

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2015 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej
oraz sposobu jej przetwarzania**

Na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2014 r. poz. 177 i 968) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 14 dodaje się pkt 4 w brzmieniu:

„4) rozpoznania onkologicznego ustalonego po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu ze szpitala.”;

2) w § 15 w ust. 1 dodaje się pkt 13 w brzmieniu:

„13) okołoperacyjną kartę kontrolną.”;

3) w § 18:

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

„2a) informacje o wykonaniu niezbędnych czynności okołoperacyjnych w sali operacyjnej, w postaci okołoperacyjnej karty kontrolnej;”;

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

„4a. Wpisy w okołoperacyjnej karcie kontrolnej są dokonywane przez koordynatora karty wskazywanego przez osobę kierującą wykonaniem operacji.”;

4) po § 20 dodaje się § 20a i § 20b w brzmieniu:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 22 września 2014 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1268).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 742, z 2013 r. poz. 1245 oraz z 2014 r. poz. 1822.

„§ 20a. W przypadku gdy wynik badania diagnostycznego istotnego dla ustalenia rozpoznania onkologicznego nie był znany w dniu wypisu pacjenta ze szpitala, historię choroby niezwłocznie uzupełnia się o rozpoznanie ustalone na jego podstawie. Wynik badania dołącza się do historii choroby.

§ 20b. 1. Okołooperacyjna karta kontrolna zawiera oznaczenie podmiotu, zgodnie z § 10 ust. 1 pkt 1, oraz pogrupowane informacje dotyczące niezbędnych czynności wykonywanych:

- 1) przed znieczuleniem pacjenta;
- 2) przed wykonaniem nacięcia;
- 3) przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.

2. Okołooperacyjna karta kontrolna w części dotyczącej czynności wykonywanych przed znieczuleniem pacjenta, zawiera, w szczególności:

- 1) imię i nazwisko pacjenta;
- 2) numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka - numer PESEL matki, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL - rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
- 3) datę operacji;
- 4) nazwę komórki organizacyjnej, w której pacjent przebywał;
- 5) numer pacjenta w księdze głównej przyjęć i wypisów;
- 6) określenie trybu wykonania operacji (planowy, nagły);
- 7) potwierdzenie:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej,
 - d) zgody na operację,
 - e) rodzaju znieczulenia;
- 8) informację o oznaczeniu miejsca operowanego (tak, nie);
- 9) potwierdzenie dokonania oceny bezpieczeństwa przebiegu znieczulenia;
- 10) potwierdzenie zapewnienia monitorowania:
 - a) EKG,
 - b) pulsoksymetrii,
 - c) ciśnienia tętniczego krwi,
 - d) kapnometrii;

- 11) informację o alergiach (tak - ze wskazaniem jakie, nie);
- 12) informację o przewidywanych trudnościach w utrzymaniu drożności dróg oddechowych (tak - zapewniono właściwy sprzęt, nie);
- 13) informację o ryzyku krwawienia >500 ml u dorosłych albo >7 ml/kg masy ciała u dzieci (tak - zabezpieczono płyny i preparaty krwiopochodne, nie).

3. Okołooperacyjna karta kontrolna w części dotyczącej czynności wykonywanych przed wykonaniem nacięcia, zawiera, w szczególności:

- 1) informację o dokonaniu prezentacji wszystkich członków zespołu operacyjnego (tak, nie);
- 2) potwierdzenie przez chirurga, anestezjologa, pielęgniarkę anestezyjologiczną i pielęgniarkę operacyjną:
 - a) tożsamości pacjenta,
 - b) miejsca operowanego,
 - c) procedury operacyjnej;
- 3) potwierdzenie właściwego ułożenia pacjenta;
- 4) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną właściwego zestawu narzędzi;
- 5) informację o możliwych odstępstwach od zaplanowanej procedury operacyjnej, w szczególności zmianie typu lub techniki operacji, wydłużeniu czasu operacji, zmianie rodzaju znieczulenia, oczekiwanej utracie krwi, uzupełnieniu lub zmianie zestawu narzędzi:
 - a) przez chirurga (tak, nie, nie dotyczy),
 - b) przez anestezjologa (tak, nie, nie dotyczy),
 - c) przez pielęgniarkę operacyjną (tak, nie, nie dotyczy);
- 6) informację o zastosowaniu i udokumentowaniu okołooperacyjnej profilaktyki antybiotykowej w okresie do 60 minut przed operacją (tak, nie, nie dotyczy);
- 7) informację o zastosowaniu profilaktyki przeciwzakrzepowej (tak - ze wskazaniem daty i godziny, nie, nie dotyczy);
- 8) informację o przygotowaniu wyników badań obrazowych (tak, nie, nie dotyczy).

4. Okołooperacyjna karta kontrolna w części dotyczącej czynności wykonywanych przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego, zawiera, w szczególności:

- 1) potwierdzenie przez zespół operacyjny nazwy wykonanej procedury;
- 2) potwierdzenie przez pielęgniarkę operacyjną zgodności liczby użytych narzędzi i materiałów;

- 3) informację o oznaczeniu materiału pobranego do badań (tak, nie, nie dotyczy);
 - 4) informację o wystąpieniu powikłań w trakcie operacji (tak, nie);
 - 5) informację o wystąpieniu problemów ze sprzętem lub trudności technicznych (tak, nie);
 - 6) informację o określeniu przez chirurga i anestezjologa ewentualnych problemów pooperacyjnych (tak, nie);
 - 7) informację o wypisaniu zleceń pooperacyjnych przez:
 - a) chirurga (tak, nie),
 - b) anestezjologa (tak, nie);
 - 8) informację o udokumentowaniu oceny stanu pacjenta przed przekazaniem z bloku operacyjnego do oddziału pooperacyjnego albo sali pooperacyjnej (tak, nie).
5. Okołooperacyjną kartę kontrolną podpisuje koordynator karty, o którym mowa w § 18 ust. 4a.”;
- 5) w § 22 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:
- „1. Lekarz wypisujący pacjenta wystawia kartę informacyjną z leczenia szpitalnego na podstawie informacji zawartych w historii choroby, o których mowa w § 17–20, albo w karcie noworodka.
2. Kartę informacyjną z leczenia szpitalnego podpisuje lekarz wypisujący i lekarz kierujący oddziałem albo lekarz przez niego upoważniony.”;
- 6) w art. 24 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:
- „3. W przypadku, o którym mowa w § 20a, uzupełnioną historię choroby przedstawia się do oceny i podpisu lekarzowi kierującemu oddziałem.”;
- 7) w art. 26 po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:
- „7a) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;”;
- 8) w art. 29 po pkt 9 dodaje się pkt 9a w brzmieniu:
- „9a) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;”.



§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2015 r.

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

MINISTER ZDROWIA

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

Beata Rorant

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Władysław Ruzoń

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Beata Rorant

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia wprowadza zmiany w zakresie:

- 1) możliwości uzupełnienia wpisów w historii choroby pacjenta po jego wypisaniu ze szpitala;
- 2) wprowadzenia okołooperacyjnej karty kontrolnej oraz określenia zakresu danych i informacji jakie powinna ona zawierać;
- 3) wskazania osoby uprawnionej do podpisania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego w przypadku nieobecności lekarza kierującego oddziałem.

Ad. 1. W projekcie rozporządzenia proponuje się określenie sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej w przypadku gdy ustalenie rozpoznania onkologicznego jest zależne od wyniku badania diagnostycznego (np. histopatologicznego, cytologicznego), zleconego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu (w związku z wykonanym zabiegiem diagnostyczno-lecznym), ale którego wynik nie jest znany w dniu wypisu ze szpitala i wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. W takim przypadku rozpoznanie ustalone przy wypisie nie zawsze odpowiada ostatecznemu rozpoznaniu ustalonym na podstawie wyniku badania diagnostycznego. Proponuje się zatem wprowadzenie obowiązku uzupełnienia historii choroby (już po wypisaniu pacjenta) o rozpoznanie onkologiczne ustalone na podstawie wyniku badania diagnostycznego. Wynik badania byłby dołączany do historii choroby, a jego kopia – wydawana bezpłatnie pacjentowi, zgodnie z art. 32b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581). Uzupełniona historia choroby byłaby ponownie przedkładana lekarzowi kierującemu oddziałem do akceptacji i podpisu.

Jednocześnie przyjęto założenie niedokonywania zmian w treści karty informacyjnej z leczenia szpitalnego, którą pacjent otrzymuje w dniu wypisu ze szpitala. Rozpoznanie onkologiczne ustalone już po wypisaniu pacjenta ze szpitala byłoby wpisywane do karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, która jest podstawowym dokumentem zawierającym

informacje o stanie zdrowia oraz świadczeniach zdrowotnych udzielanych pacjentowi z chorobą nowotworową na kolejnych etapach diagnostyki i leczenia.

Proponuje się również uzupełnienie dokumentacji zbiorczej (księgi głównej przyjęć i wypisów oraz księgi chorych oddziału) o rozpoznanie ustalone po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

Ad. 2. W projekcie rozporządzenia proponuje się wprowadzenie okołooperacyjnej karty kontrolnej, jako dokumentacji medycznej prowadzonej na bloku operacyjnym. Celem prowadzenia karty jest zapewnienie, by przed rozpoczęciem operacji, w jego trakcie i po zakończeniu zostały wykonane wszystkie niezbędne czynności, co pozwoli na uporządkowanie i ujednoczenie stosowanych procedur i przełoży się na ograniczenie ryzyka pomyłki. Obecnie prowadzenie okołooperacyjnej kontrolnej karty jest jednym z wymogów standardów akredytacyjnych określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 24). W związku z powyższym kartę taką prowadzą podmioty lecznicze, które posiadają certyfikat akredytacyjny w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali bądź ubiegają się o jego uzyskanie. Pozostałe podmioty lecznicze mogą ją wprowadzać we własnym zakresie. Proponowana zmiana będzie zobowiązywała wszystkie podmioty lecznicze, w których przeprowadzane są operacje, do prowadzenia takiej karty. Proponowany zakres informacji, jakie zawiera karta oraz jej postać (checklista), ma na celu zapewnienie szybkiej i precyzyjnej weryfikacji wykonanych czynności, co ma szczególne znaczenie ze względu na okoliczności działania zespołu operacyjnego (stres, presja czasu). Z uwagi na fakt, że ustalenie jednolitego wzoru okołooperacyjnej karty kontrolnej dla wszystkich rodzajów operacji nie jest możliwe, proponuje się określenie w rozporządzeniu minimalnego (podstawowego) zakresu informacji i danych, jakie powinna ona zawierać. Rozwiązanie to umożliwi modyfikację karty dla potrzeb operacji z poszczególnych dziedzin medycyny (chirurgii, ortopedii, okulistyki, ginekologii itd.).

Ad. 3. W projekcie rozporządzenia proponuje się także wprowadzenie zmiany przepisu dotyczącego wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Obecne przepisy wymagają na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego podpisu lekarza wypisującego oraz lekarza kierującego oddziałem, co powoduje trudności praktyczne w sytuacji nieobecności lekarza kierującego oddziałem. Dla usprawnienia procedury wypisu pacjenta ze szpitala

proponuje się umożliwienie podpisania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przez innego lekarza upoważnionego przez lekarza kierującego oddziałem (oprócz lekarza wypisującego).

Wejście w życie przepisów rozporządzenia jest planowane na dzień 1 września 2015 r.

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).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

<p>Nazwa projektu</p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania</p> <p>Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące</p> <p>Ministerstwo Zdrowia</p> <p>Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu</p> <p>Pan Piotr Warczyński – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia</p> <p>Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu</p> <p>Beata Rorant – Zastępca Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia, tel. 22 63 49 277, b.rorant@mz.gov.pl</p>	<p>Data sporządzenia</p> <p>29.06.2015 r.</p> <p>Źródło:</p> <p>Art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.)</p> <p>Nr w wykazie prac Ministra Zdrowia:</p> <p>MZ 243</p>
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

1. Brak regulacji dotyczącej prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalu, w szczególności w zakresie ustalenia rozpoznania, w przypadku gdy jest to zależne od wyniku badania diagnostycznego zleconego w trakcie pobytu pacjenta w szpitalu (w związku z wykonaniem zabiegiem diagnostyczno-leczniczym), ale którego wynik nie jest znany w dniu wypisu ze szpitala. W takim przypadku rozpoznanie ustalone przy wypisie nie zawsze odpowiada ostatecznemu rozpoznaniu ustalonymu na podstawie wyniku badania (np. histopatologicznego, cytologicznego i in.).
2. Brak jednolitych zasad postępowania okołoperacyjnego, co zwiększa ryzyko pomyłki na sali operacyjnej.
3. Trudności organizacyjne związane z wydaniem pacjentowi karty informacyjnej z leczenia szpitalnego w przypadku nieobecności lekarza kierującego oddziałem, którego podpis (obok podpisu lekarza wypisującego) jest wymagany na karcie.

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

- Ad. 1. Proponuje się wprowadzenie obowiązku uzupełnienia historii choroby o rozpoznanie ustalone już po wypisaniu pacjenta ze szpitala, na podstawie wyniku badania diagnostycznego.
- Ad. 2. Proponuje się wprowadzenie okołoperacyjnej karty kontrolnej jako obowiązkowego dokumentu sporządzanego przy operacji. Karta (w postaci checklisty) umożliwi potwierdzenie wykonania przez członków zespołu operacyjnego oraz zespołu anestezyjologicznego niezbędnych czynności okołoperacyjnych przed znieczuleniem pacjenta, przed wykonaniem nacięcia oraz przed opuszczeniem przez pacjenta bloku operacyjnego.
- Ad. 3. Proponuje się wprowadzenie zmiany przepisu dotyczącego wystawienia karty informacyjnej z leczenia szpitalnego. Obecne przepisy wymagają na karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego podpisu lekarza wypisującego oraz lekarza kierującego oddziałem, co powoduje trudności praktyczne w sytuacji nieobecności lekarza kierującego oddziałem. Dla usprawnienia procedury wypisu pacjenta ze szpitala proponuje się możliwość podpisania karty informacyjnej z leczenia szpitalnego przez innego lekarza upoważnionego przez lekarza kierującego oddziałem (oprócz lekarza wypisującego).

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

- Ad. 1 i 3. Zagadnienie regulowane w projekcie rozporządzenia dotyczy bardzo szczegółowej kwestii w ramach prowadzenia dokumentacji medycznej w szpitalu. W związku z powyższym brak informacji na temat rozwiązania tego problemu w innych krajach.
- Ad. 2. Okołoperacyjna karta kontrolna jest opracowana w ramach inicjatywy Bezpieczna chirurgia ratuje życie (ang. Safe surgery save lives), przez Światowy Sojusz na rzecz Bezpieczeństwa Pacjentów (World Alliance for Patient Safety) i stanowi element działań Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization), nakierowanych na ograniczenie liczby zgonów operowanych pacjentów chirurgicznych. Propozycja zawarta w rozporządzeniu jest wzorowana na karcie WHO, która jest stosowana także w innych krajach.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Podmioty lecznicze prowadzące szpitale	ok 1000	Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą	Obowiązek uzupełnienia dokumentacji medycznej pacjenta o informacje dostępne dopiero po jego wypisaniu ze szpitala Obowiązek prowadzenia okołoperacyjnej karty kontrolnej

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

Projekt ustawy nie był przedmiotem tzw. pre-konsultacji.

Projekt ustawy zostanie przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania na okres 14 dni 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, Pracodawcom Rzeczypospolitej Polskiej, Konfederacji „Lewiatan”, Związkowi Rzemiosła Polskiego, Związkowi Pracodawców Business Centre Club, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Federacji Pacjentów Polskich, Obywatelskiemu Stowarzyszeniu - Dla Dobra Pacjenta, Ogólnopolskiej Federacji Organizacji Pozarządowych, Fundacji „Blisko Ciebie”.

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 979) projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji. Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbینگowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.), projekt został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia. Wyniki konsultacji i opiniowania zostaną omówione po ich zakończeniu w raporcie i dołączone do OSR.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)	
Dochody ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Wydatki ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Saldo ogółem													
budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													

Źródła finansowania	Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na sektor finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego. Projektowane zmiany skutkować będą jedynie zmianami organizacyjnymi i proceduralnymi w ramach podmiotów leczniczych.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

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

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł,	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							

ceny stałe z r.)	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń)							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe (dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
	(dodaj/usuń)							

Dodatkowe informacje,
w tym wskazanie
źródeł danych i
przyjętych do obliczeń
założeń

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

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

nie dotyczy

Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie
wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli
zgodności).

tak
 nie
 nie dotyczy

zmniejszenie liczby dokumentów
 zmniejszenie liczby procedur
 skrócenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

X zwiększenie liczby dokumentów
X zwiększenie liczby procedur
 wydłużenie czasu na załatwienie sprawy
 inne:

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich
elektronizacji.

X tak
 nie
 nie dotyczy

Komentarz:

Projektowana regulacja zwiększy liczbę procedur w ramach prowadzenia dokumentacji medycznej, gdyż w określonych przypadkach nakazuje uzupełnienie zakończonej (podpisanej przez lekarza wypisującego i lekarza kierującego oddziałem/ordynatora) historii choroby pacjenta o dodatkowe informacje, a następnie ponowne przekazanie do akceptacji lekarza kierującego oddziałem/ordynatora. Zwiększy również liczbę dokumentów, gdyż wprowadza obowiązek prowadzenia dodatkowej karty.

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

10. Wpływ na pozostałe obszary

środowisko naturalne
 sytuacja i rozwój regionalny
 inne:

demografia
 mienie państwowe

informatyzacja
X zdrowie

Omówienie wpływu

Projektowana regulacja wprowadza rozwiązania, które służą zapewnieniu wiarygodności oraz kompletności dokumentacji medycznej z leczenia pacjenta w szpitalu. Wprowadzenie obowiązkowej okołoperacyjnej karty kontrolnej przyczyni się do uporządkowania i ujednolicenia procedur postępowania okołoperacyjnego w szpitalach i ograniczy ryzyko błędów i pomyłek przy operacji.

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 września 2015 r. od tego momentu zaczną obowiązywać rozwiązania w nim przewidziane.

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

Ocena efektów projektu będzie możliwa od razu po wejściu w życie przepisów, na podstawie kontroli dokumentacji medycznej oraz realizacji praw pacjenta. Miernikiem skuteczności w przypadku okołoperacyjnej karty kontrolnej będzie liczba błędów i pomyłek przy operacji po jej wprowadzeniu.

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

Brak