

Ustawa
z dnia2006 r.
o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁾

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 1. W celu zapewnienia efektywnej realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne, będący systemem organizacyjnym polegającym na gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych, zwany dalej „systemem”.

Art. 2. 1. Ustawa określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji z zakresu pierwszej pomocy.

2. System składa się z:

- 1) organów administracji rządowej właściwych w zakresie realizacji zadań ratownictwa medycznego;
- 2) jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1.

3. Z systemem współpracują jednostki, o których mowa w art. 15, poprzez udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) dysponent jednostki – zakład opieki zdrowotnej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1;
- 2) kwalifikowana pierwsza pomoc - czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, spełniające wymagania określone w ustawie;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawę z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym, ustawę z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiołowej i ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- 3) lekarz systemu – lekarza posiadającego tytuł specjalisty lub specjalizującego się w dziedzinie medycyny ratunkowej, a także lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii;
- 4) medyczne czynności ratunkowe – świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) miejsce zdarzenia - miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki;
- 6) pielęgniarka systemu – pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa: ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, pediatrycznego, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny z zakresie pielęgniarstwa: ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, zachowawczego i rodzinnego oraz posiadającą co najmniej 3 - letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym;
- 7) pierwsza pomoc - zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych;
- 8) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;
- 9) szpitalny oddział ratunkowy – komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie;
- 10) zespół ratownictwa medycznego – jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniającą wymagania określone w ustawie.

Art. 4. Każdy, będąc świadkiem zdarzenia powodującego stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, niezależnie od obowiązku udzielenia pierwszej pomocy, ma, w miarę posiadanych możliwości, obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 5. 1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.

2. Osoba, o której mowa w ust. 1, może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 6. 1. Osobie, która poniosła szkodę na mieniu powstałą w następstwie udzielania pierwszej pomocy, przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa reprezentowanego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce powstania szkody.

2. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, obejmuje szkodę rzeczywistą.

3. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje, jeżeli szkoda powstała wyłącznie z winy osoby, o której mowa w ust. 1, lub osoby trzeciej, za którą Skarb Państwa nie ponosi odpowiedzialności.

4. W zakresie nieuregulowanym w ust. 1-3 do naprawienia szkody, o którym mowa w ust. 1, stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

Art. 7. 1. Dysponent jednostki ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy:

1) wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych przez wykonujące te czynności zespoły ratownictwa medycznego;

2) udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitalne oddziały ratunkowe.

2. Dysponent jednostki ma obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody, o których mowa w ust. 1.

3. Posiadanie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w ust. 2, jest warunkiem niezbędnym do zawarcia umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 2, termin powstania obowiązku ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę zakres zadań realizowanych przez dysponenta jednostki.

Art. 8. 1. Do podstaw programowych na wszystkich poziomach i typach kształcenia w rozumieniu ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.²⁾) wprowadza się edukację w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

2. Zajęcia z edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy są realizowane przez:

- 1) lekarzy systemu,
- 2) pielęgniarki systemu,
- 3) ratowników medycznych
 - posiadających przygotowanie pedagogiczne, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;
- 4) nauczycieli - w zakresie edukacji przedszkolnej oraz w szkołach podstawowych, posiadających ważne zaświadczenie, o którym mowa w art. 13 ust. 1 pkt 3.

3. Środki niezbędne na realizację edukacji w zakresie pierwszej pomocy, w tym na wynagrodzenia osób, o których mowa w ust. 2, są przekazywane w ramach części oświatowej subwencji ogólnej.

Art. 9. Ustanawia się dzień 13 października Dniem Ratownictwa Medycznego.

Rozdział 2

Ratownicy medyczni i ratownicy

Art. 10. Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. Nr 273, poz. 2703 i Nr 281, poz. 2781 oraz z 2005 r. Nr 17, poz. 141, Nr 94, poz. 788, Nr 122, poz. 1020, Nr 131, poz. 1091, Nr 167, poz. 1400 i Nr 249, poz. 2104.

- 3) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu;
- 4) spełnia następujące wymagania:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku ratownictwo medyczne lub
 - b) ukończyła publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny”, lub
 - c) posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, które jest stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym lub wydany w Konfederacji Szwajcarskiej uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego, lub
 - d) posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczypospolita Polska lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, które jest stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub nabyte w Konfederacji Szwajcarskiej, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U. Nr 87, poz. 954, z późn. zm.³⁾).

Art. 11. 1. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na:

- 1) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby ofiar i degradacji środowiska;
- 2) dokonywaniu oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowaniu medycznych czynności ratunkowych;
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) komunikowaniu się z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielaniu jej wsparcia w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) organizowaniu i prowadzeniu zajęć, o których mowa w art. 8.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 71, poz. 655, z 2003 r. Nr 190, poz. 1864, z 2004 r. Nr 96, poz. 959 oraz z 2006 r. Nr 12, poz. 62.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, w tym pod nadzorem lekarza systemu, kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych przez tego ratownika w ramach kształcenia przed - i podyplomowego.

Art. 12. 1. Ratownik medyczny ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób dopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 1, uwzględniając aktualny stan wiedzy i praktyki medycznej.

Art. 13. 1. Ratownikiem może być osoba:

- 1) posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) będąca członkiem, zatrudniona lub pełniąca służbę w jednostkach współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15;
- 3) posiadająca ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zwanego dalej „kursem”, i uzyskaniu tytułu ratownika;
- 4) której stan zdrowia pozwala na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) ramowy program kursu obejmujący założenia organizacyjno – programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności wynikowych i treści nauczania, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy,
- 2) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs, mając na celu zapewnienie odpowiedniego jej poziomu,
- 3) sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kurs,
- 4) tryb powoływania i odwoływania komisji egzaminacyjnej,
- 5) okres ważności oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu i o uzyskaniu tytułu ratownika

- mając na celu uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności zdobytych podczas kursu.

Art. 14. Zakres czynności wykonywanych przez ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy obejmuje:

- 1) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzyrządową i przyrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;
- 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;
- 3) unieruchamienie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;
- 4) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;
- 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, bierną podaż tlenu, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 6) stosowanie tlenoterapii biernej;
- 7) ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 9) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 42 ust.2.

Art. 15. 1. Jednostkami współpracującymi z systemem są służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty, o których mowa w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej (Dz. U. z 2001 r. Nr 81, poz. 889, z późn. zm. ⁴⁾), inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej.

2. Jednostkami współpracującymi z systemem mogą być społeczne organizacje ratownicze, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem, zwanego dalej „rejestrem”.

Art. 16. 1. Minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Obrony Narodowej zapewniają przeszkolenie pracowników podległych lub nadzorowanych przez nich służb, policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, i uzyskanie przez nich tytułu ratownika oraz aktualizację wiedzy w tym zakresie.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Obrony Narodowej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określają, w drodze rozporządzenia,

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 102, poz. 1115, z 2002r. Nr 4, poz. 31, Nr 74, poz. 676, Nr 93, poz. 820, Nr 25, poz. 253, Nr 130, poz. 1112 i Nr 207, poz. 1752, z 2003 r. Nr 203, poz. 1966, z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 173, poz. 1808 oraz z 2005 r. Nr 85, poz. 726 i Nr 155, poz. 1298.

sposób i organizację przeprowadzenia szkoleń, o których mowa w ust. 1, mając na względzie potrzebę przeszkolenia osób wymienionych w tym przepisie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w liczbie niezbędnej do sprawnego funkcjonowania służb podległych lub nadzorowanych przez tych ministrów.

Art. 17. 1. Wojewoda prowadzi rejestr.

2. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, wpisuje do rejestru jednostkę współpracującą z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 2, na jej wniosek, pod warunkiem, że jednostka ta:

- 1) zapewnia stałą gotowość operacyjną (całodobową zdolność do działań w trybie pilnym);
- 2) dysponuje ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1;
- 3) dysponuje niezbędnym wyposażeniem, w tym w środki łączności, do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.

3. Rejestr obejmuje następujące dane:

- 1) nazwę, siedzibę i adres jednostki współpracującej z systemem;
- 2) obszar działania jednostki współpracującej z systemem;
- 3) liczbę ratowników posiadających ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika;
- 4) wykaz wyposażenia, jakim dysponuje jednostka współpracująca z systemem;
- 5) maksymalny czas dotarcia ratowników tej jednostki na miejsce zdarzenia;
- 6) numery telefonów kontaktowych.

4. Jednostka współpracująca z systemem jest obowiązana niezwłocznie informować wojewodę o wszelkich zmianach dotyczących danych, o których mowa w ust. 3.

5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem niespełniającą wymagań określonych w ust. 2.

6. Dane, o których mowa w ust. 3, wojewoda przekazuje, nie później niż do dnia 10 każdego miesiąca, do zespołu koordynacji ratownictwa medycznego województwa, o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 2.

7. Jednostka współpracująca z systemem wpisana do rejestru może używać oznaczenia systemu określonego w przepisach wydanych na podstawie w art. 38.

Rozdział 3

Planowanie i organizacja systemu

Art. 18. Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wojewoda.

Art. 19. 1. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Planowanie, organizowanie, koordynowanie i nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody.

Art. 20. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia:

- 1) zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizację;
- 2) może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa;
- 3) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek na zasadach określonych w art. 65 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.⁵⁾).

Art. 21. 1. Wojewoda sporządza wojewódzki plan działania systemu, zwany dalej „planem”, na okres trzech lat, z możliwością corocznej aktualizacji.

2. Plan obejmuje w szczególności:

- 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów o stanie klęski żywiołowej;

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 164, poz. 1365, Nr 169, poz. 1420 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 518.

- 2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, przyjmując, iż liczba zespołów ratownictwa medycznego nie może przekroczyć trzech na każde 100 tysięcy mieszkańców województwa, w tym jednego zespołu specjalistycznego i dwóch zespołów podstawowych, o których mowa w art. 36 ust. 1;
- 3) sposób koordynowania działań jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 4) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego;
- 5) sposób współpracy z organami administracji i jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust.1, z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
- 6) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15;
- 7) określenie obszarów obsługi i lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego;
- 8) opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego.

3. Wojewoda, w uzgodnieniu z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, umieszcza w planie:

- 1) odpowiednią do potrzeb liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i określa ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń;
- 2) wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

4. Elementy planu dotyczące sposobu współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1, wojewoda uzgadnia z właściwym:

- 1) Szefem Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego;
- 2) Komendantem Wojskowego Obwodu Profilaktyczno- Leczniczego;
- 3) komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej;
- 4) komendantem wojewódzkim Policji.

5. Organy jednostek samorządu terytorialnego i inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia planu.
6. Wojewoda przekazuje projekt planu, w terminie do dnia 31 marca roku poprzedzającego pierwszy rok, którego dotyczy ten plan, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, celem zatwierdzenia.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu planu:
 - 1) może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu planu;
 - 2) uzupełnia projekt planu o część dotyczącą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia odmawia zatwierdzenia projektu planu i zaleca wojewodzie dokonanie zmian, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.
9. Wojewoda zmienia projekt planu, zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia i przesyła go ministrowi celem zatwierdzenia, chyba że w terminie 3 dni od dnia otrzymania tych zaleceń zgłosi do nich zastrzeżenia.
10. W terminie 3 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje je, w razie uwzględnienia, zatwierdza projekt planu albo zaleca wojewodzie wprowadzenie zmian w terminie nie dłuższym niż 3 dni.
11. W przypadku zalecenia wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 10, wojewoda zmienia projekt planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia.
12. Z chwilą zatwierdzenia projekt planu wojewódzkiego staje się planem wojewódzkim.
13. Plan zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewoda podaje do publicznej wiadomości, w szczególności poprzez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej.
14. Wojewoda, w razie potrzeby, dokonuje aktualizacji planu w trybie i terminach określonych dla sporządzania i zatwierdzania planu, z wyłączeniem terminu, o którym mowa w ust. 6.
15. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) szczegółowy zakres danych objętych planem oraz poziom ich szczegółowości,
 - 2) ramowy wzór planu- mając na względzie potrzebę zapewnienia sprawnego planowania i nadzoru nad systemem oraz utrzymania przejrzystości i jednolitej konstrukcji planów tworzonych w poszczególnych województwach,

3) kryteria kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, związanych z utrzymaniem zespołów.

Art. 22. Zatwierdzony plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, z zastrzeżeniem art. 48 ust. 2.

Art. 23. 1. Wojewoda prowadzi ewidencję jednostek systemu z obszaru województwa.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zawarciu umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, przekazuje wojewodzie dane o tych zespołach.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po zawarciu umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych oraz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dysponentami jednostek, przekazuje wojewodzie dane o jednostkach systemu .

4. Dane, o których mowa w ust. 2 i 3, są przekazywane wojewodzie w terminie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w sprawie zawarcia umów lub dokonania zmian tych umów.

5. Ewidencja, o której mowa w ust. 1, jest prowadzona w sposób elektroniczny lub w formie pisemnej.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia zakres przekazywanych danych, o których mowa w ust. 2 i 3, uwzględniając konieczność ochrony tych danych.

Art. 24. 1. Wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:

1) mediana czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;

2) trzeci kwartyl czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;

3) maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

2. Przyjmuje się, że 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

Art. 25. 1. W urzędzie wojewódzkim działają:

- 1) centra powiadamiania ratunkowego przyjmujące zgłoszenia z numeru 112 i przekierowujące zgłoszenia do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego;
 - 2) zespół koordynacji ratownictwa medycznego województwa działający w wojewódzkim centrum zarządzania kryzysowego, zwany dalej „zespołem koordynacji”, będący wojewódzkim ośrodkiem nadzoru merytorycznego nad pracą dyspozytorów medycznych i centrów powiadamiania ratunkowego oraz koordynujące współpracę tych centrów w przypadku konieczności użycia jednostek systemu spoza obszaru działania jednego dysponenta jednostki.
2. Działalność centrów powiadamiania ratunkowego i zespołu koordynacji jest finansowana z budżetu państwa, z części której dysponentem jest wojewoda.
3. Centrum powiadamiania ratunkowego i zespół koordynacji używają oznaczenia systemu określonego w przepisach wydanych na podstawie w art. 38.
4. Szczegółową organizację zespołu koordynacji określa regulamin urzędu wojewódzkiego.
5. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia szczegółową organizację centrów powiadamiania ratunkowego, ich liczbę oraz sposób rozmieszczenia, mając na uwadze realizację zadań centrów, potrzeby systemu oraz krajowego systemu ratowniczo – gaśniczego.

Art. 26. 1. Dysponent jednostki zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

2. Dyspozytorem medycznym może być osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
 - 2) posiada co najmniej 5- letnie doświadczenie w zakresie ratownictwa medycznego;
 - 3) posiada wykształcenie medyczne w zakresie pielęgniarstwa ratunkowego lub uprawnienia ratownika medycznego.
3. Dyspozytor medyczny ma obowiązek doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe wymagania dotyczące doświadczenia w zakresie ratownictwa medycznego osób pełniących funkcje dyspozytora medycznego oraz sposób dopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 3, mając na celu zapewnienie profesjonalnego wykonywania zadań dyspozytora medycznego.

Art. 27. 1. Do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5;
- 2) przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- 3) przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zwanej dalej „kierującym”, niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- 4) zbieranie aktualnych informacji o dostępnych na obszarze działania dysponenta jednostki jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji do zespołów koordynacji;
- 5) zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- 6) powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- 7) powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia.

2. W razie konieczności użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza obszaru działania dysponenta jednostki, dyspozytor medyczny powiadamia lekarza koordynatora medycznego.

3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, lekarz koordynator medyczny w celu sprawnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych, ich przeprowadzenia i zapewnienia kierowania tymi czynnościami, koordynuje działania dysponentów jednostek, w tym wyznacza centrum powiadamiania ratunkowego realizujące zadania określone w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7.

4. Dysponent jednostki ma obowiązek prowadzić dokumentację medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 18 ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, mając na względzie potrzebę jak najszybszego ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia najwłaściwszego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego.

Art. 28. Centrum powiadamiania ratunkowego i dyspozytor medyczny mają prawo uzyskać w czasie rzeczywistym od przedsiębiorcy telekomunikacyjnego dane dotyczące:

- 1) numeru telefonu, nazwiska i adresu osoby dokonującej zgłoszenia o zdarzeniu za pomocą telefonu stacjonarnego lub dane abonenta, z którego zakończenia sieci operatora, zostało zainicjowane połączenie alarmowe; uprawnienie to obejmuje następujące dane osobowe abonenta: jego imię i nazwisko lub nazwę oraz adres i numer telefonu;
- 2) lokalizacji osoby dokonującej zgłoszenia o zdarzeniu za pomocą telefonu komórkowego.

Art. 29. 1. W skład zespołu koordynacji wchodzi lekarze koordynatorzy medyczni w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 2.

2. Do zadań lekarza koordynatora medycznego należy w szczególności:

- 1) nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych;
- 2) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu spoza obszaru działania jednego dysponenta jednostki;
- 3) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy;
- 4) udział w pracach zespołu reagowania kryzysowego.

3. Z lekarzami koordynatorami medycznymi wojewoda nawiązuje stosunek pracy podstawie powołania.

4. Lekarzem koordynatorem medycznym może być lekarz systemu, który posiada co najmniej 10 – letni staż pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zespole ratownictwa medycznego.

Art. 30. 1. W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów o stanie klęski żywiołowej lub gdy w ocenie lekarza koordynatora medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, lekarz ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych zakładów opieki zdrowotnej, działających na obszarze danego województwa.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na zakłady opieki zdrowotnej określone w ust. 1 obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

3. Decyzji, o której mowa w ust. 2, nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

4. Wojewoda może upoważnić lekarza koordynatora medycznego do wydawania decyzji, o których mowa w ust. 2.

5. Jeżeli świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej w ramach wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 2, nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przepisy art. 19 ust. 2 – 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.⁶⁾) stosuje się odpowiednio.

Art. 31. 1. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 2, wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli:

1) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 17 ust. 2;

2) dysponentów jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej.

3. Do przeprowadzania kontroli stosuje się przepisy art. 65 i 66 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Rozdział 4

Jednostki systemu

⁶⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485.

Art. 32. 1. Jednostkami systemu są:

- 1) szpitalne oddziały ratunkowe;
- 2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego,

zwane dalej „jednostkami systemu”, na których świadczenia z dysponentami jednostek zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.

2. Jednostki systemu używają oznaczenia systemu określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 38.

3. Z systemem współpracują jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie.

Art. 33. 1. Szpitalny oddział ratunkowy oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego udzielają świadczeń opieki zdrowotnej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. W razie konieczności szpital, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zapewnia niezwłoczny transport sanitarny osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

Art. 34. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wymagania dla szpitalnych oddziałów ratunkowych, w tym:
 - a) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji w strukturze szpitala oraz warunków technicznych,
 - b) minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe;
- 2) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych

- uwzględniając konieczność zapewnienia osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 35. 1. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla

ratownictwa medycznego mają obowiązek uzyskać akredytację udzieloną przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.

2. Brak akredytacji, o której mowa w ust. 1, powoduje nieuwzględnienie w planie na rok następny szpitalnego oddziału ratunkowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Art. 36. 1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

- 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny, nieposiadające w swoim składzie lekarza systemu.

2. Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Art. 37. 1. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

2. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. Nr 130, poz. 1112, z późn. zm.⁷⁾).

Art. 38. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) wzór graficzny systemu, będący jego oznaczeniem,
- 2) sposób oznakowania:

⁷⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 210, poz. 2036, z 2004 r. Nr 54, poz. 535, Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1002, Nr 172, poz. 1805, Nr 173, poz. 1808 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 90, poz. 757, Nr 163, poz. 1362, Nr 175, poz. 1462 i Nr 180, poz. 1490.

- a) kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15,
 - b) jednostek systemu, centrów powiadamiania ratunkowego i centrów koordynacji,
 - 3) wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego
- uwzględniając zapewnienie możliwości rozpoznania rodzaju funkcji i zadań wykonywanych w systemie przez oznaczone osoby i jednostki.

Rozdział 5

Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych

Art. 39. 1. Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych rozpoczyna się w momencie przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia.

2. Zespół ratownictwa medycznego po przybyciu na miejsce zdarzenia niezwłocznie rozpoczyna medyczne czynności ratunkowe.

Art. 40. 1. Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje wyznaczony przez dyspozytora medycznego kierujący.

2. Podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kierujący pozostaje w kontakcie z dyspozytorem medycznym.

Art. 41. 1. Podczas zdarzeń, w których prowadzone są także działania w zakresie gaszenia pożarów, ratownictwa chemicznego, ekologicznego lub technicznego, kierowanie jest prowadzone przez kierującego działaniem ratowniczym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz 1229, z późn. zm.⁸⁾).

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kierujący koordynuje medyczne czynności ratunkowe i wspomaga kierującego działaniem ratowniczym.

⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 52, poz. 452, z 2004 r. Nr 96, poz. 959 oraz z 2005 r. Nr 100, poz. 835 i poz. 836.

Art. 42. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz stowarzyszeń będących, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowo-lekarskimi o zasięgu ogólnokrajowym, wpisanymi do Krajowego Rejestru Sądowego, ogłasza, w drodze obwieszczenia, wytyczne postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia w obwieszczeniu, o którym mowa w ust. 1, konieczność ustalenia kolejności udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (segregacji medycznej), ich transportu i udzielania pomocy psychologicznej tym osobom.

Art. 43. 1. Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora medycznego.

2. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpitalny oddział ratunkowy lub szpital, o których mowa w ust. 1, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.

Art. 44. 1. W przypadku, gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który zgodnie z wytycznymi postępowania, o których mowa w art. 42, wymaga transportu bezpośrednio do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub, gdy tak zadecyduje lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia, osobę taką transportuje się bezpośrednio do wskazanej jednostki.

2. W przypadku odmowy przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez jednostkę, o której mowa w ust. 1, przepis art. 43 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

Rozdział 6

Finansowanie jednostek systemu

Art. 45. 1. Zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.

2. Koszt medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespół ratownictwa medycznego uwzględnia koszty związane z funkcjonowaniem dyspozytora medycznego.

3. Wojewodowie do dnia 31 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego.

4. Na podstawie założeń, o których mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie, o którym mowa w ust. 1, wraz z podziałem środków na województwa dokonany zgodnie z algorytmem, o którym mowa w ust. 6.

5. W terminie określonym w art. 120 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych przekazuje Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia informację o wysokości środków na finansowanie, o którym mowa w ust. 1, które będą ujęte w projekcie ustawy budżetowej.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, algorytm podziału środków na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego pomiędzy poszczególne województwa, mając na uwadze liczbę ludności, gęstość zaludnienia, potrzebę nie przekroczenia maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w art. 24, oraz liczbę zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego na terenie poszczególnych województw.

Art. 46. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niezbędnych dla ratownictwa medycznego są finansowane na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 47. 1. Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Do zadań lotniczego zespołu ratownictwa medycznego należy wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.
3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu ratownictwa medycznego do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 5.
4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego dokonywana jest z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności:
 - 1) kosztów osobowych;
 - 2) kosztów eksploatacyjnych;
 - 3) kosztów administracyjno – gospodarczych;
 - 4) odpisu amortyzacyjnego z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.
5. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
6. Do umowy, o której mowa w ust. 5, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.
7. Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego mogą wykonywać zadania poszukiwawcze w ramach lotniczego systemu poszukiwania i ratownictwa (ASAR).
8. Zadania, o których mowa w ust. 7, są finansowane ze środków przeznaczonych na funkcjonowanie systemu ASAR.

Art. 48. 1. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy, o których mowa w ust. 1, na podstawie planu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Środki na finansowanie umów, o których mowa w ust. 1 wojewoda przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań

zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Koszty medycznych czynności ratunkowych wykonanych w roku poprzednim mogą być pokrywane ze środków finansowych przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w formie dotacji celowej, w roku następnym.

5. Do postępowania w sprawie zawarcia umów, o których mowa w ust. 1, ich zawierania, rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o wszelkich nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów, o których mowa w ust. 1, przez zespoły ratownictwa medycznego.

7. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając w porozumieniu z wojewodą, może rozwiązać umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się zespołów ratownictwa medycznego z obowiązków wynikających z zawartej umowy.

Art. 49. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie, wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje pozwalające na utworzenie i modernizację:

- 1) zespołów ratownictwa medycznego - w liczbie właściwej dla zapewnienia parametrów czasu określonych w art. 24, w zakresie zakupów i modernizacji specjalistycznych środków transportu oraz ich niezbędnego wyposażenia;
- 2) szpitalnych oddziałów ratunkowych - w zakresie zakupów i modernizacji wyposażenia w niezbędny sprzęt medyczny;
- 3) stanowisk pracy dyspozytorów medycznych - w zakresie zakupów i modernizacji sprzętu komputerowego i środków łączności.

2. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, dokonywane jest także na podstawie programów wieloletnich ustanawianych przez Radę Ministrów na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych, dotyczących rozwoju ratownictwa medycznego, w formie dotacji celowej z budżetu państwa na rzecz właściwego dysponenta jednostki.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 50. W ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz 1229, z późn. zm.⁹⁾) w art. 14 w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) współpracę z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz centrami powiadamiania ratunkowego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz....).”.

Art. 51. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.¹⁰⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 28 otrzymuje brzmienie:

„Art. 28. 1. Pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia.

2. Pogotowie ratunkowe może udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jako zespół ratownictwa medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia ... 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”;

2) w art. 70 a:

a) ust 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 2 muszą spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.”,

b) uchyla się ust. 4;

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 52, poz. 452, z 2004 r. Nr 96, poz. 959 oraz z 2005 r. Nr 100, poz. 835 i poz. 836.

¹⁰⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 164, poz. 1365, Nr 169, poz. 1420 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 518 i Nr ... poz.

3) po art. 70 h dodaje się art. 70 i w brzmieniu:

„Art. 70 i. 1. Działalność lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest finansowana:

- 1) z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia w zakresie, o którym mowa w ust.4;
- 2) przez zakład opieki zdrowotnej, na zlecenie którego dokonuje się transportu, w zakresie, o którym mowa w ust. 5.

2. Do zadań lotniczego zespołu transportu sanitarnego należy wykonywanie transportu sanitarnego, w tym transportu, o którym mowa w art. 41 ust.1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu transportu sanitarnego do wykonywania transportu sanitarnego w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 6.

4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest dokonywana, z zastrzeżeniem ust. 5, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności:

- 1) kosztów osobowych;
- 2) kosztów eksploatacyjnych;
- 3) kosztów administracyjno – gospodarczych;

4) odpisu amortyzacyjnego z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.

5. Kosztów bezpośredniego użycia lotniczego zespołu transportu sanitarnego związanych z transportem sanitarnym nie wlicza się do kosztów działalności tego zespołu. Do kosztów tych zalicza się:

- 1) koszt paliwa;
- 2) koszt opłat trasowych i za lądowanie;

6. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a zakładem opieki zdrowotnej posiadającym lotnicze zespoły transportu sanitarnego.

7. Do umowy, o której mowa w ust. 6, nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.”.

Art. 52. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943) w art. 50 uchyla się ust. 16.

Art. 53. W ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.¹¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 65a w ust. 3 w pkt 3 lit. d otrzymuje brzmienie:

„d) rodzaje, zakres i sposób zabezpieczenia ratowniczego imprezy, w uzgodnieniu z właściwym komendantem powiatowym Państwowej Straży Pożarnej oraz innymi służbami ratowniczymi, w tym z właściwym dysponentem jednostki w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...),”;

2) w art. 105 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy jest prowadzone przez osobę, która spełnia warunki określone w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ... poz. ...).”

Art. 54. W ustawie z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558 i Nr 74, poz. 676) w art. 17 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W zapobieganiu skutkom klęski żywiołowej lub ich usuwaniu są obowiązane uczestniczyć: Państwowa Straż Pożarna i inne jednostki ochrony przeciwpożarowej, Policja, jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, dyspozytorzy medyczni i centra powiadamiania ratunkowego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia ... 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...), i jednostki ochrony zdrowia, Straż Graniczna, Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa oraz inne właściwe w tych sprawach państwowe urzędy, agencje, inspekcje, straże i służby.”

Art. 55. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.¹²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

¹¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 175, poz. 1462, Nr 179, poz. 1486, Nr 180, poz. 1494 i 1497 oraz z 2006 r. Nr 17, poz. 141.

¹²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485.

- 1) w art. 5 pkt 33 otrzymuje brzmienie:
„33) stan nagły - stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...);”;
- 2) w art. 12:
 - a) pkt 7 otrzymuje brzmienie:
„7) przepisów ustawy z dnia ... 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;”;
 - b) pkt 8 uchyla się;
- 3) w art. 54 dodaje się ust. 9 w brzmieniu:
„9. Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się do medycznych czynności ratunkowych udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni przez jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust.1 pkt 2 ustawy z dnia 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w warunkach pozaszpitalnych.”;
- 4) w art. 64 dodaje się ust. 11 w brzmieniu:
„11. Przepisy ust. 1- 10 stosuje się odpowiednio do przeprowadzania kontroli umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, o których mowa w ustawie z dnia 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”;
- 5) w art. 97 w ust. 3 po pkt 3 dodaje się pkt 3 a w brzmieniu
„3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom”;
- 6) w art. 107 w ust. 5 dodaje się pkt 19 w brzmieniu:
„19) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie, rozliczanie i kontrola realizacji tych umów, na podstawie ustawy z dnia 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”;
- 7) w art. 118 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:
„6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia... 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym”;

8) w art. 124 dodaje się ust. 10 i 11 w brzmieniu:

„10. W zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia... 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może dokonać zmiany planu finansowego również przypadkach innych niż wymienione w ust. 1. Przepisów ust. 2 i 3 w takim przypadku nie stosuje się.

11. Zmiany, o których mowa w ust. 10, podlegają zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.”;

9) po art. 161 dodaje się art. 161a w brzmieniu:

„Art. 161a. Do postępowania o zawarcie umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia ... 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ich zawarcia i rozliczania stosuje się odpowiednio przepisy niniejszego rozdziału.”.

Rozdział 8

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 56. Ilekroć w przepisach obowiązujących jest mowa o:

- 1) ustawie z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 z późn. zm.¹³⁾) albo w przepisach o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- 2) ustawie z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073, z 2003 r. Nr 99, poz. 920 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135) albo przepisach o świadczeniu usług ratownictwa medycznego

– rozumie się przez to niniejszą ustawę albo niniejszą ustawę i przepisy wydane na jej podstawie.

Art. 57. 1. Osoby, które przed dniem:

¹³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr154, poz. 1801, z 2002 r. Nr 241, poz. 2073, z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 124, poz. 1152, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 164, poz. 1365i Nr 267, poz. 2256.

- 1) wejścia w życie ustawy uzyskały tytuł zawodowy:
 - a) „ratownik medyczny”,
 - b) licencjata na kierunku ratownictwo medyczne,
- 2) 1 października 2008 r. rozpoczęły studia wyższe na kierunku innym niż ratownictwo medyczne i uzyskały tytuł zawodowy licencjata w zakresie ratownictwa medycznego,
- stają się ratownikami medycznymi w rozumieniu niniejszej ustawy. Przepisy art. 12 ustawy stosuje się odpowiednio.
2. Z dniem wejścia w życie ustawy ratownicy jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, stają się ratownikami w rozumieniu niniejszej ustawy.
3. Osoba zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, niespełniająca wymagania określonego w art. 25 ust. 1 pkt 4 może pełnić tę funkcję po tym dniu. Osoba ta ma obowiązek doskonalenia zawodowego w trybie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 25 ust. 4.

Art. 58. 1. Wojewódzkie plany zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, sporządzone na rok 2007 na podstawie ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym stają się planami, o których mowa w art. 20.

2. Informacje, o których mowa w art. 20 ust. 5, przekazywane w celu sporządzenia planów na:

- 1) lata 2008 – 2010 dotyczą roku 2006;
- 2) lata 2009 – 2011 dotyczą roku 2006 i 2007.

Art. 59. W 2007 r. zadania wojewody określone w ustawie są finansowane z rezerwy celowej utworzonej w budżecie państwa na 2007 r.

Art. 60. Wojewoda w terminie do dnia 1 stycznia 2010 r. może powierzyć, w drodze porozumienia, wykonywanie zadań centrów powiadamiania ratunkowego innym podmiotom, w szczególności jednostkom organizacyjnym Państwowej Straży Pożarnej lub jednostkom samorządu terytorialnego.

Art. 61. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w którym znajduje się:

- 1) szpitalny oddział ratunkowy,
- 2) jednostka organizacyjna wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego

- dostosuje odpowiednio ten oddział lub tę jednostkę do wymagań określonych w art. 34 i 35 w terminie do dnia 31 grudnia 2011 r. zgodnie z harmonogramem ustalonym w planie przez właściwego ze względu na siedzibę tego zakładu wojewodę.

Art. 62. 1. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego dostosują skład tych zespołów do wymagań, o których mowa w art. 36 ust. 1, do dnia 31 grudnia 2009 r.

2. Przepis art. 21 ust. 2 pkt 2 w zakresie, w jakim dotyczy on zespołów specjalistycznych i podstawowych stosuje się od dnia 1 stycznia 2010 r.

Art. 63. 1. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z dysponentami jednostek na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2006 r. podlegają rozwiązaniu z mocy prawa z dniem 31 lipca 2007 r., chyba że w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, dysponent jednostki, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł taką umowę, oświadczy odpowiednio :

1) wojewodzie, za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) Narodowemu Funduszu Zdrowia

- że pozostaje nią związany.

2. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 1, składa się na piśmie pod rygorem nieważności.

3. Z dniem 1 stycznia 2007 r. stroną umów, o których mowa w ust. 1, zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, staje się wojewoda.

4. W terminie do dnia 31 sierpnia 2007 r. dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przekaze wojewodzie wykaz umów zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego.

Art. 64. Akty wykonawcze wydane na podstawie:

1) art. 22 ust. 6, art. 23 ust. 4 pkt 1 - 4 i 7 i art. 24 ust. 13 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;

2) art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego

- zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 20 ust. 15, art. 33 i art. 41 niniejszej ustawy, jednakże nie dłużej niż do dnia 1 stycznia 2008 r.

Art. 65. Tracą moc ustawy:

- 1) z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 2) z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego.

Art. 66. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 63, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 18 - 22, 48 i 59, które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia;
- 3) art. 8, który wchodzi w życie z dniem 1 września 2009 r.;
- 4) art. 51 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 2 stycznia 2008 r.

Uzasadnienie

Przesłaniem do opracowania projektu nowej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest potrzeba usprawnienia funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w kraju, ocena realizacji Programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne oraz analiza aktów prawnych regulujących dotychczas problematykę ratownictwa medycznego.

Działania zakładów opieki zdrowotnej zajmujących się obecnie ratownictwem medycznym (pogotowie ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego i szpitalne oddziały ratunkowe) są już w pewnej części zintegrowane dzięki obowiązującym przepisom *ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207, z późn. zm.)*, zwanej dalej „ustawą o PRM”, i *ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073, z późn. zm.)*. Zakłady te posiadają już zdolność od udzielania stosownej do potrzeb pomocy medycznej. Stosowanie obowiązujących przepisów ustawy o PRM unaocznilo jednocześnie dysfunkcjonalność niektórych z przyjętych w niej zapisów, np: w zakresie tworzenia i lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego, wymagań dla szpitalnego oddziału ratunkowego, zasad włączania jednostek do systemu i prowadzenia ich rejestrów, składu osobowego zespołów ratownictwa medycznego. Ponadto dotychczasowe przepisy nie regulowały kwestii związanych z upowszechnieniem edukacji z zakresu pierwszej pomocy.

Wprowadzenie w życie nowej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym ma na celu usprawnienie dotychczasowego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce, zarówno poprzez zapewnienie udzielenia świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie opartym o standardy obowiązujące w państwach zachodnich (ratownictwo przedszpitalne oraz wyspecjalizowane oddziały szpitalne) jak również zapewnienie niezbędnych rozwiązań w zakresie powiadamiania o stanach nagłych (centra powiadamiania ratunkowego). Ustawa ma zapewnić każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego możliwość zgłoszenia i przyjęcia przez odpowiednie służby wezwania, niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych jednostek systemu, niezwłoczne przewiezienie i przyjęcie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie.

Proponuje się ustanowienie dnia 13 października Dniem Ratownictwa Medycznego – na cześć prowansalskiego rycerza Gerarda z miasta Amalii, który jako pierwszy zorganizował służbę Szpitalników Św. Jana, niosącą pomoc pielgrzymom zmierzającym do Jerozolimy. Powyższe święto zaproponowane zostało na wniosek przedstawicieli środowiska pracodawców

ratownictwa medycznego.

Kompetencje i zadania polegające na zarządzaniu i koordynacji systemem na obszarze województwa oraz sprawowaniu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu powierzono wojewodzie. W celu realizacji tych zadań wojewoda będzie sporządzał, na zasadach i w trybie określonym w ustawie, plan zabezpieczenia ratownictwa medycznego. Plan ten oraz środki określone w ustawie budżetowej, a następnie ujęte w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia będą podstawą zawierania umów na świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego.

Projekt ustawy o ratownictwie medycznym składa się z ośmiu rozdziałów:

1. Przepisy ogólne.
2. Ratownicy medyczni i ratownicy.
3. Planowanie i organizacja systemu.
4. Jednostki systemu.
5. Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.
6. Finansowanie jednostek systemu.
7. Zmiany w przepisach obowiązujących.
8. Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe.

W odróżnieniu od obecnej ustawy o PRM, nowa ustawa w rozdziale 1 zmniejszyła w sposób istotny liczbę definicji przy jednoczesnej zmianie ich treści. Istotną nowością wprowadzoną w rozdziale 1 jest uregulowanie obowiązkowej edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy w szkołach podstawowych, gimnazjach i w szkołach średnich. Pierwsza pomoc zostanie wprowadzona do podstaw programowych kształcenia w rozumieniu ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty z dniem 1 września 2009 r. Regulacja dotycząca edukacji w zakresie pierwszej pomocy będzie wymagała zmiany rozporządzeń ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania wydanych na podstawie art. 22. ust. 2 ustawy o systemie oświaty. Finansowanie edukacji w zakresie pierwszej pomocy odbywać się będzie z budżetu państwa w ramach części oświatowej subwencji ogólnej. Jest to niezwykle ważny element, dotychczas niedostrzegany, który poprawi wzorem innych państw bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Szybka, właściwa reakcja poszczególnych osób, nie zajmujących się zawodowo ratownictwem medycznym, w wielu przypadkach może uratować życie lub zdrowie innych osób.

W związku z powyższym, w projekcie ustawy uregulowano rolę i miejsce w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego jednostek współpracujących z systemem. Ma to istotne znaczenie, gdyż w przypadku zdarzeń masowych istnieje możliwość natychmiastowej

pomocy przez ratowników będących odpowiednio funkcjonariuszami lub pracownikami wyspecjalizowanych służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz członkami organizacji społeczne, których statutowym zadaniem jest również niesienie pomocy tym osobom.

Zgodnie z projektem ustawy osoba, która chce uzyskać tytuł ratownika zobowiązana będzie ukończyć kurs w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Wymagania dotyczące kursów w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy zostaną określone w rozporządzeniu przez Ministra Zdrowia.

W nowej ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym proponuje się również uregulowanie wprost wymagań, a w szczególności kwalifikacji dotyczących ratownika medycznego. Zgodnie z projektem ustawy ratownikiem medycznym jest zarówno absolwent dwuletniej szkoły policealnej kształcącej w zawodzie ratownik medyczny jak i absolwent trzyletnich studiów pierwszego stopnia na kierunku ratownictwo medyczne. Z uwagi na fakt, iż w dotychczasowym systemie szkolnictwa wyższego nie było wyodrębnionego kierunku ratownictwo medyczne, a studia w tym zakresie były prowadzone na innych kierunkach w ramach specjalności, ustawa dopuszcza w przepisach przejściowych możliwość wykonywania zawodu przez absolwentów tej specjalności, o ile kształcenie w ramach specjalności zostało rozpoczęte przed rokiem 2008. Rolą ratownika medycznego jest ratowanie życia w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, a nie leczenie. Ratownicy medyczni przygotowani są w procesie kształcenia do wykonywania medycznych czynności ratunkowych między innymi takich jak: ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania, układanie pacjenta w pozycji właściwej dla rodzaju schorzenia lub odniesionych obrażeń, prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo – oddechowej u dorosłych i dzieci, podawanie tlenu, wspomaganie oddechu lub prowadzenie wentylacji zastępczej, wykonywanie intubacji dotchawiczej w laryngoskopii bezpośredniej w nagłym zatrzymaniu krążenia przez usta, bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej z użyciem zastawki i worka oddechowego, intubacja dotchawicza w nagłym zatrzymaniu krążenia rurką dwuświatłową, wykonanie konikopunkcji przy braku możliwości wykonania intubacji, wykonanie defibrylacji, wykonanie EKG, wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych i dolnych, podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, dotchawiczą i wziewną oraz doszpicową przy użyciu igły automatycznej, nakłucie jamy opłucnowej w odmie przężnej, potwierdzonej badaniem fizykalnym, cewnikowanie pęcherza moczowego, zakładanie sondy żołądkowej, pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań laboratoryjnych, opatrywanie ran, unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń,

unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego, odebranie porodu nagłego w warunkach pozaszpitalnych, podejmowanie działań profilaktycznych w celu ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia oraz przygotowanie pacjenta i opieka medyczna podczas transportu. Szczegółowy zakres medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, w tym pod nadzorem lekarza systemu, określi, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia w drodze rozporządzenia. Biorąc pod uwagę aktualną liczbę szkół kształcących w zawodzie ratownika medycznego (szkoły policealne i 11 uczelni medycznych) nie należy obawiać się braku wykwalifikowanej kadry dla potrzeb zespołów ratownictwa medycznego. Ustawa nakłada na ratowników medycznych obowiązek stałego doskonalenia zawodowego, przy czym sposób wypełniania tego obowiązku określi również, w drodze rozporządzenia, Minister Zdrowia.

Nowością jest w projekcie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym powierzenie wojewodom tworzenia utrzymania centrów powiadamiania ratunkowego oraz zespołów koordynacji ratownictwa medycznego. Centrum powiadamiania ratunkowego będzie miejscem przyjmowania zgłoszeń z numeru 112 i przekierowujące zgłoszenia do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego. Finansowanie tych jednostek będzie zadaniem wojewody. Należy podkreślić, iż centra powiadamiania ratunkowego będą wchodziły w skład wojewódzkiego centrum zarządzania kryzysowego. Natomiast zarówno centrum jak i zespół będą wchodziły w strukturę urzędu wojewódzkiego. Zadaniem dyspozytorów medycznych, obok przyjmowania zgłoszeń o zdarzeniach będzie również ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy, przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia, zbieranie aktualnych informacji o dostępnych jednostkach systemu na obszarze działania dysponenta jednostki i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji do zespołów koordynacji, zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych, powiadamianie

o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, powiadamianie, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem. Natomiast zadaniem zespołów koordynacji ratownictwa medycznego będzie

nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych i centrów powiadamiania ratunkowego oraz zapewnienie koordynacji współpracy centrów w razie konieczności użycia jednostek systemu spoza obszaru działania jednego dysponenta jednostki.

Finansowanie ratownictwa medycznego będzie następowało z dwóch źródeł:

- 1) z budżetu państwa;
- 2) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z budżetu państwa z części, której dysponentami są wojewodowie będą finansowane zespoły ratownictwa medycznego, a z części której dysponentem jest Minister Zdrowia - lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Natomiast ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia będą finansowane świadczenia udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które współpracują z systemem i zostały ujęte w planie. Jednostki te oraz szpitalne oddziały ratunkowe będą zobowiązane od 1 stycznia 2010 r. do uzyskiwania akredytacji podległej Ministrowi Zdrowia jednostki właściwej w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.

Zawieranie umów o wykonywanie medycznych czynności ratunkowych z zespołami ratownictwa medycznego oraz ich rozliczanie i kontrolę wojewoda będzie powierzał dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Środki budżetowe na finansowanie ratownictwa medycznego przez wojewodów będą ustalane w następujący sposób:

- 1) wojewodowie do dnia 31 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego;
- 2) na podstawie założeń, o których mowa w pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego (z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego) wraz z podziałem środków na województwa dokonany zgodnie z algorytmem podziału środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego pomiędzy poszczególne województwa, mając na uwadze liczbę ludności, gęstość zaludnienia, potrzebę nie przekroczenia maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, oraz liczbę zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego na terenie poszczególnych województw, Powyższy algorytm Minister Zdrowia określi, w drodze rozporządzenia.

Środki finansowe przeznaczone na finansowanie medycznych czynności ratunkowych, ujęte w budżecie państwa, w części której dysponentem jest wojewoda, będą przekazywane przez wojewodę do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w formie dotacji celowej. Z uwagi na to, że Narodowy Fundusz Zdrowia opłaca świadczenia opieki zdrowotnej po ich udzieleniu (w więc z dołu) proponuje się wprowadzenie w art. 48 ust. 4. Zgodnie bowiem z przepisami o finansach publicznych, środki uzyskane w ramach dotacji budżetowej muszą być wydatkowane w roku, w którym przekazano dotację, a zatem bez regulacji art. 48 ust. 4 Narodowy Fundusz Zdrowia nie mógłby dokonywać płatności w styczniu (a w przypadku konieczności przeprowadzenia weryfikacji dokumentów rozliczeniowych przedstawionych przez dysponenta jednostki – również w miesiącach późniejszych) za medyczne czynności ratunkowe wykonane w grudniu. Podobny przepis funkcjonuje w obowiązującej ustawie o szkolnictwie wyższym.

Natomiast finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będzie następowało na podstawie umowy zawartej Ministrem Zdrowia.

Przygotowany projekt ustawy ma celu uporządkowanie systemu prawnego w zakresie medycznych czynności ratunkowych i wyeliminowanie dotychczasowych nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu. Spowoduje to niewątpliwie wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Temu celowi służy określenie zasad prowadzenia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Tej problematyce został poświęcony rozdział 5 ustawy wskazujący, kto kieruje akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, konieczność utrzymania łączności z dyspozytorem medycznym podczas prowadzenia akcji, a także wskazujący osobę kierującą akcją pomocy medycznej podczas zdarzeń wymagających udziału większej liczby jednostek systemu. Projekt przewiduje, że procedury postępowania członków zespołów ratownictwa medycznego określi Minister Zdrowia, w drodze obwieszczenia, przy uwzględnieniu zasad segregacji medycznej, transportu i udzielania pomocy psychologicznej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Powyższe regulacje mają na celu utrzymanie zasady „złotej godziny” i dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego w oparciu o obecnie obowiązujące plany zabezpieczenia medycznych działań ratunkowych. Interwencje zespołów ratownictwa medycznego będą dysponowane z pomocą systemu powiadamiania ratunkowego (centra powiadamiania ratunkowego). Na pomoc osobie w stanie zagrożenia życia wyjedzie znajdujący się najbliższej niej, wyposażony według obowiązujących – europejskich standardów zespół specjalistyczny (trzy osoby, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny) bądź podstawowy (dwie osoby, w tym pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny,

nieposiadające w swoim składzie lekarza systemu). Ambulans przewiezie pacjenta do najbliższego szpitala, którego wyposażenie i kadra medyczna gwarantować będzie odpowiedni poziom specjalistycznego leczenia – szpitalnego oddziału ratunkowego.

Tak skonstruowany system zapewni sprawne funkcjonowanie systemu ratownictwa w Polsce.

Projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414). Zainteresowanie pracami nad projektem zgłosił Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej w Łodzi. Uwagi podniesione przez ten podmiot były również podnoszone przez inne podmioty podczas konsultacji społecznych i konferencji uzgodnieniowej, dlatego też projekt ustawy uwzględnia uwagi zgłoszone przez Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej w Łodzi.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje ustawa.

Wejście w życie przepisów projektowanej ustawy będzie oddziaływać na zakłady opieki zdrowotnej, wojewodów, ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw edukacji, ministra właściwego do spraw finansów, Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwową Straż Pożarną, Policję, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty, o których mowa w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 19 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej, inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej, służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, społeczne organizacje ratownicze, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz osoby wykonujące zawody medyczne i ratowników.

2. Obowiązek przeprowadzenia konsultacji społecznych.

W toku uzgodnień projekt przedmiotowej ustawy został przedłożony celem zaopiniowania przez: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polską Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Projekt został poddany konsultacjom społecznym także poprzez zamieszczenie go na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. W dniach 10 kwietnia br. oraz 10 – 16 maja br. odbyła się konferencja uzgodnieniowa w Ministerstwie Zdrowia, w toku której były omawiane zgłoszone uwagi oraz uzgadniana treść projektu ustawy.

W toku uzgodnień w znacznej części projekt ustawy został zmieniony. W projekcie zostały uwzględnione m. in. zmiana nazwy ustawy, rozszerzenie i zmiana słowniczka, skreślenie listy ratowników prowadzonej przez wojewodę, skreślenie listy lekarzy współpracujących z systemem, wprowadzono i określono jednostki współpracujące z systemem, wprowadzono dwa rodzaje zespołów ratownictwa medycznego: podstawowy (bez lekarza) i specjalistyczny,

dokonano zmian w zakresie centrów powiadamiania ratunkowego określając, że ich liczbę, rozmieszczenie i organizację określi, w drodze rozporządzenia, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji w porozumieniu z Ministrem Zdrowia.

Natomiast nie uwzględniono uwag dotyczących rozszerzenia słowniczka o nowe definicje, powierzenia kształcenia z zakresu pierwszej pomocy wyłącznie nauczycielom, skreślenia przepisów dotyczących: centrów powiadamiania ratunkowego i centrów koordynacji ratownictwa medycznego, konieczności uzyskania akredytacji przez szpitalne oddziały ratunkowe i jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych.

Wejście w życie projektowanej ustawy spowoduje następujące skutki dla budżetu państwa:

- **1.125.000 tys. zł** przeznaczone zostanie na medyczne czynności ratunkowe. Przewiduje się, że liczba zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) pozostanie na poziomie roku 2005 tj. - 1410 ZRM x 2185 zł/dobę x 365 dni w roku.

- **75.000 tys. zł** na wyposażenie oraz bieżącą działalność centrów powiadamiania ratunkowego (CPR) oraz zespoły koordynacji ratownictwa medycznego województwa (centrum koordynacji). Zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia jeden CPR będzie przypadał na ok. 250 tys. mieszkańców, co daje ogólną liczbę 155 CPR w Polsce. Natomiast w skali kraju będzie 16 zespołów koordynacji (1 zespół na województwo).

Koszt bieżącej działalności:

-CPR będzie wynosił ok. 460 tys. zł, przy uwzględnieniu zatrudnienia dyspozytorów w liczbie 3 stanowiska na 250 tys. mieszkańców (3 stanowiska * 4,5 etatu * 2,5 tys. zł miesięcznie brutto na wynagrodzenie) oraz wydatków pozapłacowych w wysokości 55 tys. zł;

-zespół koordynacji będzie wynosił ok. 219 tys. zł, przy uwzględnieniu zatrudnienia lekarzy koordynatorów (1 stanowisko * 4,5 etatu * 3,5 tys. zł miesięcznie brutto na wynagrodzenie) oraz wydatków pozapłacowych w wysokości 30 tys. zł.

Ponadto z budżetu państwa w dalszym ciągu będą finansowane lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (obecnie w strukturach SP ZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego) w wysokości na poziomie roku 2006 tj. **29.000 tys. zł**.

Dodatkowo wejście w życie ustawy będzie wymagało zabezpieczenia środków na zadania związane z edukacją w zakresie pierwszej pomocy od 1 września 2009 r.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Wejście w życie projektowanej ustawy nie będzie miało bezpośredniego wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Wejście w życie projektowanej ustawy nie będzie miało bezpośredniego wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

Wejście w życie projektowanej ustawy nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności.

Wejście w życie projektowanej ustawy wpłynie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności oraz zwiększy dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ratownictwa medycznego.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej.

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej