

**Rozporządzenie
Ministra Zdrowia¹⁾**

z dnia 11.05.2012 2012 r.

w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej²⁾

Na podstawie art. 37g ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.³⁾) zarządza się, co następuje:

**Rozdział 1.
Przepisy ogólne**

§ 1. Rozporządzenie określa szczegółowe wymagania Dobrej Praktyki Klinicznej.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) audyt – niezależną kontrolę procedur i dokumentacji badania klinicznego prowadzoną przez sponsora, jako element systemu zapewnienia jakości, w celu ustalenia, czy badanie kliniczne jest lub było prowadzone zgodnie z protokołem badania klinicznego, a dane uzyskane w związku z badaniem klinicznym są lub były zbierane, analizowane i raportowane zgodnie z protokołem badania klinicznego oraz procedurami postępowania opracowanymi przez sponsora w celu ujednoczenia sposobu wykonywania określonych czynności związanych z badaniem klinicznym;
- 2) dokumenty źródłowe – oryginalne dokumenty, dane i zapisy, w szczególności historię choroby, wyciąg z dokumentacji zbiorczej wewnętrznej szpitala, dokumentację wynikającą z protokołu badania klinicznego, wyniki badań laboratoryjnych, karty zleceń lekarskich, wydruki wyników badań z automatycznych urządzeń medycznych, lub ich kopie po sprawdzeniu i poświadczeniu ich zgodności z oryginałem, mające związek z prowadzonym badaniem klinicznym;
- 3) karta obserwacji klinicznej (CRF) – dokument, w wersji papierowej lub elektronicznej, służący do zapisu wymaganych przez protokół badania klinicznego informacji dotyczących uczestnika badania w celu ich raportowania sponsorowi;
- 4) wsteczna weryfikacja zmian danych – sposób prowadzenia dokumentacji badania klinicznego umożliwiający przesłanie wstecz przebiegu badania i wszelkich związanych z nim zdarzeń i decyzji.

§ 3. Badanie kliniczne musi być:

- 1) uzasadnione wynikami badań przedklinicznych oraz, jeżeli dotyczy, danymi uzyskanymi z wcześniejszych badań klinicznych z badanym produktem leczniczym;
- 2) uzasadnione naukowo i opisane w protokole badania klinicznego;
- 3) oparte na zasadach etycznych;
- 4) prowadzone przez osoby posiadające odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe, wiedzę naukową i doświadczenie w pracy z pacjentami, niezbędne do prowadzenia badania klinicznego, oraz w sposób gwarantujący jego właściwą jakość;

¹⁾ 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).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie dokonuje w zakresie swojej regulacji wdrożenia dyrektywy 2001/20/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 kwietnia 2001 r. w sprawie zbliżania przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich, odnoszących się do wdrożenia zasady dobrej praktyki klinicznej w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych, przeznaczonych do stosowania przez człowieka (Dz. Urz. WE L 121 z 01.05.2001, str. 34, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 26, str. 299) oraz dyrektywy Komisji 2005/28/WE z dnia 8 kwietnia 2005 r. ustalającej zasady oraz szczegółowe wytyczne dobrej praktyki klinicznej w odniesieniu do badanych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi, a także wymogi zatwierdzania produkcji oraz przywozu takich produktów (Dz. Urz. UE L 91 z 09.04.2005, str. 13).

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 227, poz. 1505 i Nr 234, poz. 1570, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206, Nr 92, poz. 753, Nr 95, poz. 788 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 78, poz. 513 i Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 82, poz. 451, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657 i Nr 122, poz. 696.

5) przeprowadzane w ośrodku badawczym.

Rozdział 2. Obowiązki badacza

§ 4. Do obowiązków badacza należy:

- 1) przygotowanie się do przeprowadzenia badania klinicznego, w tym zapoznanie się z działaniem i właściwym sposobem stosowania badanego produktu leczniczego, opisanymi w protokole badania klinicznego, broszurze badacza i innych dokumentach dostarczonych przez sponsora;
- 2) dysponowanie warunkami lokalowymi i sprzętem, niezbędnymi dla właściwego przeprowadzenia badania klinicznego;
- 3) zaplanowanie odpowiedniej ilości czasu koniecznej dla właściwego przeprowadzenia badania klinicznego i ukończenia go w terminie;
- 4) dołożenie należytej staranności w celu włączenia do badania klinicznego odpowiedniej liczby uczestników badania klinicznego w czasie przewidzianym w protokole badania klinicznego na rekrutację;
- 5) zaangażowanie do przeprowadzenia badania klinicznego osób posiadających odpowiednio wysokie kwalifikacje zawodowe, wiedzę naukową i doświadczenie w pracy z pacjentami, niezbędne do prowadzenia badania klinicznego;
- 6) przygotowanie, przechowywanie, aktualizacja i udostępnianie przedstawicielom sponsora lub Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, zwanego dalej „Prezesem Urzędu Rejestracji”, listy osób, którym badacz powierzył obowiązki związane z prowadzeniem badania klinicznego, oraz zapoznanie, przed rozpoczęciem badania, wszystkich tych osób z ich obowiązkami oraz z protokołem badania klinicznego i badanym produktem leczniczym;
- 7) prowadzenie badania klinicznego zgodnie z protokołem badania;
- 8) zapewnienie uczestnikom badania klinicznego odpowiedniej opieki medycznej, w szczególności w przypadku wystąpienia ciężkiego niepożądanego zdarzenia po użyciu badanego produktu leczniczego, w tym istotnych odchyłeń w wynikach badań laboratoryjnych;
- 9) przekazanie uczestnikom badania klinicznego informacji o każdej zmianie zadeklarowanego terminu zakończenia badania klinicznego oraz zapewnienie uczestnikom badania wynikającej z tej zmiany odpowiedniej opieki medycznej;
- 10) prowadzenie dokumentacji związanej z prowadzonym badaniem klinicznym oraz jej udostępnianie podmiotom upoważnionym do jej wglądu;
- 11) zapewnienie ochrony danych stanowiących własność sponsora oraz danych uczestników badania klinicznego pozyskanych w związku z tym badaniem;
- 12) monitorowanie zgodności przeprowadzanego badania klinicznego z wymaganiami niniejszego rozporządzenia oraz umożliwienie monitorowania i audytu badania klinicznego przez przedstawicieli sponsora, Inspekcję Badań Klinicznych, a także właściwe organy państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym;
- 13) zgłaszanie sponsorowi, zgodnie z protokołem badania klinicznego, ciężkiego niepożądanego zdarzenia po użyciu badanego produktu leczniczego wraz ze sprawozdaniem zdarzenia, a także innych niepożądanych zdarzeń oraz nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych, z wyjątkiem tych które protokół lub broszura badacza określa jako niewymagające niezwłocznego zgłoszenia;
- 14) ukończenie badania klinicznego w zadeklarowanym terminie.

§ 5. 1. Badacz akceptuje protokół badania klinicznego przez jego podpisanie albo przez złożenie odrębnego dokumentu stanowiącego akceptację protokołu badania klinicznego.

2. Badacz dokumentuje i wyjaśnia wszelkie odstępstwa od protokołu badania klinicznego.

§ 6. Badacz używa badanego produktu leczniczego zgodnie z protokołem badania klinicznego, w tym:

- 1) udziela uczestnikom badania klinicznego wyjaśnień i zaleceń co do prawidłowego stosowania badanego produktu leczniczego oraz sprawdza, czy udzielone zalecenia są właściwie wypełniane;

- 2) przechowuje badany produkt leczniczy w warunkach określonych przez sponsora;
- 3) dokumentuje na bieżąco ilość badanego produktu leczniczego w ośrodku badawczym, z uwzględnieniem ilości produktu leczniczego dostarczonego przez sponsora, zużytego przez każdego uczestnika badania klinicznego oraz ilości produktu leczniczego niewykorzystanego podczas badania klinicznego;
- 4) przestrzega zasad losowego doboru uczestników badania klinicznego do grupy badanej i kontrolnej (jeżeli dotyczy) oraz występuje o ujawnienie zasad losowego doboru uczestników w przypadkach określonych w protokole badania klinicznego.

§ 7. 1. Przed uzyskaniem świadomej zgody, badacz przekazuje uczestnikowi badania klinicznego lub jego przedstawicielowi ustawowemu, w sposób zrozumiały oraz bez wywierania jakiegokolwiek wpływu, w formie ustnej i pisemnej, następujące informacje:

- 1) o istocie, charakterze i celu badania klinicznego;
- 2) o leczeniu stosowanym w badaniu klinicznym i zasadach losowego doboru uczestników;
- 3) zawierające opis procedur i badań medycznych związanych z udziałem w badaniu klinicznym;
- 4) o obowiązkach uczestnika badania klinicznego;
- 5) o możliwym do przewidzenia ryzyku i niedogodnościach dla uczestnika badania klinicznego lub dla embrionu, płodu lub karmionego piersią niemowlęcia;
- 6) o oczekiwanych korzyściach z badania klinicznego, a w przypadku, gdy osiągnięcie takich korzyści nie jest zamierzone, także o tym fakcie;
- 7) o dostępnych alternatywnych metodach leczenia i związanych z nimi procedurach oraz wynikających z ich zastosowania istotnych korzyściach i ryzyku;
- 8) o odszkodowaniu lub możliwości leczenia uczestnika badania klinicznego w przypadku szkody powstałej w związku z uczestnictwem w badaniu klinicznym;
- 9) o sposobie przekazywania płatności (jeżeli były zakładane) dla uczestnika badania klinicznego;
- 10) o przewidywanych wydatkach (jeżeli były zakładane), jakie uczestnik badania klinicznego może ponieść w związku z uczestnictwem w badaniu;
- 11) o zasadach dobrowolności udziału i możliwości odmowy i wycofania się uczestnika z badania klinicznego w każdej chwili bez szkody dla siebie lub utraty korzyści, do jakich uczestnik jest z innych względów uprawniony;
- 12) o konieczności wyrażenia pisemnej zgody na udostępnienie dokumentów źródłowych dotyczących uczestnika badania klinicznego podmiotom uprawnionym do przeprowadzania monitorowania, audytu lub inspekcji badań klinicznych;
- 13) o konieczności wyrażenia pisemnej zgody na dostęp badacza do dokumentacji medycznej uczestnika badania klinicznego wytworzonej przed rozpoczęciem badania klinicznego oraz o konieczności wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestnika badania klinicznego związanych z jego udziałem w badaniu klinicznym;
- 14) o zachowaniu poufności tej części dokumentacji badania klinicznego, która pozwoliłaby na identyfikację uczestnika badania klinicznego, oraz o wyłączeniu danych osobowych z ewentualnej publikacji wyników badania klinicznego;
- 15) zawierające zapewnienie, że wszelkie nowe dane na temat badania klinicznego mogące mieć wpływ na wolę dalszego uczestnictwa będą niezwłocznie przekazywane uczestnikowi badania klinicznego lub jego przedstawicielowi ustawowemu;
- 16) dotyczące osoby, z którą można kontaktować się w celu uzyskania dodatkowych informacji na temat badania klinicznego, praw uczestników badania klinicznego i zgłaszania ewentualnych szkód powstałych w związku z uczestnictwem w badaniu klinicznym;
- 17) o możliwych do przewidzenia okolicznościach i powodach, dla których uczestnictwo w badaniu klinicznym mogłoby zostać przerwane;
- 18) dotyczące czasu udziału uczestnika badania klinicznego w tym badaniu;

19) o przewidywanej liczbie uczestników badania klinicznego.

2. Informacje, o których mowa w ust. 1, nie mogą zawierać sugestii dotyczącej zrzeczenia się przez uczestnika badania klinicznego jakichkolwiek praw, czy też zwolnienia badacza lub sponsora od odpowiedzialności wynikającej z prowadzonego badania klinicznego.

3. Badacz informuje komisję bioetyczną o wszelkich zmianach w dokumencie potwierdzającym wyrażenie świadomej zgody lub w innych dokumentach zawierających informacje przeznaczone dla uczestników badania klinicznego.

§ 8. 1. Badacz zapewnia:

- 1) prowadzenie dokumentacji badania klinicznego w sposób pozwalający na weryfikację danych zawartych w karcie obserwacji klinicznej (CRF) oraz wsteczną weryfikację zmian danych;
- 2) że podstawowa dokumentacja badania klinicznego, w tym dokumenty źródłowe, będzie przechowywana w warunkach zapewniających ich bezpieczeństwo.

2. Jeżeli badanie kliniczne trwa dłużej niż rok, badacz albo koordynator badania klinicznego, w przypadku gdy jest to wieloośrodkowe badanie kliniczne, sporządza raz w roku pisemne sprawozdanie o postępie badania klinicznego dla komisji bioetycznej. Na wniosek komisji bioetycznej sprawozdania są sporządzane częściowo.

3. Podstawową dokumentację badania klinicznego, o której mowa w ust. 1 pkt 2, określa załącznik do rozporządzenia.

Rozdział 3. Obowiązki sponsora

§ 9. 1. Do obowiązków sponsora należy:

- 1) wybór badacza i ośrodka badawczego;
- 2) dostarczenie badaczowi i ośrodkowi badawczemu protokołu badania klinicznego i aktualnej broszury badacza przed zawarciem umów, o których mowa w § 19 ust. 1;
- 3) zapewnienie, że ogłoszenie o badaniu klinicznym nie zawiera, w przypadkach niedozwolonych, elementów zachęty i obietnicy poprawy stanu zdrowia.

2. Sponsor informuje Prezesa Urzędu Rejestracji o wszelkich zmianach w dokumencie potwierdzającym wyrażenie świadomej zgody lub w innych dokumentach zawierających informacje przeznaczone dla uczestników badania klinicznego.

§ 10. 1. Sponsor zapewnia monitorowanie badania klinicznego we wszystkich ośrodkach badawczych, w trakcie i po zakończeniu badania klinicznego, w celu weryfikacji, czy:

- 1) chronione są prawa i dobro uczestników badania klinicznego;
- 2) zbierane dane są dokładne, kompletne i możliwe do weryfikacji na podstawie dokumentów źródłowych;
- 3) dokumentowanie, raportowanie i analizowanie danych odbywało się zgodnie z protokołem badania klinicznego;
- 4) badanie jest lub było prowadzone zgodnie z protokołem badania klinicznego i zaakceptowanymi zmianami protokołu.

2. Sponsor dokonuje wyboru osób monitorujących badanie kliniczne, uwzględniając posiadane przez nie odpowiednie kwalifikacje do wykonywania czynności określonych w ust. 1 .

3. Po wykonaniu czynności prowadzonych w ramach monitorowania w czasie wizyty w ośrodku badawczym, osoba monitorująca badanie kliniczne sporządza pisemny raport zawierający:

- 1) datę wizyty, oznaczenie ośrodka badawczego, imię i nazwisko osoby monitorującej, imię i nazwisko badacza lub innych osób, z którymi się kontaktowano;
- 2) opis wykonanych czynności, stwierdzone błędy, odchylenia i niedociągnięcia, wnioski i opis działań podjętych, planowanych lub zalecanych dla zapewnienia prowadzenia badania klinicznego zgodnie z protokołem badania klinicznego, ze standardowymi procedurami postępowania (SOP) oraz wymaganiami Dobrej Praktyki Klinicznej;

3) wnioski z przeprowadzonej wizyty.

4. Przez standardowe procedury postępowania (SOP), o których mowa w ust. 3 pkt 2, rozumie się procedury postępowania opracowane przez sponsora w celu ujednoczenia sposobu wykonywania określonych czynności związanych z badaniem klinicznym.

5. Raport, o którym mowa w ust. 3, osoba monitorująca przygotowuje i przedkłada sponsorowi po każdej wizycie w ośrodku badawczym związanej z badaniem klinicznym.

§ 11. 1. W ramach prowadzonego audytu sponsor dokonuje wyboru audytorów, niezależnych i niezwiązanych bezpośrednio z prowadzeniem badań klinicznych.

2. W uzasadnionych przypadkach, na wniosek Prezesa Urzędu Rejestracji, sponsor dostarcza świadectwo audytu.

§ 12. 1. Sponsor odpowiada za zapewnienie udziału w organizacji i przeprowadzeniu badania klinicznego osób posiadających odpowiednie kwalifikacje, w tym:

- 1) ekspertów medycznych kompetentnych we wszystkich medycznych zagadnieniach związanych z badaniem klinicznym;
- 2) osób nadzorujących planowanie i przebieg badania klinicznego.

2. Sponsor, na żądanie Inspekcji Badań Klinicznych, a także właściwych organów państw członkowskich Unii Europejskiej lub państw członkowskich Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stron umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, ma obowiązek umożliwić przeprowadzenie inspekcji badania klinicznego, w szczególności przedstawić dokumentację związaną z prowadzonym badaniem klinicznym i udzielać wyjaśnień dotyczących prowadzonego badania i przedstawionej dokumentacji.

3. Sponsor powiadamia komisję bioetyczną i Prezesa Urzędu Rejestracji o każdym przerwaniu współpracy z badaczem.

§ 13. 1. Dla właściwego prowadzenia dokumentacji badania klinicznego sponsor jest obowiązany do:

- 1) uzyskania pisemnej zgody badacza na dostęp do dokumentów źródłowych;
- 2) sprawdzenia uzyskania świadomej zgody uczestnika badania klinicznego na dostęp do dokumentów źródłowych;
- 3) poinformowania badacza o ustaniu konieczności przechowywania przez niego dokumentacji badania klinicznego.

2. Jeżeli do przetwarzania danych uzyskanych w związku z badaniem klinicznym są wykorzystywane metody oparte o systemy informatyczne, sponsor przed rozpoczęciem przetwarzania danych:

- 1) zapewnia pisemną instrukcję stosowania informatycznego systemu przechowywania danych;
- 2) zapewnia udokumentowanie, że informatyczny system przechowywania danych został wprowadzony po dokonaniu oceny jego bezpieczeństwa i funkcjonalności;
- 3) zapewnia dostęp do informatycznego systemu przechowywania danych i zmiany danych w taki sposób, aby możliwa była wsteczna weryfikacja zmian danych;
- 4) z listy osób, o której mowa w § 4 pkt 6, wskazuje osoby dopuszczone do przetwarzania danych uzyskanych w związku z badaniem klinicznym.

3. W przypadku gdy zgromadzone dane ulegną przetworzeniu, sponsor zapewnia możliwość porównania danych przetworzonych z danymi oryginalnymi.

§ 14. Sponsor sporządza raport po przerwaniu badania klinicznego i przekazuje go ośrodkowi badawczemu, komisji bioetycznej i Prezesowi Urzędu Rejestracji.

§ 15. 1. Sponsor jest obowiązany do:

- 1) określenia warunków przechowywania badanego produktu leczniczego;
- 2) opakowania badanego produktu leczniczego w sposób zapobiegający jego zanieczyszczeniu lub pogorszeniu jego właściwości w czasie transportu i przechowywania;
- 3) dostarczenia badaczowi procedur i instrukcji dotyczących prowadzenia badania klinicznego w ośrodku;

- 4) prowadzenia szczegółowej dokumentacji dotyczącej transportu, odbioru, przekazania, zwrotu i zniszczenia badanego produktu leczniczego;
- 5) zapewnienia systemu usuwania i niszczenia niewykorzystanych partii badanego produktu leczniczego w sposób udokumentowany;
- 6) zapewnienia kontroli warunków przechowywania badanego produktu leczniczego koniecznych dla zachowania jego właściwości przez okres ważności.

2. Sponsor zapewnia prowadzenie badania klinicznego w oparciu o dane dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności badanego produktu leczniczego, uzasadniające stosowanie go u danych uczestników badania klinicznego, z zachowaniem planowanej drogi podawania, określonego dawkowania i okresu leczenia.

3. Sponsor dokonuje bieżącej oceny bezpieczeństwa badanego produktu leczniczego, w tym:

- 1) niezwłocznie powiadamia badacza, komisję bioetyczną i Prezesa Urzędu Rejestracji o nowych informacjach, które mogą mieć wpływ na bezpieczeństwo uczestników badania klinicznego, przebieg badania klinicznego, zmianę opinii komisji bioetycznej lub pozwolenia Prezesa Urzędu Rejestracji na prowadzenie badania klinicznego;
- 2) uaktualnia broszurę badacza co najmniej raz w roku;
- 3) sporządza i przekazuje komisji bioetycznej oraz Prezesowi Urzędu Rejestracji:
 - a) sprawozdanie o postępie badania klinicznego – raz w roku w przypadku badań klinicznych trwających dłużej niż rok,
 - b) raport końcowy – po zakończeniu badania klinicznego.

§ 16. 1. Badanie kliniczne może być zainicjowane i prowadzone również przez sponsora będącego jednocześnie badaczem, indywidualnie lub z udziałem innych osób.

2. Obowiązki sponsora będącego jednocześnie badaczem nie obejmują obowiązków określonych w § 10 i 11.

Rozdział 4. Protokół badania klinicznego

§ 17. 1. Protokół badania klinicznego zawiera w szczególności następujące dane:

- 1) tytuł badania klinicznego, datę sporządzenia protokołu badania klinicznego oraz jego numer;
- 2) imię, nazwisko i adres albo nazwę i siedzibę sponsora;
- 3) imię i nazwisko badacza lub imiona i nazwiska badaczy, oraz adres i numer telefonu ośrodka badawczego, z zastrzeżeniem ust. 3;
- 4) imiona i nazwiska oraz tytuły lub stopnie naukowe osób, które opracowały protokół badania klinicznego oraz osób upoważnionych do dokonywania zmian w protokole;
- 5) imię i nazwisko, adres i numer telefonu eksperta medycznego, któremu sponsor powierzył przygotowanie protokołu badania klinicznego;
- 6) nazwę i adres laboratorium analitycznego oraz innych medycznych i technicznych instytucji zaangażowanych w prowadzenie badania klinicznego;
- 7) nazwę i opis badanego produktu leczniczego;
- 8) szczegółowy opis założeń badania klinicznego i postawionych celów;
- 9) dane na temat potencjalnych korzyści oraz ryzyka dla uczestników badania klinicznego;
- 10) opis i uzasadnienie drogi podania badanego produktu leczniczego, określonego dawkowania, sposobu dawkowania oraz okresu leczenia i przewidywany czas udziału uczestników badania klinicznego w badaniu, z uwzględnieniem kolejności i czasu trwania wszystkich okresów badania klinicznego oraz okresu obserwacji po zakończeniu badania klinicznego, jeżeli dotyczy;
- 11) opis postaci badanego produktu leczniczego i dane dotyczące jego pakowania i etykietowania;
- 12) opis i liczbę uczestników badania klinicznego, z uwzględnieniem szczegółowych kryteriów doboru uczestników badania oraz kryteriów wyłączenia uczestnika z badania;

- 13) plan badania klinicznego, z uwzględnieniem szczegółowego opisu punktów pierwszorzędowych i drugorzędowych, służących do oceny wyników badania klinicznego po jego zakończeniu, oraz określenie metod statystycznych, które będą zastosowane do oceny wyników, wraz z planowanym poziomem istotności statystycznej;
- 14) kryteria zakończenia badania klinicznego;
- 15) opis metody prowadzenia badania klinicznego oraz działań, które należy podjąć dla wyeliminowania możliwości nieobiektywnej oceny wyników;
- 16) rodzaj leczenia, które ma być prowadzone, z uwzględnieniem wszystkich badanych produktów leczniczych oraz okresu obserwacji po zakończeniu badania klinicznego dla każdej badanej grupy uczestników;
- 17) rodzaj dozwolonego leczenia, z uwzględnieniem produktów leczniczych do stosowania w sytuacjach nagłych, oraz niedozwolonego leczenia, przed i w trakcie badania klinicznego;
- 18) parametry określające skuteczność badanego produktu leczniczego oraz metody, czas oceny, rejestracji i analizy tych parametrów;
- 19) parametry określające bezpieczeństwo badanego produktu leczniczego oraz metody, czas oceny, rejestracji i analizy tych parametrów;
- 20) opis sposobu zgłaszania ciężkich niepożądanych zdarzeń i chorób towarzyszących i sporządzania pisemnych sprawozdań oraz rodzaj i czas trwania obserwacji uczestników badania klinicznego po wystąpieniu ciężkiego niepożądanego zdarzenia;
- 21) wskazanie zasad wstrzymywania lub przerywania części badania klinicznego, całego badania klinicznego lub udziału w nim konkretnej osoby;
- 22) opis procedur kontroli ilości badanego produktu leczniczego, w tym także placebo i produktu referencyjnego, jeżeli dotyczy;
- 23) opis sposobu przechowywania numerów kodowych przydzielonych uczestnikom badania klinicznego zgodnie z zasadą losowego doboru uczestnika badania do grupy kontrolnej lub badanej i procedur ujawniania tych zasad;
- 24) informacje, które będą zapisywane w karcie obserwacji klinicznej (CRF), stanowiące dokument źródłowy;
- 25) opis zagadnień etycznych dotyczących badania klinicznego;
- 26) opis sposobu zapewnienia jakości prowadzenia badania klinicznego i jej kontroli;
- 27) wskazanie zasad finansowania i ubezpieczenia badania klinicznego;
- 28) wskazanie zasad publikowania danych, jeżeli nie zostały one określone w odrębnym dokumencie;
- 29) wykaz piśmiennictwa zawierającego dane istotne dla badania klinicznego, które stanowią podstawę przygotowania protokołu badania klinicznego.

2. Wszelkie zmiany protokołu muszą być opatrzone kolejnym numerem i datą ich wprowadzenia.

3. W przypadku wielośrodkowych badań klinicznych informacje dotyczące badaczy lub ośrodków badawczych mogą być zawarte w odrębnym dokumencie.

Rozdział 5. Broszura badacza

§ 18.1. Broszura badacza zawiera dane dotyczące badań klinicznych i przedklinicznych badanego produktu leczniczego, istotne z punktu widzenia prowadzonego badania klinicznego.

2. Broszura badacza zawiera następujące informacje:

- 1) imię, nazwisko i adres albo nazwę i siedzibę sponsora, nazwę i opis badanego produktu leczniczego oraz datę wydania broszury;
- 2) o fizycznych, farmaceutycznych, farmakologicznych, toksykologicznych, farmakokinetycznych, metabolicznych i klinicznych właściwościach badanego produktu leczniczego;
- 3) nazwę chemiczną badanego produktu leczniczego, wszystkie jego aktywne składniki, grupę farmakologiczną, przesłanki do prowadzenia badań klinicznych i ogólne zasady oceny badanego produktu leczniczego;

- 4) dotyczące postaci i składu badanego produktu leczniczego;
- 5) dotyczące badania przedklinicznego;
- 6) dotyczące farmakologii nieklinicznej, w tym o farmakokinetyce i metabolizmie badanego produktu leczniczego u zwierząt doświadczalnych;
- 7) pochodzące z wcześniejszych badań klinicznych, w tym o farmakokinetyce i metabolizmie badanego produktu leczniczego u ludzi;
- 8) dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności badanego produktu leczniczego;
- 9) istotne dla prowadzonego badania klinicznego, zebrane po uzyskaniu pozwolenia na dopuszczenie do obrotu badanego produktu leczniczego, w szczególności dotyczące dawkowania, drogi podania, działań niepożądanych;
- 10) dotyczące podsumowania danych oraz zawierające wskazówki dla badacza;
- 11) dotyczące piśmiennictwa.

3. Informacje zawarte w broszurze badacza powinny być przedstawione w sposób zwięzły, zrozumiały i obiektywny, niemający na celu promocji badanego produktu leczniczego, pozwalający na oszacowanie stosunku korzyści do ryzyka oraz słuszności założeń badania klinicznego.

Rozdział 6.

Umowy dotyczące prowadzenia badań klinicznych

§ 19. 1. Sponsor zawiera z badaczem i z ośrodkiem badawczym, w formie pisemnej, umowy dotyczące prowadzenia badania klinicznego.


2. Umowa dotycząca prowadzenia badania klinicznego, zawarta między sponsorem a badaczem, zobowiązuje strony w szczególności do:

- 1) przestrzegania protokołu badania klinicznego;
- 2) przestrzegania zasad zbierania i raportowania danych;
- 3) umożliwienia dostępu do dokumentów źródłowych przedstawicielom sponsora oraz osobom prowadzącym audyt;
- 4) ochrony danych osobowych uczestników badania klinicznego uzyskanych w związku z prowadzeniem tego badania.

3. Umowy, o których mowa w ust. 1, określają także zobowiązania finansowe dotyczące badania klinicznego.

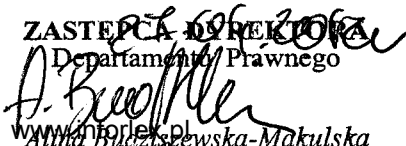
§ 20. Sponsor, na podstawie umowy zawartej w formie pisemnej, może przekazać niektóre lub wszystkie swoje obowiązki lub czynności określone w wymaganiach niniejszego rozporządzenia osobie lub jednostce organizacyjnej prowadzącej badania kliniczne na zlecenie. Zawarcie takiej umowy nie zwalnia sponsora z odpowiedzialności związanej z prowadzeniem badania klinicznego.

§ 21. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia⁴⁾.


Piotr Warpiński
radca prawny
nr wpisu na liście radców prawnych
WA-7903



⁴⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. Nr 57, poz. 500 oraz z 2010 r. Nr 34, poz. 188), które utraciło moc z dniem 2 maja 2012 r. na podstawie art. 23 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. Nr 82, poz. 451 oraz z 2012 r. poz. 95).


ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
www.inforlek.pl
Anna Buczyńska-Makulska
D. Bradun
27.04.2012

**Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 2012 r. (poz.)**

PODSTAWOWA DOKUMENTACJA BADANIA KLINICZNEGO

1. Podstawową dokumentację badania klinicznego stanowią dokumenty, które łącznie lub osobno pozwalają ocenić prawidłowe prowadzenie badania klinicznego oraz jakość otrzymywanych danych. Dokumenty te służą potwierdzeniu zgodności działania badacza, sponsora i osoby monitorującej badanie kliniczne z wymaganiami Dobrej Praktyki Klinicznej.

2. Podstawową dokumentację badania klinicznego dzieli się, w zależności od czasu, w jakim dokumenty są tworzone, na dokumentację:

- 1) przed rozpoczęciem badania klinicznego;
- 2) w czasie prowadzenia badania klinicznego;
- 3) po zakończeniu lub przerwaniu badania klinicznego.

3. Wykaz dokumentów, o których mowa w ust. 2, zawierają tabele nr 1–3.

Tabela nr 1. Dokumentacja przed rozpoczęciem badania klinicznego

Lp.	Rodzaj dokumentu	Umieszczone w aktach	
		badacza	sponsora
1	2	3	4
1	Broszura badacza	X	X
2	Podpisany protokół badania klinicznego ze zmianami oraz przykładowa karta obserwacji klinicznej (CRF)	X	X
3	Formularz świadomej zgody uczestnika badania klinicznego, inne informacje przeznaczone dla uczestników badania, inne pisemne informacje, ogłoszenia dotyczące rekrutacji uczestników badania klinicznego	X	X
4	Dokument potwierdzający wyrażenie świadomej zgody uczestnika badania klinicznego	X	
5	Umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z prowadzeniem badania klinicznego, obejmująca cały okres trwania badania klinicznego	X	X

6	Umowy dotyczące prowadzenia badania klinicznego pomiędzy stronami, w szczególności pomiędzy:		
	1) sponsorem a badaczem lub ośrodkiem badawczym określająca zobowiązania finansowe dotyczące badania klinicznego;	X	X
	2) sponsorem a organizacją prowadzącą badanie kliniczne na zlecenie (CRO);		X
	3) badaczem lub ośrodkiem badawczym a innymi podmiotami	X	X
7	Opinia komisji bioetycznej	X	X
8	Skład komisji bioetycznej	X	X
9	Pozwolenie Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na prowadzenie badania klinicznego	X	X
10	Dokumenty potwierdzające działalność naukową i zawodową badacza i dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób zaangażowanych do prowadzenia badania klinicznego	X	X
11	Normy lub zakresy prawidłowych wartości dotyczące badań laboratoryjnych i innych badań przewidzianych w protokole badania klinicznego	X	X
12	Procedury medyczne, techniczne i laboratoryjne	X	X
13	Przykłady etykiet dołączanych do opakowań badanego produktu leczniczego		X
14	Instrukcje dotyczące postępowania z badanym produktem leczniczym i innymi materiałami (jeżeli nie zawarto ich w broszurze badacza)	X	X
15	Udokumentowanie dat wysyłki, numerów serii i sposobów przesyłania badanego produktu leczniczego i innych materiałów	X	X
16	Zaświadczenie dotyczące kontroli serii przesyłanego badanego produktu leczniczego		X
17	Procedury ujawniania przynależności uczestnika do grupy wybranej w sposób losowy	X	X
18	Lista przynależności uczestników do grupy wybranej w sposób losowy		X

19	Raport osoby monitorującej poprzedzający rozpoczęcie badania klinicznego w ośrodku badawczym		X
20	Raport osoby monitorującej z rozpoczęcia badania klinicznego w ośrodku badawczym	X	X

Tabela nr 2. Dokumentacja w czasie prowadzenia badania klinicznego

Do dokumentów wymienionych w tabeli nr 1 należy dołączyć dokumenty wymienione poniżej.

Lp.	Rodzaj dokumentu	Umieszczone w aktach	
		badacza	sponsora
1	2	3	4
1	Uaktualnienia broszury badacza	X	X
2	Wszelkie zmiany dotyczące: 1) protokołu badania klinicznego oraz karty obserwacji klinicznej (CRF); 2) formularza świadomej zgody uczestnika badania klinicznego; 3) innych informacji przeznaczonych dla uczestników badania klinicznego; 4) ogłoszeń dotyczących rekrutacji uczestników badania klinicznego	X	X
3	Opinia komisji bioetycznej dotycząca: 1) zmian w protokole badania klinicznego; 2) zmian: a) formularza świadomej zgody uczestnika badania klinicznego, b) innych informacji przeznaczonych dla uczestników badania klinicznego, c) ogłoszeń dotyczących rekrutacji uczestników badania klinicznego, d) wszystkich pozostałych dokumentów, dla których komisja bioetyczna wyraża opinię	X	X
4	Zgoda Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych na dokonanie istotnych zmian, o których mowa w art. 37x ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne	X	X

5	Dokumenty potwierdzające działalność naukową i zawodową każdego nowego badacza i dokumenty potwierdzające kwalifikacje każdej nowej osoby zaangażowanej do prowadzenia badania klinicznego	X	X
6	Uaktualnienie prawidłowych wartości, norm lub zakresów badań laboratoryjnych i innych badań przewidzianych w protokole badania klinicznego	X	X
7	Uaktualnienie procedur medycznych, technicznych i laboratoryjnych	X	X
8	Udokumentowanie dat wysyłki, numerów serii i sposobów przesyłania badanego produktu leczniczego i innych materiałów	X	X
9	Zaświadczenie dotyczące kontroli nowych serii badanego produktu leczniczego		X
10	Raport osoby monitorującej badanie kliniczne z wizyty w ośrodku badawczym		X
11	Dokumenty potwierdzające kontakty osoby monitorującej z ośrodkiem badawczym, inne niż wizyty, w szczególności: listy, faksy, notatki ze spotkań, notatki z rozmów telefonicznych	X	X
12	Dokument potwierdzający wyrażenie świadomej zgody uczestnika badania klinicznego oraz zgody na przetwarzanie danych osobowych i dostęp do dokumentów źródłowych	X	
13	Dokumenty źródłowe	X	
14	Wypełnione, podpisane, opatrzone datą karty obserwacji klinicznej (CRF)	X (kopia)	X (oryginał)
15	Udokumentowanie poprawek danych w karcie obserwacji klinicznej (CRF)	X (kopia)	X (oryginał)
16	Zawiadomienie sponsora o ciężkim niepożądanym zdarzeniu po użyciu badanego produktu leczniczego oraz odpowiednie sprawozdanie	X	X
17	Zawiadomienie przez sponsora komisji bioetycznej i Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych o niespodziewanym ciężkim niepożądanym działaniu produktu leczniczego oraz innych informacjach dotyczących bezpieczeństwa farmakoterapii	X	X

18	Sprawozdanie o postępie badania klinicznego	X	X
19	Lista osób podlegających badaniom przesiewowym	X	X
20	Lista uczestników badania klinicznego	X	
21	Lista numerów kodowych identyfikujących uczestników badania klinicznego	X	
22	Dane dotyczące ilości badanego produktu leczniczego w ośrodku badawczym	X	X
23	Wzory podpisów osób uprawnionych do wypełniania i poprawiania kart obserwacji klinicznej (CRF)	X	X
24	Informacja o ewentualnym przechowywaniu próbek płynów ustrojowych lub tkanek na wypadek potrzeby powtórzenia oznaczeń	X	X

Tabela nr 3. Dokumentacja po zakończeniu lub przerwaniu badania klinicznego

Po zakończeniu lub przerwaniu badania klinicznego w aktach powinny znajdować się wszystkie dokumenty wymienione w tabelach nr 1 i 2 oraz dokumenty wymienione poniżej.

Lp.	Rodzaj dokumentu	Umieszczone w aktach	
		badacza	sponsora
1	2	3	4
1	Dane dotyczące ilości badanego produktu leczniczego w ośrodku badawczym	X	X
2	Dokumentacja zniszczenia badanego produktu leczniczego	X (jeżeli badany produkt leczniczy został zniszczony w ośrodku badawczym)	X
3	Lista uczestników badania klinicznego i numerów kodowych identyfikujących uczestników badania klinicznego	X	
4	Świadectwo audytu		X
5	Raport osoby monitorującej z wizyty zamykającej badanie kliniczne		X

6	Dokumentacja potwierdzająca przekazanie sponsorowi informacji dotyczących ujawnienia przynależności uczestnika badania klinicznego do grupy wybranej w sposób losowy		X
7	Raport końcowy. Udokumentowanie wyników badania klinicznego i ich interpretacja		X

Uzasadnienie

Rozporządzenie stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 37g ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.).

Rozporządzenie nie wprowadza zasadniczych zmian do obowiązującego systemu. Wykreślono m. in. zbędne definicje zawarte w § 1 pkt 3, 4, 5 i 7 obecnego rozporządzenia. Część z nich została zdefiniowana w tekście rozporządzenia. Dodano § 4 w brzmieniu: planowanie, prowadzenie, monitorowanie, dokumentowanie i raportowanie badań klinicznych powinno odbywać się z uwzględnieniem wytycznej Międzynarodowej Konferencji ds. Harmonizacji (ICH) CPMP/ICH/135/95 opublikowanej na stronie internetowej Europejskiej Agencji Leków. Obecnie badacz będzie informował komisję bioetyczną (a nie Prezesa Urzędu jak było dotychczas) o wszelkich zmianach w dokumencie potwierdzającym wyrażenie świadomej zgody lub w innych dokumentach zawierających informacje przeznaczone dla uczestników badania klinicznego. Wykreślono § 13 ust. 1 pkt 3 obowiązującego rozporządzenia, gdyż obecnie jest on regulowany przez ustawę z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Usystematyzowano obowiązki sponsora i badacza w ten sposób aby były one czytelne, spójne i można było je w szybki sposób odnaleźć w treści rozporządzenia. Zmieniono obowiązujący § 20 rozporządzenia i wykreślono z niego definicję CRO – organizacji prowadzącej badanie kliniczne na zlecenie.

Rozporządzenie określa szczegółowe wymagania Dobrej Praktyki Klinicznej.

Zasady Dobrej Praktyki Klinicznej mają rodowód amerykański: pojawiły się w USA w latach dwudziestych XX w. w kontekście tzw. chemicznej czystości oraz informacji o składzie produktu farmaceutycznego na etykiecie. W 1964 r. podczas Konferencji Helsińskiej „World Medical Association” opracowana została tzw. Deklaracja Helsińska, która ustanowiła wytyczne etyki badań biomedycznych. W celu realizacji zasad zawartych w tej deklaracji w ramach Międzynarodowej Konferencji do spraw Harmonizacji wymogów technicznych do rejestracji farmaceutyków przeznaczonych dla ludzi opracowano reguły tzw. Dobrej Praktyki Badań Klinicznych.

Dobra Praktyka Kliniczna (Good Clinical Practice – GCP) to uznane na gruncie międzynarodowym zasady medyczne, etyczne i naukowe, odnoszące się do planowania, prowadzenia i rejestracji wyników badań, w których uczestniczą ludzie.

W prawie europejskim warunki prowadzenia badań klinicznych nad produktami leczniczymi zostały uregulowane w dyrektywie 2001/20/WE w sprawie zbliżania przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych Państw Członkowskich odnoszących się do wdrożenia zasady Dobrej Praktyki Klinicznej w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych, przeznaczonych do stosowania przez człowieka (Dz. Urz. UE L 121 z 01.05.2001, str. 34, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 26, str. 299) oraz w dyrektywie 2005/28/WE z dnia 8 kwietnia 2005 r. ustalającej zasady oraz szczegółowe wytyczne dobrej praktyki klinicznej w odniesieniu do badanych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi, a także wymogi zatwierdzania produkcji oraz przywozu takich produktów (Dz. Urz. UE L 91 z 09.04.2005, str. 13), zwanej dalej „dyrektywą 2001/20/WE”.

Zasady Dobrej Praktyki Klinicznej według dyrektywy 2001/20/WE odnoszą się do wszystkich badań klinicznych, w tym dotyczących dostępności biologicznej i równoważności biologicznej, z wyłączeniem badań nieinterwencyjnych. Prowadzenie badań klinicznych obwarowane zostało wieloma warunkami, m.in.: nad przebiegiem badań winna czuwać niezależna komisja etyczna, badanie winno być zarejestrowane przez odpowiednią instytucję ewidencyjną (w Polsce to Centralna Ewidencja Badań Klinicznych prowadzona przez Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych). Badania muszą być prowadzone przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach.

Spełnienie kryteriów Dobrej Praktyki Klinicznej jest niezbędnym warunkiem rejestracji i dopuszczenia do obrotu produktu leczniczego w Unii Europejskiej.

W załączniku do rozporządzenia określono wykaz podstawowej dokumentacji badania klinicznego, która pozwoli ocenić prawidłowe prowadzenie badania klinicznego, jakość otrzymywanych danych oraz zgodności działań badacza, sponsora i osoby monitorującej badanie kliniczne z wymaganiami Dobrej Praktyki Klinicznej.

Przewidziany w rozporządzeniu termin wejścia w życie to dzień jego ogłoszenia. Przyjęcie takiego rozwiązania ma na celu skrócenie okresu oczekiwania na termin wejścia w życie rozporządzenia, co jest szczególnie istotne z uwagi na fakt, że uprzednio obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. Nr 57, poz. 500) przestało obowiązywać z dniem 2 maja 2012 r. w związku z art. 23 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. Nr 82, poz. 451 oraz z 2012 r. poz. 95). Przyjęcie, że niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie z dniem jego ogłoszenia, ma zagwarantować jak najszybsze jego stosowanie, eliminując tym samym sytuacje, w których zbyt długi termin oczekiwania na jego wejście w życie, mógłby zagrozić bezpieczeństwu osób obecnie uczestniczących w badaniach klinicznych lub mających być poddanym tym badaniom.

Rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

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. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Rozporządzenie zostało udostępnione w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia z chwilą przekazania rozporządzenia do uzgodnień z członkami Rady Ministrów, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). W trybie określonym tą ustawą nie zgłoszono zainteresowania pracami nad rozporządzeniem.

Rozporządzenie zostało również udostępnione 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.).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, sponsor, badacz, ośrodek badawczy.

2. Konsultacje społeczne

Rozporządzenie poddane zostało konsultacjom z właściwymi organami oraz w niezbędnym zakresie z zainteresowanymi organizacjami społecznymi.

W ramach konsultacji społecznych rozporządzenie zostało przesłane do następujących podmiotów:

- 1) Uniwersytet Medyczny w Białymstoku – Wydział Farmaceutyczny;
- 2) Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu – Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy – Wydział Farmaceutyczny;
- 3) Uniwersytet Medyczny w Gdańsku – Wydział Farmaceutyczny;
- 4) Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach – Farmaceutyczny;
- 5) Collegium Medicum – Uniwersytet Jagielloński – Wydział Farmaceutyczny;
- 6) Uniwersytet Medyczny w Łodzi – Wydział Farmaceutyczny;
- 7) Uniwersytet Medyczny w Poznaniu – Wydział Farmaceutyczny;
- 8) Warszawski Uniwersytet Medyczny – Wydział Farmaceutyczny;
- 9) Business Centre Club;
- 10) Federacja Pacjentów Polskich;
- 11) Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 12) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 13) Forum Związków Zawodowych;
- 14) Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”;
- 15) Izba Gospodarcza „Apteka Polska”;
- 16) Krajowa Izba Lekarsko-Weterynaryjna;
- 17) Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”;
- 18) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych;
- 19) Konfederacja Pracodawców Polskich;
- 20) Naczelna Izba Aptekarska;
- 21) Naczelna Izba Lekarska;
- 22) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 23) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 24) Ogólnopolska Izba Gospodarcza POLMED;
- 25) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 26) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 27) Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan;
- 28) Polska Izba Przemysłu Farmaceutycznego i Wyrobów Medycznych POLFARMED;
- 29) Polska Izba Zielarsko-Medyczna i Drogeryjna;
- 30) Polskie Stowarzyszenie Zagranicznych Producentów i Importerów Leków Weterynaryjnych;
- 31) Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej;

- 32) Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego;
- 33) Polski Związek Producentów Leków bez Recepty PASMI;
- 34) Polsko – Niemiecka Izba Przemysłowo – Handlowa;
- 35) Sekretariat Ochrony Zdrowia Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”;
- 36) Stowarzyszenie Farmaceutów Szpitalnych;
- 37) Stowarzyszenie Importerów Równoległych Produktów Leczniczych;
- 38) Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce;
- 39) Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji;
- 40) Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych „INFARMA”;
- 41) Związek Pracodawców Branży Zoologicznej HOBBY FLORA ZOO;
- 42) Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych;
- 43) Związek Zawodowy Techników Farmaceutycznych R.P.;
- 44) Związek Rzemiosła Polskiego.

W ramach konsultacji społecznych uwagi zostały zgłoszone przez: KCR, Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej, Monipol, dr hab. Urszulę Cegiełę – pracownika Katedry i Zakładu Farmakologii Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Stowarzyszenie na Rzecz Dobrej Praktyki Badań Klinicznych w Polsce GCPpl, Odwoławczą Komisję Bioetyczną oraz Quintiles Poland sp. z o.o.

Uwzględniono uwagi dotyczące:

- 1) § 2 pkt 3 – sformułowana tu definicja podstawowej dokumentacji praktycznie oznacza całą dokumentację i jest zbędna. Należy wskazać, że dokumentację podstawową stanowią dokumenty wymienione w załączniku do rozporządzenia w Tabelach 1–3; przepis skreślono;
- 2) § 5 (obecny § 4) – wskazano, że brak jest informacji, na temat, że obowiązkiem badacza jest zapewnienie odpowiedniej ilości czasu na prowadzenie badania. W § 4 dodano nowy pkt nr 3 w brzmieniu: „zaplanowanie odpowiedniej ilości czasu koniecznej dla właściwego prowadzenia badania i ukończenia go w terminie”
- 3) § 5 pkt 3 (obecny § 4 pkt 4) – wskazano, że wymóg w formie zaproponowanej w projekcie nie znajduje odzwierciedlenia w CPMP/ICH/13596 na które powołuje się prawodawca w § 4. Czasem mimo adekwatnych wysiłków, badaczowi nie udaje się włączyć do badania odpowiedniej liczby uczestników i taka sytuacja nie powinna być traktowana jako naruszenie prawa. W celu uwzględnienia uwagi wprowadzono nowe brzmienie pkt 4, zawierające wyrażenie „dołożenie należytych starań”;
- 4) § 5 pkt 9 (obecny § 4 pkt 10) – brak zapewnienia, iż dokumentacja medyczna w oryginale będzie udostępniana monitorom, audytorom, inspektorom. Ponadto nie zostały wskazane dokumenty referencyjne dotyczące wymogów prowadzenia dokumentacji badania. W § 4 pkt 10 projektu wprowadzono po przecinku następujące wyrazy: „oraz jej udostępnianie podmiotom upoważnionym do jej wglądu.”;
- 5) § 5 pkt 10 – ochrona powinna obejmować wszystkie dane uczestników badania, a nie tylko dane uczestników badania uzyskanych w związku z badaniem – wyraz „uzyskanych” zastąpiono wyrazem „pozyskanych”.
- 6) § 5 pkt 11 zaproponowano, aby rozszerzyć obowiązki badacza o umożliwienie inspekcji prowadzonych przez EMEA, FDA i WHO i in. W celu uwzględnienia uwagi, na końcu zdania dodano wyrazy: „a także podmiotom wskazanym w art. 37ae ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne”;
- 7) § 5 pkt 13 (obecny § 4 pkt 14) – zaproponowano usunięcie przepisu z uwagi na powtórzenie przepisu zawartego w ustawie;
- 8) § 8 ust.1 pkt 3 (obecny § 7 ust. 1 pkt 3) – wykreślono wyrażenie: „w szczególności informacje o badaniach indywidualnych”; uznano, że pierwsza część zdania jest na tyle precyzyjna, że nie wymaga uszczegółowienia;
- 9) § 8 ust. 1 pkt 5 (obecny § 7 ust. 1 pkt 5) – wskazano, iż nie jest zrozumiałe stwierdzenie „o aspektach badania klinicznego, które noszą cechy eksperymentu medycznego”. Zgodne z treścią art. 37a ust. 2 ustawy z dnia

6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne badanie kliniczne jest eksperymentem medycznym. Usunięto wyrażenie budzące wątpliwości;

- 10) § 8 ust. 1 pkt 12 (obecny § 7 ust. 1 pkt 12) – konieczne jest uzyskanie pisemnej zgody uczestnika badania na dostęp do jego oryginalnej dokumentacji medycznej. Nie jest wystarczające jedynie poinformowanie go, że osoby upoważnione będą miały dostęp do dokumentacji pacjenta. W § 7 ust. 1 po pkt 12 dodano pkt 13 w brzmieniu: „o wyrażeniu pisemnej zgody na dostęp badacza do dokumentacji medycznej uczestnika badania klinicznego wytworzonej przed rozpoczęciem badania klinicznego oraz o konieczności wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych uczestnika badania klinicznego związanych z jego udziałem w badaniu klinicznym;”;
- 11) § 9 ust. 2 (obecny § 8 ust. 2) – zaproponowano dopisać treść zgodnie z którą w przypadku badań wielośrodkowych wymóg przedstawiania sprawozdania będzie dotyczył jedynie koordynatora krajowego, który składa je do komisji bioetycznej, która wydała opinię o badaniu klinicznym; dodano wyrazy w brzmieniu: „...albo koordynator badania klinicznego w razie gdy jest to wielośrodkowe badanie kliniczne...”;
- 12) § 13 ust. 3 (obecny § 12 ust. 3) – powiadomienie powinno dotyczyć każdego przerwania współpracy z badaczem w trakcie badania, nie tylko z powodu „ważnych lub powtarzających się uchybień”. Skreślono wskazaną część przepisu;
- 13) § 16 ust. 1 pkt 3 (obecny § 15 ust. 1 pkt 3) – zaproponowano przeformułowanie przepisu w taki sposób, aby sponsor dostarczał badaczowi procedury i instrukcje odnośnie prowadzenia badania klinicznego w ośrodku. Przepisowi nadano więc następujące brzmienie: „dostarczenia badaczowi procedur i instrukcji odnośnie prowadzenia badania klinicznego w ośrodku.”;
- 14) § 16 ust. 1 pkt 7 (obecny § 15) – zaproponowano usunięcie przepisu, z uwagi na fakt, że zdaniem zgłaszającego uwagę zapis ten nie jest zgodny z art. 37ia ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, który zezwala zawarcie porozumienia umożliwiającego wykorzystanie danych uzyskanych w trakcie badania klinicznego niekomercyjnego w celu uzyskania pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, dokonania zmian w istniejącym pozwoleniu lub w celach marketingowych, na zasadach tam określonych (po przeprowadzeniu postępowania zgodnie z art. 37x ustawy). Uwaga zasługuje na uwzględnienie – kwestie dotyczące niekomercyjnych badań klinicznych reguluje art. 37ia ustawy, zobowiązując w ust. 3 sponsora do złożenia oświadczenia że nie zostały i nie będą zawarte podczas prowadzenia badania klinicznego jakiegokolwiek porozumienia umożliwiające wykorzystanie danych. Przepis stanowi powtórzenie ustawy;
- 15) § 18 pkt 20 (obecny § 17 pkt 20) – zaproponowano uzupełnienie zapisu § 18 pkt 20. W celu uwzględnienia uwagi przeformulowano treść § 4 pkt. 13;
- 16) § 18 ust. 1 pkt 21, 27, 28 (obecny § 17 ust. 1 pkt 21, 27, 28) – przepis nie jest jasny, raczej się podaje zasady a nie opisuje zasady. W celu uwzględnienia uwagi wyraz „opis” zastąpiono wyrazem „wskazanie”.
- 17) rozdziału 4 – brzmienie § 18 ust.1 pkt 3 (obecny § 17 ust. 1 pkt 3) wskazuje, iż zastrzeżenie powinno dotyczyć ust. 3 a nie jak wskazano ust. 2.

Nie uwzględniono uwag dotyczących:

- 1) § 2 pkt 2 i 3 – wskazano, że rozporządzenie nie określa zasad dostępu badacza i innych osób do tych dokumentów, które zawierają także informacje niezwiązane bezpośrednio z badaniem klinicznym. Zgodnie z treścią punktu 13 tabeli nr 2 załącznika do rozporządzenia dokumenty źródłowe wchodzi w skład podstawowej dokumentacji badania klinicznego, a zgodnie z treścią § 9 ust. 1 pkt 2 istnieje obowiązek ich przechowywania przez badacza. Uwaga nie może zostać uwzględniona – dostęp do dokumentacji medycznej dokonywany jest po wyrażeniu przez uczestnika badania klinicznego zgody na jej pozyskiwanie, co jest zgodne z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2012 r., poz. 159);
- 2) § 2 pkt 4 wskazano, że sformułowana tu definicja jest nielogiczna. „Wsteczna weryfikacja zmian danych” oznacza czynność polegającą na sprawdzeniu istniejącej dokumentacji. Sposób prowadzenia dokumentacji umożliwiający dokonanie tej czynności można nazwać np. „dokumentowanie ze śledzeniem zmian” i należy opisać, na czym to śledzenie ma polegać. Uwaga nieuwzględniona – wsteczna weryfikacja zmian danych w rozumieniu rozporządzenia ogranicza się nie tylko do prześledzenia dokumentacji ale obejmuje swym zakresem możliwość prześledzenia wstecz oprócz przebiegu badania również wszelkich związanych z nim zdarzeń i decyzji. Dla lepszej precyzji definicji, wyrazy „wsteczne odtworzenie” zastąpiono wyrazami „prześledzenie wstecz”;

- 3) § 3 – budzi wątpliwości treść § 3, który określa warunki, jakie ma spełniać badanie kliniczne, co jest treścią art. 37b ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne i innych przepisów rozdz. 2a ustawy. Treść § 3 stanowi przepis konkurencyjny do ustawy, a w szczególności wątpliwości budzą w rozporządzeniu takie wymagania, jak „uzasadnione naukowo”, „oparte na zasadach etycznych”, „prowadzone przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje”. Uwaga jest bezzasadna – rozporządzenie jest wykonaniem przepisów ustawy i w związku i zgodnie z delegacją określa szczegółowe wymagania Dobrej Praktyki Klinicznej;
- 4) § 3 pkt 5, co do którego poproszono o wskazanie, w jakim rozumieniu posłużono się w projekcie terminem „ośrodek badawczy” (np. § 3 ust. 5 projektu), a ponadto poproszono o dodanie odniesienia do definicji legalnej. Uwaga nieuwzględniona – ustawa nie zawiera legalnej definicji ośrodka badawczego i w związku z tym rozporządzenie jako akt wykonawczy nie może definiować zwrotów ustawowych;
- 5) § 5 pkt 7 (obecny § 4 pkt 8) – zgłaszający uwagę twierdzi, że przepis wymaga doprecyzowania, w jakim okresie i w jakim zakresie badacz ma zapewnić opiekę medyczną. Ponadto brak informacji, czy opieką tą są objęci również uczestnicy badania w sytuacji, gdy odchylenia od wyników nie mają związku z udziałem danej osoby w badaniu klinicznym. Uwaga jest bezzasadna – kwestia podnoszona przez zgłaszającego uwagę jest rozstrzygnięta przez art. 37k ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne;
- 6) § 5 pkt 8 (obecny § 4 pkt 9) – wskazano że wymóg w formie zaproponowanej przez Ministra Zdrowia nie znajduje odzwierciedlenia w CPMP/ICH/13596 na które powołuje się prawodawca w paragrafie 4. Badacz, nawet najbardziej kompetentny nie zawsze jest w stanie sam zapewnić uczestnikom badania odpowiednią opiekę medyczną w przypadku zmiany terminu zakończenia badania. Ponadto zapis proponowany w projekcie mógłby prowadzić do interpretacji, że badacz ponosi koszty zapewnienia pacjentowi odpowiedniej opieki medycznej w sytuacji zmiany terminu zakończenia badania, co nie jest rozwiązaniem właściwym na gruncie obowiązujących w Polsce przepisów. Badacz ma natomiast upewnić się, że pacjent ma dostęp do opieki medycznej, która może być niezbędna w wyniku zmiany terminu zakończenia badania klinicznego. Uwaga nie może być uwzględniona – badanie kliniczne prowadzone jest przez badacza i do jego obowiązków należy również zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej;
- 7) § 7 – zdaniem zgłaszającego uwagę, punkt ten wskazuje, iż tylko badacz używa badanego produktu leczniczego. Sugerujemy dodanie zapisu „lub osoba przez niego upoważniona”. Uwaga nie uwzględniona – § 7 dotyczy badacza a nie podmiotu przez niego upoważnionego, co zgodne jest z zakresem ustawowej delegacji;
- 8) § 8 ust 1 zaproponowano zapis: „Badacz przekazuje w sposób zrozumiały dla uczestnika/przedstawiciela ustawowego informacje o badaniu”. Uwaga jest bezzasadna – przepis tworzy generalną zasadę, która podlega weryfikacji również z uwagi na brzmienie przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, w tym art. 37h;
- 9) § 8 ust. 3 – zaproponowano usunięcie przepisu. Uwaga nie jest zasadna – § 8 ust. 3 dotyczy wszelkich zmian dokonywanych w dokumencie potwierdzającym wyrażenie świadomej zgody lub w innych dokumentach zawierających informacje przeznaczone dla uczestników badania klinicznego. Art. 37x ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne dotyczy natomiast istotnych i mających wpływ na bezpieczeństwo uczestników badania klinicznego zmian i obejmuje protokół badania klinicznego oraz dokumentacji dotyczącej badanego produktu leczniczego. Zakresy obu przepisów są różne;
- 10) § 8 ust. 1 pkt 17 (obecny § 7 ust. 1 pkt 17) – zaproponowano zapis: „dotyczące czasu uczestnictwa w badaniu danej osoby.” Uwaga nie może zostać uwzględniona. Obecny przepis jest bardziej jednoznaczny i precyzyjny;
- 11) § 9 – zaproponowano dopisanie ust. 3 o treści: „Badacz przekazuje komisji bioetycznej raport końcowy – po zakończeniu badania klinicznego”. Uwaga nieuwzględniona – wskazaną sytuację reguluje § 16 ust. 3 pkt 3 lit. b projektu rozporządzenia, nakładając taki obowiązek na sponsora;
- 12) § 9 ust. 1 pkt 1 (obecny § 8 ust. 1 pkt 1) – zaproponowano dodać, iż obowiązkiem badacza jest „wprowadzanie danych do CRFu w terminie wyznaczonym przez sponsora”. Uwaga jest bezzasadna – badacz odpowiada za prawidłowe i terminowe prowadzenie badań. Terminowe prowadzenie obejmuje również terminowe wprowadzanie danych;
- 13) § 9 ust. 1 pkt 2 – wskazano, że w tym punkcie tylko badacz jest wymieniony jako podmiot odpowiedzialny za przechowywanie dokumentacji. Historia choroby jest dokumentem wewnętrznym ośrodka, zatem Kierownik ośrodka odpowiada za przechowywanie i archiwizację historii chorób powstałych na terenie tego ośrodka. Uwaga nieuwzględniona – zakres delegacji określonej w art. 37g ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo

farmaceutyczne dotyczy określenia szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej z uwzględnieniem sposobu planowania, prowadzenia, dokumentowania badań klinicznych. Prowadzącym badanie kliniczne jest badacz a nie kierownik. To na badaczu spoczywają określone obowiązki z tego tytułu a nie na kierowniku. Ponadto rozporządzenie odnosi się do dokumentacji badania klinicznego a nie do dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych;

- 14) § 10 ust. 2 – zaproponowano usunięcie przepisów - w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne są szczegółowe zapisy zgodnie, z którymi zmiany w dokumentach świadomej zgody i innych dokumentach przeznaczonych dla uczestnika badania muszą być aprobowane przez zarówno komisje bioetyczną jak i Prezesa Urzędu (art. 37x). Zapis proponowany w projekcie rozporządzenia jest niespójny z art. 37x. Uwaga jest bezzasadna – § 10 ust. 2 dotyczy wszelkich zmian dokonywanych w dokumencie potwierdzającym wyrażenie świadomej zgody lub w innych dokumentach zawierających informacje przeznaczone dla uczestników badania klinicznego. Przepis art. 37x ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne dotyczy natomiast istotnych i mających wpływ na bezpieczeństwo uczestników badania klinicznego zmian i obejmuje protokół badania klinicznego oraz dokumentacji dotyczącej badanego produktu leczniczego. Zakresy obu przepisów są różne;
- 15) § 11 ust. 2 (obecny § 10 ust. 2) podniesiono brak podstawy ustawowej do ustanawiania przez sponsora osób monitorujących badanie kliniczne (dostęp do danych osobowych). Uwaga nieuwzględniona – rozporządzenie jest wykonaniem delegacji ustawowej, która upoważnia Ministra Zdrowia do określenia szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej. Wybór osoby monitorującej badanie kliniczne jest jednym z wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej;
- 16) § 13 ust. 1 (obecny § 12 ust. 1) – wskazano na brak podstawy ustawowej do ustanawiania przez sponsora ekspertów medycznych i osób nadzorujących przebieg badania klinicznego (dostęp do danych osobowych). Uwaga nie zasługuje na uwzględnienie – rozporządzenie nie dotyczy nadzorowania przez eksperta przebiegu badań klinicznych. Przepis dotyczy zapewnienia udziału ekspertów medycznych kompetentnych we wszystkich medycznych zagadnieniach związanych z badaniem klinicznym. Rozporządzenie jest wykonaniem delegacji ustawowej, która upoważnia Ministra Zdrowia do określenia szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej. Zapewnienie udziału ekspertów medycznych jest jednym z wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej;
- 17) § 15 – zaproponowano usunięcie przepisu. W ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne są szczegółowe zapisy określające obowiązki sponsora, co do składania raportu po przerwaniu badania klinicznego (art. 37ab ust. 1). Zapis proponowany w projekcie rozporządzenia jest zbędny, ponieważ nie wnosi niczego nowego ponad zapis ustawy. Uwaga nieuwzględniona – projekt rozporządzenia rozróżnia „sporządzenie raportu po przerwaniu badania klinicznego” (§ 15) od «raportu końcowego sporządzanego po zakończeniu badania klinicznego» (§ 16 ust. 3 pkt 3 lit. b). Przerwanie badania klinicznego nie jest tożsame z jego przerwaniem;
- 18) § 18 ust. 1 pkt 5 (obecny § 17 ust. 1 pkt 5) – zadano pytanie czy przepis o powierzeniu protokołu badania klinicznego ekspertowi medycznemu nie jest jasny. Uwaga nie zasługuje na uwzględnienie – przepis § 17 ust. 1 pkt 5 jest jasny i nie budzi wątpliwości. Badacz akceptuje protokół i go realizuje, co wynika z § 5 ust. 1 projektu rozporządzenia;
- 19) § 21 (obecny § 20) wskazano, że przepis o przekazaniu obowiązków sponsora podmiotowi prowadzącemu badanie kliniczne na zlecenie powinien się znaleźć w ustawie. Nie można zgodzić się z uwagą – projekt rozporządzenia dotyczy obowiązków sponsora a możliwość zlecenia ich realizacji wynika np. z przepisów kodeksu cywilnego;
- 20) rozdziału 2– brak jest wyszczególnienia obowiązków ośrodka badawczego w trakcie prowadzenia badania. Takie uregulowanie nastęrcza nie tylko problemy natury praktycznej w trakcie negocjowania porozumień z ośrodkami badawczymi, traktującymi bardzo literalnie brzmienie rozporządzenia, ale również może mieć wpływ na bezpieczeństwo pacjentów. Uwaga nieuwzględniona – zgodnie z art. 2 pkt 2a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne badaczem jest lekarz, lekarz dentyista albo lekarz weterynarii, posiadający prawo wykonywania zawodu, wysokie kwalifikacje, wiedzę i doświadczenie, odpowiedzialny za prowadzenie tych badań w danym ośrodku. Odpowiadając więc za badania w danym ośrodku, odpowiada również za wymagania jakie ośrodek ma spełnić w celu zagwarantowania prawidłowego wykonania badania, w tym w zakresie: warunków lokalowych i sprzętu, przechowywania badanego produktu, przechowywania dokumentacji, itd.;

- 21) uwagi ogólne – brak w rozporządzeniu uregulowania spornych kwestii dotyczących komisji bioetycznych takich jak np. pobieranie opłat przez lokalne komisje przy wydawaniu milczącej zgody na badanie. Uwaga nie zasługuje na uwzględnienie –zakres przedmiotowy rozporządzenia nie dotyczy regulacji opłat pobieranych przez lokalne komisje bioetyczne;
- 22) uwagi ogólne – brak uregulowań dotyczących prowadzenia badań w stanach nagłych. Uwaga bezzasadna – ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne uzależnia prowadzenie badania klinicznego od spełnienia wymagań tam określonych, m. in. porównanie ryzyka, uzyskanie świadomej zgody, uzyskanie opinii oraz pozwolenia na prowadzenie badania klinicznego i w związku z tym brak jest uzasadnienia do wprowadzenia innych wymagań dla badań klinicznych „w stanach nagłych”. Takie badanie zawsze będzie musiało spełnić warunki określone w ustawie oraz rozporządzeniu;
- 23) uwagi ogólne – brak definicji „ośrodka badawczego”. Uwaga nieuwzględniona – pomimo że ustawa nie zawiera legalnej definicji ośrodka badawczego, posługuje się nim w kontekście miejsca przeprowadzania badania klinicznego. Wynika to zarówno z art. 2 pkt 2a, art. 371 ust. 7 pkt 4, jak i 37m ust. 2 pkt 6 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Rozporządzenie jako akt rangi podustawowej nie może definiować pojęć ustawowych;
- 24) uwagi ogólne – wskazano, że istotnym problemem jest jednak ustalenie jakie są wymagania Dobrej Praktyki Klinicznej, które ma być określone w rozporządzeniu. Sprawa jest utrudniona brakiem definicji Dobrej Praktyki Klinicznej w ustawie. Uwaga nie zasługuje na uwzględnienie. Projekt rozporządzenia został opracowany na podstawie delegacji ustawowej, tj. art. 37g. W ustawie, w art. 2 pkt 6, zawarta jest definicja legalna „Dobrej Praktyki Klinicznej”. Zgodnie z tą definicją Dobrą Praktyką Klinikzną jest zespół uznawanych przez społeczność międzynarodową wymagań dotyczących etyki i jakości badań naukowych przy prowadzeniu badań klinicznych gwarantujących ochronę praw, bezpieczeństwo, dobro uczestników tych badań oraz wiarygodność ich wyników. W związku z powyższym nie można przyjąć tak jak w uzasadnieniu do uwagi, że przy wydawaniu rozporządzenia musi ono w zakresie określenia Dobrej Praktyki Klinicznej odnosić się do pojęcia ustawowo niezdefiniowanego.

Zgłoszono również uwagi bezprzedmiotowe dotyczące § 8 ust. 1 pkt. 8 (obecny § 7 ust. 1 pkt 8) – jaką informację o odszkodowaniu przekazuje badacz uczestnikowi badania klinicznego. Uwaga ma charakter zapytania, które nie wpływa na treść rozporządzenia. Z przepisu wynika, że badacz ma udzielić pełnej informacji dotyczącej odszkodowania, w tym: informację o przysługujących odszkodowaniach, okolicznościach kiedy przysługuje odszkodowanie, zakresie odszkodowania, itp.

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

Rozporządzenie nie ma wpływu na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na rynek pracy.

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

Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludzi.

Przewidziany w rozporządzeniu termin wejścia w życie to dzień jego ogłoszenia. Przyjęcie takiego rozwiązania ma na celu skrócenie okresu oczekiwania na termin wejścia w życie rozporządzenia, co jest szczególnie istotne z uwagi na fakt, że uprzednio obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2005 r. w sprawie szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Klinicznej (Dz. U. Nr 57, poz. 500) przestanie obowiązywać z dniem 2 maja 2012 r. w związku z art. 23 ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. Nr 82, poz. 451 oraz z 2012 r. poz. 95). Przyjęcie, że niniejsze rozporządzenie wchodzi w życie z dniem jego ogłoszenia, ma zagwarantować jak najszybsze jego stosowanie, eliminując tym samym sytuacje, w których zbyt długi termin oczekiwania na jego wejście w życie, mógłby zagrozić bezpieczeństwu osób obecnie uczestniczących w badaniach klinicznych lub mających być poddanym tym badaniom.

Rozporządzenie jest zgodne z prawem Unii Europejskiej.

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. z 2002 r. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Rozporządzenie zostało udostępnione w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia z chwilą przekazania rozporządzenia do uzgodnień z członkami Rady Ministrów, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.). W trybie określonym tą ustawą nie zgłoszono zainteresowania pracami nad rozporządzeniem.

Rozporządzenie zostało 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.).