

Projekt z dnia 26 września 2023 r.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia ... 2023 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów 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 2023 r. poz. 1545, 1675 i 1692) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304 i 1990 oraz z 2023 r. poz. 1486) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2:

a) w ust. 3 uchyla się pkt 9,

b) w ust. 4 po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) karta segregacji medycznej;”;

2) w § 12 w ust. 1 w pkt 2 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d w brzmieniu:

„d) karty segregacji medycznej;”;

3) w § 12a w ust. 1 w pkt 2 w lit. c średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. d w brzmieniu:

„d) karty segregacji medycznej;”;

4) w § 16 dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Historia choroby pacjenta, który w wyniku segregacji medycznej przeprowadzonej w szpitalnym oddziale ratunkowym został skierowany do miejsca udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zawiera informacje o skierowaniu pacjenta do miejsca udzielania tych świadczeń oraz dane, o których mowa w § 10 pkt 1–3 i § 20a ust.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 14 sierpnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1616).

2 pkt 2 i 5, ze wskazaniem priorytetu nadanego pacjentowi w wyniku segregacji medycznej, o którym mowa w § 20a ust. 2 pkt 4.”;

5) w § 20a:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) informacje dotyczące rejestracji pacjenta do szpitala: numer wykazu głównego przyjęć i wypisów oraz numer wykazu chorych oddziału;”;

b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W przypadku skierowania pacjenta, który w wyniku segregacji medycznej przeprowadzonej w szpitalnym oddziale ratunkowym został przydzielony do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsca udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o czym mowa w § 6 ust. 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2023 r. poz. 1225 oraz 1237):

- 1) datę wypisu stanowi data i godzina zakończenia segregacji medycznej;
- 2) kartę segregacji medycznej podpisuje osoba przeprowadzająca segregację medyczną;
- 3) kartę segregacji medycznej wydaje się osobom, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.”;

6) w § 21 dodaje się ust. 7 w brzmieniu:

„7. Karty informacyjnej z leczenia szpitalnego w przypadku, o którym mowa w § 20a ust. 3, nie wydaje się.”;

7) § 25 otrzymuje brzmienie:

„§ 25. 1. Wykaz chorych oddziału, opatrzony numerem wykazu, zawiera:

- 1) numer pacjenta w wykazie;
- 2) datę przyjęcia, ze wskazaniem roku, miesiąca, dnia oraz godziny i minuty w systemie 24-godzinnym;
- 3) numer pacjenta w wykazie głównym przyjęć i wypisów;
- 4) imię (imiona) i nazwisko oraz numer PESEL pacjenta, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, a w przypadku braku numeru PESEL – rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość matki;
- 5) oznaczenie lekarza prowadzącego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
- 6) datę i godzinę wypisu, przeniesienia do innego oddziału albo zgonu pacjenta;
- 7) rozpoznanie wstępne;
- 8) rozpoznanie przy wypisie albo adnotację o wystawieniu karty zgonu;

- 9) rozpoznanie onkologiczne po wypisaniu pacjenta, na podstawie wyniku badania diagnostycznego, który nie był znany w dniu wypisu;
 - 10) adnotację o miejscu, do którego pacjent został wypisany, lub oddziale, do którego został przeniesiony;
 - 11) oznaczenie lekarza wypisującego, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a;
 - 12) adnotację o skierowaniu pacjenta do miejsca udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej przez osobę przeprowadzającą segregację medyczną w szpitalnym oddziale ratunkowym;
 - 13) oznaczenie osoby przeprowadzającej segregację medyczną w szpitalnym oddziale ratunkowym, zgodnie z § 10 pkt 3 lit. a.
2. Dane, o których mowa w ust. 1 pkt 12 i 13, dotyczą pacjentów skierowanych do miejsca udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej bezpośrednio po przeprowadzonej segregacji medycznej.
 3. W przypadku pacjenta, który w wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej został skierowany do miejsca udzielania świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, przepisów ust. 1 pkt 5–11 nie stosuje się.”;
- 8) w § 44:
- a) w ust. 1 uchyla się pkt 1,
 - b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:
„2. Przepisy ust. 1 pkt 2 i 4 stosuje się do dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.”,
 - c) po ust. 2 dodaje się ust. 3–5 w brzmieniu:
„3. W przypadku awarii systemu, o którym mowa w art. 24e ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dysponent zespołów ratownictwa medycznego prowadzi dokumentację medyczną w postaci papierowej.
4. Po ustaniu awarii, o której mowa w ust. 3, dokumentacja w postaci papierowej zostaje niezwłocznie odtworzona w systemie, o którym mowa art. 24e ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
 5. Dokumentacja medyczna wytworzona w postaci papierowej w przypadku, o którym mowa w ust. 3, podlega digitalizacji zgodnie z art. 13b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.”;

9) § 45 otrzymuje brzmienie:

„§ 45. Karta zlecenia wylotu lotniczego zespołu ratownictwa medycznego zawiera dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 24h ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”;

10) w § 46 w ust. 1:

a) w pkt 4:

- po lit. a dodaje się lit. aa w brzmieniu:

„aa) potwierdzenia przyjęcia zlecenia wyjazdu lub wylotu przez zespół ratownictwa medycznego,”,

- po lit. e dodaje się lit. ee w brzmieniu:

„ee) odmowy przyjęcia pacjenta przez podmiot leczniczy od zespołu ratownictwa medycznego, jeżeli dotyczy,”,

b) pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) oświadczenie pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego o rezygnacji z udzielania mu pomocy medycznej bądź przewozu do szpitala, wraz z podaniem daty oraz godziny, minuty i sekundy odmowy w systemie 24-godzinnym,”,

c) pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) informację o wystawieniu i wydaniu karty medycznych czynności ratunkowych lub karty medycznej lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, ze wskazaniem imienia (imion) i nazwiska osoby, której została wydana;”;

11) w § 50a w ust. 5 w pkt 4:

a) wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„informacje dotyczące planowanego procesu diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentem w zakresie opieki koordynowanej, w szczególności o:”,

b) w lit. b skreśla się wyrazy „udzielonych lub”,

c) w lit. d przed wyrazem „poradach” dodaje się wyraz „ planowanych”,

d) w lit e przed wyrazem „konsultacjach” dodaje się wyraz „ planowanych”;

12) w § 70 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Wydruk dokumentacji medycznej systemu, o którym mowa w art. 24e ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, nie wymaga potwierdzenia, o którym mowa w ust. 2.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Projektowane rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, z późn. zm.), zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Rady Fizjoterapeutów oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje i zakres dokumentacji medycznej, sposób jej przetwarzania oraz wzory określonych rodzajów dokumentacji medycznej, w szczególności wzór książeczki zdrowia dziecka, uwzględniając rodzaje podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, a także konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do dokumentacji medycznej, rzetelnego jej prowadzenia, ochrony danych i informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta oraz jednolitych wzorów dokumentacji medycznej mającej istotne znaczenie dla szybkiego i skutecznego udzielania świadczeń zdrowotnych. Projektowane rozporządzenie wprowadza zmiany do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2022 r. poz. 1304, z późn. zm.), zwanego dalej „rozporządzeniem”,

Projektowana regulacja ma na celu dostosowanie przepisów dotyczących postępowania z dokumentacją medyczną w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwanym dalej „SOR”, w odniesieniu do osób niebędących w stanie nagłym, które podczas segregacji medycznej przeprowadzonej w SOR zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, a więc niewymagających podjęcia natychmiastowej diagnostyki i leczenia, dla których zgodnie z § 6 ust. 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1225 i 1237) istnieje możliwość skierowania bezpośrednio po triażu do podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”, w tym do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „NIŚOZ”. Planowane jest, aby do 31 grudnia 2023 r. przy każdym SOR funkcjonował punkt NIŚOZ. Wprowadzana zmiana umożliwia, w sytuacji, w której przeprowadzenie segregacji medycznej stanowi ostatni etap pobytu pacjenta w SOR, zastąpienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego kartą segregacji medycznej.

Nadmienić należy, że zgodnie z art. 33a ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2023 r. poz. 1541 i 1560), do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system zarządzający trybami obsługi pacjenta w

szpitalnym oddziale ratunkowym, w którym są przetwarzane dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia pacjenta oraz dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwany dalej „TOPSOR”.

Podczas rejestracji w SOR, każdy pacjent jest wpisywany do wykazu głównego przyjęć i wypisów oraz do wykazu chorych oddziału. Następnie triażysta, którym może być ratownik medyczny, pielęgniarka systemu lub lekarz systemu, przeprowadza segregację medyczną, w wyniku której przydziela pacjenta do jednej z pięciu kategorii pilności. Sposób postępowania z dokumentacją medyczną pacjenta, który pozostaje w SOR oczekując na przyjęcie przez lekarza dyżurnego SOR i udzielenie dalszych świadczeń zdrowotnych w oddziale, pozostaje bez zmian, tj. tworzy się dla niego pełną historię choroby, do której załącza się kartę segregacji medycznej, a lekarz dyżurny SOR podejmuje decyzję w zakresie dalszego udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale, skierowania pacjenta do leczenia w innym oddziale tego samego szpitala, skierowania pacjenta do leczenia w innym podmiocie leczniczym, wystawienia zlecenia na transport sanitarny lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, co wiąże się z wpisaniem pacjenta do wykazu odmów przyjęć w SOR. Pacjent otrzymuje przy wypisie podpisaną przez lekarza kartę informacyjną z leczenia szpitalnego lub informację o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala, udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz ewentualnych zaleceniach.

Odmienna sytuacja zachodzi w przypadku skierowania pacjenta niebędącego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach POZ, w tym NIŚOZ. Przekierowania takiego dokonuje triażysta po przeprowadzonej segregacji medycznej. W tej sytuacji nie jest konieczne badanie lekarskie. Przekierowanie to nie stanowi odmowy udzielenia świadczeń zdrowotnych w SOR, gdyż decyzję o odmowie udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziale może podjąć jedynie lekarz. Po zarejestrowaniu pacjenta i wpisaniu go do wykazu przyjęć i wypisów oraz wykazu chorych oddziału, a następnie przeprowadzonym triażu, w sytuacji braku konieczności oczekiwania pacjenta do lekarza dyżurnego SOR, dokumentem kończącym pobyt pacjenta w oddziale będzie karta segregacji medycznej podpisana przez triażystę. Wówczas pacjent opuszczając szpitalny oddział ratunkowy zamiast karty informacyjnej z leczenia szpitalnego otrzyma kartę segregacji medycznej z odpowiednią adnotacją o braku wskazań do leczenia w SOR. Tym samym historia

choroby stanowiąca wewnętrzną dokumentację medyczną będzie miała ograniczony zakres, zaś do jej zamknięcia nie będzie wymagany podpis lekarza.

Karta segregacji medycznej wypełniania jest w systemie TOPSOR System ten dopuszcza zamknięcie i wydrukowanie tego dokumentu, zaś do jego podpisania uprawniona jest osoba przeprowadzająca w SOR segregację medyczną (triaż). Skierowanie z SOR do POZ, w tym NIŚOZ, pacjenta niebędącego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, tj. pacjenta zakwalifikowanego podczas segregacji medycznej w SOR do priorytetu niskiego i najniższego, jest zgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Już obecnie istnieje możliwość skierowania pacjenta z SOR do POZ, w tym do NIŚOZ. Tym samym wprowadzane zmiany nie wymagają okresu przejściowego koniecznego na dostosowanie się podmiotów leczniczych do tych przepisów.

Jednocześnie należy dookreślić zawartość wykazu chorych oddziału, w którym w odniesieniu do pacjenta skierowanego przez triażystę wykonującego segregację medyczną w SOR, do miejsca udzielania świadczeń w ramach POZ, informacje dotyczące lekarza prowadzącego, lekarza wypisującego, rozpoznania, wypisu czy zgonu pacjenta, nie będą uzupełniane. Istotna jest natomiast informacja o skierowaniu pacjenta do miejsca udzielania świadczeń w ramach POZ w tym do NIŚOZ oraz oznaczenie osoby wykonującej triaż.

W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta przetransportowanego przez zespół ratownictwa medycznego do szpitala, istotnym jest odnotowanie tej decyzji w karcie medycznych czynności ratunkowych wraz ze wskazaniem osoby upoważnionej przez podmiot leczniczy do wydania takiej decyzji oraz jej podpisem. Zespoły ratownictwa medycznego udzielają świadczeń zdrowotnych w warunkach pozaszpitalnych i transportują osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do szpitala zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mając na uwadze, że odmowa przyjęcia pacjenta przez szpital i powstała w ten sposób konieczność transportu tego pacjenta do innego podmiotu leczniczego może wpłynąć na proces jego leczenia, konieczne jest dokonanie stosownego wpisu również w dokumentacji medycznej.

Ponadto w związku z przejściem dyspozytorni medycznych w struktury urzędów wojewódzkich zmiany wymaga dokumentacja medyczna prowadzona przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Obecnie dyspozytornie medyczne, w tym dyspozytornia medyczna znajdująca się w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, prowadzą dokumentację zgodnie ze zmienianym rozporządzeniem, w którym ujęta została karta zlecenia wyjazdu oraz

karta zlecenia wylotu zespołu ratownictwa medycznego. Przepisy związane z dokumentacją medyczną w tym zakresie zostały zmienione w taki sposób, że karta zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, która nie jest dokumentacją medyczną, została usunięta z rozporządzenia, a karta zlecenia wylotu zespołu ratownictwa medycznego, która dokumentacją medyczną jest nadal, pozostała w nim, z odwołaniem się co do jej zawartości do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 listopada 2020 r. w sprawie rodzajów dokumentacji dyspozytorskiej medycznej (Dz. U. poz. 2149).

W projektowanym rozporządzeniu uregulowano także sposób postępowania w sytuacji awarii systemu teleinformatycznego, w którym dysponent zespół ratownictwa medycznego sporządza dokumentację medyczną. W takim przypadku dokumentacja jest sporządzana w postaci papierowej, a po ustąpieniu awarii dokumentację odtwarza się niezwłocznie w tym systemie. Przez odtworzenie dokumentacji rozumie się jej dokładne odwzorowanie w systemie, o którym mowa w art. 24e ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, natomiast digitalizacja to zmiana wersji papierowej na cyfrową z zachowaniem zasad, o których mowa w art. 13b ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2022 r. poz. 1555, późn. zm.). Zaproponowane rozwiązanie jest niezbędne do wprowadzenia z uwagi na konieczność zachowania spójności danych przetwarzanych w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w art. 3 pkt 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Wdrożone rozwiązania techniczne zapewniają wysoki poziom bezpieczeństwa danych przetwarzanych w tym systemie wprowadzając ograniczone uprawnienie do przetwarzania danych adekwatnie do roli użytkownika, które dotyczy w szczególności dostępu do dokumentacji medycznej. Logowanie do systemu zawsze podlega uwierzytelnieniu, a system odnotowuje każdą czynność i wykonaną operację przez użytkownika związaną z dokumentacją medyczną, w tym przede wszystkim wgląd w nią lub wprowadzanie w niej zmian. Ponadto wytworzona w tym systemie dokumentacja medyczna podpisana zostaje z wykorzystaniem certyfikatu elektronicznego udostępnionego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dlatego też wprowadzono przepis zwalniający osoby wydające lub udostępniające dokumentację medyczną pacjentowi lub podmiotom do niej uprawnionym z obowiązku, o którym mowa w § 70 pkt. 2 rozporządzenia. Wymagane dane będą widoczne na wydruku karty medycznych czynności ratunkowych.

Projektowane rozporządzenie porządkuje także prowadzenie dokumentacji medycznej w postaci Indywidualnego Planu Opieki Medycznej przez dookreślenie, że informacje zawarte w

przedmiotowym dokumencie mają dotyczyć planowanego procesu diagnostyki, leczenia i opieki nad pacjentem w zakresie opieki koordynowanej, bez potrzeby zamieszczania w nim informacji historycznych. Należy zaznaczyć, że źródłem informacji o ewentualnym dotychczasowym procesie leczenia pacjenta pozostaje dotychczas prowadzona dokumentacja medyczna.

Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461), w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Proponuje się, aby przepisy projektowanego rozporządzenia weszły w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Wprowadzenie takiego terminu wejścia w życie rozporządzenia jest konieczne ze względu na jak najszybsze zabezpieczenie sprawnej realizacji opieki zdrowotnej. Wejście w życie projektowanych przepisów w możliwe krótkim terminie będzie działać na korzyść podmiotów zapewniających koordynację opieki zdrowotnej, jak również samych pacjentów, a tym samym nie narusza zasad demokratycznego państwa prawa.

Projekt rozporządzenia będzie miał wpływ na działalność mikro przedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców, a jego wejście w życie usprawni pracę podmiotów sprawujących opiekę koordynowaną nad pacjentem.

Projekt rozporządzenia 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 lub art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE

Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.