

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia *10 stycznia*... 2014 r.

**w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i  
dysponowania zespołami ratownictwa medycznego**

Na podstawie art. 27 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757 i 1245) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego obejmują:

1) odbiór powiadomienia o zdarzeniu przekazanego przez osobę dzwoniącą pod numer alarmowy przez podanie komunikatu słownego: „Ratownictwo medyczne, słucham” oraz kodu dyspozytora medycznego przyjmującego powiadomienie;

2) przeprowadzenie w sposób spokojny i zdecydowany krótkiej rozmowy telefonicznej z osobą dzwoniącą, mającej na celu:

a) uzyskanie informacji o:

- miejscu zdarzenia, a w przypadku wątpliwości związanych z ustaleniem dokładnego miejsca zdarzenia uzyskanie, w miarę możliwości, dodatkowych informacji dotyczących tego miejsca, umożliwiających zespołowi ratownictwa medycznego szybkie dotarcie na miejsce zdarzenia,
- danych osoby dzwoniącej obejmujących, w miarę możliwości, imię, nazwisko i numer telefonu,
- rodzaju zdarzenia,
- liczbie osób, u których podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- danych osoby, u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, obejmujących, w miarę możliwości, imię, nazwisko, płeć i wiek,

---

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

- stopniu pokrewieństwa, w przypadku gdy osobą dzwoniącą jest krewny osoby, u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego,
  - b) przeprowadzenie wywiadu medycznego obejmującego informacje o stanie zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 3) przekazanie osobie dzwoniącej informacji o zadysponowaniu zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, albo - w razie stwierdzenia, na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego, braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego - poinformowanie osoby dzwoniącej o odmowie zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego, z podaniem przyczyn odmowy i zaleceń dotyczących dalszego postępowania;
  - 4) w razie konieczności, utrzymywanie stałego kontaktu z osobą dzwoniącą będącą na miejscu zdarzenia i przekazanie jej niezbędnych instrukcji dotyczących sposobu udzielania pierwszej pomocy osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego;
  - 5) ustalenie priorytetu zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego, z uwzględnieniem następujących kodów:
    - a) kod 1 - niezbędny natychmiastowy wyjazd zespołu ratownictwa medycznego o najkrótszym czasie dotarcia na miejsce zdarzenia,
    - b) kod 2 - niezbędny wyjazd wolnego zespołu ratownictwa medycznego;
  - 6) zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem najkrótszego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia;
  - 7) utrzymywanie kontaktu z zespołem ratownictwa medycznego i przekazywanie niezbędnych informacji jego członkom;
  - 8) wskazanie, na żądanie zespołu ratownictwa medycznego, szpitalnego oddziału ratunkowego lub właściwego ze względu na stan zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego szpitala, do którego ta osoba może być przewieziona.

§ 2. 1. Wywiad medyczny, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. b, przeprowadza się z uwzględnieniem zaleceń wynikających z aktualnej wiedzy medycznej dotyczącej stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wywiad medyczny obejmuje pytania zadawane osobie dzwoniącej przez dyspozytora medycznego, pozwalające w szczególności na:

- 1) ustalenie, czy osoba, której dotyczy powiadomienie o zdarzeniu, znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

2) podjęcie decyzji o zadysponowaniu zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, albo - w razie stwierdzenia, na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego, braku stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego - o odmowie zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego.

2. Wywiad medyczny jest przeprowadzany z uwzględnieniem algorytmu przeprowadzania wywiadu medycznego, udostępnionego dyspozytorowi medycznemu przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, stanowiącego pisemny zbiór pytań i rekomendacji wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego, ustalonego na podstawie zaleceń wynikających z aktualnej wiedzy medycznej.

§ 3. Dyspozytor medyczny w razie zaistnienia problemów, których rozwiązanie wykracza poza jego umiejętności i uprawnienia, zwraca się do lekarza dyżuru, wyznaczonego przez dysponenta jednostki, lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego o udzielenie niezbędnych informacji zgodnych z aktualną wiedzą medyczną dotyczącą stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego.

§ 4. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 90, poz. 605).

§ 5. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 2 ust. 2, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2014 r.



**MINISTER ZDROWIA**

*Bartosz Arłukowicz*

10.01.2014  
**ZASTĘPCA DYREKTORA**  
Departamentu Prawnego

*Alina Budziszewska-Makulska*

**ZASTĘPCA DYREKTORA**  
Departamentu Spraw Obronnych,  
Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa  
Medycznego i Ochrony Informacji Niejawnych  
MINISTERSTWO ZDROWIA

*Barbara Bańczak-Mysiak*

**PODSEKRETARZ STANU**  
w Ministerstwie Zdrowia

*Cezary Rzemek*

**DYREKTOR**  
Departamentu Prawnego

*Władysław Puzoń*  
radca prawny

**SEKRETARZ STANU**  
w Ministerstwie Zdrowia

*Sławomir Neumann*

## UZASADNIENIE

Rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 27 ust. 5 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757 i 1245). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 90 poz. 605) po raz pierwszy wprowadziło do porządku prawnego ramową, jednolitą dla całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, procedurę postępowania dyspozytorów medycznych.

W okresie 6 lat od wejścia w życie omawianej regulacji, w miarę gromadzenia doświadczeń z codziennej pracy dyspozytorów medycznych, pojawiła się potrzeba wdrożenia bardziej szczegółowych rozwiązań dotyczących sposobów postępowania dyspozytorów medycznych w określonych sytuacjach, w zależności od rodzaju zgłoszenia o stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Minister Zdrowia przy udziale konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz przedstawicieli strony społecznej reprezentowanej przez różne podmioty, w tym przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, dokonał analizy przepisów prawnych dotyczących wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych.

Na podstawie powyższej analizy powstała propozycja dokonania zmiany w procedurze przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego. Procedura ta obejmuje odebranie zgłoszenia, przeprowadzenie wywiadu medycznego z osobą dzwoniącą, podjęcie decyzji odnośnie zadysponowania właściwego zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia oraz utrzymywanie kontaktu z osobą będącą na miejscu zdarzenia w sytuacji, gdy konieczny jest instruktaż w zakresie udzielenia pierwszej pomocy przez świadków zdarzenia do czasu przybycia zespołu ratownictwa medycznego. W § 1 pkt 2 rozporządzenia wprowadzono zasadę, iż odbiór powiadomienia będzie się odbywał poprzez podanie komunikatu słownego „ratownictwo medyczne, słucham” wraz z podaniem kodu przyjmującego dyspozytora medycznego. Natomiast wykorzystując wnioski sformułowane w trakcie konsultacji treści obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, włączono dodatkowo w § 1 pkt 6 obowiązek ustalania przez dyspozytora medycznego priorytetu wysłania zespołu ratownictwa medycznego, w postaci kodów 1 i 2, przy czym w kodzie 1 niezbędny jest natychmiastowy wyjazd zespołu ratownictwa medycznego o najkrótszym czasie dotarcia do

miejsca zdarzenia, zaś w kodzie 2 niezbędny jest wyjazd wolnego zespołu ratownictwa medycznego oraz do § 2 projektu rozporządzenia obowiązek przeprowadzenia wywiadu medycznego z uwzględnieniem zaleceń odnośnie sposobu postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, wynikających z aktualnej wiedzy medycznej, zawartych w algorytmach zbierania wywiadu przez dyspozytora medycznego. Algorytmy będą stanowiły pisemny zbiór pytań i rekomendacji dla dyspozytora medycznego, ustalony w oparciu o zalecenia wynikające z aktualnej wiedzy medycznej, udostępniony na stanowisku dyspozytora medycznego przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego.

Do zadań dyspozytora medycznego należy nie tylko określenie priorytetu wysłania zespołu ratownictwa medycznego ale także utrzymywanie łączności z tym zespołem w celu ustalenia docelowego miejsca przewiezienia pacjenta. Projekt wprowadza w § 1 pkt 6 obowiązek ustalania przez dyspozytora medycznego priorytetu wysłania zespołu ratownictwa medycznego, w postaci kodów 1 i 2, przy czym w kodzie 1 niezbędny jest natychmiastowy wyjazd zespołu ratownictwa medycznego o najkrótszym czasie dotarcia do miejsca zdarzenia, zaś w kodzie 2 niezbędny jest wyjazd wolnego zespołu ratownictwa medycznego.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 2 ust. 2, który wejdzie w życie z dniem 1 lipca 2014 r. Wprowadzenie okresu przejściowego wynika z konieczności opracowania zgodnie z aktualną wiedzą oraz wdrożenia algorytmów przeprowadzania wywiadu przez dyspozytora medycznego na stanowiskach dyspozytorskich, a także przeszkolenia dyspozytorów medycznych w tym zakresie.

Projektowane rozporządzenie zastąpi dotychczas obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 maja 2007 r. w sprawie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego. Zakres zmian wprowadzanych w zakresie ramowych procedur przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego spowodował konieczność opracowania nowego projektu rozporządzenia, nie zaś nowelizacji obecnie obowiązującego.

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, z późn. zm.). Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

## **Ocena Skutków Regulacji**

### **1. Podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie**

Wejście w życie przepisów projektowanego rozporządzenia będzie oddziaływać na dysponentów zespołów ratownictwa medycznego oraz na dyspozytorów medycznych.

### **2. Konsultacje społeczne**

W toku uzgodnień projekt przedmiotowego rozporządzenia został przedłożony celem zaopiniowania przez: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ „Solidarność”, Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego, Społeczny Komitet Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polską Radę Resuscytacji, Polską Radę Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Fundację Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy.

W toku konsultacji uwagi zostały zgłoszone przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Polską Unię Szpitali Klinicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Pracodawców RP, Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Łodzi, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polską Radę Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Społeczny Komitet Ratowników Medycznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Fundację Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy, Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu, Pana Jakuba Cimaszkiewicza, Pana Mariusza Pacałowskiego, Prezesa NZOZ Sal-Med., Falck Medycyna Sp. z o.o., Komisję Krajową Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ratownictwa Medycznego, Komisję Zakładową Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Ratownictwa Medycznego przy Samodzielnej Publicznej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu, SP ZOZ Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego i Transportu

Sanitarnego w Płocku oraz przez Zespół do spraw Ochrony Zdrowia i Polityki Społecznej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego.

W dniu 16 grudnia 2013 r. odbyła się konferencja uzgodnieniowa, w wyniku której ustalono treść projektu. Projekt został zmieniony w zakresie:

1) § 1 pkt 2 - odbioru powiadomienia poprzez podanie komunikatu słownego: „ratownictwo medyczne, słucham” oraz numeru kodu przyjmującego dyspozytora medycznego;

2) użycia właściwej formy gramatycznej sformułowania: zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego w § 1 pkt 4 i pkt 7, § 2 ust. 1 pkt 2;

3) § 3 - kolejności „ścieżki konsultacyjnej” dostępnej dla dyspozytora medycznego – najpierw lekarz dyżuru wyznaczony przez dysponenta jednostki, a dopiero w drugiej kolejności lekarz koordynator ratownictwa medycznego;

4) § 5 - skrócenia terminu wejścia w życie przepisów dotyczących stosowania algorytmu z dnia 1 stycznia 2015 r. na dzień 1 lipca 2014 r.

Pozostałe, niżej wymienione uwagi nie zostały uwzględnione. Uwagi te dotyczyły:

1) zawarcia w rozporządzeniu obowiązku opracowywania lub zatwierdzania algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez Ministra Zdrowia, wojewodów, konsultantów lub towarzystwa naukowe, ponieważ algorytm będzie stanowił narzędzie udostępniane na stanowisku dyspozytora medycznego przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego. Rozporządzenie nie reguluje, kto ma być autorem tego algorytmu, a tym samym umożliwia jego opracowanie przez różne podmioty i gremia, w tym przez towarzystwa naukowe właściwe w zakresie medycyny ratunkowej. Najistotniejsze jest to, że algorytm powinien być zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej, co zakłada, iż będzie on podlegał systematycznym modyfikacjom i poprawkom i ten fakt wyklucza także możliwość jego opracowywania przez Ministra Zdrowia. Ponadto za poprawność postępowania dyspozytora medycznego odpowiada on sam i podmiot go zatrudniający, a nie Minister Zdrowia. Trzeba wskazać, że art. 39 ustawy z dnia 6 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowi, że z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne współdziałają m.in. stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej, w zakresie opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania

systemu. Powyższy przepis pozwala na uzyskanie akceptacji takiego stowarzyszenia dla procedury w postaci algorytmu zbierania wywiadu medycznego;

2) informowania osoby dzwoniącej na numer alarmowy w następujący sposób: „dyspozytor medyczny” i nazwa miasta. Zamiast tego wprowadzono przepis, że odbiór powiadomienia będzie następował poprzez podanie komunikatu słownego: „ratownictwo medyczne, słucham” oraz numeru kodu przyjmującego dyspozytora medycznego. Takie sformułowanie jest bardziej czytelne i użyteczne dla osoby dzwoniącej oraz bardziej uniwersalne w związku ze stałą koncentracją dyspozytorni medycznych oraz integracją dyspozytorni medycznych z Systemem Powiadamiania Ratunkowego funkcjonującego w oparciu o centra powiadamiania ratunkowego;

3) przełączania rozmowy przez dyspozytora medycznego do lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, gdyż wymagałoby to czasowego zaangażowania dyspozytora medycznego w przełączanie rozmowy i wiązałoby się z jego odpowiedzialnością w sytuacji, gdyby połączenie nie zostało odebrane i świadczenie nie było zrealizowane przez lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

4) wprowadzenia przepisu, zgodnie z którym kod alarmowy i kod pilny obliguje zespół ratownictwa medycznego do wyjazdu w charakterze pojazdu uprzywilejowanego. Uczestnicy konferencji nie znaleźli uzasadnienia dla takiej regulacji. Definicja pojazdu uprzywilejowanego zawarta jest w art. 2 pkt 38 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2012 r. poz. 1137, z późn. zm.). Decyzja o zastosowaniu określonych sygnałów tj. świetlnych i dźwiękowych powinna należeć do kierującego pojazdem. Zadaniem zespołu jest dotarcie na miejsce zdarzenia, zaś status pojazdu uprzywilejowanego ma tylko pomóc, w określonych sytuacjach, w możliwie najszybszym dotarciu na miejsce zdarzenia;

5) dodania przepisu, że nagrania zgłoszeń na numery alarmowe są rejestrowane oraz określenie minimalnego czasu przechowywania tych nagrań, gdyż wykracza to poza zakres upoważnienia ustawowego i zostało uregulowane w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1635);

6) uporządkowania problemu stwierdzania zgonów i wystawiania kart zgonów, gdyż wykracza to poza zakres upoważnienia ustawowego;



7) braku zasadności informowania osoby dzwoniącej o rodzaju zespołu ratownictwa medycznego, który zostanie zadysponowany, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego. Konieczne jest, aby osoba wzywająca pomocy wiedziała, jaki zespół został zadysponowany na miejsce zdarzenia i jakiego zespołu może się spodziewać (naziemny, wodny, czy lotniczy);

8) usunięcia pytania o stopień pokrewieństwa osoby dzwoniącej z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Przepis pozostawiono m. in. z uwagi na fakt, iż ustalenie takiego stopnia pokrewieństwa stwarza domniemanie większej wiedzy osoby dzwoniącej na temat stanu zdrowia osoby poszkodowanej, co pozwala dyspozytorowi przeprowadzić bardziej szczegółowy wywiad;

9) zmiany brzmienia zwrotu „o zadysponowaniu zespołu ratownictwa medycznego” na zwrot „o przyjęciu wezwania i przekazaniu do realizacji”. Pozostawienie przepisu podyktowane jest koniecznością zachowania spójności językowej projektowanego rozporządzenia i ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

10) braku definicji stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego, gdyż definicja ta zawarta jest w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

11) wskazania zespołowi ratownictwa medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Zagadnienie jest uregulowane w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

12) wprowadzenia przepisu o obowiązku zespołowej pracy dyspozytorów, lekarzy, ratowników medycznych, psychologów, kierowców. Propozycja zbyt ogólna, nie wymagająca ścisłej regulacji prawnej i wykraczająca poza upoważnienie ustawowe;

13) wprowadzenia przelicznika liczby dyspozytorów medycznych na liczbę mieszkańców. Propozycja ta pozostaje poza zakresem upoważnienia ustawowego. Regulacja w tym zakresie jest zawarta w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego;

14) uwzględnienia regulacji zawartych w art. 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym w zakresie jednostek współpracujących z systemem

Państwowe Ratownictwo Medyczne. Propozycja ta pozostaje poza zakresem upoważnienia ustawowego;

15) uregulowania zasad współpracy dysponentów zespołów ratownictwa medycznego o charakterze publicznym z dysponentami prywatnymi. Propozycja ta również pozostaje poza zakresem upoważnienia ustawowego.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbinglej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. Podmioty prowadzące działalność lobbinglej zgodnie z przepisami ustawy mogły zgłosić zainteresowanie pracami nad projektem rozporządzenia - zgodnie z art. 7 ustawy. W trybie określonym tą ustawą podmioty nie zgłosiły zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia.

Projekt rozporządzenia został również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z § 11a uchwały Nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

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

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

### **4. Wpływ regulacji na rynek pracy**

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na rynek pracy.

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

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

### **6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny**

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

#### **7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności**

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia wpłynie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności.

