizacyjnej;

4) efektywnego czasu pracy pielęgniarek i położnych w danej komórce organizacyjnej.

2. Minimalne normy zatrudnienia, opracowane na podstawie kryteriów, o których mowa w ust. 1, ulegają zwiększeniu lub zmniejszeniu w zależności od specyfiki organizacyjnej podmiotu leczniczego, którą określa:

1) liczba łóżek i wskaźnik średniego wykorzystania łóżek w ciągu 12 miesięcy poprzedzających ustalenie norm;

2) profil komórki organizacyjnej i średni czas leczenia oraz specyficzna dla danej komórki organizacyjnej intensywność pracy;

3) wyposażenie podmiotu leczniczego, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną, środki transportu, łączności;

4) wielkość i warunki lokalowe komórki organizacyjnej i podmiotu leczniczego oraz współpraca z pracowniami diagnostycznymi;

5) dodatkowe obowiązki związane z prowadzeniem kształcenia podyplomowego i szkoleń przez pielęgniarki i położne.

6) stan zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego nie udzielających świadczeń zdrowotnych.

§ 4. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą innym niż określony w § 3 ust. 1, ustala się z uwzględnieniem:

1) zakresu i rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności świadczeń zdrowotnych udzielanych w miejscu zamieszkania, nauki lub pobytu pacjenta;

2) zachorowalności i chorobowości występującej na obszarze, na którym funkcjonuje ten podmiot, wyraźnie odbiegającej od średniej krajowej;

- 3) zakresu i rozmiaru programów i świadczeń profilaktycznych;
- 4) wyposażenia, w szczególności w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną, środki lokomocji, łączności;
- 5) efektywnego czasu pracy w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą;
- 6) wykonywania dodatkowych zadań związanych z prowadzeniem kształcenia podyplomowego i szkoleń przez pielęgniarki i położne;
- 7) stanu zatrudnienia i organizacji pracy w komórkach organizacyjnych nie udzielających świadczeń zdrowotnych.

§ 5. 1. Minimalną normę zatrudnienia w komórce organizacyjnej podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, o którym mowa w § 3 ust. 1, oblicza się na podstawie liczby etatów (E).

2. Liczbę etatów (E) w komórce organizacyjnej oblicza się na podstawie danych, o których mowa w § 3 ust. 1, według wzoru:

$$E = \frac{\sum_{m=1}^l ST^m}{(1-p) \times \sum_{m=1}^l (1-x_{am}) \times L_{gm}}$$

gdzie (E) jest ilorazem łącznego czasu świadczeń bezpośrednich i pośrednich w okresie l-miesiący oraz liczby etatowych godzin za ten okres, skorygowanym wskaźnikami absencji oraz wskaźnikiem przerw regulaminowych,

gdzie

$$T_i^m = \sum_{k=1}^{km} X_i^m$$

jest sumą łącznego czasu świadczeń bezpośrednich i pośrednich dla m-tego miesiąca, gdzie "m" oznacza numer kolejnego miesiąca prowadzonej rejestracji,

gdzie

$$T_i^m = X_i^m \times (1 + W)$$

jest łącznym czasem świadczeń bezpośrednich i pośrednich w i-tym dniu m-tego miesiąca, wyliczonym na podstawie czasu świadczeń bezpośrednich i wskaźnika czasu świadczeń bezpośrednich i pośrednich,

gdzie W - jest wskaźnikiem czasu świadczeń pośrednich Y do czasu świadczeń bezpośrednich X obliczonym na podstawie dwóch miesięcy rejestracji (pierwszego i ostatniego) według wzoru:

$$W = \frac{Y}{X}$$

natomiast

X jest czasem wykonywania świadczeń bezpośrednich odpowiednio dla:

X_i^m - i-tego dnia m-tego miesiąca rejestracji,

X^m - m-tego miesiąca,

a

T jest czasem łącznym wykonywania świadczeń pielęgniarskich odpowiednio dla:

T_i^m - i-tego dnia m-tego miesiąca rejestracji,

T^m - m-tego miesiąca,

m - numer miesiąca

k_m - liczba dni w m-tym miesiącu

p - procent czasu pracy poświęcony na regulaminowe przerwy,

L_{gm} - liczba etatowych godzin dla m-tego miesiąca

x_{am} - wskaźnik absencji globalny (uwzględniający absencję chorobową, szkolenia itp.) dla m-tego miesiąca

l - liczba miesięcy rejestracji.

3. Liczba etatów, o których mowa w ust. 2, może ulec zwiększeniu lub zmniejszeniu w zależności od specyfiki organizacji podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą określonej kryteriami, o których mowa w § 3 ust. 2.

§ 6. Minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustalone w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą podlegają stałej kontroli kierownika tego podmiotu, z uwzględnieniem przepisów określonych w § 3-5, co do ich zgodności z obowiązkiem zapewnienia właściwej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

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

Minister Zdrowia

Uzasadnienie

Przedłożony projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcą stanowi wykonanie rozporządzenia zawartego w art. 46 ust. 2 ustawy z dnia o działalności leczniczej. Zgodnie z brzmieniem tego upoważnienia do wydania rozporządzenia zadaniem ministra właściwego do spraw zdrowia jest określenie, w drodze rozporządzenia, sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w podmiotach leczniczych, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych związków zawodowych, mając na celu zapewnienie właściwej jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.

Projektowana regulacja nie dokonuje zasadniczych zmian w odniesieniu do obecnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 111, poz. 1314). Należy nadmienić, że podstawa do wykonania projektowanego aktu wykonawczego mimo, iż wynika z innej ustawy w swojej treści jest zbieżna z dotychczasową.

Podkreślenia wymaga zachowanie konieczności zasięgnięcia przy ustaleniu minimalnych normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych opinii przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie podmiotu leczniczego.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów 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) i nie podlega notyfikacji.

Projekt rozporządzenia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Ocena Skutków Regulacji

1) Podmioty, na które oddziałuje regulacja

Projektowana regulacja będzie oddziaływała na:

- na pielęgniarki i położne,
- podmioty wykonujące działalność leczniczą.

2) Konsultacje społeczne

Projekt rozporządzenia zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom:

- 1) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych,
- 2) innym podmiotom, w szczególności tym, z którymi obowiązek zasięgnięcia opinii wynika z przepisów odrębnych.

Ponadto projekt rozporządzenia zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zwiększenie wydatków z budżetu państwa oraz na budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

5) Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane rozporządzenie nie przyczyni się do podniesienia poziomu konkurencyjności gospodarki.

6) Wpływ na sytuację i rozwój regionalny

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

7) Wpływ regulacji na zdrowie ludności

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało bezpośredniego wpływu na zdrowie ludności, gdyż dotyczy ono w głównej mierze organizacji pracy w systemie ochrony zdrowia, niemniej jednak z uwagi na projektowane zmiany, przyczyni się do zachowania właściwych norm zatrudnienia w ochronie zdrowia.

8) Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

9) Wpływ na środowisko

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na środowisko.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych
rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących
przedsiębiorcami**

Na podstawie art. 46 ust. 5 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami określa taryfikator kwalifikacyjny, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

2. Kierownik podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą może zatrudnić osobę posiadającą niższą, nie więcej niż o jedną czwartą, liczbę lat pracy od wymaganej do zatrudnienia na określonym stanowisku, gdy jest to uzasadnione potrzebami pracodawcy.

3. Do pracowników, których kwalifikacje określają odrębne przepisy, stosuje się rozporządzenie w zakresie nie uregulowanym tymi przepisami.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o wykształceniu:

- 1) wyższym medycznym, należy przez to rozumieć tytuł zawodowy nadawany absolwentom uczelni medycznych i podstawowych jednostek organizacyjnych innych uczelni, działających w dziedzinie nauk medycznych;
- 2) średnim medycznym, należy przez to rozumieć tytuł zawodowy nadawany absolwentom publicznych szkół medycznych i niepublicznych szkół medycznych o uprawnieniach szkół publicznych.

§ 3. Osoby zatrudnione na poszczególnych stanowiskach pracy przed dniem wejścia w życie rozporządzenia mogą być zatrudnione nadal na dotychczasowym stanowisku pracy.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 52, poz. 543, późn. zm.), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 208 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

**Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia ... (poz. ...)**

TARYFIKATOR KWALIFIKACYJNY

I. Pracownicy działalności podstawowej *

Lp	Stanowisko	Wymagane kwalifikacje zawodowe	Staż pracy w zawodzie/inne dodatkowe wymagania
1	2	3	4
1	Zastępca kierownika do spraw leczenia: zespołu zakładów, zakładu, jednostki organizacyjnej zespołu zakładów	lekarz, lekarz dentysta i tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie medycyny	8 lat pracy
2	Z-ca kierownika do spraw pielęgniarstwa/położnictwa: zespołu zakładów, zakładu, jednostki organizacyjnej zespołu zakładów / Naczelna pielęgniarka / Naczelna położna	- magisterskie pielęgniarskie / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa / położnictwa lub średnie pielęgniarskie / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia	5 lat pracy
3	Kierownik komórki organizacyjnej, zastępca kierownika komórki organizacyjnej	- wyższe medyczne i tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny	5 lat
		- wyższe medyczne i specjalizacja I stopnia w odpowiedniej dziedzinie	7 lat

		<p>medycyny</p> <ul style="list-style-type: none"> - magisterskie pielęgniarские / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa / położnictwa lub średnie pielęgniarские / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - inne magisterskie na kierunku medycznym 	<p>5 lat</p>
			<p>7 lat</p>
			<p>7 lat</p>
4	Kierownik sekcji szkolenia pielęgniarek i położnych w wojewódzkim ośrodku doskonalenia kadr medycznych	<ul style="list-style-type: none"> - wyższe medyczne i tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny - wyższe medyczne i specjalizacja I stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny - magisterskie pielęgniarские / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa / położnictwa lub średnie pielęgniarские / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia 	<p>3 lata</p>
5	Kierownik komórki organizacyjnej lecznictwa odwykowego	<ul style="list-style-type: none"> - wyższe medyczne oraz kurs - szkolenie specjalistyczne - magisterskie pielęgniarские oraz kurs - szkolenie specjalistyczne, zgodnie z odrębnymi przepisami - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz kurs - szkolenie specjalistyczne 	<p>5 lat</p>
6	Starszy asystent lekarz /lekarz stomatolog/	<p>Tytuł zawodowy lekarza lub lekarza stomatologa oraz tytuł specjalisty lub co najmniej stopień naukowy doktora</p>	<p>7 lat pracy w zawodzie lekarza/lekarza stomatologa</p>

7	Lekarz /lekarz stomatolog asystent/, specjalista	Tytuł zawodowy lekarza lub lekarza stomatologa oraz co najmniej specjalizacja I stopnia lub stopień naukowy doktora	5 lat pracy w zawodzie lekarza/lekarza stomatologa
8	Starszy lekarz specjalista /lekarz stomatolog/	Tytuł zawodowy lekarza lub lekarza stomatologa oraz tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w odpowiedniej dziedzinie medycyny	7 lat pracy w zawodzie lekarza/lekarza stomatologa
9	Lekarz/lekarz stomatolog/ młodszy asystent	Tytuł zawodowy lekarza lub lekarza stomatologa	-
10	Stażysta: lekarz, lekarz stomatolog	Tytuł zawodowy lekarza lub lekarza stomatologa	-
11	Starszy koordynator do spraw transplantologii	- wyższe medyczne i przeszkolenie specjalistyczne - magisterskie pielęgniarskie i przeszkolenie specjalistyczne - licencjat pielęgniarstwa i przeszkolenie specjalistyczne - średnie pielęgniarskie i przeszkolenie specjalistyczne	2 lata
			5 lat
12	Koordynator do spraw transplantologii	wyższe medyczne i przeszkolenie specjalistyczne - magisterskie pielęgniarskie i przeszkolenie specjalistyczne - licencjat pielęgniarstwa i przeszkolenie specjalistyczne średnie pielęgniarskie i przeszkolenie specjalistyczne	1 rok
			2 lata
13	Przełożona pielęgniarek, położnych, zastępczyni przełożonej pielęgniarek, położnych	- magisterskie pielęgniarskie / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa / położnictwa lub średnie pielęgniarskie / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - licencjat pielęgniarstwa / położnictwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i	3 lata
			5 lat

		zarządzania - średnie pielęgniarskie/położnicze i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania (okres przejściowy do 2020 r.)	6 lat
14	Pielęgniarka epidemiologiczna	- magisterskie pielęgniarskie i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny, zgodnie z odrębnymi przepisami - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarskie i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny, zgodnie z odrębnymi przepisami - licencjat pielęgniarstwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny, zgodnie z odrębnymi przepisami - średnie pielęgniarskie i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego lub higieny i epidemiologii lub kurs kwalifikacyjny, zgodnie z odrębnymi przepisami	3 lata w szpitalu
15	Kierownik: komórki opiekuńczo-leczniczej, leczniczo-wychowawczej itp.	- magisterskie pielęgniarskie - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarskie	3 lata
		- licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarskie i kurs kwalifikacyjny	6 lat
16	Pielęgniarka oddziałowa, zastępczyni pielęgniarki oddziałowej	- magisterskie pielęgniarskie - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarskie	1 rok w szpitalu
		- licencjat pielęgniarstwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania	3 lata w szpitalu
		- licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny	4 lata w szpitalu

		<ul style="list-style-type: none"> - średnie pielęgniarskie i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - średnie pielęgniarskie i kurs kwalifikacyjny 	<p>5 lat w szpitalu</p> <hr/> <p>7 lat w szpitalu</p>
17	Położna oddziałowa, zastępczyni położnej oddziałowej	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie położnicze - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat położnictwa lub średnie położnicze - licencjat położnictwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - licencjat położnictwa i kurs kwalifikacyjny - średnie położnicze i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, organizacji i zarządzania - średnie położnicze i kurs kwalifikacyjny 	1 rok w szpitalu
			3 lata w szpitalu
			4 lata w szpitalu
			5 lat w szpitalu
			7 lat w szpitalu
18	Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie pielęgniarskie - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarskie - licencjat pielęgniarstwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - licencjat pielęgniarstwa i kurs kwalifikacyjny - średnie pielęgniarskie i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - średnie pielęgniarskie i kurs kwalifikacyjny 	1 rok w szpitalu
			3 lata w szpitalu
			4 lata w szpitalu
			7 lat w szpitalu
19	Położna koordynująca i nadzorująca pracę innych położnych	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie położnicze - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat położnictwa lub średnie położnicze - licencjat położnictwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - licencjat położnictwa i kurs kwalifikacyjny 	1 rok w szpitalu
			3 lata w szpitalu
			4 lat w szpitalu

		<p>- średnie położnicze i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, organizacji i zarządzania</p> <p>- średnie położnicze i kurs kwalifikacyjny</p>	<p>5 lat w szpitalu</p>
			<p>7 lat w szpitalu</p>
20	Starszy asystent pielęgniarstwa	<p>- magisterskie pielęgniarstwo / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia</p> <p>- inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa / położnictwa lub średnie pielęgniarstwo / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia</p>	<p>5 lat</p>
21	Asystent pielęgniarstwa	<p>- magisterskie pielęgniarstwo / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia</p>	
22	Młodszy asystent pielęgniarstwa	<p>- magisterskie pielęgniarstwo / położnicze i studia podyplomowe lub specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia</p>	
23	Specjalista: pielęgniarka	<p>- magisterskie pielęgniarstwo i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia</p> <p>- inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarstwo i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie</p>	<p>2 lata</p>

		<p>zdrowia</p> <ul style="list-style-type: none"> - licencjat pielęgniarstwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - średnie pielęgniarstwo i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania 	3 lata
24	Specjalista: położna	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie położnicze i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat położnictwa lub średnie położnicze i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania lub w innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia - licencjat położnictwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - średnie położnicze i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania 	2 lata
		<ul style="list-style-type: none"> - licencjat położnictwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania - średnie położnicze i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa lub promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub organizacji i zarządzania 	3 lata
25	Starsza: pielęgniarzka	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie pielęgniarstwo - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarstwo - licencjat pielęgniarstwa 	1 rok
		<ul style="list-style-type: none"> - średnie pielęgniarstwo 	3 lata
			5 lat
26	Starsza: położna	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie położnicze - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat położnictwa lub średnie położnicze - licencjat położnictwa 	1 rok
		<ul style="list-style-type: none"> - średnie położnicze 	3 lata
			5 lat

	Starsza: pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie pielęgniarskie - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarskie i specjalizacja, zgodnie z odrębnymi przepisami - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarskie i kurs kwalifikacyjny, zgodnie z odrębnymi przepisami - licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarskie i specjalizacja, zgodnie z odrębnymi przepisami - licencjat pielęgniarstwa lub średnie pielęgniarskie i kurs kwalifikacyjny, zgodnie z odrębnymi przepisami 	<p>4 w poz</p> <p>2 lata w poz</p> <p>3 lata w poz</p> <p>5 lat w poz</p> <p>6 lat w poz</p>
27	Starsza: położna podstawowej opieki zdrowotnej	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie położnicze - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat położnictwa lub średnie położnicze i specjalizacja, zgodnie z odrębnymi przepisami - inne magisterskie w zawodzie w którym może być uzyskiwany tytuł specjalisty w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia i licencjat położnictwa lub średnie położnicze i kurs kwalifikacyjny, zgodnie z odrębnymi przepisami *** - licencjat położnictwa lub średnie położnicze i specjalizacja, zgodnie z odrębnymi przepisami - licencjat położnictwa lub średnie położnicze i kurs kwalifikacyjny, zgodnie z odrębnymi przepisami 	<p>4 lata w poz</p> <p>2 lata w poz</p> <p>3 lata w poz</p> <p>5 lat w poz</p> <p>6 lat w poz</p>
28	Pielęgniarka	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie pielęgniarskie - licencjat pielęgniarstwa - średnie pielęgniarskie 	-
29	Położna	<ul style="list-style-type: none"> - magisterskie położnicze - licencjat położnictwa - średnie położnicze 	-
30	Stażystka: pielęgniarka4)	- średnie pielęgniarskie	
31	Stażystka: położna4)	średnie położnicze	
32	Starszy asystent farmacji szpitalnej/kliniczne	Tytuł zawodowy farmaceuty oraz tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie lub co najmniej	7 lat pracy w zawodzie farmaceuty

	j	stopień naukowy doktora	
33	Asystent farmacji	Tytuł zawodowy farmaceuty oraz co najmniej specjalizacja I stopnia lub stopień naukowy doktora	5 lat pracy w zawodzie farmaceuty
34	Młodszy asystent farmacji	Tytuł zawodowy farmaceuty	3 lata pracy w zawodzie farmaceuty
35	Farmaceuta	Tytuł zawodowy farmaceuty	-
36	Starszy technik farmaceutyczny	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik farmaceutyczny lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik farmaceutyczny	5 lat pracy w zawodzie technik farmaceutyczny
37	Technik farmaceutyczny	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik farmaceutyczny lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik farmaceutyczny	-
38	Starszy asystent fizjoterapii	Tytuł zawodowy magistra na kierunku fizjoterapia lub ¹ oraz tytuł specjalisty lub co najmniej stopień naukowy doktora z zakresu fizjoterapii	7 lat pracy w zawodzie fizjoterapeuty
39	Asystent fizjoterapii	Tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia lub ¹	specjalizacja I stopnia lub tytuł specjalisty lub 5 lat pracy w zawodzie fizjoterapeuty
40	Młodszy asystent fizjoterapii	Tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia lub ¹	3 lata pracy w zawodzie fizjoterapeuty
41	Starszy fizjoterapeuta	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik fizjoterapii lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia lub ¹	3 lata pracy w zawodzie fizjoterapeuty
42	fizjoterapeuta	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik fizjoterapii lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku fizjoterapia lub ¹	-
43	Starszy asystent dietetyki	Tytuł zawodowy magistra na kierunku dietetyka lub ²	7 lat pracy w zawodzie dietetyka lub co najmniej stopień naukowy doktora z zakresu dietetyki
44	Asystent dietetyki	Tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka lub ²	5 lat pracy w zawodzie dietetyka
45	Młodszy asystent dietetyki	Tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka lub ²	3 lata pracy w zawodzie dietetyka

	Starszy dietetyk	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyk lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub ukończenie technikum lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka lub ²	3 lata pracy w zawodzie dietetyka
46	dietetyk	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego dietetyk lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub ukończenie technikum lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika technologii żywienia w specjalności dietetyka lub tytuł zawodowy magistra lub licencjata na kierunku dietetyka lub ²⁾	-
47	Starszy asystent diagnostyki laboratoryjnej	Tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego oraz tytuł specjalisty lub specjalizacja II stopnia w dziedzinie właściwej dla diagnostów laboratoryjnych	7 lat pracy w zawodzie diagnosty laboratoryjnego
48	Asystent diagnostyki laboratoryjnej	Tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego oraz co najmniej specjalizacja I stopnia w dziedzinie właściwej dla diagnostów laboratoryjnych	5 lat pracy w zawodzie diagnosty laboratoryjnego
49	Młodszy asystent diagnostyki laboratoryjnej	Tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego	3 lata pracy w zawodzie diagnosty laboratoryjnego
50	Diagnosta laboratoryjny	Tytuł zawodowy diagnosty laboratoryjnego	-
51	Starszy technik analityki medycznej	ukończenie liceum medycznego, technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika analityki medycznej lub ukończenie szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika analityki lub technika medycznego analityki	3 lata pracy w zawodzie technika analityki medycznej
52	Technik analityki medycznej	ukończenie liceum medycznego, technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika analityki medycznej lub ukończenie szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego technika analityki lub technika	-

		medycznego analityki	
53	Starszy laborant diagnostyki laboratoryjnej	Co najmniej wykształcenie średnie	Co najmniej 5 letnie zatrudnienie na stanowisku laboranta przed dniem wejścia w życie rozporządzenie
54	Laborant diagnostyki laboratoryjnej	Co najmniej wykształcenie średnie	zatrudnienie na stanowisku laboranta przed dniem wejścia w życie rozporządzenie
55	Starszy asystent logopedii	Uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu logopedy ³⁾ oraz tytuł specjalisty z neurologopedii lub surdologopedii lub studia podyplomowe z neurologopedii lub surdologopedii	7 lat pracy w zawodzie logopedy
56	Asystent logopedii	Uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu logopedy ³⁾	5 lat pracy w zawodzie logopedy
57	Młodszy asystent logopedii	Uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu logopedy ³⁾	3 lata pracy w zawodzie logopedy
58	Logopeda	Uzyskanie kwalifikacji niezbędnych do wykonywania zawodu logopedy ³⁾	-
59	Starszy asystent psychologii klinicznej	Tytuł zawodowy psychologa oraz tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna	7 lat pracy na stanowisku psychologa klinicznego
60	Asystent psychologii klinicznej	Tytuł zawodowy psychologa oraz specjalizacja I lub II stopnia w dziedzinie psychologia kliniczna lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna	5 lat pracy na stanowisku psychologa klinicznego
61	Psycholog kliniczny	Tytuł zawodowy psychologa oraz specjalizacja I lub II stopnia w dziedzinie psychologia kliniczna lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychologia kliniczna	-
62	Starszy psycholog	Kwalifikacje określone wg odrębnych przepisów ⁴⁾	7 lat pracy w zawodzie psychologa
63	Psycholog	Kwalifikacje określone wg odrębnych przepisów ⁴⁾	-
64	Starszy asystent ratownik medyczny	Co najmniej tytuł zawodowy licencjata na kierunku ratownictwo medyczne lub ⁵⁾	stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych lub w dziedzinie nauk o zdrowiu
65	Asystent ratownik medyczny	Tytuł zawodowy licencjata na kierunku ratownictwo medyczne lub ⁵⁾	5 lat pracy w zawodzie ratownik medyczny lub 3 lata pracy w zawodzie ratownik medyczny oraz tytuł magistra na kierunku zdrowie publiczne
66	Młodszy asystent - ratownik medyczny	Tytuł zawodowy licencjata na kierunku ratownictwo medyczne lub ⁵⁾	3 lata pracy w zawodzie ratownik medyczny

67	Starszy ratownik medyczny	Kwalifikacje określone wg odrębnych przepisów ⁶⁾	3 lata pracy w zawodzie ratownik medyczny
68	Ratownik medyczny	Kwalifikacje określone wg odrębnych przepisów ⁷⁾	-
69	Starszy asystent elektroradiologii	Tytuł magistra na kierunku elektroradiologia	stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych lub w dziedzinie nauk o zdrowiu
70	Asystent elektroradiologii	Tytuł magistra na kierunku elektroradiologia	7 lat pracy w zawodzie technik elektroradiolog
71	Młodszy asystent elektroradiologii	Ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujących co najmniej 1 700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera	5 lat pracy w zawodzie technik elektroradiolog
72	Starszy technik elektroradiolog	Ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog lub ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujących co najmniej 1 700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera	3 lata pracy w zawodzie technik elektroradiolog
73	Technik elektroradiolog	Ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik elektroradiolog lub technik elektroradiologii lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje w zawodzie technik elektroradiolog lub ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności elektroradiologia obejmujących co najmniej 1 700 godzin w zakresie elektroradiologii i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera	-
74	Starszy asystent techniki dentystycznej	ukończenie studiów wyższych na kierunku techniki dentystyczne i uzyskanie tytułu licencjata na tym kierunku lub ⁸⁾	stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych lub w dziedzinie nauk o zdrowiu
75	Asystent techniki dentystycznej	ukończenie studiów wyższych na kierunku techniki dentystyczne i uzyskanie tytułu licencjata na tym kierunku lub ⁸⁾	7 lat pracy w zawodzie technik dentystyczny
76	Młodszy asystent techniki dentystycznej	ukończenie studiów wyższych na kierunku techniki dentystyczne i uzyskanie tytułu licencjata na tym kierunku lub ⁸⁾	5 lat pracy w zawodzie technik dentystyczny

77	Starszy technik dentystyczny	Ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika dentystycznego lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik dentystyczny lub uzyskanie przed dniem wejścia w życie rozporządzenia kwalifikacji technika dentystycznego na podstawie dekretu z dnia 5 lipca 1946 r. o wykonywaniu czynności techniczno - dentystycznych lub ukończenie studiów wyższych na kierunku techniki dentystyczne i uzyskanie tytułu licencjata na tym kierunku lub ⁹⁾	3 lata pracy w zawodzie technik dentystyczny
78	Technik dentystyczny	Ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technika dentystycznego lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik dentystyczny lub uzyskanie przed dniem wejścia w życie rozporządzenia kwalifikacji technika dentystycznego na podstawie dekretu z dnia 5 lipca 1946 r. o wykonywaniu czynności techniczno - dentystycznych lub ukończenie studiów wyższych na kierunku techniki dentystyczne i uzyskanie tytułu licencjata na tym kierunku lub ⁹⁾	-
79	Starszy asystent protetyki słuchu	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności protetyka słuchu obejmujących co najmniej 700 godzin kształcenia w zakresie niezbędnym do przygotowania do wykonywania zawodu protetyka słuchu i uzyskanie tytułu licencjata, inżyniera, magistra lub magistra inżyniera	stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych lub w dziedzinie nauk o zdrowiu
80	Asystent protetyki słuchu	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności protetyka słuchu obejmujących co najmniej 700 godzin kształcenia w zakresie niezbędnym do przygotowania do wykonywania zawodu protetyka słuchu i uzyskanie tytułu licencjata, inżyniera, magistra lub magistra inżyniera	7 lat pracy w zawodzie protetyka słuchu
81	Młodszy asystent protetyki słuchu	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności protetyka słuchu obejmujących co najmniej 700 godzin kształcenia w zakresie niezbędnym do	5 lat pracy w zawodzie protetyka słuchu

		przygotowania do wykonywania zawodu protetyka słuchu i uzyskanie tytułu licencjata, inżyniera, magistra lub magistra inżyniera	
82	Starszy protetyk słuchu	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności protetyka słuchu obejmujących co najmniej 700 godzin kształcenia w zakresie niezbędnym do przygotowania do wykonywania zawodu protetyka słuchu i uzyskanie tytułu licencjata, inżyniera, magistra lub magistra inżyniera lub ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego protetyk słuchu lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie protetyk słuchu lub posiadanie co najmniej 2-letniego doświadczenia zawodowego w pracy w gabinecie protetyki słuchu i ukończenie do dnia wejścia w życie rozporządzenia kursu z zakresu protetyki słuchu organizowanego przez szkołę wyższą kształcąca w zakresie akustyki lub Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, obejmującego co najmniej 108 godzin kształcenia w zakresie niezbędnym do przygotowania do wykonywania zawodu protetyka słuchu lub uzyskanie przed dniem wejścia w życie rozporządzenia dyplomu mistrza w zawodzie protetyk słuchu	3 lata pracy w zawodzie protetyk słuchu
83	Protetyk słuchu	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności protetyka słuchu obejmujących co najmniej 700 godzin kształcenia w zakresie niezbędnym do przygotowania do wykonywania zawodu protetyka słuchu i uzyskanie tytułu licencjata, inżyniera, magistra lub magistra inżyniera	-
84	Starszy asystent audiofonologii	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności audiofonia lub audiologia z fonologią	stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych lub w dziedzinie nauk o zdrowiu
85	Asystent audiofonologii	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności audiofonia lub audiologia z fonologią	7 lat pracy w zawodzie audiofonolog
86	Młodszy asystent audiofonologii	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności audiofonia lub audiologia z fonologią	5 lat pracy w zawodzie audiofonolog

	audiofonolog	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności audiofonologia lub audiologia z fonologia	-
87	Starszy asystent terapii zajęciowej	Ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujących co najmniej 3 000 godzin kształcenia, w tym 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskanie tytułu licencjata	stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych lub w dziedzinie nauk o zdrowiu
88	Asystent terapii zajęciowej	Ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujących co najmniej 3 000 godzin kształcenia, w tym 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskanie tytułu licencjata	7 lat pracy w zawodzie terapeuta zajęciowy
89	Młodszy asystent terapii zajęciowej	Ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujących co najmniej 3 000 godzin kształcenia, w tym 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskanie tytułu licencjata	5 lat pracy w zawodzie terapeuta zajęciowy
90	Starszy terapeuta zajęciowy	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego terapeuta zajęciowy lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuta zajęciowy lub ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego w zawodzie instruktor terapii zajęciowej lub ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujących co najmniej 3 000 godzin kształcenia, w tym 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskanie tytułu licencjata	3 lata pracy w zawodzie terapeuta zajęciowy
91	Terapeuta zajęciowy	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego terapeuta zajęciowy lub dyplomu	-

		potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuta zajęciowy lub ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego w zawodzie instruktor terapii zajęciowej lub ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, obejmujących co najmniej 3 000 godzin kształcenia, w tym 2 000 godzin w grupie treści podstawowych i kierunkowych obejmujących wiedzę z zakresu teorii i technik terapeutycznych i uzyskanie tytułu licencjata	
92	Artterapeuta/muzykoteraapeuta	ukończenie szkoły wyższej na kierunkach artystycznych lub studiów podyplomowych przygotowujących do prowadzenia artterapii/muzykoterapii	
93	Starszy asystent	Tytuł zawodowy magistra oraz tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie właściwej dla stanowiska lub stopień naukowy doktora lub studia podyplomowe, właściwe dla powierzonych zadań na stanowisku pracy	7 lat
94	Asystent	Tytuł zawodowy magistra oraz tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie właściwej dla stanowiska lub stopień naukowy doktora lub studia podyplomowe, właściwe dla powierzonych zadań na stanowisku pracy	5 lat
95	Młodszy asystent	Tytuł zawodowy magistra lub inny równorzędny	-
96	Starszy koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów	Kwalifikacje uzyskane wg odrębnych przepisów ¹⁰⁾	5 lat
97	koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów	Kwalifikacje uzyskane wg odrębnych przepisów ¹¹⁾	-
98	Starszy specjalista psychoterapii uzależnień	Kwalifikacje określone wg odrębnych przepisów ¹²⁾	7 lat
99	Specjalista psychoterapii uzależnień	Kwalifikacje określone wg odrębnych przepisów ¹³⁾	-
100	Starszy instruktor terapii uzależnień	Kwalifikacje uzyskane wg odrębnych przepisów ¹⁴⁾	5 lat
101	Instruktor terapii uzależnień	Kwalifikacje uzyskane wg odrębnych przepisów ¹⁵⁾	-

102	Kierownik centralnej sterylizacji	wykształcenie wyższe i ukończony kurs kwalifikacyjny dla kierowników centralnych sterylizatorni i osób nadzorujących wytwarzanie sterylnych wyrobów medycznych według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia	3 lata
103	Starszy felczer	Tytuł zawodowy felczera	5 lat
104	Felczer	Tytuł zawodowy felczera	-
105	Specjalista do spraw promocji zdrowia	Studia wyższe na kierunku zdrowie publiczne lub w specjalności promocja zdrowia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie ¹⁶⁾	-
106	Edukator do spraw diabetologii	- magisterskie pielęgniarskie i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego	2 lata
		- licencjat pielęgniarstwa i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego	1 rok w ośrodku o profilu diabetologicznym
		- średnie pielęgniarskie i specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego	5 w ośrodku o profilu diabetologicznym
107	Starszy perfuzjonista	Średnie medyczne i ukończony kurs kwalifikacyjny dla perfuzjonistów według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia	5 lat
108	Młodszy perfuzjonista	Średnie medyczne i ukończony kurs kwalifikacyjny dla perfuzjonistów według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia	2 lata
109	Perfuzjonista	Średnie medyczne i rozpoczęty kurs kwalifikacyjny dla perfuzjonistów według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia	-
110	Starszy asystent higieny dentystycznej	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności higiena dentystyczna	stopień naukowy doktora w dziedzinie nauk medycznych lub w dziedzinie nauk o zdrowiu
111	Asystent higieny dentystycznej	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności higiena dentystyczna	7 lat pracy w zawodzie higienistka dentystyczna
112	Młodsza asystentka higienistka dentystyczna	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności higiena dentystyczna	5 lat pracy w zawodzie higienistka dentystyczna

113	Starsza higienistka dentystyczna	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistka stomatologiczna	3 lata pracy w zawodzie higienistka dentystyczna
114	Higienistka dentystyczna	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistka stomatologiczna	-
115	Starsza asystentka stomatologiczna	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego asystentka stomatologiczna lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie asystentka stomatologiczna	3 lata pracy w zawodzie asystentka stomatologiczna
116	Asystentka stomatologiczna	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego asystentka stomatologiczna lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie asystentka stomatologiczna	-
117	Starsza opiekunka dziecięca	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego opiekunka dziecięca lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekunka dziecięca	3 lata pracy w zawodzie opiekunka dziecięca
118	Opiekunka dziecięca	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego opiekunka dziecięca lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekunka dziecięca	-
119	Starsza ortoptystka	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego ortoptystyka lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ortoptysta	3 lata pracy w zawodzie ortoptystka
120	Ortoptystka	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego ortoptystyka lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ortoptysta	-
121	Starszy technik masażysta	ukończenie technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach	3 lata pracy w zawodzie

		szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik masażysta lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik masażysta	
122	Technik masażysta	ukończenie technikum lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik masażysta lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik masażysta	-
123	Starszy technik ortopeda	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności technika ortopedyczna i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera lub ukończenie technikum lub szkoły policealnej, publicznych lub niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych i uzyskanie tytułu zawodowego technik ortopeda lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik ortopeda lub ukończenie szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego w zawodzie technik biomechanik lub uzyskanie dyplomu mistrza w zawodzie technik ortopeda	5 lat pracy w zawodzie
124	Technik ortopeda	ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności technika ortopedyczna i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera lub ukończenie technikum lub szkoły policealnej, publicznych lub niepublicznych o uprawnieniach szkół publicznych i uzyskanie tytułu zawodowego technik ortopeda lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik ortopeda lub ukończenie szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego w zawodzie technik biomechanik lub uzyskanie dyplomu mistrza w zawodzie technik ortopeda	-
125	Starszy opiekun medyczny	ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistki szpitalnej lub asystentki pielęgniarskiej lub ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach	3 lata

		szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny	
126	Opiekun medyczny	ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej lub szkoły policealnej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistki szpitalnej lub asystentki pielęgniarskiej lub ukończenie zasadniczej szkoły zawodowej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej lub szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie opiekun medyczny	-
127	Starsza higienistka szkolna	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistka szkolna	3 lata pracy w zawodzie
128	Higienistka szkolna	ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego higienistka szkolna	-
129	Starszy dyspozytor medyczny	Kwalifikacje uzyskane zgodnie z odrębnymi przepisami ¹⁷⁾	5 lat pracy na stanowisku dyspozytora medycznego
130	Dyspozytor medyczny	Kwalifikacje uzyskane zgodnie z odrębnymi przepisami ¹⁸⁾	-

II. Inni pracownicy uczestniczący w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Lp.	Stanowisko	Wymagane kwalifikacje Zawodowe	Staż pracy
1	2	3	4
1	Starszy inżynier medyczny	Tytuł zawodowy inżyniera i tytuł specjalisty w dziedzinie inżynierii medycznej lub co najmniej tytuł doktora w zakresie inżynierii medycznej	5 lat
2	Starszy fizyk medyczny	Tytuł zawodowy inżyniera i tytuł specjalisty w dziedzinie fizyki medycznej lub co najmniej stopień doktora w zakresie fizyki medycznej	5 lat
3	Starszy inspektor ochrony radiologicznej	Tytuł zawodowy inżyniera i tytuł oraz szkolenie specjalistyczne ¹¹⁾	1 rok
4	Starszy pracownik socjalny	Tytuł zawodowy magistra kierunkach określonych odrębnymi przepisami	-
5	Inżynier medyczny	Tytuł zawodowy inżyniera i tytuł specjalisty w dziedzinie inżynierii medycznej lub co najmniej tytuł doktora w zakresie	-

		inżynierii medycznej	
6	Fizyk medyczny	Tytuł zawodowy inżyniera oraz tytuł specjalisty w dziedzinie fizyki medycznej lub co najmniej stopień doktora w zakresie fizyki medycznej	-
7	Kierownik sekcji statystyki medycznej i dokumentacji chorych	Wyższe medyczne lub inne wyższe mające zastosowanie przy wykonywaniu zadań na określonym stanowisku	3 lata
8	Kierownik transportu wewnętrznego	Średnie medyczne lub inne średnie	5 lat
9	Kierownik kuchni ogólnej mlecznej	Średnie z zakresu żywienia człowieka	5 lat
10	Starsza: sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna	Średnie	5 lat
11	Technik kliniczny	Tytuł zawodowy technika i przeszkolenie specjalistyczne	1 rok
12	Pracownik socjalny	Wyższe określone odrębnymi przepisami	-
13	Samodzielny pracownik do spraw szkolenia w zawodach medycznych	Wyższe medyczne lub inne mające zastosowanie w tej działalności	3 lata
		Średnie medyczne i specjalizacja z zarządzania	9 lat
14	Inspektor ochrony radiologicznej	Wykształcenie zgodne z odrębnymi przepisami	-
15	Statystyk medyczny, rejestratorka medyczna, sekretarka medyczna	Średnie	-
16	Starsza pomoc laboratoryjna	Średnie oraz przeszkolenie w miejscu pracy	2 lata
17	Starsza salowa	Podstawowe oraz przeszkolenie w miejscu pracy	3 lata
18	Operator ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych	Średnie oraz kurs z zakresu technologii sterylizacji i dezynfekcji według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia	-
19	Preparator, dezynfektor, wykwalifikowana pomoc stomatologiczna	Średnie oraz przeszkolenie na stanowisku pracy	-
20	Przymiarkowy ortopeda	Średnie techniczne	-
		Zasadnicze zawodowe	3 lata
21	Bandażysta ortopedyczny, mechanik ortopedyczny, cholewkarz ortopedyczny, obuwnik ortopedyczny	Zasadnicze zawodowe	-
23	Przyuczeni: pomoc dentystyczna, dezynfektor i inni	Podstawowe i przeszkolenie na stanowisku pracy	-

24	Sanitariusz szpitalny	Średnie, kurs kwalifikacyjny dla sanitariuszy	6 miesięcy
25	Sanitariusz (noszowy), salowa, faszowaczka	Podstawowe oraz przeszkolenie w miejscu pracy	-
		Średnie	-
		Średnie o odpowiednim kierunku	-
26	Pomoc laboratoryjna	Średnie oraz przeszkolenie na stanowisku pracy	-
27	Pomoc apteczna	Średnie oraz przeszkolenie na stanowisku pracy	-

III. Pozostali pracownicy zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej

Lp.	Stanowisko	Wymagane kwalifikacje zawodowe	Staż pracy
1	2	3	4
1	Główny księgowy	Tytuł zawodowy magister ekonomii, tytuł zawodowy licencjata na kierunku ekonomii, lub ekonomiczne studia podyplomowe	3 lata w księgowości
		Tytuł zawodowy technika ekonomicznego, policealna lub pomaturalna szkoła zawodowa o kierunku rachunkowość	6 lat w księgowości
2	Zastępca głównego księgowego	Tytuł zawodowy magistra ekonomii	4 lata
		Tytuł zawodowy technika ekonomii	8 lat
3	Radca prawny	Według odrębnych przepisów ¹³⁾	
4	Główny specjalista, asystent kierownika zakładu	Wyższe o odpowiednim kierunku	7 lat
5	Główny specjalista do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy	Według odrębnych przepisów ¹⁴⁾	
6	Starszy specjalista, starszy statystyk, starszy informatyk	Wyższe o odpowiednim kierunku	5 lat
7	Specjalista, informatyk	Wyższe o odpowiednim kierunku	3 lat
8	Specjalista do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy	Według odrębnych przepisów ¹⁴⁾	
9	Kapelan szpitalny	Tytuł zawodowy magister teologii lub ukończone wyższe seminarium duchowne oraz skierowanie biskupa diecezjalnego	-
10	Starszy inspektor do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy	Według odrębnych przepisów ¹⁴⁾	
11	Pełnomocnik kierownika zakładu ds. jakości	Wyższe medyczne, ukończone studia podyplomowe z zakresu zarządzania jakością lub ukończone kursy	3 lata

		specjalistyczne	
		Średnie medyczne i ukończone kursy specjalistyczne	5 lat
12	Starszy: inspektor, rewident Zakładowy, księgowy, mistrz, Technik informatyk	wyższe o odpowiednim kierunku	1 rok
		średnie o odpowiednim kierunku	4 lata
13	Kierownik świetlicy	Wyższe o odpowiednim kierunku	2 lata
		średnie o odpowiednim kierunku	5 lat
14	Kierownik kancelarii, starszy referent	średnie o odpowiednim kierunku	2 lata
15	Inspektor do spraw bezpieczeństwa i higieny pracy	według odrębnych przepisów	
16	Inspektor do spraw obronnych i rezerw	Wyższe	2 lata
17	Inspektor ochrony przeciwpożarowej	według odrębnych przepisów	
18	Inspektor, księgowy, inspektor terapii pracą, mistrz, starszy Kasjer	wyższe o odpowiednim kierunku	-
		Średnie o odpowiednim kierunku	5 lat
19	Starszy magazynier, intendent, Kasjer	Średnie	1 rok
20	Magazynier	Średnie	-
		Podstawowe	2 lata
21	Starszy bibliotekarz	według odrębnych przepisów	
22	Bibliotekarz	według odrębnych przepisów	
23	Referent, archiwista, sekretarka	Średnie	-
24	Starsza maszynistka	Średnie	-
25	Maszynistka	Średnie	-
26	Telefonistka	Podstawowe	-
27	Laborant w kotłowni	Średnie chemiczne	-
28	Konserwator urządzeń Technicznych	Tytuł zawodowy technika lub zasadnicze zawodowe o odpowiednim kierunku i przeszkolenie specjalistyczne	-
29	Starszy mistrz	Tytuł zawodowy technika lub	5 lat

		zasadnicze zawodowe i uprawnienia mistrzowskie	
30	Mistrz	Tytuł zawodowy technika lub zasadnicze zawodowe i uprawnienia mistrzowskie	-
31	Hydraulik, ślusarz, elektromechanik, tokarz, elektryk, spawacz, szef kuchni, operator oczyszczalni ścieków i inni	Zasadnicze zawodowe lub podstawowe i kurs przysposobienia zawodowego	-
32	Kierowca	Wykształcenie średnie lub zawodowe oraz zawodowe prawo jazdy	3 lata
33	Palacz kotłów parowych o nadciśnieniu 0,07 Mpa, wodnych wysokotemperaturowych wraz z urządzeniami pomocniczymi	Świadectwo czeladnicze lub zasadnicza szkoła zawodowa i uprawnienia kwalifikacyjne	6 miesięcy
34	Palacz kotłów wodnych nisko- i średniotemperaturowych wraz z urządzeniami pomocniczymi	Świadectwo robotnika wykwalifikowanego w zawodzie palacza i uprawnienia kwalifikacyjne	6 miesięcy
35	Palacz pieców spalania odpadów organicznych, aparaturowy uzdatniania wody	Podstawowe i uprawnienia kwalifikacyjne	6 miesięcy
36	Pomocnik palacza, robotnik nawęglania i odżużlowania	Podstawowe i przyuczenie do zawodu	-
37	Starszy: dozorca, strażnik, portier	Podstawowe i przeszkolenie zawodowe	3 lata
38	Dozorca, strażnik, portier, woźny, dźwigowy, szatniarz, powielaczowy i inni	Podstawowe i przeszkolenie zawodowe	-

- 1)
- rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku,
 - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1997 r. studiów wyższych w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie specjalizacji I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,
 - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie w ramach studiów dwuletniej specjalizacji z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzonej legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej/gimnastyki leczniczej,
 - rozpoczęcie przed dniem 31 grudnia 1979 r. studiów wyższych na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskanie tytułu magistra na tym kierunku oraz ukończenie 3 – miesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji zgodnie z obowiązującymi wtedy przepisami Głównego Komitetu Kultury Fizycznej.

- 2)
- rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności dietetyka obejmujących co najmniej 1 784 godziny kształcenia w zakresie dietetyki i uzyskanie tytułu magistra,

b) rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskanie tytułu magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku.

³⁾ a) ukończenie studiów wyższych na kierunku lub w specjalności logopedia obejmujących w programie nauczania co najmniej 800 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
b) ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii obejmujących co najmniej 600 godzin kształcenia w zakresie logopedii,
c) rozpoczęcie przed dniem wejścia w życie rozporządzenia i ukończenie studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończenie studiów podyplomowych z logopedii.

⁴⁾ Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. Nr 73, poz. 763, z późn. zm.).

⁵⁾ Tytuł licencjata uzyskany po ukończeniu studiów wyższych pierwszego stopnia, które rozpoczęły się przed dniem 1 października 2008 r. na innym kierunku niż ratownictwo medyczne w specjalności ratownictwo medyczne/medycyna ratunkowe.

⁶⁾ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).

⁷⁾ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

⁸⁾ Rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności techniki dentystyczne obejmujących w programie nauczania co najmniej 2 184 godziny kształcenia w zakresie niezbędnym do przygotowania do wykonywania zawodu technika dentystycznego i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera.

⁹⁾ Rozpoczęcie przed dniem 1 października 2007 r. studiów wyższych w specjalności techniki dentystyczne obejmujących w programie nauczania co najmniej 2 184 godziny kształcenia w zakresie niezbędnym do przygotowania do wykonywania zawodu technika dentystycznego i uzyskanie tytułu licencjata lub inżyniera.

¹⁰⁾ Ustawa z dnia z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411 z późn. zm.).

¹¹⁾ Ustawa z dnia z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.

¹²⁾ a) posiadanie kwalifikacji specjalisty terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.),
b) posiadanie kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi

¹³⁾ a) posiadanie kwalifikacji specjalisty terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
b) posiadanie kwalifikacji specjalisty psychoterapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.).

¹⁴⁾ Posiadanie kwalifikacji instruktora terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii; posiadanie kwalifikacji instruktora terapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

¹⁵⁾ Posiadanie kwalifikacji instruktora terapii uzależnień, o których mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii; posiadanie kwalifikacji instruktora terapii uzależnień, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

¹⁶⁾ Studia na innym kierunku lub specjalności, które w programie kształcenia obejmowały wiedzę i umiejętności z zakresu promocji zdrowia.

¹⁷⁾ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

¹⁸⁾ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

UZASADNIENIE

Przedmiotowe rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 46 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...). Zgodnie z nim minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje wymagane od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcą, kierując się potrzebą zapewnienia efektywności zatrudnienia.

Niniejszy projekt rozporządzenia zawiera zmiany merytoryczne w stosunku do obecnej regulacji odpowiadającej jej zakresem przedmiotowym, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 52, poz. 543, późn. zm.). Projektowana regulacja tym samym dostosowuje istniejące regulacje prawne do zmieniającego się systemu kształcenia kadr medycznych.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów 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).

Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1) Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Rozporządzenie będzie oddziaływało na podmioty wykonujące działalność leczniczą niebędące przedsiębiorcami oraz pracowników w nich zatrudnionych.

2) Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom: 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, Unii Uzdrowisk Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Związkowi Pracodawców, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz Polskiej Izbie Ubezpieczeń.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie nie pociągnie za sobą skutków finansowych dla budżetu państwa oraz dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie będzie mieć wpływ na rynek pracy.

5) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

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

6) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Zaproponowana zmiana rozporządzenia nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7) Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Zaproponowana zmiana rozporządzenia będzie miała wpływ na zdrowie ludzi.

8) Ocena zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie zasad wynagradzania pracowników podmiotów leczniczych w formie
jednostki budżetowej.**

Na podstawie art. 84 ust. 9 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Przepisy rozporządzenia stosuje się do pracowników zatrudnionych w:

- 1) podmiotach leczniczych w formie jednostki budżetowej;
- 2) podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę albo jednostkę samorządu terytorialnego, jako pracodawcę w celu udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o „pracowniku działalności podstawowej”, rozumie się przez to:

- 1) pracownika medycznego, który ukończył wyższe studia medyczne lub średnią szkołę medyczną, jak również pracownika, który uzyskał wykształcenie wyższe lub średnie inne niż medyczne i posiadane przez niego kwalifikacje zawodowe mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
- 2) innego pracownika niż wymieniony w pkt 1, którego praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

§ 3. Ustala się:

- 1) tabelę miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego, stanowiącą załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) tabelę zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników podmiotów, o których

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

mowa w § 1, z wyłączeniem pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych, stanowiącą załącznik nr 2 do rozporządzenia;

3) tabelę zaszeregowania stanowisk pracy dla pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych, stanowiącą załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 4. Wykaz stanowisk, na których przysługuje dodatek funkcyjny, i stawek dodatku funkcyjnego, ustalonych w relacji procentowej do wynagrodzenia zasadniczego, określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 5. 1. W ramach środków na wynagrodzenia może być tworzony fundusz premiowy.

2. Wysokość funduszu premiowego, zadania oraz zasady premiowania określa zakładowy regulamin premiowania.

§ 6. 1. Do okresu pracy uprawniającego do dodatku za wysługę lat wlicza się wszystkie poprzednie zakończone okresy zatrudnienia.

2. Do okresu pracy uprawniającego do dodatku za wysługę lat wlicza się także inne okresy, jeżeli z mocy odrębnych przepisów podlegają one wliczeniu do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze.

3. W przypadku gdy praca w podmiocie leczniczym, o którym mowa w § 1, stanowi dodatkowe zatrudnienie, do okresu dodatkowego zatrudnienia nie podlegają zaliczeniu okresy zatrudnienia podstawowego.

4. Dodatek za wysługę lat jest wypłacany w terminie wypłaty wynagrodzenia:

- 1) począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym pracownik nabył prawo do dodatku lub prawo do wyższej stawki dodatku, jeżeli nabycie prawa nastąpiło w ciągu miesiąca,
- 2) za dany miesiąc, jeżeli nabycie prawa do dodatku lub prawa do wyższej stawki dodatku nastąpiło pierwszego dnia miesiąca.

5. Dodatek za wysługę lat przysługuje pracownikowi za dni, za które otrzymuje wynagrodzenie. Dodatek ten przysługuje za dni nieobecności w pracy z powodu niezdolności do pracy wskutek choroby bądź konieczności osobistego sprawowania

opieki nad dzieckiem lub chorym członkiem rodziny, za które pracownik otrzymuje zasiłek z ubezpieczenia społecznego.

§ 7. 1. Pracownikowi działalności podstawowej posiadającemu stopień naukowy doktora, doktora habilitowanego lub tytuł naukowy profesora przysługuje miesięczny dodatek za stopień lub tytuł naukowy ustalony w relacji procentowej do wynagrodzenia zasadniczego:

Stopień (tytuł) naukowy	Procent wynagrodzenia zasadniczego
Profesor	do 50%, jednak nie mniej niż 185 zł
Doktor habilitowany	do 30%, jednak nie mniej niż 125 zł
Doktor	do 20%, jednak nie mniej niż 65 zł

2. Pracownikowi posiadającemu jednocześnie określony stopień i tytuł naukowy przysługuje tylko jeden dodatek w wyższej wysokości.

3. Dodatek przysługuje począwszy od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło udokumentowanie uprawnień.

§ 8. Pracownikom, innym niż wymienieni w art. 95 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej, wykonującym pracę w porze nocnej przysługuje dodatek do wynagrodzenia za każdą godzinę pracy w porze nocnej w wysokości 20 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, nie niższy jednak od dodatku ustalonego na podstawie art. 151⁸ § 1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94, z późn. zm.³⁾).

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 113, poz. 717, z 1999 r. Nr 99, poz. 1152, z 2000 r. Nr 19, poz. 239, Nr 43, poz. 489, Nr 107, poz. 1127 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 11, poz. 84, Nr 28, poz. 301, Nr 52, poz. 538, Nr 99, poz. 1075, Nr 111, poz. 1194, Nr 123, poz. 1354, Nr 128, poz. 1405 i Nr 154, poz. 1805, z 2002 r. Nr 74, poz. 676, Nr 135, poz. 1146, Nr 196, poz. 1660, Nr

§ 9. 1. Kierowcy samochodu osobowego może być przyznane, za jego zgodą, wynagrodzenie ryczałtowe obejmujące poszczególne składniki wynagrodzenia (w szczególności: wynagrodzenie zasadnicze, dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych oraz dodatek za pracę w porze nocnej), uwzględniające liczbę godzin przypadających do przepracowania w okresie jednego miesiąca, w przypadkach gdy faktyczny czas pracy kierowcy w poszczególnych miesiącach nie ulega wahaniom i odpowiada liczbie godzin przyjętych do obliczenia wynagrodzenia.

2. Kierowcy, któremu powierzono dodatkowe czynności wykraczające poza zakres jego normalnych obowiązków, przysługuje dodatek w wysokości do 60% najniższej stawki wynagrodzenia zasadniczego w pierwszej kategorii zaszeregowania określonej w tabeli miesięcznych stawek wynagrodzenia zasadniczego, stanowiącej załącznik nr 1 do rozporządzenia.

3. Wysokość dodatku, o którym mowa w ust. 2, za wykonywanie poszczególnych czynności ustala pracodawca, uwzględniając rodzaj czynności i ich uciążliwość.

§ 10. 1. Za długoletnią pracę pracownikowi przysługują nagrody jubileuszowe w wysokości:

- 1) 75% miesięcznego wynagrodzenia - po 20 latach pracy;
- 2) 100% miesięcznego wynagrodzenia - po 25 latach pracy;
- 3) 150% miesięcznego wynagrodzenia - po 30 latach pracy;
- 4) 200% miesięcznego wynagrodzenia - po 35 latach pracy;
- 5) 300% miesięcznego wynagrodzenia - po 40 latach pracy.

2. Do okresu pracy uprawniającego do nagrody jubileuszowej wlicza się wszystkie poprzednie zakończone okresy zatrudnienia oraz inne okresy, jeżeli z mocy odrębnych przepisów podlegają one wliczeniu do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze.

199, poz. 1673 i Nr 200, poz. 1679, z 2003 r. Nr 166, poz. 1608 i Nr 213, poz. 2081, z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1001, Nr 120, poz. 1252 i Nr 240, poz. 2407, z 2005 r. Nr 10, poz. 71, Nr 68, poz. 610, Nr 86, poz. 732 i Nr 167, poz. 1398, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 133, poz. 935, Nr 217, poz. 1587 i Nr 221, poz. 1615, z 2007 r. Nr 64, poz. 426, Nr 89, poz. 589, Nr 176, poz. 1239, Nr 181, poz. 1288 i Nr 225, poz. 1672, z 2008 r. Nr 93, poz. 586, Nr 116, poz. 740, Nr 223, poz. 1460 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 56, poz. 458, Nr 58, poz. 485, Nr 98, poz. 817, Nr 99, poz. 825, Nr 115, poz. 958, Nr 157, poz. 1241 i Nr 219, poz. 1704 oraz z 2010 r. Nr 105, poz. 655 i Nr 135, poz. 912.

3. W razie równoczesnego pozostawania w więcej niż jednym stosunku pracy, do okresu pracy uprawniającego do nagrody jubileuszowej wlicza się jeden z tych okresów.

4. Pracownik nabywa prawo do nagrody jubileuszowej w dniu upływu okresu uprawniającego do nagrody.

5. Pracownik jest obowiązany udokumentować swoje prawo do nagrody jubileuszowej, jeżeli w jego aktach osobowych brak jest odpowiedniej dokumentacji.

6. Wypłata nagrody jubileuszowej powinna nastąpić niezwłocznie po nabyciu przez pracownika prawa do tej nagrody.

7. Podstawę obliczenia nagrody jubileuszowej stanowi wynagrodzenie przysługujące pracownikowi w dniu nabycia prawa do nagrody, a jeżeli dla pracownika jest to korzystniejsze - wynagrodzenie przysługujące w dniu jej wypłaty. Jeżeli pracownik nabył prawo do nagrody jubileuszowej będąc zatrudnionym w innym wymiarze czasu pracy niż w dniu jej wypłaty, podstawę obliczenia nagrody stanowi wynagrodzenie przysługujące pracownikowi w dniu nabycia prawa do nagrody. Nagrodę oblicza się według zasad obowiązujących przy ustalaniu ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy.

8. W razie ustania stosunku pracy w związku z przejściem pracownika na rentę z tytułu niezdolności do pracy lub emeryturę, pracownikowi, któremu do nabycia prawa do nagrody jubileuszowej brakuje mniej niż 12 miesięcy, licząc od dnia rozwiązania stosunku pracy, nagrodę tę wypłaca się w dniu rozwiązania stosunku pracy.

9. Jeżeli w dniu wejścia w życie rozporządzenia albo w dniu wejścia w życie przepisów wprowadzających zaliczalność do okresów uprawniających do świadczeń pracowniczych okresów nie podlegających dotychczas wliczeniu, pracownikowi upływa okres uprawniający go do dwóch lub więcej nagród, wypłaca mu się tylko jedną nagrodę - najwyższą.

10. Pracownikowi, który w dniu wejścia w życie rozporządzenia albo w dniu wejścia w życie przepisów, o których mowa w ust. 9, ma okres dłuższy niż wymagany do nagrody jubileuszowej danego stopnia, a w ciągu 12 miesięcy od tego dnia upływie okres uprawniający go do nabycia nagrody wyższego stopnia, nagrodę niższą wypłaca się w pełnej wysokości, a w dniu nabycia prawa do nagrody wyższej - różnicę między kwotą nagrody wyższej a kwotą nagrody niższej.

11. Przepisy ust. 9 i 10 mają odpowiednio zastosowanie, w przypadku gdy w dniu, w którym pracownik udokumentował swoje prawo do nagrody, był uprawniony do nagrody wyższego stopnia oraz w razie gdy pracownik prawo to nabywa w okresie 12 miesięcy od tego dnia.

§ 11. 1. Pracownikowi spełniającemu warunki uprawniające do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, którego stosunek pracy ustał w związku z przejściem na emeryturę lub rentę, przysługuje jednorazowa odprawa pieniężna w wysokości:

- 1) jednomiesięcznego wynagrodzenia, jeśli był zatrudniony krócej niż 15 lat;
- 2) dwumiesięcznego wynagrodzenia, jeśli był zatrudniony co najmniej 15 lat;
- 3) trzymiesięcznego wynagrodzenia, jeśli był zatrudniony co najmniej 20 lat.

2. Odprawę pieniężną oblicza się według zasad obowiązujących przy ustalaniu ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy.

3. Okresy pracy i inne okresy uprawniające do odprawy ustala się według zasad obowiązujących przy ustalaniu okresów uprawniających do dodatku za wysługę lat.

4. Pracownik, który otrzymał odprawę, nie może ponownie nabyć do niej prawa.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 od dnia ogłoszenia.⁴⁾

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 52, poz. 543), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 208 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

**Załączniki do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia ... (poz. ...)
Załącznik Nr 1**

TABELA MIESIĘCZNYCH STAWEK WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO

Kategoria zaszeregowania	Kwota w zł
I	1.020-1.280
II	1.020-1.300
III	1.020-1.320
IV	1.030-1.370
V	1.040-1.470
VI	1.060-1.570
VII	1.080-1.690
VIII	1.100-1.810
IX	1.120-1.930
X	1.140-2.050
XI	1.160-2.170
XII	1.180-2.290
XIII	1.200-2.420
XIV	1.230-2.600
XV	1.300-2.850
XVI	1.440-3.100
XVII	1.580-3.350
XVIII	1.720-3.650
XIX	1.860-3.950
XX	2.000-4.250

XXI	2.150-4.550
XXII	2.320-4.850

Załącznik Nr 2

**TABELA ZASZEREGOWANIA STANOWISK PRACY DLA PRACOWNIKÓW
ZATRUDNIONYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH , O KTÓRYCH MOWA W § 1
ROZPORZĄDZENIA, Z WYŁĄCZENIEM PRACOWNIKÓW STACJI SANITARNO-
EPIDEMIOLOGICZNYCH**

Lp.	Stanowisko	Kategoria zaszeregowania
1	2	3
I. Pracownicy działalności podstawowej		
1	<ul style="list-style-type: none"> - Zastępca kierownika podmiotu leczniczego ds. lecznictwa - Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) - Naczelną pielęgniarka - Kierownik apteki działającej w ramach podmiotu leczniczego 	XXI
2	<ul style="list-style-type: none"> - Zastępca ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) - Kierownik komórki organizacyjnej, z zastrzeżeniem lp. 4 i 7 	XX
3	<ul style="list-style-type: none"> - Zastępca kierownika komórki organizacyjnej, o którym mowa w lp. 2 - Zastępca kierownika apteki działającej w ramach podmiotu leczniczego - Starszy asystent, z zastrzeżeniem lp. 4 - Starszy specjalista 	XIX
4	<ul style="list-style-type: none"> - Kierownik komórki organizacyjnej lecznictwa odwykowego 	XVIII

	<ul style="list-style-type: none"> - Inspektor ds. gospodarki lekami - Starszy asystent farmaceutyczny - Asystent, z zastrzeżeniem lp. 5 - Specjalista - Specjalista terapii uzależnień - Inżynier kliniczny - Inspektor ochrony radiologicznej I° 	
5	<ul style="list-style-type: none"> - Asystent farmaceutyczny - Koordynator pobierania i przeszczepiania komórek, tkanek i narządów - Młodszy asystent 	XVII
6	<ul style="list-style-type: none"> - Starszy felczer, felczer - Przełożona pielęgniarek - Kierownik techniczny pracowni stomatologicznej - Kierownik zespołu techników medycznych - Inspektor ochrony radiologicznej II° i III° 	XVI
7	<ul style="list-style-type: none"> - Kierownik komórki organizacyjnej: opiekuńczo-leczniczej, leczniczo-wychowawczej, żłobka - Kierownik sekcji statystyki medycznej i dokumentacji chorych - Zastępczyni przełożonej pielęgniarek - Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek - Pielęgniarka oddziałowa - Zastępczyni pielęgniarki oddziałowej 	XV

	<ul style="list-style-type: none"> - Specjalista pielęgniarka - Specjalista technik dentystyczny - Specjalista technik radioterapii - Perfuzjonista - Kapelan szpitalny 	
8	<ul style="list-style-type: none"> - Starsza: pielęgniarka, pielęgniarka środowiskowa - Starsza higienistka stomatologiczna - Starszy: technik medyczny, instruktor higieny, terapeuta zajęciowy, instruktor terapii uzależnień, dyspozytor, ratownik medyczny - Pielęgniarka epidemiologiczna 	XIV
9	<ul style="list-style-type: none"> - Pielęgniarka - Pielęgniarka środowiskowa - Higienistka stomatologiczna - Technik medyczny, instruktor higieny, terapeuta zajęciowy, dyspozytor, ratownik medyczny - Starszy: ortoptysta, statystyk medyczny, pracownik socjalny, dietetyczka, opiekunka dziecięca 	XIII
10	<ul style="list-style-type: none"> - Instruktor terapii uzależnień, ortoptysta, opiekunka dziecięca, dietetyczka, pracownik socjalny, 	XII
11	<ul style="list-style-type: none"> - Starsza: sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna - Statystyk medyczny - Asystentka stomatologiczna - Asystentka pielęgniarstwa 	XI

12	- Sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna - Sanitariusz szpitalny	X
13	- Młodsza pielęgniarka - Wykwalifikowana pomoc dentystyczna - Dezynfektor, laborant - Operator ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych - Starsza: salowa, pomoc laboratoryjna	IX
14	- Sanitariusz, salowa, fasowaczka, pomoc laboratoryjna, pomoc apteczna	VIII
II. Pracownicy administracyjni, techniczni i ekonomiczni		
1	- Kierownik podmiotu leczniczego	XXII
2	- Zastępca kierownika podmiotu leczniczego - Główny księgowy	XXI
3	- Zastępca głównego księgowego	XIX
4	- Radca prawny	XVIII
5	- Kierownik komórki organizacyjnej - Główny specjalista - Asystent kierownika podmiotu	XVI
6	- Starszy: specjalista, informatyk	XV
7	- Specjalista, informatyk - Specjalista ds. bezpieczeństwa i higieny pracy	XIV
8	- Inspektor ds. bezpieczeństwa i higieny pracy - Inspektor ds. obronnych i rezerw	XIII

	<ul style="list-style-type: none"> - Inspektor ochrony przeciwpożarowej - Starszy: inspektor, rewident podmiotu, księgowy, technik informatyk - Kierownik świetlicy - Starszy bibliotekarz 	
9	- Inspektor, księgowy, technik informatyk, starszy kasjer	XII
10	<ul style="list-style-type: none"> - Starszy magazynier, - Kierownik kancelarii - Starszy referent - Bibliotekarz, intendent, kasjer 	XI
11	- Magazynier	X
12	- Referent, archiwista, sekretarka	IX
13	- Telefonistka	VIII
III. Pracownik gospodarczy i obsługi		
1	<ul style="list-style-type: none"> - Laborant w kotłowni - Konserwator urządzeń technicznych - Starszy mistrz w zawodzie 	XII
2	- Mistrz w zawodzie	XI
3	<ul style="list-style-type: none"> - Hydraulik, ślusarz, elektromechanik, tokarz, elektryk, spawacz, szef kuchni, operator oczyszczalni ścieków i inne - Palacz 	IX
4	- Pomocnik palacza, robotnik nawęglania i odżużlowania	VIII
5	- Kierowca	VII

6	- Robotnik gospodarczy - Pracownik przyuczony na stanowisku robotniczym - Starszy strażnik	VI
7	- Starszy: dozorca, portier	V
8	- Dozorca, portier, strażnik, szatniarz, sprzątaczką, dźwigowy i inne	IV
9	- Pracownik w okresie nauki zawodu lub przyuczania do zawodu	III

Załącznik Nr 3

**TABELA ZASZEREGOWANIA STANOWISK PRACY DLA PRACOWNIKÓW STACJI
SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNYCH**

Lp.	Stanowisko	Kategoria zaszeregowania
1	2	3
I. Pracownicy działalności podstawowej		
1	Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny	XXII
2	Państwowy powiatowy inspektor sanitarny Państwowy graniczny inspektor sanitarny Zastępca państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego Kierownik oddziału zamiejscowego (delegatury) wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej	XXI
3	Zastępca państwowego powiatowego inspektora sanitarnego Zastępca państwowego granicznego inspektora sanitarnego Główny specjalista do spraw systemu jakości Kierownik oddziału terenowego powiatowej stacji sanitarno- epidemiologicznej ¹⁾ Kierownik: działu, oddziału	XX
4	Kierownik: sekcji, pracowni Starszy asystent	XIX

5	Asystent Specjalista do spraw sanitarnych	XVIII
6	Młodszy asystent	XVII
7	Stażysta	XV
8	Starszy: instruktor higieny, instruktor ds. oświaty zdrowotnej Starsza pielęgniarka, starszy technik	XIV
9	Instruktor higieny, instruktor ds. oświaty zdrowotnej Pielęgniarka, technik Starszy statystyk medyczny	XIII
10	Starsza: rejestratorka medyczna, sekretarka medyczna Statystyk medyczny	XI
11	Rejestratorka medyczna, sekretarka medyczna Operator ciśnieniowych sterylizatorów gazowych i parowych	X
12	Kontroler sanitarny Dezynfektor	IX
13	Pomoc laboratoryjna	VIII
II. Pracownicy ekonomiczno-administracyjno-techniczni i obsługi		
1	Zastępca dyrektora ds. ekonomiczno-administracyjnych stacji sanitarno-epidemiologicznej Główny księgowy	XX
2	Zastępca głównego księgowego	XIX
3	Radca prawny	XVIII
4	Kierownik: działu, oddziału, sekcji Specjalista ds. wewnętrznej kontroli finansowej	XVI
5	Starszy: specjalista, informatyk	XV
6	Specjalista, informatyk Specjalista ds. bezpieczeństwa i higieny pracy	XIV
7	Pełnomocnik ds. ochrony informacji niejawnych Inspektor ds. bezpieczeństwa i higieny pracy	XIII

	Inspektor ochrony przeciwpożarowej Inspektor obrony cywilnej i spraw obronnych Starszy: inspektor, rewident, księgowy, technik informatyk Referent ds. zamówień publicznych	
8	Stażysta Inspektor, rewident, księgowy, technik informatyk Starszy kasjer Starszy mistrz Konserwator urządzeń technicznych	XII
9	Starszy magazynier Starszy: referent, archiwista, sekretarka Kasjer Mistrz	XI
10	Referent, archiwista, sekretarka	X
11	Magazynier Hydraulik, malarz, stolarz, elektryk, elektromechanik, spawacz i inne Palacz kotłów parowych i wodnych	IX
12	Maszynistka Telefonistka Pomocnik palacza	VIII
13	Kierowca	VII
14	Starszy: dozorca, portier, strażnik	V
15	Dozorca, portier, strażnik, sprzątaczką, dźwigowy, goniec, zmywaczka szkła laboratoryjnego, szatniarz, powielaczowy	IV
16	Pracownik w okresie nauki zawodu lub przyuczania do zawodu	III

Załącznik Nr 4

**WYKAZ STANOWISK, NA KTÓRYCH PRZYSŁUGUJE DODATEK FUNKCYJNY, I
STAWEK DODATKU FUNKCYJNEGO**

Lp.	Stanowisko	Procent od wynagrodzenia zasadniczego
-----	------------	---

1	2	3
I. Pracownicy działalności podstawowej		
1	Państwowy wojewódzki inspektor sanitarny	do 50%
2	Państwowy powiatowy inspektor sanitarny Państwowy graniczny inspektor sanitarny Zastępca państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego Kierownik oddziału zamiejscowego (delegatury) wojewódzkiej stacji sanitarno-epidemiologicznej ¹⁾ Zastępca kierownika podmiotu ds. lecznictwa Ordynator (lekarz kierujący oddziałem) Naczelną pielęgniarka Kierownik komórki organizacyjnej, z zastrzeżeniem lp. 3 i 4 Kierownik apteki podmiotu	do 45%
3	Zastępca państwowego powiatowego inspektora sanitarnego Zastępca państwowego granicznego inspektora sanitarnego Kierownik: działu, oddziału stacji sanitarno-epidemiologicznej Główny specjalista ds. systemu jakości w stacji sanitarno-epidemiologicznej	do 40%
4	Zastępca ordynatora (lekarza kierującego oddziałem) Zastępca kierownika komórki organizacyjnej Kierownik: sekcji, pracowni stacji sanitarno-epidemiologicznej Zastępca kierownika apteki podmiotu Przełożona pielęgniarek	do 35%
5	Zastępczyni przełożonej pielęgniarek Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek Pielęgniarka oddziałowa Kierownik zespołu techników medycznych Kierownik techniczny pracowni stomatologicznej	do 25%
6	Zastępczyni pielęgniarki oddziałowej	do 20%
II. Pracownicy techniczni, ekonomiczni i administracyjni		
1	Kierownik podmiotu	do 50%
2	Zastępca kierownika podmiotu Zastępca dyrektora ds. ekonomiczno-administracyjnych stacji	do 45%

	sanitarno-epidemiologicznej Główny księgowy	
3	Radca prawny	do 45%
4	Zastępca głównego księgowego	do 30%
5	Kierownik komórki organizacyjnej Kierownik: działu, oddziału, sekcji stacji sanitarno-epidemiologicznej	do 25%

Uzasadnienie

Przedmiotowe rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 84 ust. 9 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Zgodnie z nim minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw pracy określi, w drodze rozporządzenia, warunki wynagradzania za pracę pracowników:

- 1) podmiotu leczniczego w formie jednostki budżetowej;
- 2) podmiotu leczniczego utworzonego przez ministra, centralny organ administracji rządowej, wojewodę albo jednostkę samorządu terytorialnego, jako pracodawcę w celu udzielania świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom.

Rozporządzenie określa w szczególności kwoty wynagrodzenia zasadniczego i tabele zaszeregowania pracowników oraz warunki ustalania i wypłacania innych składników wynagrodzenia, kierując się kwalifikacjami zawodowymi tych pracowników oraz zakresem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez wskazane wyżej podmioty.

Co do zasady projektowane rozporządzenie powiela dotychczasowe rozwiązania normatywne, z uwzględnieniem zmian wynikających z ustawy o działalności leczniczej. Obecnie kwestie te reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 8 czerwca 1999 r. w sprawie zasad wynagradzania pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 52, poz. 543, z późn. zm.).

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów 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).

Ocena Skutków Regulacji

1) Podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie

Rozporządzenie będzie oddziaływało na podmioty wykonujące działalność leczniczą w formie jednostki budżetowej.

2) Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom: 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 oraz, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowane rozporządzenie będzie miało wpływ na rynek pracy w zakresie związanym ze zmianą podstawy prawnej do wypłaty wynagrodzeń.

5) Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6) Wpływ na sytuację i rozwój regionalny

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

7) Wpływ regulacji na zdrowie ludności

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludności.

8) Wpływ na środowisko

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na środowisko.

9) Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowane rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia**

**w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania
kontroli podmiotów leczniczych**

Na podstawie art. 115 ust. 6 ustawy z dnia o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1
Przepisy ogólne**

§ 1.

Rozporządzenie określa szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania kontroli, o której mowa w art. 111, art. 112 i 114 ust. 3 ustawy z dnia o działalności leczniczej, zwanej dalej „ustawą”, w tym warunki i tryb:

- 1) przygotowania oraz prowadzenia czynności kontrolnych;
- 2) dokumentowania poszczególnych czynności kontrolnych;
- 3) sporządzania wystąpień pokontrolnych;
- 4) składania zastrzeżeń do ustaleń kontroli i ich rozpatrzenia;
- 5) wzory dokumentów obowiązujących przy przeprowadzaniu czynności kontrolnych.

§ 2.

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) kontrolujący – pracowników podmiotu tworzącego, pracowników urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia, pracowników urzędów

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

wojewódzkich, konsultantów krajowych i wojewódzkich, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679), pracowników jednostek organizacyjnych podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jak również osoby wskazane przez podmioty, o których mowa w art. 112 ust. 2 ustawy;

- 2) kierownik komórki kontroli – kierownika komórki organizacyjnej, do której zadań należy przeprowadzanie kontroli i wyodrębnionej w ramach jednostki organizacyjnej obsługującej podmiot, o którym mowa w § 3.

Rozdział 2

Przygotowanie kontroli

§ 3.

Kontrolę zarządza odpowiednio podmiot tworzący albo minister właściwy do spraw zdrowia.

§ 4.

1. Przygotowanie kontroli obejmuje:
 - 1) dokonanie analizy przedkontrolnej, obejmującej w szczególności problematykę podlegającą badaniu i obowiązujący w jej zakresie stan prawny oraz analizę ryzyka kontroli;
 - 2) określenie celu kontroli, sformułowanego w sposób umożliwiający sprawdzenie jego osiągnięcia;
 - 3) określenie zakresu kontroli, w tym wskazanie poszczególnych zagadnień, których zbadanie jest niezbędne do osiągnięcia celu kontroli oraz ich istotności, określenie metodyki kontroli oraz rodzaju procedur analitycznych adekwatnych do celu kontroli i zakresu kontroli, zapewniających wydajne i skuteczne prowadzenie kontroli, a w przypadku badania opartego na próbie – zasady doboru próby do kontroli;

- 4) wskazanie kryteriów kontroli oraz mierników umożliwiających ocenę podmiotu leczniczego;
 - 5) przygotowanie założeń organizacyjnych kontroli, w tym dobór kontrolujących uwzględniający właściwe wykorzystanie ich umiejętności do prowadzenia danego zadania kontrolnego oraz zapoznanie się przez kontrolujących z całością problematyki kontrolnej na poziomie umożliwiającym przeprowadzenie kontroli.
2. Kontrolujący powinni przygotowywać kontrolę w sposób, który zapewnia, że kontrola będzie realizowana w sposób oszczędny, wydajny i skuteczny, a także zgodnie z programem kontroli.

§ 5.

1. Kontrole są przeprowadzane w oparciu o program kontroli.
2. Program kontroli w szczególności zawiera:
 - 1) firmę i adres siedziby podmiotu leczniczego;
 - 2) temat kontroli;
 - 3) cel kontroli;
 - 4) kryteria kontroli;
 - 5) termin przeprowadzenia kontroli;
 - 6) imię i nazwisko kontrolującego albo kontrolujących oraz w przypadku powołania zespołu kontrolnego, wskazanie kierownika zespołu kontroli;
 - 7) ogólne oraz szczegółowe określenie przedmiotowego zakresu kontroli;
 - 8) wykaz aktów prawnych dotyczących badanej działalności podmiotu leczniczego i mających zastosowanie w kontroli.
3. Program kontroli zatwierdza podmiot, który zarządził przeprowadzenie kontroli.
4. W celu sporządzenia programu kontroli kontrolujący w szczególności:
 - 1) gromadzą i analizują informacje na temat jednostki kontrolowanej i jej organizacji, ze szczególnym uwzględnieniem dokumentacji w zakresie badanej działalności jednostki kontrolowanej;
 - 2) w sposób rzetelny zapoznają się z aktami prawnymi dotyczącymi funkcjonowania jednostki, a w szczególności działalności poddawanej badaniu;
 - 3) zapoznają się z wynikami poprzednich kontroli przeprowadzonych w podmiocie leczniczym, ze szczególnym uwzględnieniem ustaleń poczynionych w zakresie

- przeznaczonym do zbadania;
- 4) określają cele i zakres kontroli;
 - 5) określają problemy, na które należy zwrócić szczególną uwagę, istotność zagadnień, które będą rozpatrywane, oraz dokonują oszacowania ryzyka;
 - 6) określają najbardziej wydajne i skuteczne podejście kontrolne;
 - 7) opracowują wskazówki metodyczne, w tym sposoby i techniki przeprowadzania kontroli, wzory wykazów, zestawień, kwestionariuszy kontrolnych;
 - 8) określają dowody niezbędne do dokonania ustaleń, w tym sposoby doboru próby, oraz sposoby ich badania, powiązania tematyki z aktami prawnymi.
5. W szczególnie uzasadnionych przypadkach wynikających z konieczności pilnego przeprowadzenia kontroli dopuszcza się odstępianie od sporządzenia programu kontroli, za zgodą albo na wniosek podmiotu, który zarządził przeprowadzenie kontroli.

§ 6.

1. Kontrolujący podlega wyłączeniu od udziału w kontroli, na wniosek lub z urzędu, jeżeli:
 - 1) wyniki kontroli mogą dotyczyć jego praw lub obowiązków albo praw lub obowiązków jego małżonka lub osoby pozostającej z nim faktycznie we wspólnym pożyciu, krewnych i powinowatych do drugiego stopnia albo osób związanych z nim z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, przy czym powody wyłączenia kontrolującego trwają mimo ustania małżeństwa, wspólnego pożycia, przysposobienia, opieki lub kurateli;
 - 2) kontroli podlega działalność, której przedmiot stanowią zadania należące wcześniej do zakresu jego obowiązków jako pracownika podmiotu leczniczego, przez rok od zakończenia ich wykonania;
 - 3) wystąpią inne okoliczności mogące wywołać uzasadnione wątpliwości co do jego bezstronności.
2. Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych kontrolujący składa kierownikowi komórki kontroli pisemne oświadczenie o braku lub istnieniu okoliczności uzasadniających wyłączenie od udziału w kontroli.
3. Wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

4. O wyłączeniu decyduje kierownik komórki kontroli.
5. W przypadku, gdy wiadomość o okolicznościach uzasadniających wyłączenie od udziału w kontroli zostanie powzięta po wszczęciu czynności kontrolnych przez:
 - 1) kontrolującego – kontrolujący niezwłocznie informuje na piśmie o tym fakcie kierownika komórki kontroli;
 - 2) kierownika komórki kontroli lub podmiot leczniczy – kierownik komórki kontroli podejmuje decyzję o wyłączeniu kontrolującego.
6. Do czasu podjęcia decyzji w sprawie wyłączenia, kontrolujący podejmuje jedynie czynności niecierpiące zwłoki.

§ 7.

1. W miarę możliwości kontrolę przeprowadza się w zespołach liczących co najmniej dwóch kontrolerów, spośród których kierownik komórki kontroli, wyznacza kierownika zespołu.
2. Kontrolę przeprowadza się na podstawie imiennego upoważnienia, udzielonego odpowiednio przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo podmiot tworzący. W przypadku kontroli zlecanej w trybie w art. 112 ust. 1 i 2 ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia upoważnienia osobę lub osoby wskazane przez podmiot, któremu kontrola jest zlecana.
3. Upoważnienie zawiera, co najmniej:
 - 1) numer ewidencyjny;
 - 2) wskazanie podstawy prawnej;
 - 3) oznaczenie podmiotu uprawnionego do kontroli;
 - 4) datę i miejsce wystawienia;
 - 5) imię i nazwisko kontrolującego oraz numer jego legitymacji służbowej lub numer dokumentu tożsamości;
 - 6) firmę podmiotu leczniczego;
 - 7) określenie zakresu przedmiotowego kontroli;
 - 8) wskazanie daty rozpoczęcia i przewidywanego terminu zakończenia kontroli;
 - 9) podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem zajmowanego stanowiska lub funkcji;
 - 10) pouczenie o prawach i obowiązkach podmiotu leczniczego w związku z

kontrolą.

4. Wzór upoważnienia stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 8.

1. Kontrolujący, po otrzymaniu podpisanego upoważnienia, o którym mowa w § 7 ust. 2, zawiadamiają kierownika o terminie i przedmiocie kontroli, nie później, niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia czynności kontrolnych.
2. W szczególnie uzasadnionych przypadkach, a w szczególności gdy przeprowadzenie kontroli jest uzasadnione przeciwdziałaniem zagrożeniu życia lub zdrowia lub ze względu na dobro kontroli, kontrolujący może odstąpić od zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1.

§ 9.

1. Kontrolujący dokumentuje przebieg i wyniki kontroli w założonych w tym celu aktach kontroli, które w szczególności obejmują:
 - 1) wykaz ich zawartości, z wymienieniem nazw dokumentów i wskazaniem odpowiednich stron;
 - 2) program kontroli;
 - 3) upoważnienia do kontroli;
 - 4) oświadczenia, o których mowa w § 6 ust. 2;
 - 5) dowody, o których mowa w § 14 ust. 2;
 - 6) inne dokumenty.
2. Akta kontroli prowadzi się zgodnie z tokiem dokonywanych czynności, numerując kolejno strony akt.
3. Akta kontroli sporządza się w jednym egzemplarzu i przechowuje siedzibie podmiotu tworzącego albo w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia.

Rozdział 3

Warunki i tryb prowadzenia kontroli oraz dokumentowanie czynności kontrolnych

§ 10.

Organy kontroli zawiadamiają kierownika o zamiarze wszczęcia kontroli listem poleconym, telefonicznie lub telefaksem, określając termin rozpoczęcia i przewidywanego terminu zakończenia kontroli.

§ 11.

Zawiadomienia o zamiarze wszczęcia kontroli nie dokonuje się, w przypadku wynikającym z konieczności pilnego przeprowadzenia kontroli, za zgodą albo na wniosek podmiotu, który zarządził przeprowadzenie kontroli.

§ 12.

1. Kontrolę przeprowadza się w siedzibie podmiotu leczniczego w dniach i godzinach pracy w niej obowiązujących.
2. W razie konieczności, kontrola może być przeprowadzona w dniach wolnych od pracy i poza godzinami pracy, obowiązujących w podmiocie leczniczym.
3. Kontrola lub poszczególne jej czynności mogą być, w miarę potrzeb, przeprowadzane również poza siedzibą jednostki kontrolowanej.

§ 13.

1. Rozpoczynając prowadzenie kontroli, kontrolujący, w miarę możliwości, przeprowadza naradę otwierającą z kierownikiem lub zaproszonymi przez niego pracownikami.
2. Celem narady otwierającej jest w szczególności przedstawienie kierownikowi przedmiotu i zakresu kontroli oraz ustalenie sposobu i trybu współdziałania kontrolujących z pracownikami podmiotu leczniczego w toku wykonywania czynności kontrolnych.

§ 14.

1. Kontrolujący ustala stan faktyczny na podstawie zebranych w toku kontroli dowodów.
2. Dowodami są w szczególności: dokumenty, rzeczy, opinie biegłych i specjalistów, wyniki oględzin, jak również pisemne wyjaśnienia i oświadczenia, w tym oświadczenia, o których mowa w § 16 ust. 1.
3. W przypadku sporządzania kopii, odpisów lub wyciągów z dokumentów, ich

zgodność z oryginałami potwierdza kierownik lub osoba przez niego upoważniona.

§ 15.

1. W razie potrzeby ustalenia stanu obiektu, innych składników majątkowych albo przebiegu określonych czynności, kontroler może przeprowadzić oględziny.
2. Oględziny przeprowadza się w obecności kierownika lub osoby przez niego upoważnionej.
3. Z przebiegu i wyniku oględzin sporządza się niezwłocznie protokół, który podpisuje kontrolujący i osoba wymieniona w ust. 2, w obecności której przeprowadzono oględziny.

§ 16.

1. Kierownik lub inny obecny albo były pracownik jednostki kontrolowanej może złożyć kontrolującemu ustne lub pisemne oświadczenie dotyczące przedmiotu kontroli.
2. Z przyjęcia ustnego oświadczenia kontrolujący sporządza protokół, który podpisują kontrolujący i osoba składająca oświadczenie.
3. Kontrolujący nie może odmówić przyjęcia oświadczenia, jeżeli ma ono związek z przedmiotem kontroli.

§ 17.

Dowody, o których mowa w § 14 ust. 2, mogą zostać zabezpieczone przez:

- 1) pozostawienie ich w wydzielonym lub oddzielnym, zamkniętym i opieczętowanym, pomieszczeniu lub zabezpieczonej szafie w podmiocie leczniczym, po umożliwieniu, w razie potrzeby, kierownikowi sporządzenia ich kopii;
- 2) złożenie, za pokwitowaniem udzielonym kontrolującemu, na przechowanie kierownikowi;
- 3) zabranie za pokwitowaniem.

Rozdział 5

Sposób przedstawiania ustaleń kontroli, składania zastrzeżeń do ustaleń kontroli i ich rozpatrzenia oraz sporządzania wystąpień pokontrolnych

§ 18.

1. Ustalenia rzeczywistego stanu faktycznego w badanym zakresie oraz opis przeprowadzonych czynności kontrolnych, w tym ujawnione nieprawidłowości, ich

zakres, przyczyny i skutki kontrolujący zamieszczają w projekcie wystąpienia pokontrolnego w sposób zwięzły i przejrzysty.

2. Projekt wystąpienia pokontrolnego kontrolujący sporządza bezpośrednio po zakończeniu czynności kontrolnych, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich zakończenia.
3. Projekt wystąpienia pokontrolnego zawiera w szczególności:
 - 1) firmę podmiotu leczniczego;
 - 2) wskazanie kontrolujących;
 - 3) datę rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych;
 - 4) określenie przedmiotu kontroli i okresu objętego kontrolą;
 - 5) ocenę skontrolowanej działalności, ze wskazaniem ustaleń, na których została oparta;
 - 6) przyczyny, zakres i skutki stwierdzonych nieprawidłowości;
 - 7) wskazanie osób odpowiedzialnych za ich powstanie oraz uwagi i wnioski;
 - 8) pouczenie o prawie do zgłoszenia, w terminie 7 dni roboczych, umotywowanych zastrzeżeń do ustaleń kontroli zawartych w projekcie wystąpienia.
4. Projekt wystąpienia pokontrolnego nie zawiera zaleceń pokontrolnych.
5. Projekt wystąpienia pokontrolnego sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się kierownikowi podmiotu leczniczego albo osobie przez niego upoważnionej.
6. Projekt wystąpienia pokontrolnego podpisuje kontrolujący, jak również kierownik komórki kontroli albo inna osoba upoważniona przez podmiot, o którym mowa w § 3.

§ 19.

1. Kierownik jednostki kontrolowanej ma prawo w terminie 7 dni, od dnia otrzymania projektu wystąpienia, do zgłoszenia umotywowanych zastrzeżeń do ustaleń kontroli zawartych w projekcie wystąpienia, przy czym o zachowaniu terminu decyduje data nadania w placówce pocztowej operatora publicznego.
2. Na umotywowany wniosek kierownika, złożony przed upływem terminu na zgłoszenie zastrzeżeń, przy zaistnieniu szczególnie ważnych przyczyn, termin na zgłoszenie zastrzeżeń może zostać przedłużony na dalszy czas oznaczony, nie dłuższy jednak niż 7 dni.

3. Zastrzeżenia do ustaleń kontroli zawartych w projekcie wystąpienia złożone przez kierownika rozpatruje podmiot zarządzający kontrolę, który:
 - 1) zwróci zastrzeżenia złożone przez osobę nieuprawnioną, po upływie terminu albo wycofane przez wnoszącego;
 - 2) uwzględni zastrzeżenia w całości albo w części;
 - 3) nie uwzględni zastrzeżeń w całości.
4. Jeżeli w trakcie rozpatrywania zastrzeżeń zaistnieje konieczność przeprowadzenia dodatkowych czynności kontrolnych, kontrolujący przeprowadzi takie czynności na podstawie nowego upoważnienia.
5. W trakcie rozpatrywania zastrzeżeń zarządzającemu kontrolę przysługuje prawo żądania przedstawienia dokumentów lub złożenia pisemnych wyjaśnień przez kierownika lub pracowników podmiotu leczniczego.

§ 20.

1. Niezgłoszenie zastrzeżeń do ustaleń kontroli zawartych w projekcie wystąpienia jest równoznaczne z przyjęciem ustaleń kontroli przez kierownika w kształcie przedstawionym w projekcie wystąpienia pokontrolnego.
2. W przypadku niezgłoszenia zastrzeżeń albo po ich rozpatrzeniu w trybie § 19, zarządzający kontrolę przekazuje wystąpienie pokontrolne, w razie potrzeby uzupełnione o zalecenia pokontrolne.
3. Wystąpienie pokontrolne podpisuje zarządzający kontrolę.
4. Zaistnienie sytuacji, o której mowa w § 19 ust. 3 pkt 1, jest równoznaczne z niezgłoszeniem zastrzeżeń. Czyni się wzmiankę w wystąpieniu pokontrolnym.
5. Od wystąpienia pokontrolnego podmiotowi leczniczemu nie przysługują środki odwoławcze.
6. W terminie 30 dni kierownik informuje zarządzającego kontrolę o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych, chyba że w wystąpieniu pokontrolnym wskazano inny termin realizacji zaleceń pokontrolnych.

Rozdział 6

Przepis końcowy

§ 21.

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

MINISTER ZDROWIA

Załączniki
do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia
(poz.)

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE

Przed rozpoczęciem czynności kontrolnych w
(nazwa i adres komórki kontrolowanej)

..... ,
w zakresie ,

(przedmiot kontroli)

niniejszym oświadczam o *braku / istnieniu** okoliczności uzasadniających wyłączenie mojej osoby od udziału w ww. kontroli. (** niewłaściwe skreślić*)

.....
(opis okoliczności uzasadniających wyłączenie od udziału w kontroli)
.....
.....
.....

.....
(podpis kontrolującego)

oznaczenie podmiotu uprawnionego do kontroli

miejsce, data

.....

UPOWAŻNIENIE NR/rok

Na podstawie:

- art. ust. pkt ustawy z dnia o działalności leczniczej

(Dz. U. Nr ..., poz. ...)

upoważniam:

Panią/Pana – wskazanie nazwy funkcji lub stanowiska służbowego

Nr legitymacji służbowej: (lub innego dokumentu tożsamości)

.....

do przeprowadzenia kontroli w:

w zakresie:

(określenie zakresu przedmiotowego kontroli)

.....
.....

Upoważnienie jest ważne w okresie od dnia do dnia

..... r.

podpis osoby udzielającej upoważnienia z
podaniem zajmowanego stanowiska lub
funkcji

Ważność upoważnienia przedłuża się do dnia r.

podpis osoby udzielającej upoważnienia z
podaniem zajmowanego stanowiska lub
funkcji

Pouczenie o prawach i obowiązkach jednostki kontrolowanej:

1)

2)

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych, zwany dalej „projektem”, stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 115 ust. 6 ustawy z dnia o działalności leczniczej (Dz. U. Nr, poz. ...). Przedmiotem jego jest określenie szczegółowych warunków i tryb przygotowania oraz prowadzenia czynności kontrolnych, dokumentowania poszczególnych czynności kontrolnych, sporządzania wystąpień pokontrolnych, możliwości składania zastrzeżeń do ustaleń kontroli i ich rozpatrzenia oraz określenie wzorów dokumentów obowiązujących przy przeprowadzaniu czynności kontrolnych, mając na uwadze konieczność sprawnego i bezstronnego przeprowadzania kontroli tego rodzaju.

Zgodnie z projektem przeprowadzenie kontroli ma na celu ustalenie stanu faktycznego wykonywania działalności leczniczej oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych, jego udokumentowanie, dokonanie oceny kontrolowanej działalności pod względem zgodności z prawem (legalności) oraz pod względem medycznym, wskazanie osób odpowiedzialnych za stwierdzone nieprawidłowości oraz sformułowanie wniosków i zaleceń pokontrolnych.

W § 2 projektu zdefiniowano pojęcia: jednostka kontrolowana, kierownik jednostki kontrolowanej, kierownik komórki kontroli oraz kontrola. Ponadto wskazano, iż kontrolę zarządza odpowiednio podmiot tworzący albo minister właściwy do spraw zdrowia (§ 3 projektu).

Następnie w celu doprecyzowania poszczególnych etapów kontroli, szczegółowo uregulowano tryb przygotowania i elementy programu kontroli, który będzie zatwierdzany przez podmiot, który zarządził przeprowadzenie kontroli. Przewidziano również, iż w szczególnie uzasadnionych przypadkach wynikających z konieczności pilnego przeprowadzenia kontroli dopuszcza się odstępianie od sporządzenia programu kontroli, za zgodą podmiotu, który zarządził przeprowadzenie kontroli.

Kolejną kwestią jaka została uregulowana w niniejszym projekcie jest wprowadzenie instytucji wyłączenia kontrolera, co ma służyć, zachowaniu w trakcie prowadzenia kontroli zasady kontradyktoryjności, zapewnienia profesjonalnego i bezstronnego przeprowadzenia poszczególnych czynności kontrolnych, a także w celu zarządzania potencjalnym konfliktem interesów.

W projekcie sformułowano zalecenie, aby w miarę możliwości kontrola była przeprowadzana w zespołach liczących co najmniej dwóch kontrolerów, spośród których kierownik komórki kontroli wyznacza kierownika zespołu, a także wskazano, że kontrolę przeprowadza się na podstawie imiennego upoważnienia, udzielonego odpowiednio przez ministra właściwego do spraw zdrowia albo podmiot tworzący, przy czym w treści projektu określono elementy i wzór imiennego upoważnienia.

Ponadto w celu realizacji dyrektywy sprawnego przeprowadzenia kontroli a jednocześnie podmiotowego traktowania jednostki kontrolowanej określono, iż po otrzymaniu podpisanego upoważnienia, zawiadamiają kierownika jednostki kontrolowanej o terminie i przedmiocie kontroli, nie później, niż w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia czynności kontrolnych w jednostce kontrolowanej. Przy czym w szczególnie uzasadnionych przypadkach, a w szczególności gdy przeprowadzenie kontroli jest uzasadnione przeciwdziałaniem zagrożeniu życia lub zdrowia lub ze względu na dobro kontroli, kontrolujący może odstąpić od tego zawiadomienia.

W treści projektu przewidziano, iż kontrolujący dokumentuje przebieg i wyniki kontroli w założonych w tym celu aktach kontroli. Uregulowano także warunki i tryb prowadzenia kontroli oraz dokumentowanie czynności kontrolnych, a w szczególności tryb rozpoczęcia czynności kontrolnych, miejsce prowadzenia kontroli, instytucje narady otwierającej oraz wskazano rodzaje dowodów kontroli, tryb ich przeprowadzenia i sposób dokumentowania. Ponadto ustalono tryb zabezpieczania dowodów. Dodatkowo wprowadzono możliwość złożenia kontrolerowi przez kierownika jednostki kontrolowanej lub innego obecnego albo byłego pracownika jednostki kontrolowanej ustnego lub pisemnego oświadczenia dotyczącego przedmiotu kontroli.

Kolejnym zagadnieniem uregulowanym w treści projektu są zasady przedstawiania ustaleń kontroli, składania zastrzeżeń do ustaleń kontroli i ich rozpatrzenia oraz sporządzania wystąpień pokontrolnych. W tym celu określono, iż ustalenia rzeczywistego stanu faktycznego w badanym zakresie oraz opis przeprowadzonych czynności kontrolnych, w tym ujawnione nieprawidłowości, ich zakres, przyczyny i skutki kontrolujący zamieszczają w projekcie wystąpienia pokontrolnego, który powinien zostać sporządzony bezpośrednio po zakończeniu czynności kontrolnych w jednostce kontrolowanej, nie później niż w terminie 14 dni od dnia ich zakończenia.

Ponadto określono elementy projektu wystąpienia pokontrolnego, przy czym podkreślić należy fakt, iż nie zawiera on jeszcze ewentualnych zaleceń pokontrolnych. Dodatkowo wskazać należy, iż projekt wystąpienia pokontrolnego sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden przekazuje się do jednostki kontrolowanej i jest on podpisywany przez kierownika komórki kontroli lub inną osobę upoważnioną przez podmiot, o którym mowa w § 3 projektu.

Kolejnym zakresem zagadnień, które zostały uregulowane w projekcie, jest przyznanie kontrolowanemu podmiotowi leczniczemu uprawnienia do wniesienia umotywowanych zastrzeżenia do ustaleń kontroli, w terminie 7 dni, od dnia otrzymania projektu wystąpienia, a następnie określono tryb rozpatrywania przedmiotowych zastrzeżeń oraz elementy i tryb kierowania wystąpienia pokontrolnego. Na koniec przewidziano wreszcie, iż w terminie 30 dni kierownik jednostki kontrolowanej informuje zarządzającego kontrolę o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych.

Projekt przedmiotowego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) – zostanie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia.

Projekt regulacji nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów 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).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzenia kontroli podmiotów leczniczych w proponowanym kształcie będzie oddziaływało na działalność:

- 1) ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewodów, konsultantów krajowych i wojewódzkich, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, oraz na niektóre jednostki organizacyjne podległe lub nadzorowane przez tego ministra, w związku z możliwością zlecenia tej kategorii podmiotów przeprowadzenia kontroli, o której mowa w art. 111 ustawy z dnia o działalności leczniczej,
- 2) samorządy zawodów medycznych, medyczne towarzystwa naukowe, uczelnie medyczne, instytuty badawcze oraz specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny w związku z możliwością zlecenia tej kategorii podmiotów przeprowadzenia jednorazowej kontroli, o której mowa w art. 115 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia o działalności leczniczej, przy czym podstawą zlecenia ww. kontroli będzie umowa, z tytułu realizacji której ww. kategorii podmiotów będzie przysługiwało wynagrodzenie,
- 3) podmioty tworzące, w rozumieniu ustawy z dnia o działalności leczniczej w zakresie kontroli działalności podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą, o której mowa w art. 114 ust. 3 ww. ustawy.

2. Konsultacje społeczne

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Wejście w życie ww. rozporządzenia nie powinno spowodować dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa ani dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego, gdyż rozwiązania zawarte w projekcie są „ewolucyjną” kontynuacją rozwiązań (instytucjonalnych i proceduralnych) już funkcjonujących w obowiązującym

stanie prawnym. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na fakt, iż zaproponowane rozwiązania porządkujące i upraszczające tryb dokumentowania kontroli powinny przyczynić się do racjonalizacji wydatków nakładów finansowych (czas pracy, liczba pracowników), które były ponoszone w tym zakresie.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Brak oddziaływania na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Brak oddziaływania na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Brak oddziaływania na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na środowisko

Brak oddziaływania na środowisko.

8. Wpływ regulacji na zdrowie

Wejście w życie ww. rozporządzenia powinno mieć pozytywne oddziaływanie pośrednie na zdrowie, ponieważ będzie ono narzędziem do zapewnienia należytego wykonywania działalności leczniczej w celu zapewnienia bezpieczeństwa dla życia i zdrowia pacjentów.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, sposobu funkcjonowania
i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne
i dzienne oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od
alkoholu oraz sposobu współdziałania w tym zakresie z instytucjami
publicznymi i organizacjami społecznymi**

Na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2007 r. Nr 70, poz. 473, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Podmioty lecznicze wykonujące świadczenia stacjonarne i dzienne oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu, zwane dalej „placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu”, realizują programy psychoterapii oraz udzielają indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych i rehabilitacyjnych osobom uzależnionym od alkoholu i członkom ich rodzin.

2. Placówką leczenia uzależnienia od alkoholu kieruje specjalista psychoterapii uzależnień posiadający co najmniej pięcioletni staż pracy w zakresie leczenia uzależnień, z wyjątkiem oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, którym kieruje lekarz.

§ 2. 1. Indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze w rozumieniu niniejszego rozporządzenia obejmują:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 115, poz. 793 i Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 18, poz. 97 i Nr 144, poz. 1175 oraz z 2010 r. Nr 47, poz. 278 i Nr 127, poz. 857.

- 1) działania diagnostyczne w zakresie uzależnienia oraz związanych z tym szkód zdrowotnych;
 - 2) działania diagnostyczne w zakresie obciążeń rodzinnych nadużywaniem alkoholu;
 - 3) postępowanie medyczne ukierunkowane na leczenie szkód zdrowotnych u osób podejmujących terapię uzależnienia od alkoholu, a w szczególności:
 - a) leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych,
 - b) kierowanie do dalszego specjalistycznego leczenia szkód zdrowotnych,
 - c) oddziaływania farmakologiczne wspomagające psychoterapię uzależnień.
2. Przez psychoterapię uzależnień rozumie się indywidualne i grupowe oddziaływania psychologiczne prowadzące do poprawy stanu psychofizycznego i funkcjonowania psychospołecznego osób uzależnionych.
3. Przez psychoterapię członków rodzin osób uzależnionych rozumie się indywidualne i grupowe oddziaływania psychologiczne prowadzące do usunięcia lub złagodzenia zaburzeń funkcjonowania u członka rodziny, powstałych w wyniku obciążeń rodzinnych nadużywaniem alkoholu.
4. Świadczenia rehabilitacyjne obejmują oddziaływania psychospołeczne i pomocnicze medyczne, ukierunkowane na przywrócenie zdolności funkcjonowania społecznego osobie uzależnionej.
5. Pacjenci wymagający specjalistycznego leczenia innego niż odwykowe leczeni są w innych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, które mają odpowiednie warunki do diagnostyki i terapii.

§ 3. Placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu są:

- 1) wojewódzki ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia;
- 2) poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia;
- 3) oddział leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych;
- 4) całodobowy oddział terapii uzależnienia od alkoholu;
- 5) dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu.

§ 4. 1. Do zadań wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia należy w szczególności:

- 1) wykonywanie zadań leczniczych placówki leczenia uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia dla ludności określonego terenu;

2) udzielanie konsultacji specjalistycznych dla placówek leczenia uzależnienia od alkoholu;

3) koordynacja pracy placówek leczenia uzależnienia od alkoholu na terenie województwa;

4) działalność metodyczno-organizacyjna w zakresie zbierania i opracowywania danych statystycznych dotyczących rozpowszechnienia uzależnienia od alkoholu i związanych z nim problemów oraz leczenia uzależnienia od alkoholu na terenie województwa, a także ocena tych danych;

5) inicjowanie i prowadzenie działań podnoszących kwalifikacje zawodowe pracowników merytorycznych zatrudnionych w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu oraz osób współdziałających z placówkami leczenia odwykowego w realizacji zadań programowych, w tym organizowanie staży i szkoleń.

2. Do zadań kierownika wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia należy w szczególności:

1) koordynacja wdrażania rozporządzenia na terenie województwa;

2) koordynacja działalności placówek leczenia uzależnienia od alkoholu związana z zapewnianiem dostępności świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 2, dla osób uzależnionych i członków rodzin;

3) ocena jakości świadczeń, o których mowa w § 2, udzielanych przez placówki leczenia uzależnienia od alkoholu na terenie województwa oraz wnioskowanie o realizację programów naprawczych;

4) wnioskowanie o konieczności podjęcia doskonalenia zawodowego pracowników;

5) współpraca z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

§ 5. 1. Poradnia terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia realizuje:

1) programy psychoterapii dla osób uzależnionych od alkoholu;

2) programy psychoterapii dla członków rodzin osób uzależnionych od alkoholu;

2) indywidualne świadczenia zapobiegawczo-lecznicze;

3) świadczenia rehabilitacyjne.

§ 6. 1. Do zadań oddziału leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych należy udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych dla osób uzależnionych od alkoholu w zakresie przewidzianym w § 2 ust. 1, oraz prowadzenie

działań informacyjno-edukacyjnych mających na celu motywowanie pacjentów do podjęcia psychoterapii uzależnienia.

§ 7. Do zadań całodobowego oddziału terapii uzależnienia od alkoholu należą:

- 1) realizacja programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu;
- 2) udzielanie indywidualnych świadczeń zapobiegawczo-leczniczych osobom uzależnionym od alkoholu;
- 3) prowadzenie działań konsultacyjno-edukacyjnych dla członków rodzin osób uzależnionych;
- 4) przygotowanie pacjenta kończącego podstawowy program terapeutyczny do kontynuowania terapii w programie ambulatoryjnym.

§ 8. Dzienny oddział terapii uzależnienia od alkoholu realizuje zadania wymienione w § 7 dla osób uzależnionych od alkoholu i członków rodzin, które nie wymagają całodobowej hospitalizacji.

§ 9. 1. W placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, o których mowa w § 3 pkt 1-2 i 4-5, zapewnia się pomieszczenia i wyposażenie niezbędne do realizacji programu psychoterapeutycznego.

2. Standardy udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmioty wymienione w § 4-8 są opracowywane przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii.

§ 10. Całodobowymi placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu są oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych oraz całodobowe oddziały terapii uzależnienia od alkoholu.

§ 11. 1. Przyjmowanie i wypisywanie pacjenta z całodobowej placówki leczenia uzależnienia od alkoholu odbywa się zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 listopada 1995 r. regulującym szczegółowy sposób działania szpitala psychiatrycznego w sprawach przyjmowania oraz wypisywania ze szpitala psychiatrycznego (Dz. U. Nr 150, poz. 736) lub na podstawie orzeczenia sądowego dla osób zobowiązanych do leczenia.

2. Jeżeli osoba zobowiązana do leczenia w całodobowym podmiocie lecznictwa odwykowego opuszcza podmiot przed zakończeniem leczenia, kierownik dokonuje wypisu i zawiadamia o tym niezwłocznie sąd, który postanowił o obowiązku leczenia.

§ 12. 1. Do zadań podmiotów udzielających świadczeń zakresie podstawowej opieki zdrowotnej należą w szczególności:

1) wczesne rozpoznawanie ryzykownego i szkodliwego picia alkoholu przez osoby nieuzależnione i wynikających z tego szkód zdrowotnych oraz podejmowanie interwencji w celu ograniczenia picia alkoholu przez tych pacjentów;

2) stosowanie procedur przesiewowych służących wczesnemu wykrywaniu uzależnienia od alkoholu i kierowanie osób z podejrzeniem uzależnienia do konsultacji w poradniach lecznictwa odwykowego;

3) leczenie osób doznających szkód zdrowotnych z powodu picia alkoholu oraz udzielanie podstawowych świadczeń leczniczych osobom uzależnionym od alkoholu i członkom ich rodzin.

2. W realizacji powyższych zadań placówki podstawowej opieki zdrowotnej współdziałają z poradniami terapii uzależnienia od alkoholu, a także z punktami konsultacyjno-informacyjnymi tworzonymi przez organy samorządu terytorialnego oraz organizacje społeczne.

3. Zalecane procedury służące wczesnemu wykrywaniu problemów alkoholowych oraz interwencji opracowuje i upowszechnia Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii.

§ 13. Placówki leczenia uzależnienia od alkoholu współpracują:

1) z Państwową Agencją Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Instytutem Psychiatrii i Neurologii w zakresie wdrażania standardów i procedur terapeutycznych oraz podnoszenia kwalifikacji personelu fachowego, a także monitorowania efektów terapii;

2) podmiotami leczniczymi sprawującymi opiekę psychiatryczną;

3) z pełnomocnikiem zarządu województwa do spraw rozwiązywania problemów alkoholowych;

4) z kierownikiem wojewódzkiego ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia lub innej placówki pełniącej tę funkcję w zakresie koordynacji oddziaływań leczniczych oraz podnoszenia kwalifikacji zawodowych;

- 5) z wojewódzkim konsultantem do spraw psychiatrii;
- 6) z organami samorządów terytorialnych w realizacji ustawowo określonych zadań własnych gmin, powiatów i województw;
- 7) z placówkami dla ofiar przemocy w rodzinie, tworzonymi przez organy samorządu terytorialnego oraz organizacje społeczne;
- 8) ze środowiskami samopomocowymi, w szczególności ze wspólnotą Anonimowych Alkoholików i klubami abstynenta w zakresie środowiskowych oddziaływań wspierających abstynencję pacjentów;
- 9) z zakładami pracy chronionej, w których są zatrudnione osoby uzależnione od alkoholu objęte programem rehabilitacji społecznej;
- 10) z domami pomocy społecznej, w których przebywają osoby uzależnione, w zakresie rozpoznawania, terapii uzależnienia od alkoholu oraz konsultacji i szkolenia personelu w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych.

§ 14. 1. Psychoterapię uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu prowadzą osoby posiadające certyfikat specjalisty psychoterapii uzależnień albo decyzję o uznaniu kwalifikacji zawodowych, wydaną zgodnie z odrębnymi przepisami.

2. W udzielaniu świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, pod nadzorem merytorycznym specjalisty psychoterapii uzależnień, mogą uczestniczyć osoby posiadające certyfikat instruktora terapii uzależnień albo decyzję o uznaniu kwalifikacji zawodowych wydaną zgodnie z odrębnymi przepisami.

3. W udzielaniu świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu, pod nadzorem merytorycznym osób, o których mowa w ust. 1, mogą uczestniczyć osoby ubiegające się o otrzymanie certyfikatów specjalisty psychoterapii uzależnień i instruktora terapii uzależnień, które rozpoczęły szkolenie, w zakresie specjalisty psychoterapii uzależnień lub instruktora terapii uzależnień.

4. Zasady realizacji programu szkoleniowego, którym mowa w ust. 3 oraz system wydawania certyfikatów opracowuje Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w porozumieniu z Instytutem Psychiatrii i Neurologii.

5. Pracownicy podmiotów lecznictwa odwykowego obowiązani są do doskonalenia zawodowego i doksztalcania w zakresie udzielania świadczeń leczniczych osobom uzależnionym i członkom rodzin osób uzależnionych.

§ 15. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.³⁾

MINISTER ZDROWIA

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 1999 r. w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki nad osobami uzależnionymi od alkoholu (Dz. U. z 2000 r. Nr 3, poz. 44 oraz z 2005 r. Nr 181, poz. 1522), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 208 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

UZASADNIENIE

Przyjęcie rozporządzenia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu oraz współdziałania w tym zakresie z instytucjami publicznymi i organizacjami społecznymi jest konieczne w związku ze zmianą brzmienia upoważnienia do jego wydania zawartą w art. 22 ust. 3 ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi.

Zasadniczym celem przedmiotowej regulacji jest jej dostosowanie do zmian wynikających z ustawy o działalności leczniczej.

Przepisy § 1 projektu określa zakres czynności wykonywanych przez podmioty lecznicze wykonujące świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w sprawowaniu opieki nad uzależnionymi od alkoholu, na potrzeby rozporządzenia zwanego placówkami leczenia uzależnienia od alkoholu, a także reguluje kwestie uprawnień zawodowych, jakie są konieczne do kierowania takimi podmiotami.

Natomiast treść § 2 projektu doprecyzowuje zakres pojęciowy poszczególnych świadczeń wykonywanych w ramach leczenia uzależnienia od alkoholu w podmiotach leczniczych świadczących usługi w tym zakresie.

Przepisy zawarte w § 3 projektu wymieniają rodzaje placówek leczenia uzależnienia od alkoholu zaś § 4-8 określają zakres zadań poszczególnych placówek.

§ 9 zawiera ogólne informacje na temat warunków lokalowych i technicznych placówek leczenia uzależnienia od alkoholu oraz warunków udzielania świadczeń.

W dalszej kolejności przepisy § 10 i 11 określają, które z placówek leczenia uzależnienia od alkoholu mają charakter całodobowy oraz jaki jest tryb przyjmowania i zwalniania z tych placówek.

Treść § 12 reguluje kwestię współpracy placówek leczenia uzależnienia od alkoholu z instytucjami publicznymi oraz organizacjami społecznymi.

Postanowienia § 13 określają warunki jakie muszą spełnić placówki leczenia uzależnienia od alkoholu będące przedsiębiorcami.

Regulacje zawarte w § 14 określają kwalifikacje osób udzielających świadczeń z zakresu psychoterapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia w placówkach leczenia uzależnienia od alkoholu.

Projekt rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów 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).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia oddziałuje na ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, placówki leczenia uzależnienia od alkoholu oraz ich pacjentów.

2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany w szczególności do następujących podmiotów: Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Polskiego Towarzystwa Psychoterapii Uzależnień, Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz związków zawodowych i innych organizacji działających w ochronie zdrowia.

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Nie zwiększy też wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, gdyż przedmiotowa regulacja nie wprowadza zasadniczych zmian stosunku do obowiązującego stanu prawnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

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

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Zaproponowana zmiana rozporządzenia nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Zaproponowana zmiana rozporządzenia będzie miała wpływ na zdrowie ludzi.

8. Ocena zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego
oraz oceny zasadności jego zastosowania**

Na podstawie art. 18 ust. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa sposób:

- 1) stosowania przymusu bezpośredniego wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi, zwanej dalej „osobą”;
- 2) dokumentowania stosowania przymusu bezpośredniego;
- 3) dokonywania oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego.

§ 2. Przymus bezpośredni może trwać tylko do czasu ustania przyczyn jego zastosowania

§ 3. Zastosowanie każdego rodzaju przymusu bezpośredniego podlega odnotowaniu w dokumentacji medycznej na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620).

§ 4. 1. Informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego pielęgniarka zamieszcza w raporcie pielęgniarskim.

2. W szczególności w dokumentacji medycznej umieszcza się informację o:

- 1) przyczynach zastosowania przymusu bezpośredniego, w tym uzasadniających wybór zastosowanego rodzaju przymusu bezpośredniego;
- 2) celu stosowania przymusu bezpośredniego;
- 3) rodzaju zastosowanego przymusu bezpośredniego i czasie jego trwania;
- 4) zlecającym zastosowanie przymusu bezpośredniego;
- 5) osobach uczestniczących w wykonaniu przymusu bezpośredniego;
- 6) przebiegu stosowania przymusu bezpośredniego;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 554 i Nr 113, poz. 731, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 1999 r. Nr 11, poz. 95, z 2000 r. Nr 120, poz. 1268, z 2005 r. Nr 141, poz. 1183, Nr 167, poz. 1398 i Nr 175, poz. 1462, z 2007 r. Nr 112, poz. 766 i Nr 121, poz. 831, z 2008 r. Nr 180, poz. 1108, z 2009 r. Nr 76, poz. 641 i Nr 98, poz. 817 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679 i Nr 182, poz. 1228.

7) uprzedzeniu osoby o możliwości zastosowania przymusu bezpośredniego.

§ 5. Zlecający zastosowanie przymusu bezpośredniego osobiście nadzoruje jego wykonanie.

§ 6. 1. O zastosowaniu przymusu bezpośredniego zlecający niezwłocznie zawiadamia:

- 1) kierownika podmiotu leczniczego, jeżeli zlecającym jest lekarz tego podmiotu lub lekarz tego podmiotu, który dokonał oceny zastosowania przymusu bezpośredniego zleconego przez inną osobę;
- 2) lekarza podmiotu leczniczego, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka tego podmiotu;
- 3) lekarza, o którym mowa w § 13, jeżeli zlecającym jest inny lekarz, niż lekarz, o którym mowa w pkt 1 i 4;
- 4) lekarza, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej;
- 5) kierownika jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, jeżeli zlecającym jest pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej, która nie zatrudnia lekarza;
- 6) dyspozytora medycznego, jeżeli zlecającym jest kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. pkt 2 i 4, przed przekazaniem zawiadomienia dokonuje oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego. Wynik oceny umieszcza się na zawiadomieniu.

3. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1 pkt 4-6, jest przekazywane niezwłocznie lekarzowi, o którym mowa w § 13.

4. W przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego przy wykonywaniu czynności, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ustawy, o rodzaju i czasie zastosowanego przymusu bezpośredniego zlecający zawiadamia również lekarza zakładu opieki zdrowotnej, do którego przewożona jest osoba.

5. Wzór zawiadomienia, o którym mowa w:

- 1) ust. 1 pkt 1 i 2, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) ust. 1 pkt 3-6, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 7.1. Lekarz zleca zastosowanie przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji na czas nie dłuższy niż 4 godziny.

2. Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji decyduje pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.

3. W szpitalu psychiatrycznym niezwłocznie po otrzymaniu informacji, o której mowa w ust. 2, lekarz po osobistym badaniu pacjenta zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę lub nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

4. W razie potrzeby lekarz, po osobistym badaniu pacjenta, może przedłużyć unieruchomienie lub izolację na następne okresy 6-godzinne.

5. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej, w przypadku braku możliwości uzyskania zlecenia lekarza, pielęgniarka może dwukrotnie przedłużyć unieruchomienie lub izolację na okresy 4-godzinne.

6. W jednostce organizacyjnej pomocy społecznej łączny czas stosowania wobec osoby unieruchomienia lub izolacji nie może przekroczyć 12 godzin. Dalsze przedłużenie unieruchomienia lub izolacji dopuszczalne jest jedynie w warunkach szpitalnych.

§ 8. Po zleceniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji lekarz lub osoba, która podjęła decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji, wypełnia niezwłocznie kartę zastosowania tych środków, zwaną dalej „kartą”, uzasadniając przyczyny zastosowania przymusu, jego rodzaj i czas unieruchomienia lub izolacji. Kartę załącza się do dokumentacji medycznej pacjenta, a jej kopię dołącza się do zawiadomienia, o którym mowa w § 6. Wzór karty stanowi załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 9. Przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego, polegającego na unieruchomieniu lub izolacji, należy odebrać osobie przedmioty, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia tej osoby albo innych osób, a w szczególności przedmioty ostre, okulary, protezy zębowe, pas, szelki, sznurowadła, zapałki.

§ 10. Pomieszczenie przeznaczone do izolacji powinno zabezpieczać przed uszkodzeniem ciała osoby, a zarazem odpowiadać pod względem warunków bytowych i sanitarnych innym pomieszczeniom szpitala psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

§ 11. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej) kontroluje stan fizyczny osoby unieruchomionej lub izolowanej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie osoby zamieszcza bezzwłocznie w karcie.

§ 12. 1. Pielęgniarka dyżurna (pielęgniarka w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej) w czasie kontroli, o której mowa w § 11:

- 1) ocenia prawidłowość unieruchomienia, a w szczególności sprawdza, czy pasy, uchwyty, prześcieradła, kaftan bezpieczeństwa lub inne urządzenia techniczne nie są założone zbyt luźno lub zbyt ciasno;
- 2) zapewnia krótkotrwale uwolnienie pacjenta od unieruchomienia w celu zmiany jego pozycji lub zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i higienicznych, nie rzadziej niż co 4 godziny.

2. W razie wystąpienia zagrożenia dla zdrowia lub życia osoby, pielęgniarka jest obowiązana natychmiast zawiadomić o tym lekarza.

§ 13. Marszałek województwa wskazuje lekarzy uprawnionych do dokonywania oceny zasadności stosowania przymusu bezpośredniego na terenie województwa. Informację o uprawnionych lekarzach oraz sposobie przekazywania zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego marszałek województwa podaje do publicznej wiadomości oraz przekazuje jednostkom organizacyjnym uprawnionym do stosowania przymusu bezpośredniego.

§ 14. 1. Dokonując oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego uprawniony przez marszałka województwa lekarz uwzględnia okoliczności, o których

mowa w § 4 ust 3.

2. Informację o pozytywnej lub negatywnej ocenie zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego dokonujący oceny przekazuje zlecającemu. Informację dołącza się do dokumentacji medycznej osoby.

§ 15. 1. Przymus bezpośredni w szpitalu psychiatrycznym, w jednostce organizacyjnej pomocy społecznej oraz w przypadkach, o których mowa w art. 21 ust. 3 oraz art. 46a ust. 3 ustawy, może być stosowany wyłącznie przez wyszkolonych w tym zakresie pracowników.

2. Szkolenie pracowników w zakresie stosowania przymusu bezpośredniego organizuje kierownik podmiotu leczniczego, jednostki organizacyjnej pomocy społecznej lub jednostki organizacyjnej systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

§ 16. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.³⁾

MINISTER ZDROWIA

W porozumieniu:

MINISTER SPRAWIEDLIWOŚCI

MINISTER PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego. (Dz. U. Nr 103, poz. 514), które na mocy art. 208 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

WZÓR

.....
(miejsowość i data)

Kierownik

.....
(imię i nazwisko kierownika oraz nazwa podmiotu leczniczego)

Zawiadomienie
o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie
art. 18 ust. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

1. W dniu o godz.
wobec Pana(Pani)
pacjenta (pacjentki) oddziału

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie

3. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

4. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przyczyny

2) cel

3) osoby uczestniczące

4) przebieg

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego:

Ocena kierownika podmiotu leczniczego o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

.....
Podpis zlecającego
(pielęgniarki/lekarza)

.....
Podpis zatwierdzającego
(lekarza)

.....
Podpis kierownika
podmiotu leczniczego

WZÓR

.....
(miejsowość i data)

Lekarz upoważniony przez marszałka województwa

(imię i nazwisko lekarza)

Zawiadomienie

o zastosowaniu przymusu bezpośredniego na podstawie
art. 18 ust. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego

1. W dniu o godz.
wobec Pana(Pani)
przebywającego (przebywającej) w

2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie

3. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)

4. Zlecenia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)

5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:

1) przyczyny

2) cel

3) osoby uczestniczące

4) przebieg

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego:

Ocena upoważnionego przez marszałka województwa lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

.....
Podpis zlecającego

(kierującegoacją/
pielęgniarki/lekarza)

.....
Podpis zatwierdzającego

(lekarza/dyspozytora medycznego)

.....
Podpis lekarza

upoważnionego przez
marszałka województwa

WZÓR

KARTA ZASTOSOWANIA UNIERUCHOMIENIA LUB IZOLACJI

.....
(podmiot leczniczy)

.....
(oddział)

ZLECENIE

Pacjent

Historia choroby nr:

Powód zastosowania:

- rodzaje unieruchomienia:

- izolacja:

Początek data godzina	Przedłużenie data godzina	Koniec data godzina	Zlecający: czytelny podpis, pieczętka	Przedłużający: czytelny podpis, pieczętka

Lekarz/dyspozytor medyczny^{*)}
(czytelny podpis, data)

PODSUMOWANIE

Całkowity czas trwania przymusu:

godzinyminuty

Uwagi lekarza

(podpis, pieczętka, data)

^{*)} Wypełnić w przypadku zlecenia przez pielęgniarkę/kierującego akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

OBSERWACJE OZNACZENIA (KOD):

1. szarpie się (uderza)
2. wykrzykuje
3. spokojny (śpi)
4. płacze
5. śmieje się
6. śpiewa
7. mamrocze
8. podawane posiłki
9. podawane płyny
10. oddał mocz (stolec)
11. chwilowe zwolnienie
12. inne
13. bez zaburzeń psychicznych

godzina, kod, podpis	godzina, kod podpis	godzina, kod, podpis	godzina, kod, podpis
12.00	18.00	24.00	06.00
12.15	18.15	00.15	06.15
12.30	18.30	00.30	06.30
12.45	18.45	00.45	06.45
13.00	19.00	01.00	07.00
13.15	19.15	01.15	07.15
13.30	19.30	01.30	07.30
13.45	19.45	01.45	07.45
14.00	20.00	02.00	08.00
14.15	20.15	02.15	08.15
14.30	20.30	02.30	08.30
14.45	20.45	02.45	08.45
15.00	21.00	03.00	09.00
15.15	21.15	03.15	09.15
15.30	21.30	03.30	09.30
15.45	21.45	03.45	09.45
16.00	22.00	04.00	10.00
16.15	22.15	04.15	10.15
16.30	22.30	04.30	10.30
16.45	22.45	04.45	10.45
17.00	23.00	05.00	11.00
17.15	23.15	05.15	11.15
17.30	23.30	05.30	11.30
17.45	23.45	05.45	11.45

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 18 ust. 11 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.), w zakresie określenia sposobu stosowania i dokumentowania przymusu bezpośredniego oraz oceny zasadności jego zastosowania.

W projekcie rozporządzenia zostały wyodrębnione przepisy odnoszące się do ogólnych zasad stosowania przymusu bezpośredniego (§ 2 – 5 i 15), trybu i formy przekazywania zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (§ 6), stosowania unieruchomienia i izolacji (§ 7 – 12) oraz dokonywania oceny zasadności zastosowanego przymusu bezpośredniego (§ 13 i 14).

W projekcie rozporządzenia została uwzględniona również możliwość stosowania przymusu bezpośredniego w szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, podczas udzielania pomocy przez zespół ratownictwa medycznego, w którego skład nie wchodzi lekarz, podczas przewożenia osoby z zaburzeniami psychicznymi do podmiotu leczniczego oraz w innych sytuacjach. Stosownie do postanowień ustawy o zastosowaniu i rodzaju użytego przymusu bezpośredniego w powyższych sytuacjach decydować będzie: lekarz, pielęgniarka podmiotu leczniczego; pielęgniarka jednostki organizacyjnej pomocy społecznej oraz kierujący akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.

Za istotne z punktu widzenia ochrony praw i godności pacjenta należy uznać rozwiązanie zaproponowane w § 3 i 4 projektu rozporządzenia, zgodnie z którym informację o zastosowaniu przymusu bezpośredniego umieszcza się zarówno w indywidualnej, jak i zbiorczej dokumentacji medycznej. W projekcie rozporządzenia zostały określone jedynie wzory zawiadomień o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz wzór karty zastosowania unieruchomienia lub izolacji, które będą dołączane do indywidualnej dokumentacji medycznej osoby. W odniesieniu do dokumentacji zbiorczej, z uwagi na możliwość wykorzystania elektronicznej dokumentacji medycznej, określono jedynie wymagany zakres informacji podlegających wpisowi do dokumentacji.

W § 14 opisany został obowiązek uwzględnienia w ocenie zasadności zastosowania

przymusu bezpośredniego przez kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego przez marszałka województwa lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii okoliczności wskazanych w § 4 projektowanego rozporządzenia. Należy podkreślić, iż o wyniku dokonanej oceny zostanie powiadomiony zlecający zastosowanie przymusu bezpośredniego, co jest szczególnie istotne w przypadku oceny negatywnej, a ocena (zawiadomienie po dokonaniu oceny) zostanie dołączona do dokumentacji medycznej pacjenta.

Ochronie praw i godności osób cierpiących na zaburzeń psychicznych służyć będzie również, wprowadzony w § 15 ust. 1 projektu rozporządzenia wymóg, aby w szpitalach psychiatrycznych, jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej oraz w trakcie planowego przewożenia osoby do zakładu opieki zdrowotnej przymus bezpośredni stosowały jedynie osoby odpowiednio przeszkolone.

W § 6 projektu rozporządzenia w sposób przejrzysty został przedstawiony ciężący na zlecającym obowiązek zawiadomienia o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz obowiązek dokonania wstępnej oceny zasadności zastosowania przymusu bezpośredniego przez lekarza, który otrzyma zawiadomienie o jego zastosowaniu.

Rozwiązania przyjęte w § 7 -12 projektu rozporządzenia, dotyczące stosowania unieruchomienia i izolacji, stanowią odzwierciedlenie dotychczas obowiązujących w tym zakresie przepisów.

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbینگowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji, w rozumieniu przepisów 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 56, poz. 597).

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Projekt rozporządzenia obejmuje zakresem regulacji organy administracji rządowej i samorządowej szczebla wojewódzkiego, podmioty lecznicze, jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, jednostki organizacyjne pomocy społecznej, pracowników wymienionych zakładów i jednostek oraz osoby cierpiące na zaburzenia psychiczne.

2. Konsultacje społeczne

Projektowana regulacja zostanie poddana konsultacjom z następującymi podmiotami:

- 1) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii,
- 2) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży,
- 3) Krajowy Konsultant w dziedzinie psychologii klinicznej,
- 4) Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
- 5) Polskie Towarzystwo Psychiatryczne,
- 6) Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie,
- 7) Rada Krajowa Federacji Konsumentów,
- 8) Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”,
- 9) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych,
- 10) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy,
- 11) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych,
- 12) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia,
- 13) Forum Związków Zawodowych,
- 14) Związek Pracodawców Służby Zdrowia,
- 15) Naczelna Rada Lekarska,
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,
- 17) Helsińska Fundacja Praw Człowieka,
- 18) Fundacja Batorego,
- 19) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego,
- 20) Związek Województw Rzeczypospolitej Polskiej,
- 21) urzędy marszałkowskie,

a także zostanie umieszczona na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, w tym w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337).

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Przedmiotowa regulacja nie będzie miała wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu na rozwój regionalny.

6. Wpływ na rynek pracy

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację na rynku pracy.

7. Wpływ na zdrowie społeczeństwa

Proponowana regulacja, między innymi przez poprawę funkcjonowania opieki nad osobami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne, przyczyni się do poprawy kondycji psychicznej społeczeństwa.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Przedmiot projektowanego rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

**w sprawie określenia sposobu i organizacji leczenia krwią w podmiotach
lecniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i
całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze
wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami**

Na podstawie art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1

Przepisy ogólne

§ 1. Rozporządzenie określa sposób i organizację leczenia krwią w podmiotach lecniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami, w tym:

- 1) obowiązki i zadania kierownika tego podmiotu, ordynatora oddziału, lekarzy i pielęgniarek (położnych);
- 2) sposób powoływania banku krwi w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz jego lokalizację i organizację pracy;
- 3) sposób sprawowania nadzoru nad działaniem banku krwi w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne oraz nad stosowaniem leczenia krwią i jej składnikami w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

§ 2. Organizacja leczenia krwią w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne powinna zapewniać:

- 1) niezwłoczne, całodobowe zaopatrzenie jego jednostek organizacyjnych w krew i jej składniki;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1998 r. Nr 117, poz. 756, z 2001 r. Nr 126, poz. 1382, z 2003 r. Nr 223, poz. 2215, z 2007 r. Nr 166, poz. 1172 oraz z 2010 r. Nr 96, poz. 620.

- 2) badania z zakresu serologii transfuzjologicznej warunkujące bezpieczne przetaczanie krwi i jej składników, zwane dalej „przetoczeniem”;
- 3) identyfikację, rejestrowanie i sporządzanie raportów o wszelkich nieprzewidzianych zdarzeniach, a w szczególności o błędach i wypadkach, związanych z przetoczeniem.

§ 3. 1. Lekarz jest odpowiedzialny za:

- 1) ustalenie wskazań do przetoczenia;
- 2) identyfikację biorcy i kontrolę dokumentacji przed przetoczeniem;
- 3) zabieg przetoczenia;
- 4) prawidłowe udokumentowanie zabiegu przetoczenia;
- 5) sporządzanie raportów o zdarzeniach, o których mowa w § 2 pkt 3.

2. Pielęgniarka (położna) jest odpowiedzialna za:

- 1) czynności związane z pobieraniem próbek krwi od pacjentów;
- 2) identyfikację biorcy i kontrolę dokumentacji przed przetoczeniem - na zlecenie lekarza;
- 3) informowanie lekarza o objawach występujących w trakcie i po przetoczeniu, mogących świadczyć o powikłaniu poprzetoczeniowym oraz o zdarzeniach, o których mowa w § 2 pkt 3;
- 4) wydawanie wypełnionego i podpisanego przez lekarza zamówienia na krew.

3. Naczelna pielęgniarka lub przełożona pielęgniarek w porozumieniu z ordynatorem oddziału ustala listę pielęgniarek (położnych) uprawnionych do dokonywania przetoczeń i czynności związanych z tym zabiegiem, posiadających zaświadczenie o odbyciu szkolenia, wydane na podstawie przepisów w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania.

§ 4 1. Do zadań lekarzy, pielęgniarek (położnych) wykonujących czynności związane z przetaczaniem należy:

- 1) wypełnienie i złożenie zamówienia na krew i jej składniki - dotyczy wyłącznie lekarza;
- 2) pobranie od pacjenta próbek krwi w celu wykonania badania grupy krwi i próby zgodności krwi dawcy i biorcy;
- 3) poinformowanie pacjenta o ryzyku i korzyściach wynikających z przetoczenia - dotyczy wyłącznie lekarza;
- 4) identyfikacja biorcy i kontrola dokumentacji przed przetoczeniem;
- 5) przetoczenie;
- 6) obserwacja pacjenta w trakcie i po przetoczeniu oraz podjęcie odpowiednich czynności, jeżeli wystąpi powikłanie.

2. Informacje o zabiegu przetoczenia i powikłaniach odnotowuje się w formularzu historii choroby, książce transfuzyjnej, zgodnej z wzorem nr 1 określonym w załączniku do rozporządzenia, karcie informacyjnej pacjenta oraz w księdze raportów pielęgniarskich.

§ 5 1. Kierownik podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne wyznacza lekarza specjalistę w dziedzinie transfuzjologii klinicznej jako lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią, zwanego dalej "lekarzem odpowiedzialnym za gospodarkę krwią".

2. W przypadku gdy w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne nie zatrudnia się lekarza specjalisty z dziedziny transfuzjologii klinicznej, obowiązki lekarza odpowiedzialnego

za gospodarkę krwią powierza się lekarzowi specjalście, w szczególności w jednej z następujących dziedzin medycyny: chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, hematologii, pediatrii lub onkologii klinicznej.

3. Lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią:

- 1) odbywa przeszkolenie w centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, zwanym dalej „centrum”, nie rzadziej niż co 4 lata;
- 2) bierze udział w seminariach i kursach organizowanych przez centrum.

4. Do zadań lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią należy w szczególności:

- 1) nadzór nad leczeniem krwią w oddziałach szpitalnych;
- 2) planowanie zaopatrzenia szpitala w krew i jej składniki;
- 3) kierowanie bankiem krwi, jeżeli nie powierzono tej czynności kierownikowi pracowni serologii transfuzjologicznej;
- 4) zapewnienie przestrzegania standardowych procedur operacyjnych (ang. Standard Operating Procedure), zwanych dalej „SOP”, sporządzonych przez jednostkę organizacyjną podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (bank krwi, pracownię serologii transfuzjologicznej oraz oddziały szpitalne), w porozumieniu z centrum;
- 5) organizacja wewnętrznych szkoleń lekarzy, pielęgniarek (położnych) w dziedzinie leczenia krwią w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;
- 6) niezwłoczne przekazywanie do centrum raportów o zdarzeniach, o których mowa w § 2 pkt 3;
- 7) sporządzanie i przekazywanie do centrum sprawozdań z działalności w zakresie krwiolecznictwa.

5. SOP jest to szczegółowy opis („krok po kroku”) typowego sposobu postępowania albo wykonywania działań lub powtarzanych okresowo czynności, w szczególności w związku z pobieraniem próbek krwi i pobieraniem krwi podczas zabiegów leczniczych, badaniem, dystrybucją oraz przetaczaniem.

6. Wprowadzenie zmiany w wykonywaniu danej procedury wiąże się ze sporządzeniem nowych SOP.

7. Czynności określone w rozdziałach 2-4 opisuje się w SOP.

8. Kierownik szpitala przechowuje oryginały SOP.

9. Kierownik jednostki organizacyjnej szpitala przechowuje kopie SOP dla tej jednostki. Kopie SOP sporządza się ponadto dla każdego stanowiska pracy związanego z leczeniem krwią.

10. SOP sporządza się według wzoru nr 2 określonego w załączniku do rozporządzenia.

11. SOP zatwierdza kierownik szpitala i dyrektor centrum lub osoba upoważniona przez dyrektora centrum.

§ 6 1. Dokumentację dotyczącą leczenia krwią i jej składnikami umożliwiającą prześledzenie losów przetoczenia i związanych z tym badań przechowuje się co najmniej przez 30 lat od dnia jej sporządzenia.

2. Poprawki w dokumentacji, o której mowa w ust. 1, należy dokonywać w sposób czytelny, tak aby możliwe było jednoznaczne odróżnienie danych

zmienionych od wpisanych po raz pierwszy, oraz opatrywać je podpisem osoby wraz z datą dokonania poprawki.

§ 7. 1. W szpitalu, w którym krew i jej składniki są przetaczane w więcej niż czterech oddziałach, kierownik podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne powołuje komitet transfuzjologiczny, zwany dalej „komitetem”, w celu:

- 1) rozwiązywania problemów dotyczących leczenia krwią i jej składnikami;
- 2) rozwiązywania problemów związanych z gospodarką krwią;
- 3) sprawowania nadzoru nad leczeniem krwią i jej składnikami.

2. W skład komitetu wchodzi:

- 1) ordynatorzy oddziałów, w których często przetacza się krew, lub ich zastępcy;
- 2) lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią;
- 3) anestezjolog;
- 4) kierownik pracowni serologii transfuzjologicznej;
- 5) pielęgniarka (położna) dokonująca przetoczeń.

3. Do oddziałów, o których mowa w ust. 2 pkt 1, zalicza się w szczególności oddziały: chirurgiczny, położniczy i ginekologiczny, ortopedyczny, kardiochirurgiczny, hematologiczny, pediatryczny, neonatologiczny, chorób wewnętrznych oraz intensywnej opieki medycznej.

4. Komitet współpracuje z jednostkami organizacyjnymi publicznej służby krwi, w szczególności z najbliższym centrum.

5. Do zadań komitetu należy w szczególności:

- 1) dokonywanie okresowej oceny wskazań do przetoczenia, nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy;
- 2) analiza zużycia krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych w celu ograniczenia niepotrzebnych przetoczeń i nadmiernych zniszczeń;
- 3) nadzór nad monitorowaniem leczenia krwią i dokumentacji z tym związanej;
- 4) ocena stosowanej metodyki przetoczeń, określonej w rozporządzeniu;
- 5) analiza każdego powikłania poprzetoczeniowego wraz z oceną postępowania;
- 6) analiza raportów o zdarzeniach, o których mowa w § 2 pkt 3;
- 7) opracowanie programu kształcenia lekarzy, pielęgniarek (położnych) w dziedzinie leczenia krwią i nadzór nad jego realizacją;
- 8) udział w planowaniu zaopatrzenia w krew i jej składniki i rocznej sprawozdawczości dotyczącej ich zużycia.

6. Raporty i okresowe sprawozdania z działalności komitetu są przekazywane kierownikowi szpitala i dyrektorowi najbliższego centrum.

Rozdział 2

Organizacja leczenia krwią w oddziałach szpitala

§ 8 1. O przetoczeniu decyduje lekarz prowadzący leczenie pacjenta po uprzednim poinformowaniu tego pacjenta o konieczności przetoczenia oraz po uzyskaniu jego ustnej zgody na przetoczenie. Brak zgody wymaga pisemnego oświadczenia pacjenta.

2. Przed przetoczeniem należy sprawdzić, czy w dokumentacji medycznej pacjenta znajduje się wynik badania grupy krwi. Za niewiarygodną uznaje się informację o grupie krwi zawartą w karcie informacyjnej z pobytu w innym szpitalu.

Za wiarygodny można uznać wyłącznie wynik wpisany w dowodzie osobistym, karcie identyfikacyjnej grupy krwi zgodnej z wzorem nr 3 określonym w załączniku do rozporządzenia, legitymacji honorowego dawcy krwi lub wynik z pracowni serologii transfuzjologicznej. Wynik badania grupy krwi umieszcza się w formularzu historii choroby w obecności dwóch osób, które składają własnoręczne podpisy po sprawdzeniu zgodności wyniku z wpisem.

3. Przed wykonaniem przetoczenia należy pobrać próbkę krwi od pacjenta i jednocześnie wypełnić skierowanie na badanie grupy krwi zgodnie z wzorem nr 4 określonym w załączniku do rozporządzenia, jeżeli badanie grupy krwi nie zostało przeprowadzone lub jeżeli istnieją wątpliwości co do wiarygodności wyniku.

4. Na podstawie wyniku badania grupy krwi lekarz wypełnia formularz zamówienia indywidualnego na składnik krwi, który przekazuje się do banku krwi.

5. Jeżeli w szpitalu nie ma banku krwi, to zamówienie indywidualne przekazuje się bezpośrednio do centrum.

6. W przypadku planowanego przetaczania koncentratu krwinek czerwonych (KKCz) lub krwi pełnej konserwowanej (KPK) do banku krwi przekazuje się skierowanie na wykonanie próby zgodności, zgodnie z wzorem nr 5 określonym w załączniku do rozporządzenia, wraz z odrębnie w tym celu pobraną próbką krwi od pacjenta. Pracownik banku krwi przekazuje fragmenty drenów wraz z tym skierowaniem i próbką krwi do pracowni serologii transfuzjologicznej.

7. W przypadkach bezpośredniego zagrożenia życia lekarz może podjąć decyzję o przetoczeniu zgodnych grupowo KKCz lub KPK przed wykonaniem próby zgodności. Na skierowaniu na krew do pilnej transfuzji do pracowni serologii transfuzjologicznej, zgodnym z wzorem nr 6 określonym w załączniku do rozporządzenia, należy umieścić adnotację: „Wydać przed wykonaniem próby zgodności” wraz z pieczętą i podpisem lekarza. Do dalszego postępowania stosuje się § 31 ust. 8 i 9.

§ 9. 1. Od dorosłego pacjenta pobiera się co najmniej 8 mililitrów (ml) krwi żyłnej, a w przypadku niemowląt i małych dzieci od 2 do 5 ml, do suchej próbki jednorazowego użytku. Bezpośrednio po pobraniu krwi, w obecności pacjenta wpisuje się, na podstawie danych uzyskanych od pacjenta, a jeżeli jest to niemożliwe, danych z karty gorączkowej, formularza historii choroby lub identyfikatora, jeżeli jest stosowany, na etykiecie próbek:

- 1) nazwisko (wielkimi literami) i imię;
- 2) datę urodzenia pacjenta lub numer PESEL, jeżeli posiada;
- 3) datę i godzinę pobrania krwi.

2. W przypadku braku możliwości uzyskania danych pacjenta, o których mowa w ust. 1, na etykiecie i na skierowaniu do badania należy wpisać symbol NN oraz numer księgi głównej i numer księgi oddziałowej.

3. Po pobraniu krwi osoba pobierająca sprawdza, czy dane pacjenta są zgodne z danymi na etykiecie próbki i składa na skierowaniu czytelny podpis.

4. Pobrana próbka krwi jest niezwłocznie dostarczana do pracowni serologii transfuzjologicznej wraz ze skierowaniem na badanie, zgodnie z wzorami nr 4-6 określonymi w załączniku do rozporządzenia.

5. Dopuszcza się pobieranie krwi na wersenian (EDTA) od:

- 1) noworodków;
- 2) niemowląt;
- 3) małych dzieci;
- 4) pacjentów z niedokrwistością autoimmunohemolityczną (NAIH);

- 5) pacjentów, u których badania grupy krwi wykonuje się metodami automatycznymi.

§ 10. 1. Kontrola zgodności biorcy z każdą jednostką krwi lub jej składnika przeznaczoną do przetoczenia przeprowadzana jest w obecności pacjenta i polega na:

- 1) identyfikacji pacjenta polegającej na porównaniu jego imienia i nazwiska, daty urodzenia lub numeru PESEL i grupy krwi z danymi określonymi na formularzu zawierającym wynik próby zgodności, zgodnie z wzorem nr 7 określonym w załączniku do rozporządzenia;
- 2) porównaniu wyników grupy krwi na formularzu, o którym mowa w pkt 1, z grupą krwi na etykiecie pojemnika;
- 3) porównaniu numeru krwi lub jej składnika z numerem na formularzu, o którym mowa w pkt 1;
- 4) sprawdzeniu, czy jednostka krwi lub jej składnika została przygotowana zgodnie ze specjalnymi zaleceniami zawartymi w zamówieniu;
- 5) sprawdzeniu daty ważności składnika.

2. Lekarz lub uprawniona do tego pielęgniarka (położna), którzy dokonali oceny zgodności krwi lub jej składnika z biorcą, składają swój podpis na formularzu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.

3. Godzinę rozpoczęcia przetoczenia zawartości każdego pojemnika należy wpisać w książce transfuzyjnej, na formularzu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, w protokole znieczulenia ogólnego, a na oddziale intensywnej opieki medycznej w karcie obserwacji.

4. W razie rozbieżności wykrytych podczas kontroli zgodności krwi lub jej składnika z danymi biorcy nie przetacza się tej jednostki krwi lub składnika. Należy ją zwrócić bankowi krwi wraz z informacją o przyczynie zwrotu oraz z protokołem i formularzem, o którym mowa w ust. 1 pkt 1. Krew ta nie może być ponownie dopuszczona do użytku.

5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, należy sporządzić raport o zdarzeniu, o którym mowa w § 2 pkt 3.

6. Formularz, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, musi być dostępny podczas przetoczenia.

§ 11. 1. Przetoczenie krwi lub jej składnika, z wyjątkiem KKP i osocza, pobranych z banku krwi lub centrum należy rozpocząć nie później niż w ciągu 30 minut od ich dostarczenia. Z banku krwi należy sukcesywnie pobierać pojedyncze jednostki krwi. W wyjątkowych przypadkach, jeżeli przewiduje się dłuższy czas do rozpoczęcia transfuzji, krew należy przechowywać w zwalidowanej przeznaczonej wyłącznie do tego celu lodówce, w temperaturze od 2 °C do 6 °C. Temperaturę w lodówce należy sprawdzać i zapisywać co 8 godzin. Przetoczenie KKP i rozmrożonego osocza należy rozpocząć niezwłocznie po ich otrzymaniu.

2. Planowane przetoczenia powinny odbywać się w okresie pełnej obsady lekarzy i pielęgniarek (położnych) oddziału szpitala.

3. Składniki krwi przetacza się za pomocą jednorazowych sterylnych zestawów. Nie można przetaczać KKP i płynów infuzyjnych przez zestaw uprzednio użyty do przetaczania krwi pełnej lub KKCz. Do przetoczeń niemowlętom służą specjalne zestawy. Jeżeli składnik krwi jest podawany strzykawką, należy zastosować specjalny filtr. Używane pompy muszą mieć atest i wskazówki producenta, jak należy je stosować.

4. Ogrzewanie krwi można przeprowadzać wyłącznie w specjalistycznym urządzeniu zaopatrzone w termometr i system alarmowy. Zaleca się ogrzewanie krwi w przypadku:

- 1) dorosłych - jeżeli szybkość przetoczenia przekracza 50 ml/min;
- 2) dzieci - jeżeli szybkość przetoczenia przekracza 15 ml/min;
- 3) noworodków - w przypadku przetoczenia wymiennego;
- 4) biorcy z klinicznie znaczącymi przeciwciałami typu zimnego.

5. Nie można dodawać produktów leczniczych do przetaczanej krwi.

6. Nie można przetaczać jednej jednostki krwi pełnej lub KKCz dłużej niż 4 godziny, a jednej jednostki KKP lub osocza - dłużej niż 30 minut.

7. Nie można po odłączeniu ponownie podłączać pacjentowi tego samego zestawu lub składnika krwi.

8. Przez jeden zestaw można przetaczać podczas jednego zabiegu do 4 jednostek krwi pełnej lub KKCz. Jeżeli przetaczanie jednej jednostki krwi pełnej lub KKCz trwało 4 godziny, to zestaw do przetaczania nie może być powtórnie użyty. Należy go zmienić również w przypadku, gdy po zakończonym przetoczeniu podaje się płyny infuzyjne.

9. Niezużytego w całości składnika krwi nie można przetoczyć innemu pacjentowi.

10. Po przetoczeniu pojemniki z pozostałością po przetoczeniu wraz z zestawami do przetoczenia należy przechowywać w temperaturze od 2 °C do 6 °C przez 5 dni w specjalnie do tego celu przeznaczonej lodówce.

11. Każde przetoczenie należy odnotować w historii choroby, a ponadto zarejestrować w książce transfuzyjnej, o której mowa w § 4 ust. 2.

§ 12. 1. Lekarz odpowiedzialny za przetoczenie powinien być obecny podczas rozpoczęcia przetoczenia zawartości każdego pojemnika z krwią lub jej składnikiem.

2. Lekarz lub wyznaczona przez niego pielęgniarka (położna) są obowiązani do obserwacji pacjenta podczas przetoczenia i przez 12 godzin po jego zakończeniu. Pacjent, któremu przetoczono krew w warunkach ambulatoryjnych, może być zwolniony do domu po okresie krótszym niż 12 godzin na podstawie wpisu lekarza w książce transfuzyjnej.

3. Przed przetoczeniem i po jego zakończeniu należy dokonać pomiaru i rejestracji ciepłoty ciała, tętna i ciśnienia tętniczego krwi.

4. Po 15 minutach od rozpoczęcia przetaczania kolejnej jednostki krwi lub jej składnika należy dokonać pomiaru i rejestracji ciepłoty ciała i tętna.

5. Pacjenta należy pouczyć o konieczności niezwłocznego zgłoszenia każdego niepokojącego objawu, a w szczególności dreszczy, wysypki, zaczerwienienia skóry, duszności, bólu kończyn lub okolicy lędźwiowej.

6. W przypadku wystąpienia objawów lub zmian mogących świadczyć o powikłaniu związanym z przetoczeniem należy wdrożyć odpowiednie postępowanie.

7. W przypadku pacjentów, którzy są nieprzytomni, pogorszenie stanu ogólnego pacjenta, w szczególności w ciągu 15-20 minut od rozpoczęcia przetaczania każdej jednostki składnika krwi, może być objawem odczynu poprzetoczeniowego. U tych pacjentów spadek ciśnienia tętniczego, nieuzasadnione krwawienie, będące następstwem rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego, hemoglobinuria lub oliguria mogą być pierwszym objawem ostrej hemolitycznej reakcji poprzetoczeniowej.

§ 13. 1. Do wczesnych powikłań poprzetoczeniowych zalicza się:

- 1) reakcje hemolityczne;

- 2) zakażenia bakteryjne;
- 3) odczyn anafilaktyczny;
- 4) ostre poprzetoczeniowe uszkodzenie płuc (ang. Transfusion Related Acute Lung Injury - TRALI);
- 5) duszność poprzetoczeniową;
- 6) niehemolityczne reakcje gorączkowe;
- 7) wysypkę.

2. Do opóźnionych powikłań poprzetoczeniowych zalicza się:

- 1) reakcje hemolityczne;
- 2) poprzetoczeniową skazę małopłytkową;
- 3) poprzetoczeniową chorobę przeszczep przeciw biorcy (ang. Transfusion Associated Graft versus Host Disease - TA-GvHD);
- 4) przeniesienie zakażeń wirusowych.

3. W przypadku wystąpienia u pacjenta objawów nasuwających przypuszczenie wczesnego odczynu związanego z przetoczeniem składnika krwi należy niezwłocznie przeprowadzić pomiar ciepłoty ciała, tętna i ciśnienia tętniczego krwi. W przypadku duszności poprzetoczeniowej lub TRALI konieczne jest badanie radiologiczne płuc. Dalsze postępowanie zależy od nasilenia i rodzaju objawów. Jeżeli podczas transfuzji wyniki tych pomiarów oraz towarzyszące im objawy wskazują na ostry odczyn poprzetoczeniowy, należy niezwłocznie:

- 1) przerwać przetoczenie;
- 2) powiadomić lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie;
- 3) odłączyć pojemnik ze składnikiem krwi wraz z zestawem do przetaczania, utrzymując wkłucie do żyły i przetaczać powoli przez nowy, sterylny zestaw 0,9 % roztwór chlorku sodowego (NaCl) do czasu wdrożenia odpowiedniego leczenia;
- 4) sprawdzić dane na wszystkich pojemnikach przetaczanych składników, wyniki próby zgodności i grupy krwi pacjenta oraz dane identyfikujące biorcę;
- 5) powiadomić pracownię serologii transfuzjologicznej, która wykonywała badania przed przetoczeniem; pracownia dokonuje kontroli dokumentacji i ponownie wykonuje badania grupy krwi biorcy i krwi dobieranej do przetoczenia, a wyniki badań przekazuje do lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie;
- 6) powiadomić centrum, z którego otrzymano składniki krwi;
- 7) pobrać próbki krwi od pacjenta z innego miejsca wkłucia niż miejsce, w którym dokonywano przetoczenia w celu wykonania badań:
 - a) serologicznych (5 ml na antykoagulant, co najmniej 5 ml na skrzep),
 - b) bakteriologicznych (na posiew); objętość próbki krwi i rodzaj pojemnika z podłożem bakteriologicznym określa pracownia bakteriologiczna wskazana przez centrum;
- 8) przesłać do działu immunologii transfuzjologicznej centrum:
 - a) wszystkie próbki krwi pacjenta oraz krwi dobieranej do przetoczenia, znajdujące się w pracowni serologii transfuzjologicznej,
 - b) próbki krwi pacjenta pobrane do badań serologicznych po przetoczeniu;
- 9) przesłać do pracowni bakteriologicznej wskazanej przez centrum:
 - a) pobrane po przetoczeniu próbki krwi pacjenta,
 - b) wszystkie pojemniki z resztkami przetaczanej krwi; pracownia bakteriologiczna po pobraniu z pojemników próbek krwi do badań przesyła je do działu immunologii transfuzjologicznej centrum;
- 10) przesłać do centrum wypełniony przez lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie formularz zgłoszenia powikłania poprzetoczeniowego zgodnie z wzorem nr 8 określonym w załączniku do rozporządzenia.

4. W przypadku gdy ciężkie objawy wystąpiły po zakończonym przetoczeniu, należy postępować zgodnie z przepisami ust. 3 pkt 2, 4, 5-10.

5. Centrum rejestruje wszystkie powikłania poprzetoczeniowe na podstawie dokumentacji przekazanej przez szpital. W przypadkach ciężkich powikłań dyrektor centrum lub wyznaczony przez niego lekarz dokonuje kontroli postępowania przed i podczas przetoczenia oraz udziela wskazówek dotyczących leczenia powikłania.

Rozdział 3

Organizacja leczenia krwią w szpitalnym banku krwi

§ 14 1. Kierownik podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne zapewnia funkcjonowanie na rzecz tego podmiotu banku krwi.

2. Jeżeli bank krwi jest utworzony w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, należy go zlokalizować w odrębnym pomieszczeniu albo na terenie pracowni serologii transfuzjologicznej lub medycznego laboratorium diagnostycznego.

3. Kierownikiem banku krwi jest lekarz odpowiedzialny za gospodarkę krwią lub kierownik pracowni serologii transfuzjologicznej.

§ 15. 1. Merytoryczny nadzór nad działalnością banku krwi sprawuje centrum.

2. Do zadań banku krwi należy w szczególności:

- 1) składanie zamówień na krew i jej składniki w najbliższym centrum, zgodnie z zamówieniami oddziałów szpitala;
- 2) odbiór krwi i jej składników;
- 3) przechowywanie krwi i jej składników do czasu ich wydania do oddziału szpitalnego;
- 4) wydawanie krwi i jej składników do oddziałów szpitalnych;
- 5) prowadzenie dokumentacji:
 - a) przychodów i rozchodów krwi i jej składników,
 - b) zapewniającej identyfikację dawcy i biorcy krwi lub jej składników;
- 6) prowadzenie sprawozdawczości zużycia krwi i jej składników.

3. Kierownik banku krwi, w porozumieniu z dyrektorem centrum, przygotowuje SOP.

§ 16. 1. Czynności, o których mowa w § 15 ust. 2, wykonują osoby posiadające co najmniej średnie wykształcenie medyczne, przeszkolone w centrum.

2. Nadzór nad czynnościami osób, o których mowa w ust. 1, sprawuje kierownik banku krwi.

§ 17. 1. Bank krwi prowadzi i archiwizuje wszystkie zbiorcze i indywidualne zamówienia na krew oraz jej składniki przez 5 lat od dnia ich złożenia oraz prowadzi książkę przychodów i rozchodów, którą przechowuje przez 30 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu.

2. Książka przychodów i rozchodów zawiera w szczególności następujące informacje:

- 1) datę i godzinę przychodu;
- 2) nazwę, numer, grupę krwi, ilość składnika krwi, datę pobrania;
- 3) podpis osoby przyjmującej;

- 4) datę i godzinę rozchodu;
- 5) określenie oddziału, do którego przekazano składnik krwi;
- 6) imię, nazwisko, datę urodzenia lub numer PESEL biorcy;
- 7) podpis osoby wydającej składnik krwi.

3. Wyniki kontroli temperatur lodówek i zamrażarek i innego sprzętu do termostatowania przeznaczonego do przechowywania krwi i jej składników dokumentuje się. Protokoły kontroli temperatur przechowywania oraz protokoły kontroli temperatury transportu krwi i jej składników należy przechowywać przez okres co najmniej 5 lat od dnia dokonania pomiarów.

§ 18. 1. Krew i jej składniki zamawia się w centrum.

2. Składając wstępne zamówienie telefoniczne, należy uzgodnić termin i sposób dostarczenia krwi lub jej składników do banku krwi.

3. Uzupełniając zapas krwi i jej składników, bank krwi jest obowiązany sporządzić pisemne zamówienie zbiorcze i uzyskać jego akceptację przez kierownika szpitala lub osobę przez niego upoważnioną i głównego księgowego. Akceptacja taka może mieć formę stałej akceptacji rocznej.

4. Krew i jej składniki są wydawane na podstawie indywidualnych zamówień na krew i jej składniki, wystawionych przez lekarzy zgodnie z wzorem nr 9 określonym w załączniku do rozporządzenia.

5. Zamówienia zbiorcze oraz indywidualne powinny być dostarczone do centrum przed wydaniem odbiorcy krwi lub jej składników. Zamówienia te sporządza się w dwóch egzemplarzach. Oryginał zamówienia przesyła się do centrum, z którego otrzymuje się krew lub jej składniki, a kopię przechowuje się w banku krwi zgodnie z przepisami § 17 ust. 1.

6. Zamówienia, o których mowa w ust. 5, i wystawiona przez centrum na ich podstawie faktura są równoznaczne z zawarciem umowy o dostawę krwi i jej składników.

§ 19. 1. Krew i jej składniki są przewożone w warunkach poddanych walidacji, kontroli i okresowej lub ponownej walidacji, za które odpowiedzialna jest jednostka zajmująca się transportem. Każdorazowo sporządza się protokół kontroli temperatury transportu.

2. Pomiaru temperatury dokonuje się za pomocą termometru lub czujnika automatycznego.

3. W przypadku stosowania termometru centrum, które wydało krew i jej składniki, oraz ich odbiorca wypełniają protokół, który zawiera w szczególności następujące informacje:

- 1) nazwę i adres centrum wydającego krew i jej składniki;
- 2) nazwę, numer składnika;
- 3) dzień i godzinę wydania;
- 4) temperaturę odczytaną po 5 minutach od chwili umieszczenia krwi lub jej składnika w pojemniku transportowym;
- 5) opis chłodniczego urządzenia transportowego, z podaniem ilości i rodzaju dodatkowego materiału chłodzącego oraz numeru termometru - jeżeli stosowano;
- 6) datę, podpis oraz pieczętkę osoby wydającej krew lub jej składnik;
- 7) imię i nazwisko kierowcy oraz rodzaj środka transportu;
- 8) nazwę i adres szpitala będącego odbiorcą;
- 9) dzień i godzinę dostarczenia składnika krwi;
- 10) temperaturę odczytaną w chwili dostarczenia krwi lub jej składnika;
- 11) datę, podpis oraz pieczętkę osoby dokonującej odbioru krwi lub jej składnika.

4. W przypadku stosowania automatycznych czujników temperatury, dostawca i odbiorca sporządzają protokół kontroli transportu zgodnie z ust. 3, z tym że zamiast danych, o których mowa w ust. 3 pkt 4 i 10, do protokołu dołącza się wydruki otrzymane z czujników.

5. Protokół kontroli transportu sporządza się w dwóch egzemplarzach. Jego oryginał zatrzymuje odbiorca, a kopię zatrzymuje dostawca.

6. Jeżeli krew lub jej składniki są przewożone transportem szpitalnym, to bank krwi jest odpowiedzialny za prowadzenie protokołu kontroli temperatury, którego wzór dostarcza właściwe miejscowo centrum.

§ 20. 1. Odbierając przesyłkę z krwią lub jej składnikami, oprócz czynności wymienionych w § 19 ust. 3 pkt 10 i 11 oraz ust. 4, dokonuje się kontroli wszystkich pojemników pod względem:

- 1) zgodności etykiet z zamówieniem;
- 2) daty ważności;
- 3) szczelności pojemników;
- 4) wyglądu krwi lub jej składników.

2. Przyjęcie przesyłki potwierdza się przez umieszczenie na kopii kwitu rozchodowego centrum daty, podpisu i pieczętki kierownika banku krwi lub osoby upoważnionej do odbioru.

§ 21. 1. Do przechowywania krwi i jej składników stosuje się specjalistyczny sprzęt przeznaczony do tego celu, zapewniający odpowiednie warunki przechowywania.

2. Urządzenie do przechowywania krwi lub jej składników wyposażone jest w co najmniej dwa niezależne mierniki temperatury poddawane okresowej kalibracji zgodnie z zaleceniami producenta. Kontroli temperatury dokonuje się i dokumentuje 3 razy w ciągu doby (co 8 godzin).

3. W miarę możliwości należy używać urządzeń do termostatowania, w tym sprzętu chłodniczego i inkubatorów do przechowywania KKP, wyposażonych w alarm dźwiękowy i wizualny. Kontrola temperatur tego sprzętu odbywa się w sposób ciągły (zapis graficzny, automatyczny wydruk okresowy), a gdy jest to niemożliwe, prowadzi się ją na podstawie wskazań umieszczonych wewnątrz czujników temperatury i systematycznie dokumentuje, potwierdzając podpisem osoby dokonującej pomiaru.

4. Jeżeli urządzenie do przechowywania krwi lub jej składników jest wyposażone w alarm, personel to urządzenie obsługujący powinien być poinformowany o:

- 1) dopuszczalnym zakresie temperatur;
- 2) temperaturach, przy których uruchamia się alarm (temperatury progowe);
- 3) czasie, po którym włącza się alarm.

5. Dla urządzenia do przechowywania krwi lub jej składników prowadzi się dokumentację temperatur. Dokumentacja ta zawiera:

- 1) numer identyfikacyjny urządzenia;
- 2) zakres dopuszczalnej temperatury, wynikający z przeprowadzonej walidacji urządzeń do termostatowania;
- 3) numer identyfikacyjny urządzenia pomiarowego, w szczególności sondy;
- 4) datę i godzinę odczytu;
- 5) wartość temperatury wskazywanej przez dwa mierniki;
- 6) podpis osoby dokonującej kontroli temperatury.

6. W przypadku stwierdzenia odchylenia od prawidłowej temperatury sporządza się protokół wyjaśniający przyczynę zaistniałej sytuacji oraz opisuje podjęte kroki zaradcze, zgodnie z procedurami awaryjnymi.

7. Urządzenia do przechowywania krwi i jej składników podlegają wstępnej walidacji i okresowej ponownej walidacji. Procedury te przeprowadza bank krwi we własnym zakresie i przy użyciu atestowanych mierników temperatury lub zleca przeprowadzenie tych czynności autoryzowanemu serwisowi producenta.

8. KPK oraz KKCz przechowuje się w temperaturze od 2 °C do 6 °C, w przeznaczonych wyłącznie do tego celu chłodniach lub lodówkach. Składniki segreguje się według grup krwi układu ABO i Rh. W miarę możliwości krew i składniki każdej grupy krwi należy przechowywać w osobnym urządzeniu chłodniczym. Każdą jednostkę umieszcza się w pozycji pionowej, w taki sposób, aby zapewnić swobodną cyrkulację powietrza pomiędzy pojemnikami.

9. Miejsca przeznaczone do przechowywania krwi i jej składników według grup układu ABO i Rh należy oznakować w sposób trwały.

10. Krew przeznaczoną do przetoczeń autologicznych przechowuje się w wydzielonym, wyraźnie oznakowanym miejscu.

11. ⁽¹⁾ Osocze i krioprecypitat przechowuje się w zamrażarkach lub mroźniach, w temperaturze od -18 °C do -25 °C nie dłużej niż przez trzy miesiące od dnia pobrania, a w temperaturze -25 °C lub niższej - nie dłużej niż przez 36 miesięcy od dnia pobrania.

12. Składniki wymienione w ust. 11 segreguje się według grup układu ABO i rodzaju składnika i przechowuje oddzielnie, w miejscach wyraźnie oznakowanych symbolami układu ABO.

13. KKP przechowuje się w temperaturze od 20 °C do 24 °C przy stałym mieszaniu w mieszadle obrotowym lub horyzontalnym.

§ 22. 1. Do oddziałów szpitalnych krew i jej składniki wydaje się na zamówienia indywidualne, o których mowa w § 18 ust. 4.

2. Osoba upoważniona do wydawania krwi i jej składników obowiązana jest każdorazowo do dokonania oceny makroskopowej wydawanych składników:

- 1) szczelności pojemnika;
- 2) zmiany zabarwienia zawartości.

3. Dokonując oceny makroskopowej KKCz, należy zwrócić szczególną uwagę także na:

- 1) oznaki hemolizy;
- 2) obecność skrzepów;
- 3) kolor zawartości.

4. Dokonując oceny makroskopowej osocza, należy zwrócić szczególną uwagę także na:

- 1) zmętnienie;
- 2) obecność skrzepów.

5. Dokonując oceny makroskopowej KKP, należy zwrócić szczególną uwagę także na agregaty.

6. Przed wydaniem krwi lub jej składników do oddziału szpitalnego należy dokładnie sprawdzić zgodność danych na etykiecie z zamówieniem, a w szczególności porównać numer składnika z numerem na wyniku próby zgodności, jeżeli obowiązuje jej wykonanie.

7. Krew oraz jej składniki powinny być wydawane do oddziałów szpitalnych bezpośrednio przed planowanym przetoczeniem po wykonaniu próby zgodności, jeżeli obowiązuje jej wykonanie, i innych wymaganych niezbędnych badań serologicznych.

8. Składniki krwi wymagające rozmrożenia przed przetoczeniem (FFP, krioprecypitat) należy wydawać w stanie płynnym. Rozmrażanie tych składników odbywa się w temperaturze 37 °C, przy stałej kontroli temperatury. Odpowiednie warunki rozmrażania osocza i krioprecypitatu zapewniają tzw. suche podgrzewacze, które elektronicznie regulują ilość dostarczanego ciepła, utrzymując stałą temperaturę rozmrażania, i automatycznie przerywają podgrzewanie po osiągnięciu zaprogramowanej temperatury. Osocze lub krioprecypitat można również rozmrażać w specjalnej łaźni wodnej z termoregulatorem, w temperaturze 37 °C, wyposażonej w mieszadło zapewniające równomierny rozkład temperatur wody. Przed umieszczeniem w łaźni należy szczelnie zamknąć pojemnik ze składnikiem w torebce foliowej i umieścić go w uchwycie w pozycji pionowej, aby zabezpieczyć go przed możliwością zakażenia drobnoustrojami przenoszonymi przez wodę.

9. Do wykonania próby zgodności pobiera się z banku krwi wyłącznie fragmenty drenów (pilotki). W takim przypadku należy sprawdzić zgodność grupy krwi i numeru składnika na pojemniku i pilotkach.

§ 23 1. Krew i jej składniki wydane wcześniej do oddziału szpitala nie podlegają zwrotom, poza wyjątkowym przypadkiem takim jak zgon pacjenta, dla którego zamawiano krew lub jej składniki, oraz w innym uzasadnionym przypadku - po wyrażeniu zgody przez dyrektora centrum.

2. Zwrot krwi lub jej składnika z banku krwi do centrum jest możliwy wyłącznie w przypadku określonym w ust. 1 oraz w przypadku rzadko występującego fenotypu krwinek czerwonych.

3. Zwrotu krwi lub jej składnika można dokonać tylko w przypadku, gdy dana jednostka krwi lub jej składniki były przechowywane i transportowane we właściwy sposób przy zachowaniu odpowiedniej i prawidłowo kontrolowanej temperatury oraz przy użyciu zwalidowanego sprzętu chłodniczego. Zwroty mogą być przyjmowane tylko z podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których centrum przeprowadziło kontrolę potwierdzoną protokołem, w którym stwierdzono brak uchybień w stosunku do obowiązujących przepisów dotyczących przechowywania krwi i jej składników.

4. Zwrot krwi lub jej składnika może być przyjęty na podstawie prawidłowo wypełnionego:

- 1) protokołu niewykorzystania krwi lub jej składników, który powinien zawierać:
 - a) nazwę i adres szpitalnego banku krwi dokonującego zwrotu,
 - b) nazwę, numer, ilość, grupę krwi zwracanego składnika,
 - c) przyczynę niewykorzystania składnika,
 - d) datę i godzinę pobrania składnika krwi z centrum,
 - e) datę i godzinę dokonania zwrotu do centrum,
 - f) imię, nazwisko, pieczętkę, podpis kierownika banku krwi lub osoby przez niego upoważnionej i dokonującej zwrotu;
- 2) protokołu kontroli temperatur przechowywania krwi i jej składników, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - a) nazwę, numer, grupę krwi składnika,
 - b) nazwę banku krwi, w którym przechowywano składnik krwi,
 - c) warunki przechowywania:
 - temperaturę przechowywania,
 - nazwę i numer lodówki, zamrażarki (jeżeli dotyczy),
 - czas przechowywania w lodówce lub zamrażarce,

- kopie protokołów kontroli temperatury w okresie przechowywania składnika,
 - datę i numer protokołu z ostatniej walidacji urządzenia, które wykorzystano do przechowywania składnika, lub specjalistyczny wskaźnik na pojemniku, potwierdzający prawidłowe warunki przechowywania i transportu,
 - d) datę, podpis, pieczętkę osoby sporządzającej protokół;
- 3) protokołu kontroli temperatury transportu krwi i jej składników, który sporządza się w przypadku, gdy krew i jej składniki nie były przewożone środkami transportu kontrolowanymi przez centrum; protokół ten zawiera co najmniej następujące dane (dotyczące w razie potrzeby warunków transportu w obie strony):
- a) nazwę i adres banku krwi zamawiającego albo zwracającego składnik,
 - b) nazwę, numer, grupę krwi składnika,
 - c) czas trwania transportu,
 - d) warunki transportu:
 - temperaturę,
 - dokładny opis urządzenia zapewniającego właściwą temperaturę transportu,
 - kopię protokołu kontroli temperatury transportu,
 - datę i numer protokołu z ostatniej walidacji urządzenia, którego użyto do transportu składnika krwi,
 - e) datę, podpis, pieczętkę osoby sporządzającej protokół.

§ 24. W przypadku reklamacji krwi lub jej składników stosuje się odpowiednio przepisy § 23 ust. 4.

§ 25. Szczegółowe wymagania dotyczące działalności banków krwi są określone w medycznych zasadach pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi.

Rozdział 4

Organizacja leczenia krwią w pracowni serologii transfuzjologicznej szpitala

§ 26. Przepisy niniejszego rozdziału dotyczące pracowni serologii transfuzjologicznej stosuje się również do laboratoriów i pracowni wykonujących badania immunohematologiczne na potrzeby leczenia krwią.

§ 27. 1. Do przeprowadzania badań związanych z przetaczaniem krwi i badań immunohematologicznych na potrzeby leczenia krwią, poza centrum, są upoważnione wyłącznie pracownie serologii transfuzjologicznej.

2. W strukturze szpitala pracownia serologii transfuzjologicznej działa jako:

- 1) samodzielna jednostka;
- 2) wydzielona pracownia, wchodząca w skład medycznego laboratorium diagnostycznego;
- 3) samodzielna jednostka połączona z bankiem krwi;
- 4) wydzielona pracownia w ramach medycznego laboratorium diagnostycznego, połączona z bankiem krwi.

3. Szpital zaopatruje pracownię serologii transfuzjologicznej w odpowiedni sprzęt, aparaturę, odczynniki diagnostyczne, krwinki wzorcowe oraz aktualne dokumenty i druki serologiczne zgodnie z zaleceniami właściwego miejscowo centrum. Szpital zapewnia odpowiednie warunki lokalowe niezbędne do wykonywania badań.

4. Kierownikiem pracowni serologii transfuzjologicznej może być diagnosta laboratoryjny z co najmniej trzyletnią praktyką wykonywania badań serologicznych, posiadający tytuł specjalisty z laboratoryjnej transfuzjologii medycznej.

5. Kierownik pracowni serologii transfuzjologicznej odpowiada za organizację pracy, która musi zapewnić gotowość do wykonywania niezbędnych badań z zakresu serologii transfuzjologicznej przez całą dobę, gwarantując bezpieczeństwo biorców krwi i noworodków zagrożonych chorobą hemolityczną (konflikt serologiczny).

6. Liczba osób zatrudnionych w pracowni serologii transfuzjologicznej jest uzależniona od zakresu i ilości wykonywanych badań.

7. Personel zatrudniony w pracowni serologii transfuzjologicznej nie może być przemieszczany na stanowiska pracy w innych laboratoriach lub pracowniach i odwrotnie.

8. Personel zatrudniony w pracowni serologii transfuzjologicznej odbywa szkolenie teoretyczne i praktyczne w centrum, potwierdzone wydanym przez dyrektora centrum zaświadczeniem upoważniającym do wykonywania badań serologicznych (diagnosta laboratoryjny samodzielnie lub pod nadzorem, a technicy pod nadzorem).

9. Zaświadczenie upoważniające do samodzielnego wykonywania badań serologicznych można wydać osobie posiadającej co najmniej 2-letnią praktykę w wykonywaniu tych badań.

10. Personel zatrudniony w pracowni serologii transfuzjologicznej, co najmniej raz w roku, jest poddawany zewnętrznej kontroli jakości wykonywanych badań, prowadzonej przez właściwe miejscowo centrum. Na podstawie dokonanej oceny kontrolowany pracownik może być wezwany na dodatkowe szkolenie lub zawieszony w wykonywaniu badań.

11. W przypadku przerwy w wykonywaniu pracy w pracowni serologii transfuzjologicznej dłuższej niż 2 lata należy odbyć dodatkowe szkolenie w centrum przed ponownym dopuszczeniem do pracy.

12. Pracę w godzinach pracy obowiązujących zgodnie z regulaminem pracy (godzinach regulaminowych) wykonują co najmniej dwie osoby.

13. Do badań w godzinach pozaregulaminowych dopuszcza się jedną osobę - diagnostę laboratoryjnego lub technika analityki, mających aktualne zaświadczenie z centrum upoważniające do wykonywania badań. Wydane wyniki badań, wykonanych przez technika analityki w godzinach pracy pozaregulaminowych, muszą być autoryzowane.

14. Przebieg pracy w czasie pozaregulaminowym (godziny przyjęcia próbek krwi oraz wydania wyników, napotykanie trudności z wydawaniem krwi do pilnej transfuzji) należy odnotowywać w książce raportów. Raporty te codziennie powinny być przeglądane i analizowane przez kierownika pracowni serologii transfuzjologicznej lub przez inną wyznaczoną przez niego osobę.

15. Podstawowe wyposażenie pracowni serologii transfuzjologicznej w aparaturę określają medyczne zasady pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania obowiązujące w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi.

16. Nadzór merytoryczny nad pracowniami serologii transfuzjologicznej pełnią wyłącznie centra.

17. W ramach nadzoru, o którym mowa w ust. 16, dokonywane są w szczególności następujące czynności:

- 1) opiniowanie obsady stanowiska kierownika pracowni oraz liczby niezbędnych do zatrudnienia osób w zależności od zakresu i ilości wykonywanych badań;
- 2) szkolenie pracowników i dopuszczanie ich do prowadzenia badań;

- 3) kontrolne okresowe weryfikacje pracowników (nie rzadziej niż co trzy lata);
- 4) kontrola jakości (prawidłowości i czułości stosowanych technik oraz dokumentacji wyników) badań serologicznych przeprowadzana nie rzadziej niż raz w roku;
- 5) prowadzenie okresowych kontroli pracowni nie rzadziej niż raz w roku;
- 6) wydawanie zaleceń oraz nadzorowanie ich wykonania w przypadkach stwierdzenia nieprawidłowości;
- 7) wprowadzanie uzasadnionych zmian w funkcjonowaniu pracowni oraz modyfikowanie technik serologicznych, dokumentacji i druków.

18. Protokół po kontroli przeprowadzonej przez centrum przekazuje się kierownikowi szpitala i kierownikowi pracowni serologii transfuzjologicznej.

§ 28. 1. Pracownia serologii transfuzjologicznej przyjmuje do badań tylko próbki krwi czytelnie opisane (drukowanymi literami) na trwałych nalepkach umieszczonych na jednorazowych probówkach, zawierających:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) datę urodzenia badanego lub numer PESEL,
- 3) datę i godzinę pobrania

- wraz z odpowiednim skierowaniem na badania, o którym mowa w § 9 ust. 4.

2. Po otrzymaniu próbek krwi należy sprawdzić zgodność danych na etykietach probówek i skierowaniach. Jeżeli dane na probówce są niezgodne z danymi na skierowaniu, należy wyjaśnić przyczynę rozbieżności i w razie potrzeby zażądać ponownego pobrania krwi od pacjenta.

3. Probki krwi rejestruje się w książce badań grup krwi lub w książce prób zgodności, nadając im kolejne numery, zgodnie z wzorami nr 10 i 11 określonymi w załączniku do rozporządzenia.

4. U biorców leczonych krwią w przeszłości i u kobiet z ciążami w wywiadzie należy zapoznać się z całą dokumentacją, dotyczącą poszukiwania i identyfikacji przeciwciał, która może zawierać także dane o odczynach poprzetoczeniowych.

5. Po wykonaniu wszystkich badań i wydaniu wyników, próbki krwi badanych osób i dawców przechowuje się w temperaturze od 2 °C do 6 °C przez 5 dni.

§ 29. 1. Badania krwi i jej składników wykonuje się zgodnie z zasadami określonymi w medycznych zasadach pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania, obowiązującymi w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi.

2. Do zakresu badań, o których mowa w ust. 1, należy:

- 1) określanie grup krwi ABO i Rh;
- 2) przeglądowe badanie na obecność przeciwciał odpornościowych do antygenów krwinek czerwonych w pośrednim teście antyglobulinowym i w teście enzymatycznym;
- 3) próba zgodności krwi;
- 4) badanie w kierunku konfliktu serologicznego między matką a płodem i w chorobie hemolitycznej noworodków;
- 5) badanie kwalifikujące do podania immunoglobuliny anti-D w ramach profilaktyki konfliktu serologicznego;
- 6) inne badanie uzgodnione z centrum (określanie fenotypu krwinek czerwonych, identyfikacja przeciwciał);
- 7) badania grup krwi dla celów trwałej ewidencji.

3. W przypadku trudności w określeniu grupy krwi ABO należy skonsultować się niezwłocznie z centrum. W sytuacjach nagłych, do czasu ich wyjaśnienia, można dobierać do przetoczenia KKCz grupy O.

4. W przypadku wykonywania badań krwi i jej składników u noworodków i niemowląt postępuje się zgodnie z medycznymi zasadami pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania, obowiązującymi w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi.

5. U pacjentów i u kobiet w ciąży, u których określa się grupy krwi, wykonuje się przeglądowe badanie w kierunku przeciwciał odpornościowych w pośrednim teście antyglobulinowym i w teście enzymatycznym. Po uzyskaniu dodatniego wyniku w badaniu przeglądowym dokonuje się identyfikacji przeciwciał.

6. Jeżeli pracownia serologii transfuzjologicznej nie ma możliwości wykonania badań, o których mowa w ust. 5, to przesyła próbki do centrum wraz ze skierowaniem, zgodnie z wzorem nr 12 określonym w załączniku do rozporządzenia i protokołem wykonanych badań. Oryginał wyniku badania w centrum przekazuje się pracowni serologii transfuzjologicznej szpitala i wpisuje w książce badań grup krwi. Jedną kopię wyniku przekazuje się do oddziału w celu wydania pacjentowi, a drugą kopię wyniku przekazuje się lekarzowi prowadzącemu leczenie pacjenta w celu umieszczenia w formularzu historii choroby.

7. Jeżeli biorcy przetaczano krew w okresie 3 miesięcy przed wykonaniem badania przeciwciał odpornościowych, to ujemny wynik tego badania jest ważny przez 48 godzin od pobrania próbki krwi.

8. U biorców systematycznie leczonych krwią oraz u osób, którym przetaczano krew w okresie ostatnich 3 miesięcy, bezwzględnie przestrzega się czasu ważności próby zgodności, który - liczony od momentu pobrania próbki krwi od pacjenta - wynosi 48 godzin. Jeżeli krew nie została w tym czasie przetoczona, należy powtórzyć próbę zgodności ze świeżo pobraną próbką krwi pacjenta.

9. Próbę zgodności wykonuje się z próbki krwi biorcy, specjalnie tylko w tym celu pobranej. Jako krew dawcy służy próbka zawarta w segmencie drenu połączonego z pojemnikiem z krwią. Przed odcięciem drenu należy porównać jego numer donacji z numerem na etykiecie pojemnika.

10. Wyniki próby zgodności wypisuje się na formularzu, o którym mowa w § 10 ust. 1 pkt 1.

11. Badania kwalifikujące do podania preparatu immunoglobuliny anty-D w ramach profilaktyki konfliktu serologicznego prowadzi się zgodnie z medycznymi zasadami pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania, obowiązującymi w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi.

12. Skierowanie na badania, o których mowa w ust. 11, określa wzór nr 13 określony w załączniku do rozporządzenia, a wynik tych badań określa wzór nr 14 określony w załączniku do rozporządzenia.

§ 30. 1. Badania wykonywane w pracowni serologii transfuzjologicznej protokołuje się w odpowiednich książkach, o których mowa w § 28 ust. 3. Wyniki badań grup krwi i prób zgodności odczytuje się i protokołuje z udziałem dwóch osób. Każdy protokół badania zawiera ostateczny wynik i jest czytelnie podpisywany przez osobę wykonującą i odczytującą z nią badanie.

2. Jeżeli badania wykonuje się technikami automatycznymi, należy prowadzić dokumentację w postaci wydruków komputerowych zamiast książek, o których mowa w ust. 1. Protokoły z danej serii badań podpisują osoby wykonujące to badanie.

3. Po wpisaniu wyniku na formularzu, kierownik pracowni serologii transfuzjologicznej lub upoważniona przez niego osoba sprawdza dane z książki z danymi na formularzu i składa podpis w książce i na formularzu, zgodnie z wzorem nr 15 określonym w załączniku do rozporządzenia.

§ 31. 1. Do przetoczenia wybiera się krew zgodną w układzie ABO i antygenie D układu Rh z biorcą.

2. Pacjentom z niedokrwistością autoimmunohemolityczną typu ciepłego dobiera się krew zgodną fenotypowo w układzie Rh i antygenie K z układu Kell.

3. Dziewczętom i kobietom do okresu menopauzy wskazane jest dobieranie krwi K ujemnej (K-) w ramach profilaktyki konfliktu serologicznego. Jeżeli wykonano badania antygeny K i stwierdzono jego obecność na krwinkach, można przetaczać krew K dodatnią (K+).

4. Biorcom, u których wykryto przeciwciała odpornościowe w aktualnym badaniu lub w przeszłości, dobiera się krew niezawierającą odpowiadającego im antygeny oraz zgodną fenotypowo w układzie Rh i antygenie K z układu Kell.

5. Zasady dobierania krwi noworodkom do przetoczenia wymiennego są określone w medycznych zasadach pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania, obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi.

6. Dopuszcza się przetaczanie KKCz grupy O pacjentom innej grupy krwi w następujących okolicznościach:

- 1) stany zagrażające życiu, gdy brak krwi jednoimiennej;
- 2) brak zgodnej krwi jednoimiennej dla biorcy z obecnymi alloprzeciwciałami odpornościowymi;
- 3) bardzo słaba ekspresja antygeny A lub B albo trudności w oznaczeniu grupy ABO;
- 4) brak krwi Rh ujemnej i jednocześnie jednoimiennej w układzie ABO.

7. Dopuszcza się przetaczanie KKCz grupy A lub B biorcom grupy AB, gdy brak jest krwi jednoimiennej.

8. W przypadkach uzasadnionego wskazania do natychmiastowego przetoczenia krwi, na pisemne zlecenie, o którym mowa w § 8 ust. 7, wydane przez lekarza prowadzącego leczenie lub lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią, można wydać zamówioną krew przed wykonaniem próby zgodności, pod warunkiem sprawdzenia antygenów układu ABO i D z układu Rh u dawcy i biorcy. Po wydaniu krwi przystępuje się niezwłocznie do wykonania próby zgodności. Jeżeli wynik wskazuje na niezgodność, konieczne jest natychmiastowe powiadomienie o tym lekarza prowadzącego leczenie, w celu przerwania przetoczenia.

9. W wyjątkowo nagłych przypadkach, gdy lekarz prowadzący leczenie zdecyduje o przetoczeniu przed wykonaniem badania grup krwi u biorcy i próby zgodności, należy wydać KKCz grupy O, a dziewczynkom i kobietom w okresie rozrodczym KKCz grupy O Rh ujemnej. W takich przypadkach należy natychmiast przystąpić do określenia u biorcy grupy krwi ABO i Rh, wykonania przeglądowego badania przeciwciał odpornościowych i próby zgodności. Do dalszych przetoczeń należy kwalifikować krew jednoimienną z biorcą w układzie ABO i antygenie D z układu Rh.

§ 32. Do trwałej dokumentacji grup krwi stosuje się karty identyfikacyjne grup krwi, o których mowa w § 8 ust. 2. Dopuszcza się także stosowanie wpisów w dowodach osobistych i legitymacji honorowego dawcy krwi w oparciu o jednobrzmiące wyniki badań 2 próbek krwi, pobranych w różnym czasie.

§ 33. Szczegółowe wymagania dotyczące działalności pracowni serologii transfuzjologicznej są określone w medycznych zasadach pobierania krwi, oddzielania jej składników i wydawania obowiązujących w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi.

Rozdział 5

Czuwanie nad bezpieczeństwem krwi

§ 34. 1. Czuwanie nad bezpieczeństwem krwi jest to zestaw określonych procedur nadzoru stosowanych w przypadku:

- 1) ciężkich niepożądanych zdarzeń;
- 2) ciężkich odczynów u dawców lub biorców;
- 3) podczas kontroli epidemiologicznej dawców.

2. Do centrum należy zgłaszać każdy ciężki odczyn obserwowany u biorcy podczas przetoczenia lub po jego zakończeniu, który można przypisać jakości lub bezpieczeństwu krwi i jej składników. Powikłania poprzetoczeniowe określone w § 13 ust. 3 i 4 zgłasza się na formularzu, o którym mowa w § 13 ust. 3 pkt 10.

3. Bank krwi, pracownia serologii transfuzjologicznej i szpital zgłaszają do centrum wszelkie niepożądane wydarzenia (wypadki lub błędy) związane z pobieraniem próbek, badaniem, przechowywaniem oraz wydaniem krwi i jej składników, wpływające na ich jakość i bezpieczeństwo oraz wszelkie niepożądane zdarzenia związane z przeprowadzaniem zabiegu przetoczenia.

4. W ramach czuwania nad bezpieczeństwem krwi do centrum przesyła się raporty dotyczące wczesnych i opóźnionych odczynów poprzetoczeniowych, zakażeń wirusowych przenoszonych drogą krwi oraz wystąpienia alloimmunizacji antygenami krwinek czerwonych, HLA, granulocytów i płytek krwi. Lekarz odpowiedzialny za przetoczenie rejestruje błędy, które mogły zagrażać bezpieczeństwu pacjenta, ale były usunięte przed przetoczeniem, i raporty o nich przesyła do centrum.

5. Jeżeli aktualne badanie dawcy wykazało potwierdzoną obecność zakażenia wirusami HBV, HCV lub HIV, centrum rozpoczyna procedurę „śledzenia wstecz” w celu ustalenia biorców krwi, którzy w okresie okienka serologicznego u dawcy mogli zakażać się tymi wirusami. Lekarz, który sprawował opiekę nad pacjentem, u którego wystąpiło podejrzenie zakażenia jednym z wirusów, powinien go o tym poinformować i zlecić odpowiednie badania w celu potwierdzenia lub wykluczenia zakażenia. Jeżeli argumenty medyczne przemawiają przeciwko udzieleniu informacji pacjentowi i badania nie zostały wykonane, szpital informuje o tym centrum.

6. Jeżeli u biorcy rozpoznano TRALI lub poprzetoczeniową duszność, centrum rozpoczyna procedurę „śledzenia wstecz” w celu stwierdzenia, czy krew i jej składniki od tego samego dawcy spowodowały wymienione powikłania u innych biorców.

Rozdział 6

Przepisy przejściowe i przepis końcowy

§ 35. Do dnia 31 grudnia 2015 r. na stanowisku kierownika pracowni serologii transfuzjologicznej może być zatrudniona:

- 1) osoba zatrudniona na tym stanowisku w dniu wejścia w życie rozporządzenia, nieposiadająca kwalifikacji, o których mowa w § 27 ust. 4, lub
- 2) diagnosta laboratoryjny posiadający co najmniej specjalizację I stopnia z diagnostyki laboratoryjnej lub analityki klinicznej oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w wykonywaniu badań serologicznych.

§ 36. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

**Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia.....
(poz.)**

Wzór nr 1. Wzór książki transfuzyjnej.

Strona 1

Lp.	Nazwa składnika krwi	Nr donacji	Producent	Termin ważności składnika krwi	Data, godz. otrzymania składnika krwi	Dawca ABO Rh	Biorca ABO Rh	Nazwisko, imię i data urodzenia biorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Strona 2

Nr historii choroby	Wynik próby zgodności *	Nazwisko i imię lekarza zlecającego przetoczenie	Data, godz. rozpoczęcia/zakończenia przetoczenia składnika krwi	Nazwisko i imię osoby wykonującej przetoczenia	Objętość przetoczona	Ocena przebiegu przetoczenia (uwagi o powikłaniach poprzetoczeniowych)	Podpis lekarza oceniającego przebieg transfuzji
10	11	12	13	14	15	16	17

* Zgodna, niezgodna serologicznie – zgodna fenotypowo.

Wzór nr 2. Standardowa Procedura Operacyjna (SOP).

Standardowa Procedura Operacyjna (SOP)

Strona 1

Nazwa jednostki		
Nazwa jednostki organizacyjnej		
Standardowa Procedura Operacyjna nr ...	Wersja nr	
Tytuł procedury		
Sporządził: imię i nazwisko	Data sporządzenia	podpis
Zatwierdził kierownik jednostki: imię i nazwisko	Data zatwierdzenia	podpis
Centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa Zatwierdził: imię i nazwisko	Data zatwierdzenia	podpis
Obowiązuje od dnia:		Zastępuje SOP nr....
Treść procedury		
Procedura nr:	Wersja nr...	Strona 1 z

Wzór nr 3. Wzór Karty identyfikacyjnej grupy krwi.

1. strona

Karta identyfikacyjna grupy krwi Nazwa jednostki służby zdrowia Imiona i nazwisko Data i miejsce urodzenia Imiona rodziców PESEL

2. strona

Nazwa Pracowni Serologicznej
Grupa krwi
Uwagi
Daty i nry badań:
x xx

x – nr wpisu z książki ewidencyjnej / rok lub pełna data wpisu

xx – pieczętka i podpis osoby odpowiedzialnej za wpis

Wzór nr 4. Skierowanie na badanie grupy krwi.

Szpital
Oddział
(pieczętka)

Data

Do
Pracowni serologii transfuzjologicznej
w

SKIEROWANIE NA BADANIE GRUPY KRWI

Nazwisko i imię

Data urodzenia lub PESEL

Rozpoznanie

Poprzednie wyniki badań
(grupa krwi, przeciwciała odpornościowe)

.....

.....
(czytelny podpis osoby pobierającej krew)

.....
(pieczętka i podpis lekarza kierującego)

Wzór nr 5. Skierowanie na wykonanie grupy zgodności.

Szpital

Oddział
(pieczętka)

Data

Do
Pracowni serologii transfuzjologicznej
w

SKIEROWANIE NA WYKONANIE PRÓBY ZGODNOŚCI

Pacjent:

Nazwisko i imię

Data urodzenia lub PESEL

Rozpoznanie

Grupa krwi

Przeciwciała odpornościowe

Biorca: pierwszorazowy, wielokrotny, ciężce
(właściwe podkreślić)

Data ostatniego przetoczenia

Podpis i pieczętka lekarza
kierującego

Data i godzina pobrania próbki krwi

Czytelny podpis osoby pobierającej

Składniki krwi wydane przez bank krwi:

Grupa krwi/ Numer pojemnika
.....
.....
.....

Podpis pracownika banku krwi

Wzór nr 6. Skierowanie na krew do pilnej transfuzji.

Szpital
Oddział
(pieczętka)

Data

Do
Pracowni serologii transfuzjologicznej
w

SKIEROWANIE NA KREW DO PILNEJ TRANSFUZJI

Proszę o wydanie krwi do pilnej transfuzji, przed wykonaniem próby zgodności

dla pacjenta

data urodzenia lub PESEL

grupa krwi pacjenta

przeciwciała odpornościowe

Oddział/Klinika

.....
(czytelny podpis osoby pobierającej krew)

.....
(pieczętka i podpis lekarza)

Wzór nr 7. Wynik próby zgodności Nr...

Pracownia serologii transfuzjologicznej
w

Data
Oddział

WYNIK PRÓBY ZGODNOŚCI Nr

Nazwisko i imię biorcy
Data urodzenia lub PESEL

Kontrolne badanie grupy krwi

Przeciwciała odpornościowe

Krew dawcy:

grupa krwi **Nr donacji** : **Wynik**

grupa krwi **Nr donacji** : **Wynik**

grupa krwi **Nr donacji** : **Wynik**

grupa krwi **Nr donacji** : **Wynik**

.....
Uwagi

.....

.....

.....
Wykonał (czytelny podpis)

.....
Sprawdził (pieczętka i podpis)

Wzór nr 8. Zgłoszenie powikłania poprzetoczeniowego.

strona 1

ZGŁOSZENIE POWIKŁANIA POPRZETOCZENIOWEGO					
do Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w					
Transfuzja	gdzie	sala operacyjna	OIOM	oddział	ambulatorium inne
	kiedy	w godzinach pracy regulaminowej dyżur sobota i święto (dzień wolny od pracy)			
Nazwisko i imię pacjenta			pleć: M K	data ur./PESEL	□□□□□□□□□□
			nr historii choroby		
Rozpoznanie			Grupa krwi pacjenta		
Hb (przed przetoczeniem)			Hb (po przetoczeniu)		
Data przetoczenia □□ / □□ / □□□□		grupa krwi przetoczona objętość: ml nr donacji (składnika krwi)			
		data pobrania data ważności			
		czas wystąpienia odczynu: podczas transfuzji min godz. po zakończeniu transfuzji min godz. dni			
Przetaczane składniki			Preparatyka		
<input type="checkbox"/> KPK <input type="checkbox"/> KKCz <input type="checkbox"/> KKP <input type="checkbox"/> FFP <input type="checkbox"/> KG			<input type="checkbox"/> z krwi pełnej <input type="checkbox"/> afereza <input type="checkbox"/> ubogoleukocytarne <input type="checkbox"/> napromieniowane <input type="checkbox"/> inne.....		
Próba zgodności serologicznej wykonana w Wynik					
<u>Objawy kliniczne / biologiczne oznaki odczynu</u>					
	przed	po	<input type="checkbox"/> niepokój <input type="checkbox"/> dreszcze <input type="checkbox"/> świąd <input type="checkbox"/> wysypka <input type="checkbox"/> zaczerwienienie <input type="checkbox"/> mdłości/ wymioty <input type="checkbox"/> niewydolność nerek <input type="checkbox"/> żółtaczka inne	<input type="checkbox"/> bóle w okolicy lędźwiowej <input type="checkbox"/> bóle w okolicy klatki piersiowej <input type="checkbox"/> bóle brzucha <input type="checkbox"/> duszność* <input type="checkbox"/> wstrząs <input type="checkbox"/> utrata świadomości	Wyniki bilirubina LDH / Hp gazometria: PO ₂ PCO ₂ Płuca: osłuchowo Rtg
Zastosowane leczenie					
* <input type="checkbox"/> tlenoterapia, <input type="checkbox"/> intubacja					
nasilenie odczynu <input type="checkbox"/> 0. brak <input type="checkbox"/> 1. natychmiastowy, niezagrażający życiu <input type="checkbox"/> 2. natychmiastowy, zagrażający życiu <input type="checkbox"/> 3. długotrwała choroba <input type="checkbox"/> 4. zgon			Inne ważne informacje kliniczne stan pacjenta przed transfuzją: <input type="checkbox"/> ciężki <input type="checkbox"/> dość dobry operacja: <input type="checkbox"/> tak kiedy <input type="checkbox"/> nie inne		
Przetoczono nieprawidłowy składnik <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
Gdzie wystąpił błąd					
(próba zgodności, personel odpowiedzialny za przetoczenie, personel wydający składnik itp.)					
Czy pacjent był poprzednio leczony składnikami krwi <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
Podać nazwę i ilość składnika krwi oraz datę ostatniego przetoczenia					
Czy podczas poprzednich transfuzji obserwowano niepożądane reakcje					
<input type="checkbox"/> TAK					
<input type="checkbox"/> NIE					
W celu wyjaśnienia przyczyny przesyłamy resztki przetoczonej krwi /składnika					
Nr donacji (składnika krwi) wraz z zestawem do przetaczania oraz próbkę krwi pacjenta,					
z której wykonano badania serologiczne przed przetoczeniem, i próbki pobrane po przetoczeniu w ilości 5ml na skrzep i 5 ml na antykoagulant oraz					
próbki krwi dawców z pracowni serologicznej;					
próbki do badań bakteriologicznych przesłano do					
Lekarz zgłaszający powikłanie			Lekarz odpowiedzialny za transfuzję		
(pieczętka i podpis)			(pieczętka i podpis)		

Wzór nr 9. Zamówienie na krew i jej składniki

Szpital

Oddział

(pieczętka oddziału składającego zamówienie) dnia.....

ZAMÓWIENIE NA KREW I JEJ SKŁADNIKI

Nazwisko i imię pacjenta

PESEL lub data urodzenia

Grupa krwi pacjenta

Przeciwciała odpornościowe

Rozpoznanie choroby

Wskazanie do transfuzji

Nr księgi głównej Nr księgi oddziału

PROSZĘ O WYDANIE

Liczba jednostek

lub opakowań

.....
(pełna nazwa zamawianego składnika)

Grupa krwi ABO

Rh (słownie)

FENOTYP

.....

.....
(data, podpis i pieczętka lekarza zamawiającego)

Wzór nr 10. Książka badań grup krwi

KSIĄŻKA BADAŃ GRUP KRWI

Strona 1

Lp.	Data	Nazwisko i imię, data urodzenia lub PESEL	Oddział	Wynik badania			Uwagi
				grupa krwi		nieregularne przeciwciała	
				ABO	Rh		

Strona 2

Układ ABO			Rh			Przeciwciała						Podpisy		
odczynniki			krwinki			odczynnik	test enzymatyczny			PTA			autokontrola (jeśli dodatnie wyniki screeningu)	
							krwinki wzorcowe							
anty-			O	A ₁	B	anty-		I	II	III	I			II
A	B	A,B	D		D									

Wzór nr 11. Książka prób zgodności.

KSIĄŻKA PRÓB ZGODNOŚCI

Strona 1

Data	Numer kolejny biorcy	Oddział	Nazwisko i imię (data urodzenia lub PESEL)	Grupa krwi na skierowaniu				Numer donacji	Uwagi
				biorcy		dawcy			
				ABO	Rh	ABO	Rh		

Strona 2

Kontrola grupy krwi			Badanie przeglądowe przeciwciał						Surowica biorcy + krwinki dawcy		Autokontrola (jeśli potrzeba)	Wynik	Podpisy	
biorcy			dawcy			test enzymatyczny			PTA					
-A	-B	-D	-A	-B	-D	krwinki wzorcowe			test enzymatyczny (jeśli wykonywany)					PTA
						I	II	III	I	II	III			

Wzór nr 12. Skierowanie na konsultacyjne badania serologiczne.

Skierowanie na konsultacyjne badania serologiczne

(pieczętka placówki kierującej)

Data

Do
Pracowni Konsultacyjnej
..... Centrum
Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa
w

Proszę o wykonanie badania

Nazwisko i imię pacjenta

Data urodzenia lub PESEL

Rozpoznanie

Wywiad (ciążę - daty, przetoczenia krwi - daty)

Wyniki badań serologicznych:

Grupa krwi

Przeciwciała odpornościowe

Wynik próby zgodności

Inne

Dane hematologiczne: Krwinki czerwone Hb Ht

Bilirubina Inne

.....
(czytelny podpis i pieczętka osoby kierującej)

Wzór nr 13. Skierowanie na badania kwalifikujące do podania immunoglobuliny anty-D

Do
Pracowni serologii transfuzjologicznej
W

**SKIEROWANIE NA BADANIA KWALIFIKUJĄCE DO
PODANIA IMMUNOGLOBULINY ANTY-D**

Nazwisko i imię matki
Data urodzenia lub PESEL
Grupa krwi

Noworodek
Data i godz. urodzenia

.....
(data)

.....
(czytelny podpis i pieczęć lekarza kierującego)

Wzór nr 14. Wyniki badań kwalifikujących do podania immunoglobuliny anty-D

Pracownia serologii transfuzjologicznej
w

Data
Oddział

**WYNIKI BADAŃ KWALIFIKUJĄCYCH DO PODANIA
IMMUNOGLOBULINY ANTY-D**

Nazwisko i imię matki

Data urodzenia lub PESEL

Grupa krwi

Przeciwciała anty-D

Noworodek

Data i godz. urodz.

Grupa krwi

BTA

Kwalifikacja do podania

preparatu immunoglobuliny anty-D

Podpis osoby wykonującej badanie

.....

Podpis i pieczęć kierownika pracowni

.....

Wzór nr 15. Wynik badania grupy krwi.

Pracownia serologii transfuzjologicznej
w

Data

Nr badania

Oddział

**WYNIK
badania grupy krwi**

Nazwisko i imię

Data urodzenia lub PESEL

Grupa krwi

Przeciwciała odpornościowe

Uwagi

.....

Wykonał:

Sprawdził:

.....

(czytelny podpis)

.....

(pieczętka i podpis)

UZASADNIENIE

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia o działalności leczniczej, a także ze względu na zmianę systemową w zakresie terminologii i form organizacyjno-prawnych, konieczne jest dostosowanie w tym zakresie innych aktów prawnych. Z uwagi na nową delegacją ustawową dla ministra właściwego do spraw zdrowia odnośnie określenia w drodze rozporządzenia, sposobu i organizacji leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami, uwzględniającą zadania: kierownika tego podmiotu, ordynatora oddziału, lekarzy i pielęgniarek, sposób powoływania banku krwi w tym podmiocie oraz jego lokalizację i organizację pracy, a także sposób sprawowania nadzoru nad działaniem banku krwi w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w którym przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami oraz stosowaniem leczenia krwią i jej składnikami w tym podmiocie, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniego poziomu leczenia krwią i jej składnikami - na podstawie art. 21 ust. 3 konieczne jest wydanie przedmiotowego rozporządzenia w nowym zaproponowanym brzmieniu.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów 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).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje akt normatywny

Projektowana regulacja będzie miała wpływ na Regionalne Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, a także podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne będące odbiorcami krwi oraz jej składników.

2. Konsultacje Społeczne

Projekt rozporządzenia zostanie przekazany do konsultacji społecznych do następujących podmiotów: Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiego Porozumienia Związków Zawodowych, Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, Konsultanta Krajowego ds. hematologii oraz Transfuzjologii Klinicznej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, Regionalnych Centrów Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Instytutu Hematologii i Transfuzjologii, „Porozumienia Zielonogórskiego” Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia w Zielonej Górze, Ogólnopolskiego Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Krajowej Rady do Spraw Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa, budżety jednostek samorządów terytorialnych

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

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

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały bezpośredniego wpływu na ochronę zdrowia ludności.

8. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projekt rozporządzenia jest zgodny z prawem Unii Europejskiej, a w szczególności Dyrektywą Komisji 2004/33/WE z dnia 22 marca 2004 r. wykonującą dyrektywę 2002/98/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w zakresie niektórych wymagań technicznych dotyczących krwi i składników krwi.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji

Na podstawie art. 22 ust. 6 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowy zakres i tryb udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, zwanych dalej „osobą”, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz sposób ustalania wysokości opłat za udzielanie tych informacji.

§ 2. 1. Informacje o stanie zdrowia osoby, zwane dalej „informacjami”, obejmują w szczególności:

- 1) informacje na temat przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych, informację o wynikach badań diagnostycznych, w tym sekcji zwłok, czynnościach leczniczych, zabiegach, wyniku leczenia i rokowaniach;
- 2) informacje na temat przyczyn leczenia ambulatoryjnego oraz wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2010 r. Nr 81, poz. 530, Nr 126, poz. 853 i Nr 127, poz. 858).

3) informacje wynikające z przeprowadzonych konsultacji leczniczych.

2. Informacje o przyczynach hospitalizacji i leczenia powinny zawierać kod jednostki chorobowej zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych.

3. Informacje udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

§ 3. Wystąpienie o przekazanie informacji, o którym mowa w art. 22 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, zwanej dalej „ustawą”, powinno zawierać:

- 1) oznaczenie zakładu ubezpieczeń, adres jego siedziby, a także numer NIP, numer wpisu do rejestru sądowego;
- 2) podstawę prawną upoważniającą do otrzymania informacji oraz zakres tej informacji;
- 3) informacje umożliwiające wyszukanie żądanych danych o osobie, w szczególności:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) datę urodzenia,
 - c) adres zamieszkania,oraz jeżeli zakład ubezpieczeń posiada:
 - d) numer identyfikacyjny PESEL lub NIP,
 - e) serię i numer dokumentu tożsamości;
- 4) oświadczenie o posiadaniu pisemnej zgody osoby albo jej przedstawiciela ustawowego, o której mowa w art. 22 ust. 3 ustawy.

§ 4. 1. Udostępnianie informacji następuje w trybie zapewniającym zachowanie poufności i ochrony danych osobowych.

2. Informacje podpisuje osoba wykonująca zawód medyczny upoważniona przez podmiot leczniczy obowiązany do ich przekazania albo osoba wykonująca zawód medyczny obowiązana do ich przekazania.

§ 5. Wysokość opłat za udzielenie informacji o stanie zdrowia osoby określają wspólnie zakład ubezpieczeń oraz podmiot obowiązany do przekazania informacji, z uwzględnieniem kosztów poniesionych przez ten podmiot niezbędnych do wytworzenia, przekształcenia i udzielenia informacji.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.³⁾

Minister Zdrowia

**W porozumieniu:
Minister Finansów**

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji (Dz. U. Nr 71, poz. 654), które utraciło moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 208 ustawy z dnia ... o działalności leczniczej (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Uzasadnienie

Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66, z późn. zm.) przewiduje w art. 22 ust. 6 upoważnienie ustawowe dla ministra właściwego do spraw zdrowia i ministra właściwego do spraw instytucji finansowych do wydania rozporządzenia w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji.

Projekt rozporządzenia określając zakres informacji o stanie zdrowia udzielanych zakładom ubezpieczeń operuje kodami jednostek chorobowych zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (chodzi o obecnie obowiązującą i stosowaną dziesiątą rewizję tej klasyfikacji). Ponadto reguluje on szczegółowo warunki uzyskiwania informacji przez zakłady ubezpieczeń. Stosownie do art. 22 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z wnioskiem zawierającym żądanie udzielenia informacji występuje upoważniony przez zakład ubezpieczeń lekarz. Wniosek musi zawierać m.in. dane umożliwiające identyfikację osoby, z którą ma być zawarta umowa ubezpieczenia oraz dane identyfikujące zakład ubezpieczeń. Ponadto do wniosku dołącza się oświadczenie o posiadaniu pisemnej zgody osoby albo jej przedstawiciela ustawowego, o której mowa w art. 22 ust. 3 tej ustawy.

Projekt rozporządzenia stanowi, iż ustalenia wysokości opłat za udzielenie informacji o stanie zdrowia osoby dokonują wspólnie zakład ubezpieczeń oraz podmiot, przekazujący informacje. Niniejszy projekt nie zawiera zmian merytorycznych w stosunku do obecnej regulacji w przedmiotowym zakresie, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji (Dz. U. Nr 71, poz. 654). Jedynie dostosowuje określenie podmiotów zobowiązanych do udzielania informacji zakładom ubezpieczeń do terminologii wynikającej z ustawy z dnia...o działalności leczniczej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów

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).

Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1) Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Rozporządzenie będzie oddziaływało na podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz zakłady ubezpieczeń, a także na osoby, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia.

2) Konsultacje społeczne

Projekt zostanie przekazany do konsultacji następującym podmiotom: 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, Unii Uzdrowisk Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Związkowi Miast Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Unii Miasteczek Polskich, Związkowi Pracodawców, Konwentowi Marszałków RP, Federacji Związków Gmin i Powiatów RP, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego oraz Polskiej Izbie Ubezpieczeń.

Projekt rozporządzenia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), zostanie opublikowany na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

3) Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane rozporządzenie nie pociągnie za sobą skutków finansowych dla budżetu państwa oraz dla budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4) Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5) Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

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

6) Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Zaproponowana zmiana rozporządzenia nie będzie miała wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7) Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Zaproponowana zmiana rozporządzenia będzie miała wpływ na zdrowie ludzi.

8) Ocena zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej