

Załącznik: Propozycje szczegółowych zmian w projekcie Zarządzenia opracowane przez ekspertów Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa

Lp.	Zgłaszający	Kryterium (nr tabeli i nr wiersza)	Uwaga/propozycja zmiany	Uzasadnienie
1.	SHL	Kryterium jakość - warunki dotyczące pomieszczeń, tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza - 44-46	JEST: łączna liczba punktów - 3 punkty PROPONUJEMY: łączna liczba punktów - 4 punkty	Brak spójności - przy spełnieniu kryteriów w wierszu 44 i 45 nie można osiągnąć maksymalnej punktacji, a jedynie 2 punkty, trzy punkty może osiągnąć jedynie szpital który ma oddział pediatrii lub immunologii klinicznej, co powoduje dyskryminację podmiotów nie posiadających tych oddziałów. Dalszy ciąg uzasadnienia w punkcie poniżej.
2.	SHL	Kryterium jakość - warunki dotyczące pomieszczeń, tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza - 45	JEST: stacja mycia i dezynfekcji łóżek - 1 punkt PROPONUJEMY: stacja mycia i dezynfekcji łóżek lub inny system zapewniający skuteczną dekontaminację łóżek szpitalnych, poddawany okresowo kontroli wewnętrznej - 2 punkty	Projektowane kryterium jest niezgodne z aktualnym stanem prawnym - stacja łóżek nie jest aktualnie wymagana przepisami, w szczególności rozporządzeniem Min. Zdrowia (Dz.Ust.2012 Nr 123, poz. 739 z dnia 29 czerwca 2012 r.) w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą . Istnieją inne skuteczne sposoby dekontaminacji łóżka, oparte na metodzie półautomatycznej lub manualnej. Kwestią zasadniczą jest kontrola efektywności tych procedur, która powinna być rutynowo realizowana przez przełożonych oraz na zasadzie kontroli wewnętrznej przez zespół kontroli zakażeń szpitalnych.
3.	SHL	Kryterium jakość - warunki dotyczące pomieszczeń, tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza - 44-46	JEST: co najmniej 10% łóżek umieszczonych w izolatkach - w miejscu, zakres 27,32 - 2 punkty PROPONUJEMY: zapewniona możliwości izolacji w oddzielnym pomieszczeniu z węzłem sanitarnym 10% pacjentów, zakres 13,14,15,20, 21, 22,33, 34, 37 - 2 punkty	Możliwość izolacji pacjentów ze względu na ryzyko zakażenia powinna być rozszerzona na inne oddziały, zarówno w stosunku do pacjentów z upośledzoną odpornością, jak również z zagrożeniem kolonizacją lub zakażeniem wywołanym czynnikiem alarmowym. Z tego powodu poszerzono zakres oddziałów dla tego wymogu o hematologię, onkologię, geriatrię, choroby wewnętrzne.
4.	SHL	Jakość – posiadane doświadczenie w realizacji świadczeń tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 47-50	JEST- łączna liczba punktów 10 PROPONUJEMY: łączna liczba 8 punktów	Kryterium zawiera 4 składowe po 2 punkty, łącznie można uzyskać maksymalnie 8 punktów, a nie 10 jak jest w projektowanym punkcie.

5.	SHL	Kryterium jakość - zewnętrzna ocena jakości - tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 51-59	JEST: łączna liczba punktów - 10 punktów PROPONUJEMY: łączna liczba punktów -18 punktów	Przy spełnieniu wszystkich kryteriów wierszach 51-59 nie można osiągnąć większej punktacji niż 10 co powoduje dyskryminację najlepszych podmiotów, które posiadają certyfikat akredytacyjny na wysokim poziomie (łącznie 10 punktów) oraz różne certyfikaty ISO oraz OHSAS. Przy limicie 10 punktów, szpitale tracą motywację do realizacji różnych systemów jakości.
6.	SHL	Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 60-73	JEST: łączna liczba punktów - 5 punktów PROPONUJEMY: łączna liczba punktów -10 punktów	Kryteria w wierszach 60-73 nie powinny być tak nisko punktowane, ponieważ obniża to motywację dyrektorów szpitali do ich realizacji. Przewidziano jedynie 5 punktów za 14 różnych kryteriów, z których niektóre są tylko wykluczające się - szpital, który spełnia najważniejsze z tych kryteriów w sumie powinien otrzymać nie mniej niż 10 punktów.
7.	SHL	Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 60	JEST: Prowadzenie badań PPS (Punktowe Badania Epidemiologiczne, ang. Point Prevalence Survey of Healthcare Associated Infections) w zewnętrznych badaniach wieloośrodkowych, zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC (Europejskie Centrum Zapobiegania i Kontroli Chorób), poświadczone przez jednostkę koordynującą Narodowy Program Ochrony Antybiotyków - 3 punkty PROPONUJEMY: udokumentowane prowadzenie okresowych badań epidemiologicznych w ramach zewnętrznych badań wieloośrodkowych zgodnie z metodologią opracowaną przez ECDC lub inne międzynarodowe instytucje lub sieci, w tym WHO, CDC - 2 punkty	Wskazanie badań punktowych jako jedynej metody pomiaru jest niezgodne a aktualną wiedzę i dzisiejszymi możliwościami monitorowania zakażeń. Badania punktowe mają na celu określanie trendów skali kraju, kontynentu, ale nie służą monitorowaniu efektywności kontroli zakażeń szpitalnych. Badania punktowe wymagają bardzo dużego nakładu pracy w szpitalach o dużej liczbie łóżek, są obciążone dużym błędem statystycznym i powinny być wskazane jako jedna z możliwych metod monitorowania. W aktualnie realizowanych badaniach koordynowanych przez Narodowy Program Ochrony Antybiotyków bierze udział ok. 35 szpitali na 1000 istniejących w Polsce, co stanowi 3,5%, i obrazuje niewielki zasięg tego programu. W kraju są wdrożone inne programy i narzędzia do monitorowania, takie jak EPIC, WHONET, Epikom, które pozwalają na weryfikację monitorowania i ocenę skuteczności kontroli zakażeń szpitalnych.
8.	SHL	Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 61	JEST: Uczestnictwo w „Systemie Czynnego Nadzoru nad Zakażeniami Szpitalnymi” koordynowanego przez Polskie Towarzystwo Zakażeń Szpitalnych - 2 punkty PROPONUJEMY: udokumentowane prowadzenie czynnego monitorowania zakażeń szpitalnych w ramach krajowej sieci koordynowanej przez instytucję pozarządową - 2 punkty	Wskazanie jednego programu czynnego nadzoru koordynowanego przez PTZS jest dyskryminujące w stosunku do innych podmiotów realizujących podobne programy. Ponadto udział w tym programie jest związany z koniecznością zakupu komercyjnego oprogramowania sprzedawanego przez jeden podmiot, a zważywszy że koszt oprogramowania wynosi kilkadziesiąt tysięcy dla średniej wielkości szpitala, jest to nieuzasadnione promowanie takiego narzędzia. Aktualnie w tym programie bierze udział ok. 50 szpitali na 1000 co stanowi ok. 5%, co obrazuje niewielki zasięg tego programu. W kraju są wdrożone inne programy i

				narzędzia do monitorowania i kontroli zakażeń, które pozwalają na weryfikację monitorowania i ocenę skuteczności kontroli zakażeń szpitalnych.
9.	SHL	Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 62	<p>JEST: Przewodniczący Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych posiada specjalizację z mikrobiologii lekarskiej lub chorób zakaźnych lub epidemiologii - 3 punkty</p> <p>PROPONUJEMY: Przewodniczącym Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych jest lekarz, który spełnia kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązujących przepisach i wykonuje obowiązki Przewodniczącego na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej w wymiarze czasu pracy nie mniejszym niż 1 etat przeliczeniowy na 1200 łóżek - 3 punkty</p>	<p>Kryterium jest niezgodne a aktualnym stanem prawnym - według obowiązującego rozporządzenia Min. Zdrowia (Dz.U.10.108.706 z dnia 18 czerwca 2010 r.) w sprawie kwalifikacji członków zespołu kontroli zakażeń szpitalnych wydanego na podstawie art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570 oraz z 2009 r. Nr 76, poz. 641) Przewodniczącym Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych jest lekarz posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalu oraz posiada tytuł specjalisty lub uzyskał specjalizację I stopnia w jednej z następujących dziedzin medycyny: epidemiologia lub higiena i epidemiologia, mikrobiologia lub mikrobiologia lekarska, choroby zakaźne, organizacja ochrony zdrowia, zdrowie publiczne lub rozpoczął specjalizację w jednej z dziedzin wymienionych w pkt 1 lub posiada inną specjalizację oraz co najmniej 2-letnie doświadczenie w pracy w zespole kontroli zakażeń szpitalnych i ukończył kurs specjalistyczny w zakresie epidemiologii szpitalnej i posiada świadectwo jego ukończenia lub jest w trakcie odbywania kursu specjalistycznego w zakresie epidemiologii szpitalnej prowadzonego przez podmioty, o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.2). Dyskryminacja lekarzy innej specjalności niż proponowana w projekcie Zarządzenia jest szkodliwa dla szpitali, gdyż w całej Polsce jest około 65 specjalistów mikrobiologii lekarskiej oraz około 650 specjalistów z dziedziny chorób zakaźnych oraz około 100 specjalistów epidemiologii, co oznacza, że gdyby nawet wszyscy pracowali w Zespołach Kontroli Zakażeń Szpitalnych, to nie ma możliwości realizacji tego kryterium przez wszystkie szpitale. Ponadto, taki wymóg nie jest oparty na realnym poziomie przygotowani tych osób do pełnienia funkcji, gdyż liczba godzin szkoleń w ramach tych specjalizacji nie przekracza wymiaru kursów specjalistycznych dla lekarzy innych specjalności.</p>
10.	SHL	Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne -	<p>JEST: Przewodniczący Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych do pełnienia tej funkcji jest zatrudniony w szpitalu w wymiarze czasu pracy równym 1 etatowi przeliczeniowemu na 1000 łóżek - 2 punkty</p>	<p>Pominięcie w kryteriach oceny zatrudnienia w szpitalu pielęgniarek epidemiologicznych oraz diagnostów laboratoryjnych - specjalistów mikrobiologii jest niezgodne z obowiązującymi przepisami, aktualną wiedzą medyczną oraz powszechnie zaakceptowanym modelem kontroli zakażeń w szpitalach. Wymóg ustawowy zatrudnienia pielęgniarek epidemiologicznych jest często</p>

		hospitalizacja) nr wiersza 63	<p>PROPONUJEMY: W Zespole Kontroli Zakażeń Szpitalnych zatrudniony jest specjalista ds. higieny i epidemiologii, podległy bezpośrednio dyrektorowi ds. leczenia, nie łączy obowiązków na innych stanowiskach w liczbie równej 1 etat przeliczeniowy na 200 łóżek oraz diagnosta laboratoryjny - specjalista mikrobiologii spełniający kryteria kwalifikacji określone w aktualnie obowiązujących przepisach - 3 punkty</p>	<p>nierespektowany przez dyrektorów szpitali. Największą efektywność pielęgniarki epidemiologicznej zapewniona jest gdy jej podległość jest wyłączona z pionu pielęgniarstwa, bez łączenia różnych funkcji w ramach tej samej umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej. Punktacja w tym zakresie powinna być podwyższona aby nie różnicować między lekarzem a pielęgniarką i mikrobiologiem, ponadto aby dać dyrekcji szpitala bodziec promujący właściwą organizację Zespołu Kontroli Zakażeń Szpitalnych.</p>
11.	SHL	Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 64	<p>JEST: Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (coroczną) analizę mikrobiologiczną oddziałów w postaci raportu w oparciu o zalecenia konsultanta krajowego ds. mikrobiologii dostępnej na stronie internetowej Centralnego Ośrodka Badania Jakości w diagnostyce mikrobiologicznej - 1 punkt</p> <p>PROPONUJEMY: Laboratorium Mikrobiologiczne we współpracy z Zespołem ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza okresową (nie rzadziej niż co 6 miesięcy) analizę mikrobiologiczną oddziałów obejmującą etiologię najczęściej występujących zakażeń oraz istotne mechanizmy lekooporności - 2 punkty</p>	<p>Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i podziałem kompetencji, analizy zwrotne dla oddziałów w zakresie mikrobiologii powinny być przygotowywane przez Laboratorium Mikrobiologiczne we współpracy z Zespołem Kontroli Zakażeń Szpitalnych. Obecnie zaleca się sporządzanie raportów okresowych nie rzadziej niż co 6 miesięcy, a w razie potrzeby 1 x w kwartale. Kryteria oceny ofert nie powinny promować obniżonych standardów, ale powinny promować najlepszą praktykę kliniczną. Ze względu na duże znaczenie tych raportów proponujemy podwyższenie punktacji dla wzmocnienia tego działania w szpitalach.</p>
	SHL	Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 66	<p>JEST: Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk używanego przez poszczególne oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni - 1 punkt</p> <p>PROPONUJEMY: Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych przeprowadził w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (liczonych do dnia złożenia oferty) analizę i zaraportował kierownikowi szpitala wyniki dotyczące oceny ilości środka do dezynfekcji rąk używanego przez poszczególne</p>	<p>Kryterium 20 litrów na 1000 osobodni jest obecnie uznana przez WHO granicą minimum dla szpitala. Polska w maju 2013 r. decyzją Min. Zdrowia przystąpiła do implementacji programu „Higiena rąk to bezpieczna opieka” o kryterium ilościowe powinno być warunkiem uzyskania przez szpital w tym zakresie punktów. Proponujemy 1 punkt za ilość 15-20 l/1000 osobodni, a ponad 20 l/1000 osobodni - 3 punkty dla podkreślenia wagi tej procedury dla bezpieczeństwa hospitalizacji.</p>

			<p>oddziały w przeliczeniu na liczbę, osobodni, a zużycie środka wyniosło w przeliczeniu na cały szpital :</p> <p>- 15-20 litrów/1000 osobodni - 1 punkt, - ponad 20 litrów/1000 osobodni - 3 punkty</p>	
12.	SHL	<p>Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 68</p>	<p>JEST: Szpital posiada i stosuje własną standardową procedurę postępowania w zakresie antybiotykowej profilaktyki okołoooperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata - 1 punkt</p> <p>PROPONUJEMY: Szpital posiada, stosuje i dokumentuje kontrolę procedury antybiotykowej profilaktyki okołoooperacyjnej, aktualizowanej nie rzadziej niż co 2 lata - 2 punkty</p>	<p>Posiadanie procedury nie jest równoznaczne z jej przestrzeganiem - w świetle aktualnie obowiązujących przepisów, na podstawie rozporządzenia Min. Zdrowia o (Dz.U.10.100.646 z dnia 9 czerwca 2010 r.) w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych, szpital ma obowiązek prowadzenia udokumentowanej kontroli, m.in. w zakresie profilaktyki antybiotykowej. Punktacja powinna promować optymalne rozwiązania, w tym przypadku, przewidziane również aktualnymi przepisami. Proponujemy również zwiększyć liczbę punktów dla podkreślenia istotności tej procedury.</p>
13.	SHL	<p>Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 70</p>	<p>JEST: Szpital w ramach Programu racjonalnej polityki antybiotykowej, wskazał osobę pełniącą funkcję konsultanta ds. antybiotykoterapii, posiadającą specjalizację w dziedzinie mikrobiologia kliniczna lub choroby zakaźne - 1 punkt</p> <p>PROPONUJEMY: Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń lub inny lekarz posiadający odpowiednie kwalifikacje, konsultuje na bieżąco politykę antybiotykową w szpitalu, w tym pacjentów wymagających szczególnej profilaktyki lub terapii antybiotykowej - 2 punkty</p>	<p>Kryterium w projektowanym brzmieniu jest niezgodne z obowiązującymi przepisami, w szczególności z art. 15 ust. 2. Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r, wg którego do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych należy, m.in. konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną. Brak podstaw merytorycznych do ograniczenia dostępu do konsultacji antybiotykowych jedynie do specjalisty mikrobiologa lub lekarza chorób zakaźnych. Pozostałe uzasadnienie jak w p. dotyczącym wiersza 62.</p>
14.	SHL	<p>Kryterium jakość - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 71</p>	<p>JEST: Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie zgłaszania do Zespołu ds. zakażeń szpitalnych pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, z linią dożylną, u których zastosowano antybiotyk - 1 punkt</p> <p>PROPONUJEMY: Monitorowanie zakażeń w</p>	<p>Kryterium określa najmniej skuteczną metodę monitorowania, tzw. monitorowanie bierne, opierające się na zgłoszeniach z oddziałów. Według aktualnej wiedzy medycznej, taka metoda pozwala na wykrycie ok. 15% rzeczywistej liczby zakażeń szpitalnych, która nie powinna być promowana w szpitalach, dlatego poszerzono ją w stosunku do projektowanego zapisu o monitorowanie zakażeń po 72 godzinach od przyjęcia do szpitala, co pozwala</p>

			szpitalu odbywa się na zasadzie zgłaszania przez oddziały do Zespołu ds. zakażeń szpitalnych pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, z cewnikiem w pęcherzu moczowym, z centralnym cewnikiem naczyniowym, leczonych antybiotykami lub u których uzyskano dodatni wynik badania mikrobiologicznego pobranego po 72 godz. od przyjęcia do szpitala - 1 punkt	zwiększyć czułość monitorowania
15.	SHL	Kryterium jakości - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 72	<p>JEST: Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie weryfikacji odnotowanej w dokumentacji medycznej przez pielęgniarkę epidemiologiczną, na podstawie przeglądu dokumentacji zgłaszanych przez oddziały pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, u których wystąpiły cechy infekcji lub zastosowano... - 2 punkty</p> <p>PROPONUJEMY: Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie zgłoszeń z oddziałów oraz okresowego przeglądu dokumentacji medycznej przez pielęgniarki epidemiologiczne pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, z cewnikiem w pęcherzu moczowym, z centralnym cewnikiem naczyniowym, w tym, tych u których zastosowano antybiotykoterapię po 72 od przyjęcia do szpitala lub zabiegu lub uzyskano dodatni wyniku badania mikrobiologicznego pobranego po 72 godz od przyjęcia - 2 punkty</p>	Kryterium określa mieszaną formę monitorowania, która jest metodą pośrednią w stosunku do optymalnej metody czynnego monitorowania opartej na codziennym kontakcie pielęgniarki epidemiologicznej i personelu łącznikowego.
16.	SHL	Kryterium jakości - kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 73	JEST: Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu odnotowanej w dokumentacji medycznej przez pielęgniarkę epidemiologiczną pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, zacewnikowanych, bądź z linią dożylną, dla ustalenia, czy wystąpiły cechy	Kryterium określa optymalną metodę monitorowania zakażeń szpitalnych, dlatego powinna być premiowana najwyższą punktacją.

			<p>infekcji lub zastosowano antybiotyki</p> <p>PROPONUJEMY: Monitorowanie zakażeń w szpitalu odbywa się na zasadzie codziennego przeglądu dokumentacji medycznej i udziału w obchodach przez personel łącznikowy w oddziałach oraz pielęgniarki epidemiologiczne pacjentów sztucznie wentylowanych, zaintubowanych, operowanych, z cewnikiem w pęcherzu moczowym, z centralnym cewnikiem naczyniowym oraz tych u których zastosowano antybiotykoterapię po 72 godz. od przyjęcia do szpitala lub zabiegu lub uzyskano dodatni wynik badania bakteriologicznego pobranego po 72 godz o od przyjęcia - 3 punkty</p>	
17.	SHL	Kompleksowość – dostęp do badań i zabiegów - tabela nr 5 (leczenie szpitalne - hospitalizacja) nr wiersza 177	<p>JEST: zakres 13</p> <p>PROPONUJEMY: wszystkie zakresy</p>	Niezgodne z aktualnymi przepisami, w szczególności z art. 14 Ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z 5 grudnia 2008 r, który zobowiązuje każdy podmiot udzielający świadczeń do zapewnienia możliwości wykonywania badań laboratoryjnych w ciągu całej doby, w tym badań mikrobiologicznych. Kryterium dostępności do badań mikrobiologicznych w lokalizacji lub w najbliższej odległości nie powinno dotyczyć tylko pulmonologii ale wszystkich zakresów.
18.	SHL	Tabela nr 7 - kryterium jakość zewnętrzna ocena jakości wiersze 17-24	jak w p. 5.	jak w p. 5.
19.	SHL	Tabela nr 9 - kryterium jakość zewnętrzna ocena jakości wiersze nr 90-97	jak w p. 5.	jak w p. 5.
20.	SHL	Tabela nr 20 - kryterium jakość zewnętrzna ocena jakości wiersze 23-30	jak w p. 5.	jak w p. 5.
21.	SHL	Tabela nr 21- kryterium jakość zewnętrzna ocena jakości wiersze nr 15-22	jak w p. 5.	jak w p. 5.

22.	SHL	Tabela nr 22 - kryterium jakość zewnętrzna ocena jakości wiersze nr 24-31	jak w p. 5.	jak w p. 5.
23.	SHL	Tabela nr 23 - kryterium jakość zewnętrzna ocena jakości wiersze nr 24-31	jak w p. 5.	jak w p. 5.
24.	SHL	Tabela nr 19- kryterium jakość zewnętrzna ocena jakości, kryterium kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii nr wierszy 24-45	jak powyżej w p.1-16	jak powyżej w p. 1-16
25.	SHL	Tabela nr 8 - kryterium jakość zewnętrzna ocena jakości, kryterium kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii nr wierszy 2-23	jak powyżej w p.1-16	jak powyżej w p.1-16
25.	SHL	Tabela nr 6 - kryterium jakość zewnętrzna ocena jakości, kryterium kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii nr wierszy 34-57, kryterium kompleksowość - wiersz 97 - wszystkie zakresy	jak powyżej w p.1-16 jak powyżej w p. 17	jak powyżej w p.1-16 oraz p.17 jak powyżej w p. 17
26.	SHL	Tabela nr 5 - kryterium jakość zewnętrzna ocena	jak powyżej w p.1-16	jak powyżej w p.1-16

	<p>jakości, kryterium kontrola zakażeń szpitalnych i antybiotykoterapii nr wierszy 51-73,</p> <p>kryterium kompleksowość - nr wiersza 177</p>	<p>jak powyżej w p.17</p>	<p>jak powyżej w p. 17</p>
--	---	---------------------------	----------------------------