



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
V kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-100-06

Druk nr 853
Warszawa, 12 lipca 2006 r.

Pan
Marek Jurek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o **Państwowym Ratownictwie
Medycznym** wraz z projektami aktów
wykonawczych.

W załączeniu przedstawiam także opinię dotyczącą zgodności proponowanych regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Ponadto uprzejmie informuję, że do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem

(-) Kazimierz Marcinkiewicz

U S T A W A

z dnia.....

o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁾

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. W celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwany dalej „systemem”.

Art. 2. 1. Ustawa określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

2. W ramach systemu działają:

- 1) organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu,
- 2) jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1
– zapewniające utrzymanie gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych.

3. Z systemem współpracują jednostki, o których mowa w art. 15.

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, spełniającego wymagania określone w ustawie;
- 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 w 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 rzeczową.

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 określonych w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 674);
- 4) nauczycieli.

3. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, zakres kwalifikacji nauczycieli niezbędnych do prowadzenia zajęć, o których mowa w ust. 2, tryb ich nabywania oraz wzór zaświadczenia o posiadaniu tych kwalifikacji, mając na celu zapewnienie właściwej realizacji zajęć z edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

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;
- 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, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, 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, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie człon-

kowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, 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 z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.

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 przedpodyplomowego 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, formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, 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. Podmiot prowadzący kurs, przed jego rozpoczęciem, jest obowiązany uzyskać zatwierdzenie programu kursu.

3. Program kursu zatwierdza wojewoda właściwy ze względu na siedzibę podmiotu prowadzącego kurs.

4. Wojewoda zatwierdza program kursu po:

- 1) stwierdzeniu jego zgodności z ramowym programem, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 1;
- 2) przeprowadzeniu weryfikacji kwalifikacji kadry dydaktycznej w zakresie ich zgodności z przepisami wydanymi na podstawie ust. 8 pkt 2.

5. Wojewoda odmawia zatwierdzenia albo cofa zatwierdzenie programu kursu, jeżeli program nie spełnia wymagań określonych w przepisach wydanych

na podstawie ust. 8 pkt 1 i podmiot prowadzący kurs nie zapewnia kadry dydaktycznej o kwalifikacjach określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 2.

6. Odmowa zatwierdzenia oraz cofnięcie zatwierdzenia programu kursu następuje w drodze decyzji administracyjnej.

7. Każda zmiana programu kursu obejmująca zakres merytoryczny powoduje obowiązek ponownego uzyskania zatwierdzenia programu.

8. 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) skład, 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) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwicnięć;
- 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 18 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”.

3. Jednostki współpracujące z systemem udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

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, 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 środkami łączności niezbędnymi 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 i 5, 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.

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 aktualizacje;
- 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;
- 2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, przyjmując, że 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 publicznej 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, o których mowa w art. 32 ust. 1, 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) komendantem oddziału Straży Granicznej, którego zakres działania obejmuje strefę nadgraniczną.

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 w sposób elektroniczny lub w formie pisemnej ewidencję jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, 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 następujące dane o tych zespołach:

- 1) liczbę zespołów na terenie województwa, na których medyczne czynności ratunkowe zawarto umowę z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;
- 2) miejsce stacjonowania i obszar działania poszczególnych lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa;
- 3) czas pozostawania w gotowości.

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, o których mowa w art. 32 ust. 1, w zakresie określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

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

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 alarmowego 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 koordynujący 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. Szczegółową organizację zespołu koordynacji określa regulamin urzędu wojewódzkiego.

4. 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 wykształcenie właściwe dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
- 3) przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala.

3. Dyspozytor medyczny ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych, 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 zespołu 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 zespół koordynacji.

3. Lekarz koordynator medyczny w celu sprawnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych, ich przeprowadzenia i zapewnienia kierowania tymi czynnościami:

- 1) wyznacza dyspozytorów medycznych realizujących zadania określone w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7 dla całego obszaru, którego dotyczy sytuacja określona w ust. 2;
- 2) koordynuje działania dysponentów jednostek.

4. Dysponent jednostki ma obowiązek prowadzić dokumentację medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z przepisami 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 syste-

mu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza obszaru działania jednego dysponenta jednostki;

- 3) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy;
- 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu reagowania kryzysowego.

3. Z lekarzami koordynatorami medycznymi wojewoda nawiązuje stosunek pracy na 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 działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej;
- 3) podmiotów prowadzących kursy, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 13 ust. 8 pkt 1 i 2.

2. Do przeprowadzania kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, stosuje się odpowiednio przepisy art. 65 i 66 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Rozdział 4

Jednostki systemu

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. 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) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych,
 - 2) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych,
 - 3) minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe 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 potwierdzenie spełniania wymagań

określonych przepisami, wydane przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.

2. Brak potwierdzenia, o którym 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. 1. Oznaczenia systemu używają jednostki systemu, centrum powiadamiania ratunkowego i zespół koordynacji.

2. Jednostka współpracująca z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 2, wpisana do rejestru może używać oznaczenia systemu.

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

- 1) wzór graficzny systemu, będący jego oznaczeniem,
 - 2) sposób oznakowania:
 - a) jednostek systemu, centrów powiadamiania ratunkowego i zespołów koordynacji,
 - b) kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2,
 - 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.

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, standardy 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 ze standardami 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 nieprzekroczenia 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. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 5, przeprowadza się rokowania pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

7. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

8. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania medycznych czynności ratunkowych.

9. Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego mogą wykonywać zadania poszukiwawcze w ramach lotniczego systemu poszukiwania i ratownictwa (ASAR).

10. Zadania, o których mowa w ust. 9, 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 dnia ... 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 ... o Państwowym

Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”;

2) w art. 70a:

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;

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

„Art. 70i. 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. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 6, przeprowadza się rokowania pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
8. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

9. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania medycznych czynności ratunkowych.”.

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) w 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 ... 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 ... 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 oraz z 2006 r. Nr 50, poz. 360) 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 syste-

mu Państwowego Ratownictwa Medycznego, dyspozytorzy medyczni i centra powiadamiania ratunkowego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia ... 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:

1) w art. 5 pkt 33 otrzymuje brzmienie:

„33) stan nagły – stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...);”;

2) w art. 12:

a) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) przepisów ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym;”;

b) uchyla się pkt 8;

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 ... 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 czyn-

ności 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 3a 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 ... 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... 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 ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może dokonać zmiany planu finansowego również w 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 ... 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 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:

- 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 z dniem wejścia w życie ustawy 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. 26 ust. 2 pkt 2 może pełnić tę funkcję po tym dniu. Osoba ta ma obowiązek doskonalenia zawodowego w trybie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 26 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. 21.

2. Informacje, o których mowa w art. 21 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. 1. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, dostosuje ten oddział do wymagań określonych

w art. 34, w terminie do dnia 31 grudnia 2011 r., zgodnie z harmonogramem ustalonym w planie przez właściwego ze względu na siedzibę tego zakładu wojewodę.

2. Przepisów art. 35 nie stosuje się do dnia 31 grudnia 2011 r.

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 Funduszowi 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, 3, 4 i 7 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. 21 ust. 15 i art. 34 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.

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 żywiolowej

i ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- 2) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. 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) 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.
- 4) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 102, poz. 1115, z 2002 r. Nr 4, poz. 31, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 93, poz. 820, 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.
- 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.
- 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 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519.
- 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.
- 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 836.
- 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 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.
- 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 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519.
- 13) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 154, 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. 1365 i Nr 267, poz. 2256.

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 do udzielania stosownej do potrzeb pomocy medycznej. Stosowanie obowiązujących przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym 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 przez 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 Państwowym Ratownictwie Medycznym, projektowana 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 przedszkolach i szkołach. Edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy zostanie wprowadzona do podstaw programowych na wszystkich poziomach i typach kształcenia

w rozumieniu ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty z dniem 1 września 2009 r. Edukację tę będą prowadzić:

- 1) lekarze systemu,
- 2) pielęgniarki systemu,
- 3) ratownicy medyczni

– posiadający przygotowanie pedagogiczne, o którym mowa w przepisach określonych w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela;

- 4) nauczyciele.

Zakres tych kwalifikacji, tryb nabywania oraz wzór zaświadczenia o posiadaniu kwalifikacji określi minister właściwy do spraw oświaty i wychowania.

Regulacja dotycząca edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy będzie wymagała zmiany rozporządzeń ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania wydanych na podstawie art. 22 ust. 2 ustawy o systemie oświaty. Jest to niezwykle ważny element, dotychczas niedostrzegany, który poprawi, wzorem innych państw, bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Szybka, właściwa reakcja poszczególnych osób, niezajmujących się zawodowo ratownictwem medycznym, w wielu przypadkach może uratować życie lub zdrowie innych osób.

W związku z powyższym, w projekcie ustawy uregulowano również 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 społecznych, 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 właściwego do spraw zdrowia. Należy podkreślić, że regulacja dotycząca ratownika (art. 13 i 14 projektu ustawy) nie powoduje ustanowienia

nowego zawodu „ratownika”. Ratownik jest osobą, która ukończyła kurs w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, wykonującą inny zawód (np. policjanta, strażaka) lub pełniącą funkcje o charakterze społecznym (ratownikami mogą być np. harcerze, członkowie takich organizacji społecznych jak Polski Czerwony Krzyż, Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe).

W nowej ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym proponuje się również uregulowanie wprost wymagań, a w szczególności kwalifikacji dotyczących zawodu „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, że 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. Ponadto ustawa umożliwia wykonywanie tego zawodu osobom, które posiadają dyplom wydany w państwie innym niż: państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego, lub posiadają kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, 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.). Należy jednakże zaznaczyć, że specyfika pracy ratownika medycznego wymaga od niego znajomości języka polskiego w stopniu umożliwiającym właściwe wykonywanie tego zawodu. Z tego względu takie wymaganie znalazło się w przepisach ustawy. Rolą ratownika medycznego jest ratowanie życia w stanach nagłego zagrożenia

zdrowotnego, a nie leczenie. Ratownicy medyczni są przygotowywani 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 prężnej, 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 właściwy do spraw zdrowia. Biorąc pod uwagę aktualną liczbę szkół kształcących w zawodzie ratownika medycznego (szkoły policealne i 11 uczelni medycznych), nie należy obawiać się braku wykwalifikowanej kadry na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego. Ustawa nakłada na ratowników medycznych obowiązek stałego doskonalenia zawodowego, przy czym sposób wypełniania tego obowiązku określi również, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia.

Projekt ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym powierza wojewodom tworzenie i utrzymanie centrów powiadamiania ratunkowego oraz zespołów koordynacji ratownictwa medycznego. Centrum powiadamiania ratunkowego będzie miejscem przyjmowania zgłoszeń z numeru alarmowego 112 i przekierowywania

zgłoszenia do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego. Finansowanie tych jednostek będzie zadaniem wojewody. Należy podkreślić, że zespoły koordynacji będą wchodziły w skład wojewódzkiego centrum zarządzania kryzysowego. Natomiast zarówno centrum powiadamiania ratunkowego, 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 zespołu 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 właściwy do spraw 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, objęte wojewódzkim planem działania systemu. Jednostki te oraz szpitalne oddziały ratunkowe będą zobowiązane od dnia 1 stycznia 2012 r. uzyskać potwierdzenie spełniania wymagań określonych przepisami, wydane przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą 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 między poszczególne województwa, mając na uwadze liczbę ludności, gęstość zaludnienia, potrzebę nieprzekroczenia maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia oraz liczbę zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego na terenie poszczególnych województw, Powyższy algorytm minister właściwy do spraw 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 Narodowego Funduszu Zdrowia w formie dotacji celowej. Z uwagi na to, że Narodowy Fundusz Zdrowia opłaca świadczenia opieki zdrowotnej po ich udzieleniu (a więc z dołu), proponuje się wprowadzenie w art. 48 ust. 4, który umożliwi pokrywanie kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych w roku poprzednim ze środków finansowych przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w formie dotacji celowej, w roku następnym.

Natomiast finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będzie następowało na podstawie umowy zawartej z ministrem właściwym do spraw 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 określający, kto kieruje akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, wskazujący na 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 standardy postępowania członków zespołów ratownictwa medycznego ogłasza minister właściwy do spraw 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 najbliżej niej, wyposażony według obowiązujących – europejskich standardów zespół specjalistyczny (trzy osoby, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny) bądź podstawowy (dwie osoby, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny, nieposiadający 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 w znacznej części uwagi zgłoszone przez Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej w Łodzi. Natomiast zgodnie z art. 8 ust. 1 projektu ustawy, wysłuchanie publiczne może zostać przeprowadzone po wniesieniu projektu ustawy do Sejmu.

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 oświaty i wychowania, ministra właściwego do spraw finansów publicznych, 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 18 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, Polskę Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Projekt został poddany konsultacjom społecznym także przez zamieszczenie go na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. W dniach 10 kwietnia 2006 r. oraz 10-16 maja 2006 r. 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 właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw 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

Wydatki związane z wejściem w życie projektowanej ustawy planuje się do wysokości 1 229 mln zł, z czego:

- 1) 1 125 mln zł przeznaczone zostanie na medyczne czynności ratunkowe. Jest to kwota znacząco większa od dotychczas przekazywanych na ten cel. W roku 2004 Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na „pomoc doraźną i transport sanitarny” – bo w takim dziale znalazło się ratownictwo medyczne kwotę: 943 826 tys. zł, w roku 2005 kwotę 938 164 tys. zł, a w roku 2006 przeznaczy 966 285 tys. zł.

Przewiduje się, że liczba zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) pozostanie na poziomie roku 2005, tj. – 1 410 ZRM x 2 185 zł/dobę x 365 dni w roku (powyższa kwota uwzględnia planowane 30% podwyżki wynagrodzeń od dnia 1 stycznia 2007 r.).

W kosztach funkcjonowania zespołu ratownictwa medycznego (tj. w kwocie 2 185 zł na dobę na zespół) mieszczą się następujące składowe:

- koszty osobowe zespołu ratownictwa medycznego złożonego średnio z trzech osób (w tym kierowca) – łącznie na dobę co najmniej sześć osób, przy czym należy zaznaczyć, że członkowie zespołów ratownictwa pracują w następującym cyklu: 12 godzin dyżuru – 24 godziny przerwy,
- koszty osobowe związane z utrzymaniem stanowisk dyspozytorów medycznych w strukturach dysponenta jednostki,
- koszty eksploatacyjne (sprzęt medyczny, leki, środki opatrunkowe, paliwo, łączność, ubrania, serwis ambulansów i sprzętu medycznego itp.),
- koszty administracyjno-gospodarcze,
- odpisy amortyzacyjne.

Z księgowego punktu widzenia składowe kosztów szacunkowo kształtują się następująco, w ujęciu procentowym oraz kwotowym dla stawki dobowej 2 185 zł:

– wynagrodzenia personelu	– 43,66%	– 953,97 zł,
– usługi obce	– 29,20%	– 638,02 zł,
– inne świadczenia na rzecz pracowników	– 9,28%	– 202,77 zł,

– amortyzacja	– 6,94%	– 151,64 zł,
– zużycie materiałów i energii	– 6,66%	– 145,52 zł,
– podatki i opłaty	– 4,12%	– 90,02 zł,
pozostałe koszty	– 0,14%	– 3,06 zł;

2) 75 mln zł na wyposażenie oraz bieżącą działalność centrów powiadamiania ratunkowego (CPR) i zespołów koordynacji ratownictwa medycznego województwa (zespół 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 wyposażenia i bieżącej działalności:

- jednego CPR – będzie wynosił 460 tys. zł rocznie, przy uwzględnieniu zatrudnienia dyspozytorów w liczbie 3 stanowiska na 250 tys. mieszkańców (3 stanowiska * 4 etaty * 2 812,5 zł miesięcznie brutto na wynagrodzenie) oraz kosztów wyposażenia i wydatków pozapłacowych w wysokości 55 tys. zł rocznie,
- zespołu koordynacji – będzie wynosił 230 tys. zł, przy uwzględnieniu zatrudnienia lekarzy koordynatorów (1 stanowisko * 4 etaty * 4,0 tys. zł miesięcznie brutto na wynagrodzenie) oraz kosztów wyposażenia i wydatków pozapłacowych w wysokości 38 tys. zł rocznie.

Z powyższego wyliczenia wynika, że na centra powiadamiania ratunkowego przeznaczone zostanie ok. 71,3 mln zł, zaś na zespoły koordynacji ratownictwa medycznego – ok. 3,7 mln zł;

3) 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 mln zł.

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

Wejście w życie ustawy nie spowoduje dodatkowych kosztów dla wojewodów. Zadania związane z wejściem w życie ustawy wojewoda będzie mógł

wykonywać za pomocą istniejących w urzędach wojewódzkich Wydziałów Polityki Społecznej, wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego oraz pełnomocników ds. ratownictwa medycznego.

Należy wskazać, że w związku z zawieszeniem większości przepisów ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, obecnie wojewodowie nie ponoszą żadnych kosztów związanych z realizacją tej ustawy.

Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej również ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego, dlatego też powierzenie zawierania mu tych umów przez wojewodę (w zakresie dotyczącym medycznych czynności ratunkowych) nie spowoduje dodatkowych kosztów po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

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.



URZĄD
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ
SEKRETARZ STANU

Ewa Ośniecka-Tamecka

Min.EOT/MS/40 /2006/mak

Warszawa, 3 lipca 2006r.

Pani Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wyrażona na podstawie art. 2, ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Minister Ewę Ośniecką – Tamecką.

Szanowna Pani Minister,

W związku z przedłożonym projektem ustawy (pismo nr MZ-PR-0212-6385-1/AB/06, RM-10-100-06), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

Projektowana regulacja nie jest sprzeczna z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem,

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Zbigniew Religa
Minister Zdrowia

GABINET
SEKRETARZA RADY MINISTRÓW

2006-07-06

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**
z dnia

w sprawie szczegółowego zakresu medycznych czynności ratunkowych

Na podstawie art. 11 ust. 2 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być podejmowane samodzielnie przez ratownika medycznego, określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 2.

Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego pod nadzorem lekarza systemu w rozumieniu w art. 3 pkt 3 ustawy z dnia o Państwowym Ratownictwie Medycznym, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 3.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 października 2005 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 220, poz. 1901).

Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być podejmowane samodzielnie przez ratownika medycznego

Część I

1. Ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania.
2. Układanie pacjenta w pozycji właściwej dla rodzaju schorzenia lub odniesionych obrażeń.
3. Prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo – oddechowej u dorosłych i dzieci.
4. Bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych.
5. Przyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem, w szczególności:
 - 1) rurki ustno – gardłowej;
 - 2) rurki nosowo – gardłowej.
6. Podawanie tlenu.
7. Wspomaganie oddechu lub prowadzenie wentylacji zastępczej z użyciem:
 - 1) maski twarzowej;
 - 2) zastawki oddechowej;
 - 3) worka samorozprężalnego;
 - 4) respiratora transportowego.
8. Intubacja dotchawicza w laryngoskopii bezpośredniej w nagłym zatrzymaniu krążenia przez usta, bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej z użyciem zastawki i worka samorozprężalnego.
9. Intubacja dotchawicza w nagłym zatrzymaniu krążenia rurką dwuświatłową.
10. Wykonanie konikopunkcji przy braku możliwości wykonania intubacji.
11. Wykonanie defibrylacji ręcznej pod kontrolą EKG.
12. Wykonanie defibrylacji automatycznej.
13. Wykonanie EKG.
14. Monitorowanie czynności układu oddechowego.
15. Monitorowanie czynności układu krwionośnego.

16. Wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych i dolnych.
17. Podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, dotchawiczą i wziewną oraz doszpikową przy użyciu igły automatycznej.
18. Ocena świadomości pacjenta według skali Glasgow oraz ocena szerokości źrenic i ich reakcji na światło.
19. Nakłucie jamy opłucnowej w odmie prężnej, potwierdzonej badaniem fizykalnym.
20. Cewnikowanie pęcherza moczowego.
21. Zakładanie sondy żołądkowej.
22. Pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań laboratoryjnych.
23. Oznaczanie stężenia glukozy przy użyciu glukometru.
24. Opatrywanie ran.
25. Tamowanie krwotoków.
26. Unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń.
27. Unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego.
28. Odebranie porodu nagłego w warunkach pozaszpitalnych.
29. Segregacja medyczna w przypadku zdarzeń masowych i katastrof.
30. Podejmowanie działań profilaktycznych w celu ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia.
31. Przygotowanie pacjenta i opieka medyczna podczas transportu.
32. Podawanie leków, zgodnie z częścią II załącznika.

Część II

Leki, które ratownik medyczny może podać samodzielnie.			
	Nazwa leku	Postać	Droga podania
1.	Tlen	gaz	wziewnie, dotchawiczo
2.	Natrium chloratum 0,9%	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie
3.	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie

4.	Solutio Ringeri	roztwór do wlewu dożylnego	dożylnie
5.	Epinephrine bitartrate	roztwór do wstrzyknięcia (1 mg/ml)	domięśniowo, podskórnie, dożylnie, doszpikowo, dotchawiczo
6.	Atropinum sulfuricum	roztwór do wstrzyknięcia (0,5 mg/ml; 1 mg/ml)	domięśniowo, podskórnie lub dożylnie
7.	Glyceryl trinitrate	tabletki 0,5 mg, aerozol do stosowania podjęzykowego	doustnie
8.	Morphine sulphate	roztwór do iniekcji (10 mg/ml; 20 mg/ml)	domięśniowo, podskórnie lub dożylnie
9.	Naloxonum hydrochloricum	roztwór do wstrzyknięcia (400 µg/ml)	domięśniowo, podskórnie lub dożylnie
10.	Glucosum 20%	roztwór do wstrzyknięcia dożylnego (200 mg/ml)	dożylnie
11.	Fenoterol hydrobromide	aerozol wziewny	wziewnie
12.	Furosemide	roztwór do wstrzyknięcia (20 mg/2 ml)	domięśniowo lub dożylnie
13.	Diazepam	roztwór do wstrzyknięcia	domięśniowo lub dożylnie

		(10 mg/2 ml)	
14.	Acidum acetylosalicylicum	tabletki 0,3 g	doustnie
15.	Carbo medicinalis	tabletki	doustnie

**Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być podejmowane przez
ratownika medycznego pod nadzorem lekarza systemu**

1. Intubacja dotchawicza w laryngoskopii bezpośredniej w przypadku innym niż nagłe zatrzymanie krążenia z użyciem środków zwiotczających.
2. Wykonywanie kardiowersji elektrycznej.
3. Asystowanie przy drobnych zabiegach chirurgicznych (zszywanie ran, zakładanie drenów).
4. Odbarczanie tamponady osierdzia.
5. Płukanie żołądka.

UZASADNIENIE

Zgodnie z ustawą z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym ratownicy medyczni będą wchodzić w skład zespołów ratownictwa medycznego. W zespołach podstawowych będą stanowili główny element składu osobowego. Z tego względu zasadne jest wydanie rozporządzenia określającego uprawnienia do wykonywania czynności ratowniczych.

Wymienione w załączniku nr 1 do rozporządzenia medyczne czynności ratunkowe, które ratownik medyczny może wykonywać samodzielnie, bez nadzoru lekarza systemu wynikają z podstaw programowych kształcenia w zawodzie ratownika medycznego. Zakres tych czynności pozwala na przywrócenie i utrzymanie funkcji życiowych u pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. W ramach tych czynności wyodrębniono podanie niektórych leków, które ratownik medyczny może podać bez zlecenia lekarza systemu .

Lista czynności, które ratownik medyczny może wykonywać wyłącznie pod nadzorem lekarza systemu, została określona w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie

Wejście w życie przepisów projektowanego rozporządzenia będzie oddziaływać na jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a w szczególności na zespoły ratownictwa medycznego.

2. Obowiązek przeprowadzenia konsultacji społecznych

W toku uzgodnień projekt przedmiotowego rozporządzenia zostanie przedłożony celem zaopiniowania przez m.in.: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ. Projekt zostanie poddany konsultacjom społecznym także poprzez zamieszczenie go na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie wywoła skutków dla rynku pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

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

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludności

Precyzyjne określenie zakresu medycznych czynności ratunkowych, które ratownik medyczny może podejmować samodzielnie albo pod nadzorem lekarza systemu przyczyni się do wzrostu poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego po stronie pacjentów.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych

Na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr, poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego ratowników medycznych.

§ 2.

Ratownik medyczny może realizować obowiązek doskonalenia zawodowego w formach pozaszkolnych takich jak: kurs, seminarium, praktyka zawodowa oraz samokształcenie kierowane.

§ 3.

1. Kurs jest formą doskonalenia zawodowego o czasie trwania nie krótszym niż 30 godzin zajęć edukacyjnych, realizowaną zgodnie z programem nauczania przyjętym przez organizatora doskonalenia. Kurs może być prowadzony w trybie dziennym, wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym oraz z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość.
2. Seminarium jest formą doskonalenia zawodowego o czasie trwania krótszym niż 5 godzin zajęć edukacyjnych, której ukończenie umożliwia uzyskanie lub uzupełnienie wiedzy na określony temat w zakresie ratownictwa medycznego, realizowaną zgodnie z programem nauczania przyjętym przez organizatora doskonalenia.
3. Praktyka zawodowa jest formą doskonalenia zawodowego o czasie trwania uzależnionym od złożoności umiejętności niezbędnych do wykonywania zadań zawodowych, nie krótszym niż 80 godzin zajęć. Praktyka zawodowa odbywa się

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 października 2005 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 220, poz. 1901).

w komórce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, której działalność umożliwia zdobycie określonych programem praktyki umiejętności, w szczególności poprzez znaczną liczbę powtórzeń.

4. Samokształcenie kierowane jest formą doskonalenia zawodowego, które odbywa się pod kierunkiem osoby posiadającej aktualną wiedzę i umiejętności w zakresie ratownictwa medycznego.

§ 4.

1. Zakres doskonalenia zawodowego obejmuje następujące zagadnienia:

1) zintegrowany system ratownictwa, a w szczególności:

- a) ratownictwo medyczne w Rzeczypospolitej Polskiej i innych krajach,
- b) systemy powiadamiania ratunkowego,
- c) łączność- podstawowe pojęcia, alfabet międzynarodowy, zasady komunikacji przez radiotelefon, sieć przywoławczą, sieć telefonii komórkowej, nowoczesne systemy łączności, Globalny System Pozycjonowania,
- d) Lotnicze Pogotowie Ratunkowe - zasady użycia śmigłowca, sposoby wezwania,
- e) Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy - ogólne informacje o systemie, zadania jednostek organizacyjnych Państwowej Straży Pożarnej, ratownictwo chemiczne, techniczne, ekologiczne, walka z pożarami lub innymi klęskami żywiołowymi;

2) utrata przytomności, a w szczególności:

- a) funkcje ośrodkowego układu nerwowego,
- b) zaburzenia świadomości – przyczyny, objawy, postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną,
- c) zaburzenia przytomności,
- d) przyczyny utraty przytomności,
- e) ocena głębokości stanu nieprzytomności (według skali Glasgow),
- f) zasady i sposób postępowania z chorym nieprzytomnym, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;

3) ostra niewydolność oddechowa, zatrzymanie oddechu, a w szczególności:

- a) anatomia i fizjologia układu oddechowego,
- b) zaburzenia oddychania,
- c) stan astmatyczny,
- d) obrzęk płuc,
- e) zachłyśnięcia i zakrztuszenia

- przyczyny, objawy, postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną,
 - f) techniki udrażniania dróg oddechowych – przyrządowe i bezprzyrządowe, zgodne z aktualną wiedzą medyczną,
 - g) zatrzymanie oddechu – metody sztucznej wentylacji płuc, zgodne z aktualną wiedzą medyczną;
- 4) ostre schorzenia układu krążenia, a w szczególności:
- a) anatomia i fizjologia układu krążenia,
 - b) nadciśnienie tętnicze,
 - c) zaburzenia rytmu serca,
 - d) zawał mięśnia sercowego - rozpoznanie na podstawie EKG
- przyczyny, objawy, postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną;
- 5) zatrzymanie krążenia, a w szczególności:
- a) przyczyny, objawy i rozpoznanie zatrzymania krążenia,
 - b) standardy postępowania resuscytacyjnego, zgodne z aktualną wiedzą medyczną,
 - c) masaż serca i sztuczna wentylacja płuc metodami i technikami, zgodnymi z aktualną wiedzą medyczną,
 - d) defibrylacja – wskazania, przeciwwskazania, sposoby bezpiecznego wykonania,
 - e) zapewnienie dostępu do żył i płynoterapia zgodna z aktualną wiedzą medyczną,
 - f) aktualnie obowiązujący zestaw leków reanimacyjnych,
 - g) śmierć, kryteria śmierci, zakończenie reanimacji;
- 6) wstrząs, a w szczególności:
- a) definicja wstrząsu,
 - b) objawy wstrząsu,
 - c) rodzaje wstrząsu: pourazowy, anafilaktyczny, kardiogeny,
 - d) podział wstrząsu na okresy,
 - e) postępowanie z pacjentem we wstrząsie, zgodne z aktualną wiedzą medyczną,
 - f) aktualnie obowiązujący zestaw leków przeciwwstrząsowych;
- 7) zatrucia, a w szczególności:
- a) drogi przedostawania się trucizn,
 - b) postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną, w przypadku:
 - zatrucia tlenkiem węgla,

- nadużycia leków, narkotyków i środków chemicznych,
 - oparzenia środkami żrącymi;
- 8) oparzenia i odmrożenia, a w szczególności:
- a) rodzaje i stopnie i objawy oparzeń,
 - b) rodzaje i stopnie odmrożeń,
 - c) ocena ciężkości oparzenia i odmrożenia,
 - d) zaburzenia ogólnoustrojowe w oparzeniach i odmrożeniach,
 - e) postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną w przypadku oparzeń i odmrożeń;
- 9) resuscytacja u dzieci i noworodków, a w szczególności:
- a) odrębności fizjologiczne u dzieci i noworodków,
 - b) przyczyny zatrzymania krążenia i oddychania u dzieci,
 - c) postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną w przypadku:
 - ciała obcego w drogach oddechowych,
 - resuscytacji u dzieci i noworodków,
 - e) zaprzestanie czynności resuscytacyjnych;
- 10) urazy, a w szczególności:
- a) mechanizm powstawania uszkodzeń narządu ruchu,
 - b) rodzaje ran i krwotoków - postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną,
 - c) złamania – rodzaje, objawy i postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną,
 - d) objawy i postępowanie zgodne z aktualną wiedzą medyczną w przypadku:
 - urazów czaszkowo – mózgowych,
 - urazów i złamań kręgosłupa,
 - obrażeń klatki piersiowej,
 - g) transport pacjentów w zależności od istniejących urazów;
- 11) wypadek drogowy, a w szczególności:
- a) zabezpieczenie miejsca wypadku,
 - b) ocena skutków wypadku,
 - c) wstępna segregacja medyczna rannych,
 - d) aktualne standardy postępowania z ofiarą wypadku,
 - e) wydobywanie i przenoszenie rannych,
 - f) urazy wielonarządowe.

2. Zagadnienia, o których mowa w ust. 1, muszą być realizowane w formie zajęć teoretycznych, jak i praktycznych objętych programem doskonalenia, aby słuchacz zdobył lub zaktualizował wiedzę oraz umiejętności praktyczne w zakresie ratownictwa medycznego.
3. Program doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, obejmuje w zależności od formy tego doskonalenia, wszystkie lub tylko niektóre z zagadnień wymienionych w ust. 1.

§ 5.

1. Kurs i praktyka zawodowa mogą kończyć się egzaminem.
2. Do egzaminu może zostać dopuszczona osoba, która odbyła i zaliczyła wszystkie zajęcia teoretyczne i praktyczne objęte programem doskonalenia zawodowego.
3. Egzamin praktyczny jest przeprowadzany przed egzaminem teoretycznym i jego pozytywny wynik stanowi warunek dopuszczenia do egzaminu teoretycznego.

§ 6.

1. Osoba, która ukończyła określoną formę szkolenia, otrzymuje zaświadczenie.
2. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, wydaje organizator doskonalenia.
3. Osoba, która brała udział w seminarium w zakresie ratownictwa medycznego otrzymuje zaświadczenie o uczestnictwie w seminarium.
4. Kserokopia zaświadczenia, o którym mowa w ust. 1 lub ust. 2, znajduje się w aktach osobowych ratownika medycznego.

§ 7.

Ratownicy medyczni, którzy rozpoczęli doskonalenie zawodowe w zakresie, o którym mowa w § 4 ust. 1, objętym programem doskonalenia przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, składają egzamin w dotychczasowy sposób.

§ 8.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Celem niniejszego rozporządzenia jest wypełnienie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 12 ust. 2 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym i wprowadzenie rozwiązań systemowych dotyczących sposobu dopełniania przez ratownika medycznego obowiązku doskonalenia zawodowego. Należy wskazać, że prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego dotyczy także innych zawodów medycznych np.: lekarzy i pielęgniarek.

Biorąc pod uwagę zadania ratownika medycznego niezbędne jest stałe uzupełnianie i aktualizowanie przez niego wiedzy oraz umiejętności z zakresu ratownictwa medycznego.

Rozporządzenie określa zakres, formy i sposób doskonalenia zawodowego. Formami doskonalenia zawodowego są: kurs, seminarium, praktyka zawodowa oraz samokształcenie kierowane.

Kurs oraz praktyka zawodowa mogą kończyć się egzaminem i razie złożenia egzaminu z wynikiem pozytywnym uczestnik otrzymuje zaświadczenie. Po ukończeniu pozostałych form doskonalenia zawodowego uczestnik otrzymuje stosowane zaświadczenia.

Kserokopie zaświadczeń będą się znajdować w aktach osobowych ratownika medycznego.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. *w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych* (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597) i w związku z tym nie podlega przedmiotowej notyfikacji.

Ocena Skutków Regulacji

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Rozporządzenie dotyczy osób wykonujących zawód ratownika medycznego.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na sektor finansów publicznych.

3. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na rynek pracy.

4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionów.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

6. Wpływ na ochronę zdrowia ludności

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia będzie mieć pozytywny wpływ na zapewnienie pacjentom medycznych czynności ratunkowych na odpowiednim poziomie.

7. Konsultacje społeczne

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych m.in. z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszeniem Zawodowym Ratowników Medycznych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, KK NSZZ „Solidarność”, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, towarzystwami naukowymi w obszarze medycyny ratunkowej, Wojewódzkimi Centrami Zdrowia Publicznego, Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym oraz Państwową Strażą Pożarną.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy

Na podstawie art. 13 ust. 8 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ... , poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:

- 1) ramowy program kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zwanego dalej „kursem”;
- 2) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs;
- 3) sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kurs, zwanego dalej „egzaminem”;
- 4) skład, tryb powoływania i odwoływania komisji egzaminacyjnej, zwanej dalej „komisją”;
- 5) okres ważności oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu i o uzyskaniu tytułu ratownika, zwanego dalej „zaświadczeniem”.

§ 2.

1. Ramowy program kursu określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.
2. Ramowy program kursu obejmuje, w szczególności:
 - 1) założenia organizacyjno – programowe określające cele kształcenia oraz czas trwania kursu;
 - 2) plan nauczania, określający:
 - a) tematy nauczania oraz ich wymiar godzinowy,
 - b) ćwiczenia praktyczne i ich wymiar godzinowy;
 - 3) zakres wiedzy będącej przedmiotem kursu w ramach poszczególnych tematów nauczania;
 - 4) wykaz umiejętności będących przedmiotem kursu;
 - 5) wskazówki metodyczne dotyczące realizacji programu kursu.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 października 2005 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 220, poz. 1901).

§ 3.

Ustala się następujące kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs:

- 1) kadra dydaktyczna posiada merytoryczną wiedzę i umiejętności pedagogiczne, stanowiące gwarancję wysokiego poziomu nauczania;
- 2) kierownik kursu posiada co najmniej 3 - letnie doświadczenie zawodowe w pracy w zakładach opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 3) kadra dydaktyczna obejmuje co najmniej:
 - a) jedną osobę posiadającą tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej lub anestezjologii i intensywnej terapii,
 - b) jedną osobę posiadającą tytuł zawodowy ratownika medycznego.

§ 4.

Do egzaminu może zostać dopuszczona osoba, która odbyła i zaliczyła wszystkie zajęcia teoretyczne i praktyczne objęte programem kursu.

§ 5.

1. Egzamin składa się z dwóch części - egzaminu praktycznego i egzaminu teoretycznego.
2. Egzamin teoretyczny jest przeprowadzany w formie egzaminu ustnego lub testu.
3. Testy są przygotowywane, przechowywane i przekazywane w warunkach uniemożliwiających ich nieuprawnione ujawnienie.
4. Test jest przeprowadzany, gdy do egzaminu przystępuje co najmniej 10 osób.
5. Egzamin praktyczny jest przeprowadzany przed egzaminem teoretycznym i jego pozytywny wynik stanowi warunek dopuszczenia do egzaminu teoretycznego.

§ 6.

1. W razie negatywnego wyniku egzaminu w całości lub w części, a także w razie nieprzystąpienia do egzaminu, w całości lub w części, z powodu ważnych przyczyn losowych, osoba ubiegająca się o przystąpienie do egzaminu może wystąpić do kierownika podmiotu prowadzącego kurs z wnioskiem o dopuszczenie do egzaminu w następnym terminie.
2. Zdający może przystąpić do egzaminu w całości lub w jego części, najwyżej trzy razy.

§ 7.

1. Egzamin jest przeprowadzany przez komisję.
2. Członków komisji i jej przewodniczącego powołuje i odwołuje kierownik podmiotu prowadzącego kurs.
3. W skład komisji wchodzi, w liczbie ustalonej przez kierownika podmiotu prowadzącego kurs, specjaliści z danej dziedziny medycyny lub w uzasadnionych przypadkach z dziedziny pokrewnej, a także:
 - 1) konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej;
 - 2) przedstawiciel stowarzyszenia naukowego lub stowarzyszenia zawodowego z zakresu medycyny ratunkowej lub innej właściwej dziedziny medycyny.
4. W skład komisji nie może być powołana osoba pozostająca wobec osoby składającej egzamin w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności.

§ 8.

Komisja:

- 1) dopuszcza osobę, o której mowa w § 4, do egzaminu;
- 2) ustala miejsce i terminy przeprowadzenia egzaminów: praktycznego i teoretycznego;
- 3) przeprowadza egzamin praktyczny i teoretyczny, zgodnie z opracowanym przez podmiot prowadzący kurs regulaminem egzaminowania;
- 4) przekazuje kierownikowi podmiotu prowadzącego kurs karty testowe po przeprowadzeniu egzaminów w formie testu oraz oceny z egzaminu praktycznego i ustnego w sposób uniemożliwiający nieuprawnione ujawnienie ich treści.

§ 9.

1. Osobie, która odbyła kurs i złożyła egzamin z wynikiem pozytywnym, kierownik podmiotu prowadzącego kurs wydaje zaświadczenie.
2. Zaświadczenie jest ważne przez okres 4 lat od dnia jego wydania.
3. Wzór zaświadczenia stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 10.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.

MINISTER ZDROWIA

**Ramowy program kursu
w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy**

I. Założenia organizacyjno – programowe:

Celem nauczania kwalifikowanej pierwszej pomocy jest przygotowanie do wykonywania zawodu ratownika.

1. Cele kształcenia:

- 1) zdobycie i utrwalenie podstawowej wiedzy z zakresu udzielania pierwszej pomocy;
- 2) zdobycie i utrwalenie wiedzy z zakresu udzielania rozszerzonej pierwszej pomocy;
- 3) zdobycie i utrwalenie wiedzy z zakresu udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- 4) nabycie i usystematyzowanie wiedzy oraz umiejętności praktycznych niezbędnych do podejmowania czynności ratunkowych wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wywołwanego różnymi przyczynami;
- 5) kształtowanie poczucia odpowiedzialności za jakość udzielonej pomocy;
- 6) kształtowanie właściwej postawy etycznej w podejmowanych czynnościach ratunkowych.

2. Czas trwania kursu:

Program kształcenia przewidziany jest na co najmniej 110 godzin zajęć dydaktycznych

3. Sposób sprawdzania efektów nauczania:

- 1) egzaminy cząstkowe (ustne i praktyczne);

2) komisyjny egzamin końcowy (test wielorakiego wyboru, egzamin ustny, egzamin praktyczny).

4. Wykaz umiejętności wynikowych będących przedmiotem kształcenia:

- 1) rozpoznanie sytuacji zagrażających zdrowiu lub życiu człowieka, zarówno co do ich rodzaju, jak i rozmiaru;
- 2) ocena podstawowych funkcji życiowych osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 3) przywrócenie, podtrzymanie i stabilizacja podstawowych funkcji życiowych, w tym, przede wszystkim czynności układu oddechowego i układu krążenia;
- 4) zabezpieczenie i stabilizacja różnych obszarów ciała uszkodzonych w wyniku działania czynników zewnętrznych;
- 5) podejmowanie kwalifikowanych czynności ratunkowych w szczególnych rodzajach zagrożeń środowiskowych;
- 6) organizacja i przeprowadzenie kwalifikowanego i bezpiecznego transportu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 7) organizacja i kierowanie działaniami ratunkowymi w zdarzeniach masowych w przypadku nieobecności osób i służb do tego zobowiązanych.

II. Plan nauczania:

Blok dydaktyczny	Ilość godzin		
	teoria	ćwiczenia	Suma
Podstawy anatomii i fizjologii człowieka	8	2	10
Patofizjologia stanów zagrożenia życia	6	4	10
Ocena podstawowych funkcji życiowych	5	5	10
Kwalifikowane czynności pierwszej pomocy	15	30	45
Zasady dokumentowania czynności ratunkowych	2	3	5
Podstawy organizacji czynności ratunkowych	2	3	5

Zasady bezpieczeństwa prowadzenia czynności ratunkowych	2	3	5
Zagrożenia środowiskowe a organizm człowieka	1	4	5
Psychologia i etyka czynności ratunkowych	2	3	5
Praktyki kliniczne	-	10	10
Razem			110

III. Program kształcenia:

1. Treści kształcenia:

1. Wprowadzenie do anatomii i fizjologii układu oddechowego.
2. Wprowadzenie do anatomii i fizjologii układu krążenia.
3. Wprowadzenie do anatomii i fizjologii centralnego układu nerwowego.
4. Wprowadzenie do anatomii i fizjologii układu ruchu.
5. Wprowadzenie do anatomii i fizjologii układu rozrodczego.
6. Podstawy oceny i monitorowania funkcji życiowych.
7. Patofizjologia zatrzymania funkcji życiowych.
8. Podstawy resuscytacji krążeniowo – oddechowej u dorosłych i dzieci.
9. Elementy zaawansowanej resuscytacji krążeniowo – oddechowej u dorosłych i dzieci.
10. Podstawy zabezpieczenia ran.
11. Urazy głowy.
12. Urazy kręgosłupa.
13. Urazy klatki piersiowej i brzucha.
14. Urazy kończyn.
15. Wybrane zagrożenia pochodzenia wewnętrznego.
16. Wybrane zagrożenia u kobiet ciężarnych.
17. Wybrane zagrożenia u dzieci.
18. Specyfika czynności ratunkowych wobec osób niepełnosprawnych.
19. Zatrucia, ukąszenia, ugryzienia.
20. Wybrane zagrożenia pochodzenia środowiskowego.
21. Ratowanie tonących.
22. Unoszenie i transport osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

23. Ratownictwo drogowe.
24. Podstawy segregacji w zdarzeniach masowych.
25. Stres w czynnościach ratunkowych.
26. Psychologia i etyka czynności ratunkowych.

2. Wykaz umiejętności będących przedmiotem kursu:

1. Wstępna ocena osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. Ocena sytuacji stwarzających zagrożenie.
3. Ocena funkcji życiowych:
 - 1) oddychanie;
 - 2) tętno;
 - 3) ciśnienie krwi;
 - 4) stan powłok ciała;
 - 5) poziom świadomości;
 - 6) reakcja źrenic.
4. Badanie odruchów sensorycznych.
5. Badanie motoryki.
6. Badanie głowy i szyi.
7. Badanie klatki piersiowej.
8. Badanie brzucha.
9. Badanie układu mięśniowo – szkieletowego.
10. Segregacja poszkodowanych.
11. Bezprzyrządowe udrażnianie dróg oddechowych.
12. Stosowanie maski oddechowej, rurki ustno – gardłowej i nosowo – gardłowej.
13. Usuwanie ciał obcych z jamy ustno – gardłowej.
14. Odsysanie jamy ustno – gardłowej.
15. Rękoczyn Heimlicha.
16. Sztuczne oddychanie bezprzyrządowe.
17. Sztuczne oddychanie z użyciem: maski oddechowej, worka oddechowego i zastawki jednokierunkowej.
18. Podawanie tlenu z użyciem masek oddechowych, cewników.
19. Przygotowanie i sprawdzanie sprzętu służącego do biernego podawania tlenu.
20. Prowadzenie zewnętrznego masażu serca u dorosłych i dzieci przez jednego ratownika.
21. Resuscytacja krążeniowo – oddechowa w wykonaniu dwóch i więcej ratowników.

22. Opieka nad poszkodowanym bezpośrednio po resuscytacji.
23. Przygotowanie i stosowanie urządzeń monitorujących akcję serca.
24. Wykonanie półautomatycznej defibrylacji serca.
25. Podstawy zapobiegania wstrząsowi: ułożenie pacjenta, bierna podaż tlenu, ochrona temperatury ciała.
26. Zabezpieczanie ran:
 - 1) wstępne oczyszczanie rany;
 - 2) zabezpieczenie rany opatrunkiem;
 - 3) stabilizacja ciał obcych w ranach;
 - 4) opanowanie krwawień zewnętrznych: przez ucisk bezpośredni, opatrunek uciskowy, uniesienie, zastosowanie opasek uciskowych przy amputacji kończyny, stosowanie opatrunków chłodzących.
27. Opieka nad oparzonym.
28. Opieka w urazach oka.
29. Opieka rany przy wytrzewieniu.
30. Opieka nad raną amputacyjną.
31. Zabezpieczenie amputowanych części ciała.
32. Zaopatrywanie ran postrzałowych.
33. Zaopatrywanie ran miażdżonych.
34. Zaopatrywanie ran kąsanych.
35. Zabezpieczenie w urazach kręgosłupa: zabezpieczenie dróg oddechowych, unieruchamianie, transport poszkodowanego, zastosowanie kołnierza szyjnego.
36. Wydobywanie poszkodowanego uwięzionego.
37. Zabezpieczenie urazów układu mięśniowo – szkieletowego.
38. Unieruchamianie złamań z użyciem szyn Kramera i szyn pneumatycznych, desek transportowych, noszy próżniowych.
39. Ocena kończyny po urazie.
40. Ułożenie pacjenta z urazem klatki piersiowej
41. Rozpoznanie odmy i krwiaka opłucnowego.
42. Rozpoznanie odmy prężnej.
43. Zaopatrzenie rany ściany klatki piersiowej.
44. Zaopatrzenie złamań żeber.
45. Zaopatrzenie rany ściany jamy brzusznej.
46. Specyfika nagłych zagrożeń pochodzenie wewnętrznego:
 - 1) bezpieczne ułożenie zagrożonego;
 - 2) nagła utrata świadomości;

- 3) drgawki i stany drgawkowe;
 - 4) pobudzenie i agresja;
 - 5) depresja i próby samobójcze;
 - 6) delirium tremens;
 - 7) odurzenie i zmienione stany świadomości.
47. Transport chorego nieprzytomnego.
 48. Odebranie porodu niepowikłanego.
 49. Zaciśnięcie i przecięcie pępowiny.
 50. Podstawowa resuscytacja noworodka.
 51. Urodzenie łożyska.
 52. Bezpieczny transport matki i dziecka.
 53. Zabezpieczenie drożności dróg oddechowych u niemowląt i dzieci.
 54. Wsparcie psychiczne dziecka.
 55. Unoszenie i transport uszkodzonego:
 - 1) zastosowanie noszy różnych typów;
 - 2) stosowanie wózków;
 - 3) transport uszkodzonego po schodach;
 - 4) techniki podnoszenia i niesienia uszkodzonego.
 56. Resuscytacja podtopionych.
 57. Czynności ratunkowe w wypadkach komunikacyjnych:
 - 1) zabezpieczenie miejsca wypadku;
 - 2) podstawy segregacji w wypadku masowym;
 - 3) stosowanie przyrządów do uwalniania uwięzionych.
 58. Ratowanie niepełnosprawnych (ocena, porozumiewanie się, transport).
 59. Ratunkowy transport powietrzny:
 - 1) przygotowanie lądowiska helikoptera ratunkowego;
 - 2) zasady bezpiecznego dostępu do helikoptera;
 - 3) zasady bezpieczeństwa w stosowaniu transportu powietrznego.
 60. Postępowanie z pacjentem w hipertermii.
 61. Postępowanie z pacjentem w hipotermii.
 62. Podstawy postępowania w urazie wysokościowym.
 63. Podstawy postępowania w urazie nurkowym.
 64. Podstawy postępowania w porażeniu prądem.
 65. Podstawy postępowania w porażeniu piorunem.
 66. Wsparcie psychiczne ofiar wypadku, ich rodzin i świadków.
 67. Postawa kreatywna i etyczna ratownika.

3. Wskazówki metodyczne:

wykład interaktywny, seminarium, ćwiczenia praktyczne, dyskusja dydaktyczna, debata, symulacja, opracowanie studium przypadku, mateplan.

.-WZÓR-

.....
nazwa podmiotu prowadzącego kurs

Nr/..... r.

**Zaświadczenie
o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy
i o uzyskaniu tytułu ratownika**

Pan(i)

.....
urodzony(a).....W,
obywatelstwo

.....,
po odbyciu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy pod kierunkiem
Pana(i)

.....
(imię i nazwisko kierownika kursu)

i złożeniu egzaminu w

dniu:.....

z wynikiem

.....
przed komisją egzaminacyjną powołaną w trybie określonym w rozporządzeniu
Ministra Zdrowia z dnia ... w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej
pomocy (Dz. U. Nr..., poz. ...) uzyskał(a) tytuł ratownika

UZASADNIENIE

Celem niniejszego rozporządzenia jest wypełnienie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 13 ust. 8 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym i wprowadzenie nowych rozwiązań systemowych dotyczących trybu uzyskiwania kwalifikacji ratownika.

Ratownik, w odróżnieniu od ratownika medycznego, wykonuje czynności z zakresu ratowania życia i zdrowia w jednostkach organizacyjnych, nie będących zakładami opieki zdrowotnej. Czynności udzielania pomocy poszkodowanemu w wykonaniu ratownika nie są świadczeniem zdrowotnym. Instytucjami powoływanymi do ich podejmowania są przykładowo: Państwowa Straż Pożarna, Ochotnicza Straż Pożarna, GOPR, TOPR, WOPR, PCK, jednostki ratownictwa zakładowego, przemysłowego itp.

Jednostki te - współdziałając z systemem ochrony zdrowia - rozwijają swoje działania w obszarach niedostępnych bezpośrednio dla systemu ratownictwa medycznego z tytułu szczególnego zagrożenia (np. w strefie zagrożenia, katastrofy) lub z tytułu niedostępności terytorialnej (np. tereny górskie, duże akweny wodne, podziemia itp.). Zadaniem zespołów ratowników tych jednostek jest zmniejszenie umieralności z przyczyn nagłych, zmniejszenie rozległości inwalidztwa powodowanego nagłym zagrożeniem zdrowia lub życia, przyspieszenie możliwości uzyskania medycznych czynności ratunkowych lub specjalistycznych procedur medycyny ratunkowej przez ofiary nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oznacza to również, że jednostki te mogą podejmować kwalifikowany i bezpieczny transport osób w stanach nagłych zagrożeń zdrowotnych do najbliższych odpowiednich zakładów opieki zdrowotnej.

Ukończenie kursu z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy zgodnie z proponowanymi w projekcie rozwiązaniami przyczyni się do zwiększenia bezpieczeństwa publicznego, w tym zdrowotnego.

Podmioty będą mogły prowadzić kursy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, jeżeli spełniają określone standardy. Rozporządzenie precyzuje szczegółowe standardy, które dotyczą kadry dydaktycznej oraz sposobu realizacji programu kursu. Kursy prowadzone muszą być na podstawie „ramowego programu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy”, który stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Po ukończeniu kursu i złożeniu egzaminu przed komisją egzaminacyjną uczestnicy otrzymają zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej

pomocy i o uzyskaniu tytułu ratownika. Wzór zaświadczenia stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. *w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych* (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597) i w związku z tym nie podlega przedmiotowej notyfikacji.

Projekt zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Ocena Skutków Regulacji

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Rozporządzenie dotyczy osób, które z racji zatrudnienia lub społecznych funkcji zobowiązane są do wykonywania czynności z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy w GOPR, TOPR, WOPR, PCK itp.

2. Wpływ regulacji na dochody i wydatki budżetu państwa oraz sektora publicznego

Wejście w życie rozporządzenia wiąże się z udziałem wojewody w realizowaniu wybranych zadań związanych z wyrażaniem zgody podmiotom na prowadzenie kursu oraz z prowadzeniem rejestru ratowników na terenie województwa. Przewiduje się, iż realizacja tego zadania będzie wymagała zabezpieczenia środków na wynagrodzenia pracownika pracującego w wymiarze co najmniej 1/4 etatu w 16 ośrodkach wojewódzkich ($16 \times 500 \text{ zł} = 8000 \text{ zł}$ miesięcznie $\times 12$ miesięcy = 96.000 zł rocznie).

3. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia porządkuje zasady dostępu do wykonywania czynności ratownictwa.

4. Wpływ na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na konkurencyjność gospodarki.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionów.

6. Skutki prawne regulacji

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia umożliwi uzyskanie uprawnień ratownika.

7. Konsultacje społeczne

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych m.in. z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Federacją Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, towarzystwami naukowymi w obszarze medycyny ratunkowej, Wojewódzkimi Centrami Zdrowia Publicznego, Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Państwową Strażą Pożarną, Zarządami Ochotniczej Straży Pożarnej, GOPR, TOPR, WOPR, PCK.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych

Na podstawie art. 26 ust. 4 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr, poz.) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych.

§ 2.

1. Zakres doskonalenia zawodowego obejmuje wiedzę i umiejętności dotyczące zagadnień z zakresu postępu ratownictwa medycznego, a w szczególności:

1) systemów powiadamiania ratunkowego:

- a) łączność - podstawowe pojęcia, alfabet międzynarodowy, zasady komunikacji przez radiotelefon, sieć przywoławcza, sieć telefonii komórkowej, nowoczesne systemy łączności, Globalny System Pozycjonowania,
- b) Lotnicze Pogotowie Ratunkowe - zasady użycia śmigłowca, sposoby wezwania,
- c) Krajowy System Ratowniczo-Gaśniczy - ogólne informacje o systemie, zadania Państwowej Straży Pożarnej, ratownictwo chemiczne, walka z pożarami lub innymi klęskami żywiołowymi;

2) medycznych czynności ratunkowych;

3) ratownictwa technicznego i ekologicznego;

4) prawa medycznego;

5) aspektów psychologicznych pracy dyspozytora medycznego.

2. Zagadnienia, o których mowa w ust. 1, muszą być realizowane w formie zajęć teoretycznych, jak i praktycznych, objętych programem doskonalenia, aby słuchacz

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 października 2005 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 220, poz. 1901).

zdołał lub zaktualizował wiedzę oraz umiejętności praktyczne w zakresie ratownictwa medycznego.

3. Program doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych obejmuje, w zależności od formy tego doskonalenia, wszystkie lub tylko niektóre z zagadnień wymienionych w ust. 1.

§ 3.

Dyspozytor medyczny odbywa doskonalenie zawodowe w następujących formach:

- 1) kurs;
- 2) seminarium;
- 3) praktyka zawodowa;
- 4) samokształcenie kierowane.

§ 4.

1. Kurs jest formą doskonalenia zawodowego o czasie trwania nie krótszym niż 30 godzin zajęć edukacyjnych, realizowaną zgodnie z programem doskonalenia przyjętym przez organizatora doskonalenia. Kurs może być prowadzony w trybie dziennym, wieczorowym, zaocznym lub eksternistycznym oraz z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość.
2. Seminarium jest formą doskonalenia zawodowego o czasie trwania krótszym niż 5 godzin zajęć edukacyjnych, której ukończenie umożliwia uzyskanie lub uzupełnienie wiedzy na określony temat w zakresie ratownictwa medycznego, realizowaną zgodnie z programem doskonalenia przyjętym przez organizatora doskonalenia.
3. Praktyka zawodowa jest formą doskonalenia zawodowego o czasie trwania uzależnionym od złożoności umiejętności niezbędnych do wykonywania zadań zawodowych na stanowisku dyspozytora medycznego, nie krótszym niż 80 godzin zajęć. Praktyka odbywa się w komórce organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej, której działalność umożliwia zdobycie określonych programem praktyki umiejętności, w szczególności poprzez znaczną liczbę powtórzeń.
4. Samokształcenie kierowane odbywa się pod kierunkiem osoby posiadającej aktualną wiedzę i umiejętności w zakresie ratownictwa medycznego.

§ 5.

1. Kurs i praktyka zawodowa mogą kończyć się egzaminem.
2. Do egzaminu może zostać dopuszczona osoba, która odbyła i zaliczyła wszystkie zajęcia teoretyczne i praktyczne objęte programem szkolenia.
3. Egzamin praktyczny jest przeprowadzany przed egzaminem teoretycznym i jego pozytywny wynik stanowi warunek dopuszczenia do egzaminu teoretycznego.

§ 6.

1. Osoba, która ukończyła określoną formę doskonalenia zawodowego, otrzymuje zaświadczenie.
2. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 1, wydaje organizator doskonalenia.
3. Kserokopia zaświadczenia, o którym mowa w ust. 1, znajduje się w aktach osobowych dyspozytora medycznego.

§ 7.

Dyspozytor medyczny, który odbywał doskonalenie zawodowe na dotychczasowych zasadach, aktualizuje swą wiedzę i umiejętności w zakresie ratownictwa medycznego nie później niż przed upływem czterech lat od odbycia ostatniego doskonalenia zawodowego.

§ 8.

Dyspozytorzy medyczni, którzy rozpoczęli kurs z zakresu, o którym mowa § 2 ust. 1, przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, kończą kurs w dotychczasowy sposób.

§ 9.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Celem niniejszego rozporządzenia jest wypełnienie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 26 ust.4 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym i wprowadzenie rozwiązań systemowych dotyczących sposobu dopełniania przez dyspozytora medycznego obowiązku doskonalenia zawodowego.

Dyspozytorem medycznym może być tylko osoba, która posiada wykształcenie właściwe dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego i przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala. Jest to bardzo istotna zmiana w odniesieniu do dotychczasowych regulacji, które dopuszczały do pracy na tym stanowisku osobę, która posiadała co najmniej wykształcenie średnie medyczne (niekoniecznie w zawodzie pielęgniarki lub ratownika medycznego).

Zmienia się też w istotny sposób rola dyspozytora medycznego. Do zadań dyspozytorów medycznych nie należy tylko przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, ale także 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. Wymaga to od dyspozytora medycznego stałego uzupełniania i aktualizowania swojej wiedzy z zakresu ratownictwa medycznego. Rozporządzenie określa formy i sposób dopełniania tego obowiązku oraz zakres wiedzy i umiejętności praktycznych niezbędnych do aktualizowania w czasie doskonalenia zawodowego.

Po ukończeniu kursu i złożeniu egzaminu z wynikiem pozytywnym uczestnik otrzymuje zaświadczenie o ukończeniu kursu. Kserokopie zaświadczeń muszą znajdować się w aktach osobowych dyspozytora medycznego.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597) i w związku z tym nie podlega przedmiotowej notyfikacji.

Projekt zostanie zamieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

Ocena Skutków Regulacji

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Rozporządzenie dotyczy osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na sektor finansów publicznych.

3. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na rynek pracy.

4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionów.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

6. Wpływ na ochronę zdrowia ludności

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia będzie mieć pozytywny wpływ na realizację zadań dyspozytora medycznego na stałym odpowiednio wysokim poziomie, co przyczyni się do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

7. Konsultacje społeczne

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych m.in. z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszeniem Zawodowym Ratowników Medycznych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Federacją Związku Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, towarzystwami naukowymi w obszarze medycyny ratunkowej, Wojewódzkimi Centrami Zdrowia Publicznego, Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym i Państwową Strażą Pożarną.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego

Na podstawie art. 34 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe zadania szpitalnego oddziału ratunkowego, zwanego dalej „oddziałem”;
- 2) szczegółowe wymaganie dotyczące lokalizacji oddziału w strukturze szpitala oraz warunków technicznych;
- 3) minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe oddziału.

§ 2.

1. Oddział realizuje następujące zadania:

- 1) udziela świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce, udzielaniu niezbędnej pomocy lekarskiej oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 2) udziela świadczeń zdrowotnych, w zakresie określonym w pkt 1, poszkodowanym w zdarzeniach nadzwyczajnych i katastrofach;
- 3) dokonuje zaopatrzenia medycznego osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz zabezpiecza ich transport do innych zakładów opieki zdrowotnej w razie konieczności leczenia specjalistycznego.

2. Oddział może posiadać w swoich strukturach zespoły ratownictwa medycznego.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 października 2005 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 220, poz. 1901).

§ 3.

1. Oddział lokalizuje się na poziomie wejścia dla pieszych i wjazdu specjalistycznych środków transportu z osobnym wejściem dla pieszych, oddzielnym od trasy wjazdu specjalistycznych środków transportu.
2. Wejście i wjazd do oddziału muszą być zadaszone, obszar wjazdu zamykany i otwierany automatycznie w celu ochrony przed wpływem czynników atmosferycznych, przelotowy dla ruchu specjalistycznych środków transportu oraz wyraźnie oznakowany wzdłuż drogi dojścia i dojazdu.
3. Obszar wjazdu musi zapewniać bezkolizyjny podjazd co najmniej dwóch specjalistycznych środków transportu jednocześnie.
4. Wejście i dojazd do oddziału organizuje się niezależnie od innych wejść i dojazdów do szpitala, przystosowując je również do potrzeb osób niepełnosprawnych.
5. Lokalizacja oddziału musi zapewniać łatwą komunikację z oddziałem anestezjologii i intensywnej opieki, zespołem operacyjnym, obszarem diagnostyki obrazowej oraz węzłem wewnątrzszpitalnej komunikacji pionowej.
6. Oddział powinien posiadać własne, bezkolizyjne trakty komunikacyjne niezależne od ogólnodostępnych traktów szpitalnych.
7. Oddział ma dysponować miejscem do lądowania śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie chorego bez pośrednictwa środków transportu drogowego.
8. W przypadku braku możliwości technicznej realizacji wymagania określonego w ust. 7, dopuszcza się odległość lądowiska dla śmigłowca ratunkowego większą niż określoną w ust. 7, pod warunkiem, że oddział dysponuje środkiem transportu kołowego i czas trwania transportu osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do oddziału nie przekroczy 5 minut.

§ 4.

1. Oddział organizuje się w szpitalu, w którym znajdują się co najmniej oddziały:
 - 1) chirurgii ogólnej z częścią urazową,
 - 2) chorób wewnętrznych,
 - 3) anestezjologii i intensywnej terapii,
 - 4) radiologii i diagnostyki obrazowej

oraz istnieje laboratorium analityczne umożliwiające całodobowe prowadzenie badań diagnostycznych.

2. Oddział musi posiadać powierzchnię wystarczającą dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów wymienionych w § 5. Architektura oddziału musi zapewniać możliwość wykonania badań diagnostycznych, a szczególnie diagnostyki obrazowej przy łóżku pacjenta.

§ 5.

Oddział składa się z następujących obszarów:

- 1) segregacji medycznej i przyjęć;
- 2) resuscytacyjno-zabiegowego;
- 3) krótkotrwałej intensywnej terapii;
- 4) obserwacji;
- 5) konsultacyjnego;
- 6) laboratoryjno-diagnostycznego;
- 7) stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego – w przypadku gdy w strukturę oddziału wchodzi zespół ratownictwa medycznego;
- 8) zaplecza administracyjno-gospodarczego.

§ 6.

1. Obszar segregacji medycznej i przyjęć lokalizuje się bezpośrednio przy wejściu i wjeździe do oddziału w celu zapewnienia:
 - 1) przeprowadzenia wstępnej oceny pacjenta i bezkolizyjnego transportu do innych obszarów oddziału;
 - 2) jednoczesnego przyjęcia i segregacji medycznej co najmniej czterech pacjentów;
 - 3) bliskiego dostępu do poczekalni dla pacjentów i rodzin;
 - 4) warunków niezbędnych dla przeprowadzenia wywiadu od zespołów ratownictwa medycznego oraz od pacjenta i jego rodziny.
2. W obrębie obszaru segregacji medycznej i przyjęć lokalizuje się stanowisko wyposażone w:
 - 1) środki łączności zapewniające łączność pomiędzy centrum powiadamiania ratunkowego, zespołami ratownictwa medycznego, jednostkami lotniczych służb ratowniczych a oddziałem oraz kompleksową łączność wewnątrzszpitalną,

- 2) system bezprzewodowego przywoływania osób.
3. W obrębie obszaru segregacji medycznej i przyjęć lokalizuje się stanowisko rejestratora medycznego, które wyposaża się w sprzęt informatyczny służący do rejestracji i przyjęć pacjentów.
4. W obrębie obszaru segregacji medycznej i przyjęć lokalizuje się stanowisko dekontaminacji.

§ 7.

1. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy składa się z co najmniej dwóch sal resuscytacyjno-zabiegowych oraz sali zabiegowej i sali gipsów.
2. Powierzchnia przeznaczona na jedno stanowisko resuscytacyjno-zabiegowe wynosi co najmniej 20 m².
3. Wyposażenie i urządzenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego musi umożliwiać co najmniej:
 - 1) monitorowanie i podtrzymanie funkcji życiowych;
 - 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowo-mózgowej;
 - 3) wykonanie pełnego zakresu wczesnej diagnostyki i wstępnego leczenia urazów;
 - 4) prowadzenie resuscytacji płynowej;
 - 5) leczenie bólu;
 - 6) wstępne leczenie zatruc;
 - 7) opracowanie chirurgiczne ran i drobnych urazów;
 - 8) wszystkie inne działania ratunkowe w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego u dorosłych i dzieci.
4. Na minimalne wyposażenie w wyroby medyczne jednego stanowiska obszaru resuscytacyjno-zabiegowego składa się:
 - 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną;
 - 2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulenia, mobilny, jeden na dwa stanowiska obszaru;
 - 3) zestaw monitorowania czynności życiowych, w tym co najmniej: EKG, ciśnienia tętniczego i żylnego, pulsoksymetr, kapnograf;
 - 4) respirator z możliwością wykorzystywania go do czynności transportowych – jeden na dwa stanowiska obszaru;
 - 5) defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca;

- 6) pompa infuzyjna;
 - 7) aparat do szybkiego przetaczania płynów;
 - 8) aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych - jeden na dwa stanowiska;
 - 9) strzykawki automatyczne;
 - 10) elektryczne urządzenie do ssania;
 - 11) centralne źródło tlenu, powietrza i próżni w ilości nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru – opcjonalnie centralne źródło podtlenku azotu.
5. Pomieszczenie sali zabiegowej wynosi co najmniej 20 m² oraz jest wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze, umożliwiające wykonanie drobnych zabiegów chirurgicznych u pacjentów.
6. Na wyposażenie sali zabiegowej składa się:
- 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną;
 - 2) aparat do znieczulania z wyposażeniem stanowiska do znieczulenia wraz z zestawem monitorującym;
 - 3) źródło tlenu, powietrza i próżni w ilości nie mniejszej niż po dwa gniazda poboru – opcjonalnie centralne źródło podtlenku azotu;
 - 4) przyłącze energii elektrycznej - nie mniej niż dziesięć gniazd poboru;
 - 5) stanowisko narzędziowe chirurgiczne.
7. Pomieszczenie sali gipsów nie może być mniejsze niż 12 m² i jest wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające zakładanie opatrunków gipsowych. W pomieszczeniu tym musi być dostęp do źródła tlenu, powietrza i próżni – opcjonalnie centralnego źródła podtlenku azotu oraz przestrzeń do umieszczenia stanowiska do znieczulenia z wyposażeniem.
8. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy, niezależnie od wyposażenia wymienionego w ust. 4-7, musi posiadać:
- 1) przyłóżkowy zestaw rtg, opcjonalnie z ramieniem C i torem wizyjnym;
 - 2) analizator parametrów krytycznych;
 - 3) przewoźny ultrasonograf;
 - 4) całodobową dostępność do bronchoskopu, laryngofiberoskopu i gastrofiberoskopu.

§ 8.

1. Do zadań obszaru krótkotrwałej intensywnej terapii należy:
 - 1) monitorowanie funkcji życiowych, zgodnie ze standardem intensywnej terapii;

- 2) kontynuowanie przedłużającej się resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
 - 3) wczesne leczenie zatruc;
 - 4) przygotowanie i stabilizacja pacjentów przed doraźną interwencją chirurgiczną;
 - 5) wstępne leczenie ostrej niewydolności oddechowej, w tym prowadzenie oddechu zastępczego;
 - 6) wstępne leczenie ostrej niewydolności krążeniowej, w tym prowadzenie zewnętrznej stymulacji serca;
 - 7) wstępne leczenie ostrych niewydolności narządowych, w tym terapii nerkozastępczej;
 - 8) resuscytacja płynowa;
 - 9) wstępne leczenie wstrząsu o różnej etiologii.
2. W obszarze krótkotrwałej intensywnej terapii lokalizuje się co najmniej dwa stanowiska intensywnej terapii, które są usytuowane i wyposażone w sposób określony w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.²⁾).

§ 9.

1. Obszar obserwacji zawiera co najmniej cztery stanowiska, o powierzchni minimum 12 m² każde, wyposażone w wyroby medyczne i produkty lecznicze umożliwiające:
 - 1) monitorowanie rytmu serca i toru oddechowego;
 - 2) nieinwazyjne monitorowanie ciśnienia tętniczego krwi;
 - 3) monitorowanie wysycenia tlenowego hemoglobiny;
 - 4) pomiar temperatury powierzchniowej i centralnej;
 - 5) stosowanie biernej tlenoterapii;
 - 6) prowadzenie infuzji dożylnych.

²⁾ 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, Nr 239, poz. 2020, Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 518.

2. Obszar obserwacji musi posiadać ponadto:
 - 1) przenośny zestaw resuscytacyjny z niezależnym źródłem tlenu i respiratorem transportowym;
 - 2) defibrylator półautomatyczny;
 - 3) źródło tlenu, powietrza i próżni z gniazdami poboru przy każdym stanowisku;
 - 4) elektryczne urządzenie do odsysania – jedno na cztery stanowiska obserwacyjne.

§ 10.

1. Obszar konsultacyjny musi posiadać gabinety lub boksy badań lekarskich w ilości niezbędnej do potrzeb. Wskazane jest połączenie gabinetów lub boksów wewnętrznym traktem komunikacyjnym.
2. Wyposażenie obszaru konsultacyjnego w wyroby medyczne i produkty lecznicze musi umożliwiać przeprowadzanie badań lekarskich i konsultacji specjalistycznych.

§ 11.

Obszar laboratoryjno-diagnostyczny musi być wyposażony w wyroby medyczne zapewniające natychmiastowe wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych, diagnostyki obrazowej, w tym badań ultrasonograficznych, a w miarę możliwości szybki dostęp do komputerowego badania tomograficznego przez całą dobę.

§ 12.

Obszar stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego musi zapewniać:

- 1) pomieszczenie na dodatkowe wyroby medyczne i produkty lecznicze;
- 2) system alarmowo-wyjazdowy oraz system łączności wewnątrzszpitalnej;
- 3) zaplecze socjalne dla członków zespołów ratownictwa medycznego;
- 4) magazyn sprzętu dla zabezpieczenia medycznego zdarzeń masowych lub katastrof, zgodnie z planem zabezpieczenia ratunkowego danego obszaru;
- 5) miejsce wyposażone w łatwy dostęp do źródła energii elektrycznej i wody.

§ 13.

W skład osobowy oddziału wchodzi, co najmniej:

- 1) ordynator oddziału i pielęgniarka oddziałowa;

- 2) lekarze w liczbie zabezpieczającej prawidłowe funkcjonowanie oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale w oddziale;
- 3) pielęgniarki i ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału.

§ 14.

Poza wymaganiami określonymi w przepisach rozporządzenia oddział spełnia także odpowiednie dla zakresu jego działania wymagania dotyczące lokalizacji, warunków technicznych i budowlanych określone dla szpitali i oddziałów szpitalnych w przepisach wydanych na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

§ 15.

Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2002 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U Nr 74, poz. 687, z 2004 r. Nr 161, poz. 1686 oraz z 2006 r. Nr 60, poz. 430).

§ 16.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

Uzasadnienie

Stosownie do upoważnienia zawartego w art. 34 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym minister właściwy do spraw zdrowia ma określić szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych, szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych, minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych przy uwzględnieniu konieczności zapewnienia osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.

Szpitalny oddział ratunkowy budowany jest na bazie izby przyjęć szpitala i jako nowa struktura organizacyjna znacznie rozszerza jej zadania. W oddziale ratunkowym przeprowadzane będą procedury ratujące życie, bez względu na przyczyny powstania zagrożenia zarówno u dorosłych jak i dzieci. Profesjonalny personel, dobra organizacja pracy, prawidłowa architektura oddziału i wyposażenie w potrzebny i właściwy sprzęt medyczny spowodują zmniejszenie śmiertelności wśród pacjentów, a szczególnie przyczynią się do zmniejszenia liczby tzw. „zgonów do uniknięcia”.

Wymagania, jakim powinien odpowiadać szpitalny oddział ratunkowy, dotyczą właściwej lokalizacji oddziału, która ma umożliwić realizację zadań, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych ofiarom katastrof i innych zdarzeń o charakterze nagłym. Lokalizacja ta powinna zapewniać właściwy dojazd (łącznie z miejscem do lądowania dla helikopterów) oraz taki system powiązania z innymi oddziałami szpitalnymi, by możliwe było dalsze leczenie i diagnozowanie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Szpitalny oddział ratunkowy musi posiadać strukturę organizacyjną, polegającą na wydzieleniu obszarów, w których będzie udzielana pomoc medyczna w zależności od stanu zdrowia i potrzeb pacjenta. Poszczególne obszary powinny posiadać odpowiedniej wielkości powierzchnie oraz powinny być wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną zapewniającą możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych stosownie do zadań poszczególnych obszarów oddziału.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje regulacja

Wejście w życie przepisów projektowanego rozporządzenia będzie oddziaływać na szpitale.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na sektor finansów publicznych.

3. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na rynek pracy.

4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionów.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

6. Wpływ na ochronę zdrowia ludności

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia będzie mieć pozytywny wpływ na zapewnienie osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez szpitalne oddziały ratunkowe na odpowiednim poziomie.

7. Konsultacje społeczne

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych m.in. z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszeniem Zawodowym Ratowników Medycznych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, KK NSZZ „Solidarność”, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, towarzystwami naukowymi w obszarze medycyny ratunkowej, Wojewódzkimi Centrami Zdrowia Publicznego, Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym oraz Państwową Strażą Pożarną.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia

w sprawie oznakowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Na podstawie art. 38 ust. 3 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:

- 1) wzór graficzny systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „systemem”, będący jego oznaczeniem;
- 2) sposób oznakowania:
 - a) jednostek systemu, centrów powiadamiania ratunkowego i zespołów koordynacji ratownictwa medycznego województwa,
 - b) kierującego, o którym mowa w art. 27 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia ... 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwanej dalej „ustawą”,
 - c) osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe,
 - d) ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2 ustawy;
- 3) wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego.

§ 2.

Wzór graficzny systemu określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 października 2005 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 220, poz. 1901).

§ 3.

Oznakowanie jednostek systemu określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 4.

Oznakowanie centrów powiadamiania ratunkowego określa załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 5.

Oznakowanie zespołu koordynacji ratownictwa medycznego województwa określa załącznik nr 4 do rozporządzenia.

§ 6.

1. Wymagania w zakresie umundurowania:
 - 1) letniego i zimowego członków zespołu ratownictwa medycznego, określa załącznik nr 5 do rozporządzenia,
 - 2) członków lotniczego zespołu ratownictwa medycznego określa załącznik nr 6 do rozporządzenia.
2. Umundurowanie powinno spełniać wymagania bezpieczeństwa dotyczące odzieży chroniącej przed zimnem i ciepłochłonnej oraz posiadać znak bezpieczeństwa CE zgodnie z przepisami o systemie oceny zgodności.

§ 7.

Kierujący posiada żółtą kamizelkę wykonaną z materiału odblaskowego kasy 1 z oznakowaniem na plecach „Kierujący” o wysokości liter co najmniej 15 cm i naszywką z przodu „Kierujący”.

§ 8.

1. Osoby wykonujące medyczne czynności ratunkowe posiadają z przodu naszywki na umundurowaniu z określeniem pełnionej przez nich funkcji oraz napis z tyłu z określeniem pełnionej przez nich funkcji.
2. Przyjmuje się następujące oznakowania funkcji osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe:

- 1) lekarz,
- 2) pielęgniarka/pielęgniarz,
- 3) ratownik medyczny

- napisy koloru czarnego lub granatowego, umieszczone na materiale odblaskowym.

§ 9.

Ratownicy z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2 ustawy, posiadają naszywki na umundurowaniu z:

- 1) napisem „ratownik”;
- 2) określeniem jednostki współpracującej z systemem.

§ 10.

Wymagania określone w § 6 stosuje się do odzieży nabywanej po dniu 1 stycznia 2007 r.

§ 11.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r.

MINISTER ZDROWIA

**Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia**

Załącznik nr 1

Wzór graficzny systemu



Oznakowanie jednostek systemu

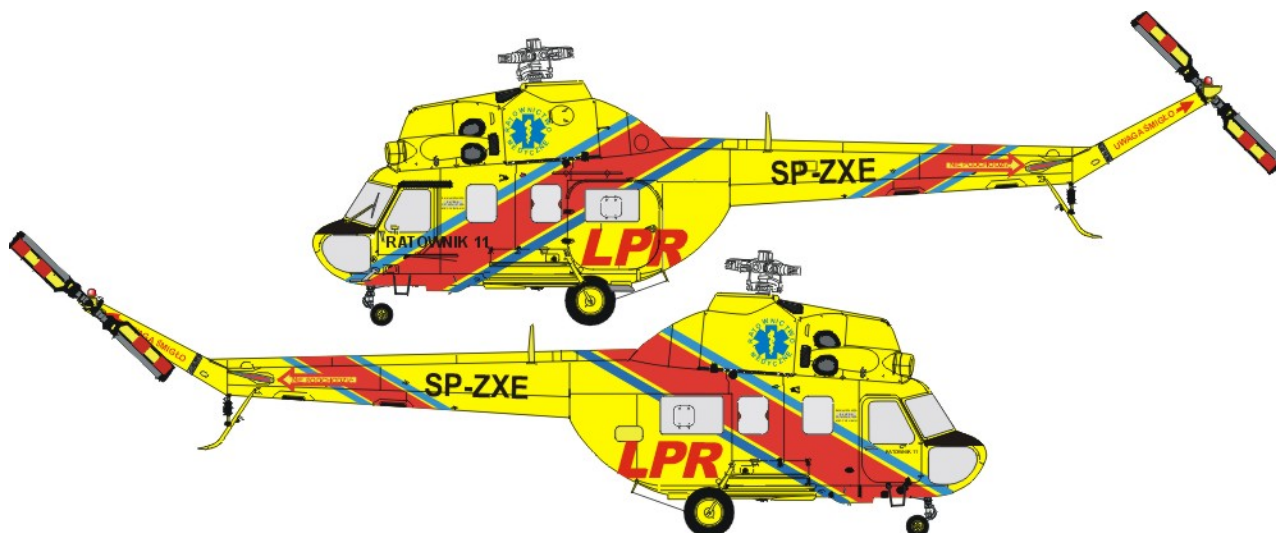
I. Zespół ratownictwa medycznego

1. Zespół ratownictwa medycznego jest oznakowany poprzez umieszczenie na specjalistycznym środku transportu:

- 1) wzoru graficznego systemu na nadwoziu w części tylnej o średnicy minimum 40 cm;
- 2) napisu lustrzanego „ambulans” barwy czerwonej lub granatowej z przodu pojazdu (wysokość liter co najmniej 15 cm);
- 3) pasów odblaskowych:
 - a) poniżej linii okien i powyżej nadkoli o szerokości nie mniejszej niż 10 cm wykonanych z folii odblaskowej typu 3 barwy żółto-zielonej,
 - b) o szerokości nie mniejszej niż 10 cm, wykonanych z folii typu 1 barwy czerwonej (barw samochodowych) lub niebieskiej, wokół dachu oraz bezpośrednio nad pasem fluorescencyjno-odblaskowym barwy żółto-zielonej.

II. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego

Lotniczy zespół ratownictwa medycznego jest oznakowany poprzez oznakowanie statku powietrznego w sposób określony w poniższym wzorze:



III. Szpitalny oddział ratunkowy.

1. Szpitalny oddział ratunkowy jest oznakowany niebieską tablicą, na której białymi literami umieszczony jest napis „SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY” oraz napis w języku angielskim „EMERGENCY” - wysokość znaków nie mniej niż 10 cm, oraz biały krzyż o wymiarach nie mniej niż 20x20 cm.
2. Na znaku drogowym szpitala wprowadza się w przypadku szpitalnych oddziałów ratunkowych opis „SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY” oraz „EMERGENCY”.



Oznakowanie centrum powiadamiania ratunkowego

Centrum powiadamiania ratunkowego jest oznakowane niebieską tablicą o wymiarach 60 cm x 40 cm, na której jest umieszczony biały napis „CENTRUM POWIADAMIANIA RATUNKOWEGO” - wysokość znaków nie mniej niż 10 cm, oraz nr „112” - wysokość znaków nie mniej niż 15 cm.



Oznakowanie zespołu koordynacji ratownictwa medycznego województwa

Zespół koordynacji ratownictwa medycznego województwa oznakowany jest niebieską tablicą o wymiarach 60 cm x 40 cm, na której jest umieszczony biały napis „ZESPÓŁ KOORDYNACJI RATOWNICTWA MEDYCZNEGO WOJEWÓDZTWA (nazwa województwa)” - wysokość znaków nie mniej niż 10 cm.



**ZESPÓŁ
KOORDYNACJI
RATOWNICTWA
MEDYCZNEGO
WOJEWÓDZTWA**

Umundurowanie letnie i zimowe członków zespołu ratownictwa medycznego

1. Umundurowanie letnie:

- 1) koszula/bluza:
 - a) materiał: bawełna/poliester,
 - b) kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
 - c) krótki lub długi rękaw, kołnierzyk z usztywnieniem lub stójka,
 - d) z przodu co najmniej dwie kieszenie, umieszczone symetrycznie po obu stronach, zapinane klapą,
 - e) oznakowania:
 - naszywka na lewym ramieniu z logo PRM,
 - naszywka z funkcją, również w języku angielskim,
 - naszywka z logo jednostki ratownictwa medycznego (opcjonalnie),
 - naszywka umieszczana na rzepie, z nazwiskiem lub identyfikator;
- 2) koszulka z krótkimi rękawami:
 - a) materiał: bawełna 100%,
 - b) kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
 - c) z przodu po lewej stronie w górnej części naszywka lub nadruk z logo PRM;
- 3) spodnie:
 - a) materiał: gabardyna/elanobawełna/100% bawełna,
 - b) kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
 - c) szlufki na szeroki pas, z przodu dwie kieszenie, z tyłu co najmniej jedna kieszeń,
 - d) nogawki: po zewnętrznych stronach na wysokości $\frac{1}{2}$ uda kieszenie zewnętrzne, zapinane z klapą, na kolanach wzmocnienia,
 - e) poniżej uda okrężnie umieszczony pas lub pasy odblaskowe;
- 4) obuwiu (całosezonowe):
 - a) materiał: skóra lub mieszany skóra i tkanina, wodoodporny,
 - b) koloru czarnego lub ciemno brązowego,

- c) wzór: typ trzewiki, wzmocniony nosek, budowa cholewki odpowiednia dla obuwia całosezonowego ponad kostkę, podeszwa typu protektor wykonana z gumy antypoślizgowej, odpornej na działanie substancji chemicznych (oleju);
- 5) kurtka (całosezonowa):
- a) materiał: poliamid typ „oddychający”,
 - b) wymagania: łatwo zmywalny, nie nasiąkający, odporny na rozerwanie – nie mniej niż 312 N, odporny na ścieranie – nie mniej niż 2500 cykli Wyzenbecka’a, nie odbarwiający się, wodoodporny, wiatroszczelny;
 - c) kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
 - d) kaptur, chowany w stójce lub odpinany, umocowany zamkiem błyskawicznym,
 - e) co najmniej dwie kieszenie na wysokości klatki piersiowej umieszczone symetrycznie po obu stronach, zapinane z klapą, w tym jedna kieszeń mieszcząca przenośne radio,
 - f) co najmniej dwie kieszenie dolne umieszczone symetrycznie zapinane, zamkiem błyskawicznym wszytym skośnie,
 - g) ściągacz regulowany (sznurek) umieszczony na kapturze, w pasie i dolnej krawędzi kurtki,
 - h) rękawy odpinane, z regulacją szerokości w nadgarstku, na łokciach naszyte nałokietniki,
 - i) zamek błyskawiczny główny podwójnie rozdzielany,
 - j) zamki błyskawiczne schowane w materiale, ochrona głównego zamka zapinana,
 - k) szwy klejone,
 - l) co najmniej jedna wszyta kieszeń od wewnątrz,
 - m) dodatkowy zamek błyskawiczny wewnętrzny do dopięcia bluzy/podpinki z tkaniny typu polar lub podobnej lub inny sposób mocowania podpinki do kurtki,
 - n) od wewnątrz wykończona podszewką z siatką lub materiałem oddychającym,
 - o) o długości co najmniej do wysokości bioder,
 - p) oznakowania przodu:
 - na prawej kieszeni naszywka z nazwiskiem lub identyfikator,

- na lewej kieszeni logo PRM wykonane na materiale odblaskowym,
- nad prawą górną kieszenią naszywka na materiale odblaskowym z oznakowaniem funkcji, również w języku angielskim,
- w dole (nie mniej niż 5 cm od dolnej krawędzi) pas odblaskowy umieszczony poziomo, przechodzący w pas tylni,
- nad ściągaczem w pasie (nie mniej niż 5 cm od pasa dolnego), pas odblaskowy o szerokości 5 cm, umieszczony poziomo, przechodzący w pas tylni,
- na ramionach pas odblaskowy umieszczony symetrycznie po obu stronach nad łokciem na wysokości 1/3 dolnej ramienia o szerokości 5 cm, umieszczony pod naszywkami z logo,

q) oznakowania tyłu:

- na plecach na wysokości klatki piersiowej naszywka na materiale odblaskowym z logo PRM, litery białe, wypełnione elementem odblaskowym o średnicy 20 cm,
- w dole kurtki dwa pasy odblaskowe o szerokości 5 cm, połączone z pasami przednimi (pas dolny nie mniej niż 5 cm od dolnej krawędzi, pas górny nie mniej niż 5 cm od pasa dolnego);

6) bluza - podpinka do kurtki (całosezonowa):

- a) materiał typu polar o gramaturze nie mniejszej niż 300g/m² lub inny o nie gorszych parametrach,
- b) kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
- c) zamek błyskawiczny umożliwiający połączenie bluzy z kurtką lub mocowanie z kurtką w inny sposób,
- d) co najmniej dwie kieszenie wszyte w kurtkę, zapinane zamkiem błyskawicznym wszytym skośnie,
- e) zalecana jedna kieszeń wewnętrzna zapinana zamkiem błyskawicznym lub zatrzaskiem,
- f) oznakowanie: naszywka z logo PRM, po lewej stronie na wysokości klatki piersiowej wykonana na materiale odblaskowym;

7) czapka:

- a) materiał: bawełna,
- b) kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
- c) naszywka z logo PRM wykonana na materiale odblaskowym;

8) kamizelka:

- a) materiał: poliestr lub siatka,
- b) kolor: jaskrawo-czerwony Pantone 805U 2X,
- c) zapinana, rozmieszczenie i ilość kieszeni dowolna,
- d) oznakowania przód:
 - naszywka wykonana na materiale odblaskowym, po lewej stronie na wysokości klatki piersiowej logo PRM,
 - po prawej stronie na wysokości klatki piersiowej naszywka lub nadruk z oznakowaniem funkcji, również w języku angielskim,
 - w dole co najmniej dwa pasy odblaskowe o szer. 5 cm, przechodzące w pasy tylne (pas dolny min. 5 cm od dolnej krawędzi i górny nie mniej niż 5 cm odstępu od pasa dolnego),
- e) oznakowania tył:
 - naszywka lub nadruk na materiale odblaskowym z logo PRM, litery białe, wypełnione elementem odblaskowym,
 - w dole kamizelki co najmniej dwa pasy o szerokości 5 cm połączone z przednimi pasami (pas górny co najmniej 5 cm od dolnej krawędzi i górny nie mniej niż 5 cm od pasa dolnego).

2. Umundurowanie zimowe:

1) spodnie:

- a) materiał: poliamid typ „oddychający” i o wymaganiach, jak dla kurtki,
- b) kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
- c) do pasa lub na szelkach,
- d) w wypadku spodni na szelkach tył spodni wykonany tak, aby część materiału osłaniała odcinek krzyżowy pleców,
- e) dwie kieszenie wszywane z przodu, co najmniej jedna wszywana z tyłu zamykana zamkiem błyskawicznym lub rzepem,

- f) wzdłuż nogawek po zewnętrznej stronie wszyty zamek błyskawiczny,
 - g) na kolanach naszyte wzmocnienia,
 - h) oznakowania: w 1/3 górnej podudzia okrężnie umieszczony co najmniej jeden pas odblaskowy;
- 2) obuwie jak w sezonie letnim;
- 3) kurtka jak w sezonie letnim z podpinką z tkaniny typu polar lub o podobnych właściwościach;
- 4) czapka:
- a) materiał: poliamid np. polar o gramaturze nie mniejszej niż 300g/m² lub o podobnych właściwościach,
 - b) kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
 - c) naszywka z logo PRM wykonana na materiale odblaskowym;
- 5) rękawice:
- a) materiał:
 - poliamid typ „oddychający”, ze wzmocnieniami wykonanymi ze skóry lub innego materiału o podobnych właściwościach, wymagania jak dla kurtki i spodni,
 - strona wewnętrzna materiał ocieplany np. typu polar o gramaturze nie mniejszej niż 300g/m²,
 - b) kolor: czerwono-czarny.

3. Zestawienie umundurowania:

Lp	element umundurowania	letnie	zimowe	wymagane
1	Koszula/bluza	2	0	tak
2	T-shirt	2	0	opcjonalnie
3	Spodnie	2	1	tak
4	Buty	1		tak
5	Kurtka z podpinką	0	1	tak
6	Kamizelka	1		opcjonalnie
7	Czapka	1	1	opcjonalnie
8	Rękawice	0	1	tak

4. Dla umundurowania letniego i zimowego członków zespołów ratownictwa medycznego dopuszcza się również:
- 1) zastosowanie koloru tkaniny innego niż czerwony Pantone 1788 C2X np. o podwyższonej widzialności oraz łączenie elementów umundurowania w kolorach granatowym i czarnym;
 - 2) umieszczanie dodatkowych kieszeni i innych elementów poprawiających komfort pracy i funkcjonalność umundurowania oraz bezpieczeństwo pracy.

Umundurowanie członków lotniczego zespołu ratownictwa medycznego

1. Kombinezon typu lotniczego, rozpinany w całości na suwak dwukierunkowy, ze stójką:
 - 1) materiał: tkanina typu Nomex lub inna tkanina trudnopalna lub 100% bawełna;
 - 2) kolor czerwony Pantone 1788 C2X;
 - 3) co najmniej dwie kieszenie z przodu i co najmniej jedna kieszeń z tyłu, wszystkie wszywane i zapinane na suwaki lub rzepy;
 - 4) co najmniej jedna kieszeń wewnętrzna;
 - 5) rozcięcia na wysokości kieszeni typowych spodni zamykane suwakiem;
 - 6) w pasie tunel na regulowany ściągacz;
 - 7) wzmocnienia na wysokości pośladków, łokci i kolan oraz wyprofilowanie kolan,
 - 8) na rękawach i nogawkach oraz z przodu i z tyłu kombinezonu pasy odblaskowe o szerokości 5 cm;
 - 9) oznakowania odblaskowe w postaci naszywek:
 - a) na lewym ramieniu z logo PRM,
 - b) z funkcją, również w języku angielskim,
 - c) na prawym ramieniu z logo jednostki ratownictwa medycznego lub herb miasta;
 - d) identyfikator z nazwiskiem.
2. Ubranie zimowe:
 - 1) kurtka:
 - a) wykonana z tkaniny typu Nomex lub innej tkaniny trudnopalnej,
 - b) zapinana na zamek główny wysokiej jakości podwójnie rozdzielany,
 - c) kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
 - d) do wysokości bioder,
 - e) rękawy kurtki odpinane, z regulowanym obwodem mankietów, wzmocnione na łokciach,

- f) kaptur chowany w stójce kołnierza,
- g) od wewnątrz wykończona podszewką z siatką lub materiałem oddychającym,
- h) szwy klejone,
- i) kieszenie zapinane na suwak,
- j) dodatkowy zaczep na rękawice,
- k) od wewnątrz wszyta co najmniej jedna kieszeń zamykana,
- l) podpinka do kurtki - bluza:
 - z tkaniny typu polar o gramaturze nie mniejszej niż 300g/m² lub podobnych właściwościach,
 - kolor czerwony Pantone 1788 C2X,
 - z zamkiem błyskawicznym do łączenia z kurtką,
 - po lewej stronie na wysokości klatki piersiowej logo PRM wykonane na materiale odblaskowym,
- m) oznakowania przodu:
 - naszywka z nazwiskiem,
 - logo PRM wykonane na materiale odblaskowym,
 - naszywka z funkcją na materiale odblaskowym mocowana na rzepie,
 - w dole (minimum 5 cm od dolnej krawędzi) pas odblaskowy umieszczony poziomo, o szerokości 5 cm, przechodzący w pas tylni,
 - nad ściągaczem w pasie (nie mniej niż 5 cm od pasa dolnego), pas odblaskowy o szerokości 5 cm, umieszczony poziomo, przechodzący w pas tylni,
 - na ramionach pas odblaskowy umieszczony symetrycznie po obu stronach nad łokciem na wysokości 1/3 ramienia o szerokości 5 cm, umieszczony pod naszywkami z logo PRM,
- n) oznakowania tyłu:
 - na plecach na wysokości klatki piersiowej naszywka na materiale odblaskowym z logo PRM oraz litery białe, wypełnione elementem odblaskowym o średnicy 20 cm,

- w dole kurtki dwa pasy odblaskowe o szerokości 5 cm połączone z pasami przednimi (pas górny co najmniej 5 cm od dolnej krawędzi i górny nie mniej niż 5 cm od pasa dolnego);

2) spodnie:

- a) wykonane z tkaniny takiej jak kurtka,
- b) krój prosty, bez ściągacza dołem,
- c) karczek pleców podniesiony,
- d) w pasie dodatkowo ściągacz gumowy,
- e) z przodu wszyte szelki wykończone klamrą i regulatorem, bez plastikowych elementów łączących,
- f) z przodu naszyte dwie duże kieszenie zapinane na suwak,
- g) nogawki dołem rozpinane na suwak kryty,
- h) z przodu spodni wszyty suwak kryty (przedłużony rozporek),
- i) na obu nogawkach symetrycznie naszyte kieszenie zapinane na suwak,
- j) od wewnątrz wykończone siatką lub tkaniną oddychającą,
- k) z wzmocnieniem na pośladkach oraz wzmocnieniem i wyprofilowaniem na kolanach,
- l) dołem spodni pas lub pasy odblaskowe o szerokości minimum 5 cm;

3) rękawice:

- a) wykonane z tkaniny trudnopalnej,
- b) wzmocnienia wykonane ze skóry lub innego materiału o podobnych właściwościach,
- c) wymagania jak dla kurtki i spodni,
- d) strona wewnętrzna materiał ocieplany.

3. Dla umundurowania letniego i zimowego członków lotniczego zespołu ratownictwa medycznego dopuszcza się:

- 1) zastosowanie koloru czerwonego innego niż Pantone 1788 C2X, w szczególności o podwyższonej widzialności oraz łączenie elementów umundurowania również w kolorze granatowym i czarnym;

- 2) umieszczanie dodatkowych kieszeni i innych elementów poprawiających komfort pracy i funkcjonalność umundurowania oraz bezpieczeństwo pracy.

Uzasadnienie

Rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 38 ust. 3 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...).

Rozporządzenie określa sposób wzór graficzny systemu, sposób oznakowania jednostek systemu, centrów powiadamiania ratunkowego, zespołów koordynacji ratownictwa medycznego województwa, kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem a także wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego.

Wprowadzenie jednolitego oznakowania umundurowania umożliwi lepszą niż dotychczas identyfikację członków zespołu ratownictwa medycznego, niezależnie od warunków pogodowych i wpłynie na polepszenie bezpieczeństwa pracy zespołów.

Również właściwe oznakowanie ambulansów (folia odbłaskowa klasy 3) przyczyni się do zwiększenia bezpieczeństwa pracy, poprzez poprawę widoczności ambulansu w warunkach używania świateł drogowych (w nocy). Proponowane regulacje wpłyną dodatnio na komfort i bezpieczeństwo pracy członków zespołów ratownictwa medycznego.

Jednolite oznakowanie centrów powiadamiania ratunkowego, zespołów koordynacji ratownictwa medycznego województwa oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych ułatwi zidentyfikowanie placówki odpowiednio: koordynującej lub realizującej medyczne działania ratownicze.

Ocena Skutków Regulacji

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Projekt rozporządzenia dotyczy jednostek systemu, dysponentów jednostek, centrów powiadania ratunkowego i zespołów koordynacji.

2. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

3. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia nie ma wpływu na rynek pracy.

4. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie rozporządzenia nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionów.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

6. Wpływ na ochronę zdrowia ludności

Wejście w życie rozporządzenia nie ma wpływu na ochronę zdrowia ludności.

7. Konsultacje społeczne

Projekt będzie przedmiotem szerokich konsultacji społecznych w szczególności: z Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych, Stowarzyszeniem Zawodowym Ratowników Medycznych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Sekretariatem Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Federacją Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, towarzystwami naukowymi w obszarze medycyny ratunkowej, Wojewódzkimi Centrami Zdrowia Publicznego, Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Państwową Strażą Pożarną.

Projekt zostanie poddany konsultacjom społecznym także poprzez zamieszczenie go na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (Biuletyn Informacji Publicznej).

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.