



Prezes Rady Ministrów

Donald Tusk

Warszawa, dnia /elektroniczny znacznik czasu/

RM-0610-8-25
UD43

Pan Szymon HOŁOWNIA
Marszałek Sejmu

Szanowny Panie Marszałku,

na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przedstawiam Sejmowi
projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz
niektórych innych ustaw.

Do prezentowania stanowiska Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych został
upoważniony Minister Zdrowia.

Z poważaniem
Donald Tusk
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

Do wiadomości:
wnioskodawca

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3:

a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) lekarz systemu:

- a) lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo lekarza po drugim roku specjalizacji w jednej z tych dziedzin, który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, lub
- b) lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie intensywnej terapii albo lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, lub
- c) lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, neurologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, który ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1, lub
- d) lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i jest w trakcie tego szkolenia specjalizacyjnego oraz ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1, lub

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawę z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, ustawę z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, ustawę z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, ustawę z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych oraz ustawę z dnia 12 lipca 2024 r. – Prawo komunikacji elektronicznej.

- e) lekarza po drugim roku specjalizacji w dziedzinie neurologii, który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie i ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1, lub
 - f) lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii ogólnej i uzyskał potwierdzenie zakończenia danego szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287 i 1897), albo uzyskał decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 pkt 1 albo ust. 9 tej ustawy, jednak nie dłużej niż przez 5 lat od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od dnia uzyskania decyzji, oraz ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1;”,
- b) po pkt 3 dodaje się pkt 3a i 3b w brzmieniu:
- „3a) lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego – lekarza, który realizuje program danego szkolenia specjalizacyjnego albo uzyskał potwierdzenie zakończenia danego szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, albo uzyskał decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 pkt 1 albo ust. 9 tej ustawy, jednak nie dłużej niż przez 5 lat od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od dnia uzyskania decyzji;
 - 3b) lekarz po drugim roku specjalizacji – lekarza, który co najmniej od 2 lat odbywa szkolenie specjalizacyjne i uzyskał od kierownika specjalizacji potwierdzenie, że posiada wiedzę i umiejętności umożliwiające wykonywanie zadań lekarza systemu;”,
- c) pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:
- „6) pielęgniarz systemu:
 - a) pielęgniarzkę posiadającą tytuł specjalisty lub będącą w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
 - b) pielęgniarzkę posiadającą tytuł specjalisty lub będącą w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2, lub

- c) pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego lub pediatricznego oraz co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć lub w zespole ratownictwa medycznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2, lub
 - d) pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2;
- 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 z wykorzystaniem wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, zestawu zabiegowego i systemu w rozumieniu odpowiednio art. 2 pkt 1, 2, 10 i 11 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.²⁾) oraz produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;”,
- d) w pkt 9 po wyrazach „określone w ustawie” dodaje się przecinek i wyrazy „wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1”,
 - e) po pkt 9 dodaje się pkt 9a w brzmieniu:
„9a) jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – jednostkę organizacyjną szpitala udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1;”,

²⁾ Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 117 z 03.05.2019, str. 9, Dz. Urz. UE L 334 z 27.12.2019, str. 165, Dz. Urz. UE L 130 z 24.04.2020, str. 18, Dz. Urz. UE L 241 z 08.07.2021, str. 7, Dz. Urz. UE L 70 z 08.03.2023, str. 1, Dz. Urz. UE L 80 z 20.03.2023, str. 24, Dz. Urz. UE L 2023/2197 z 20.10.2023, Dz. Urz. UE L 2024/568 z 14.02.2024 oraz Dz. Urz. UE L 2024/1860 z 09.07.2024.

- f) w pkt 11 po wyrazach „określone w ustawie” dodaje się przecinek i wyrazy „wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1”,
- g) w pkt 11a po wyrazach „określone w ustawie” dodaje się przecinek i wyrazy „wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1”,
- h) pkt 15 otrzymuje brzmienie:
 - „15) System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego – system, na który składają się:
 - a) system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego oraz
 - b) Podsystem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego umożliwiający w warstwie telekomunikacyjnej łączności głosowej obsługę zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, współpracę na potrzeby systemu z systemami łączności radiowej funkcjonującymi w województwach, zapewniający rejestrowanie i przechowywanie nagrań rozmów oraz korespondencji radiowej.”;
- 2) w art. 5 w ust. 2 po wyrazach „zagrożenia zdrowotnego” dodaje się wyrazy „albo ochrony lub ratowania własnego życia lub zdrowia”;
- 3) w art. 13:
 - a) w ust. 1 pkt 3 otrzymuje brzmienie:
 - „3) posiadająca ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zwanego dalej „kursem”, i uzyskaniu tytułu ratownika lub posiadająca ważne zaświadczenie, o którym mowa w art. 16c ust. 1 lub art. 16h ust. 1;”;

- b) ust. 1a otrzymuje brzmienie:
- „1a. Ratownik posiadający kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego, lekarza systemu lub pielęgniarki systemu, realizujący doskonalenie zawodowe, posiada uprawnienia do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy bez obowiązku ukończenia kursu lub obowiązku ukończenia szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, o którym mowa w art. 16a ust. 1 lub art. 16f ust. 1.”;
- 4) w art. 15:
- a) w ust. 1a pkt 1–3 otrzymują brzmienie:
- „1) zapewniają gotowość do działań ratowniczych w czasie nieprzekraczającym 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego;
- 2) dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości do działań ratowniczych, o której mowa w pkt 1;
- 3) dysponują wyposażeniem i środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości do działań ratowniczych, o której mowa w pkt 1, oraz wyposażeniem niezbędnym do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy.”;
- b) po ust. 1a dodaje się ust. 1b w brzmieniu:
- „1b. W przypadku jednostki, o której mowa w ust. 1 pkt 3–7 i 9, posiadającej jednostki organizacyjne:
- 1) wpisowi do rejestru jednostek współpracujących z systemem podlegają jej poszczególne jednostki organizacyjne;
- 2) warunki wymienione w ust. 1a stosuje się do każdej jednostki organizacyjnej odrębnie.”;
- 5) w art. 16 uchyla się ust. 2;
- 6) po art. 16 dodaje się art. 16a–16j w brzmieniu:
- „Art. 16a. 1. Szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy na potrzeby szkolenia policjantów, funkcjonariuszy, strażaków i pracowników służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwane dalej „szkoleniem KPP MSWiA”, lub egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia przeprowadzają jednostka organizacyjna, jednostka szkoleniowa, ośrodek lub centrum szkolenia lub kształcenia służb podległych lub

nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub inny podmiot wybrany przez te służby, zwane dalej „podmiotami szkolącymi”, które:

- 1) realizują program szkolenia KPP MSWiA;
- 2) zapewniają kadre dydaktyczną posiadającą odpowiednie kwalifikacje niezbędne do prowadzenia szkolenia KPP MSWiA lub przeprowadzenia egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia;
- 3) zapewniają bazę dydaktyczną niezbędną do przeprowadzenia szkolenia KPP MSWiA lub przeprowadzenia egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 13 ust. 8, w tym do szkolenia praktycznego;
- 4) prowadzą dokumentację związaną z organizacją i przebiegiem szkolenia KPP MSWiA lub egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia, w szczególności regulaminy organizacyjne szkolenia KPP MSWiA, protokoły postępowania kwalifikacyjnego oraz protokoły przebiegu egzaminów;
- 5) prowadzą ewidencję wydanych zaświadczeń o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika lub zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje ratownika.

2. Programy szkoleń KPP MSWiA opracowują koordynatorzy szkoleń, o których mowa w ust. 5, na podstawie ramowego programu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 8, z uwzględnieniem specyfiki zadań realizowanych przez Policję, Państwową Straż Pożarną, Straż Graniczną albo Służbę Ochrony Państwa.

3. Programy szkoleń KPP MSWiA zatwierdza minister właściwy do spraw wewnętrznych.

4. Minister właściwy do spraw wewnętrznych powołuje koordynatora szkolenia KPP MSWiA, który w jego imieniu sprawuje nadzór nad realizacją i jakością szkolenia KPP MSWiA.

5. Komendant Główny Policji, Komendant Główny Państwowej Straży Pożarnej, Komendant Główny Straży Granicznej oraz Komendant Służby Ochrony Państwa powołują koordynatorów szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy dla każdej ze służb, zwanych dalej „koordynatorami szkolenia KPP służby”, którzy w ich imieniu sprawują nadzór nad realizacją i jakością szkolenia KPP MSWiA w tych służbach.

6. Komendant Centralnego Biura Śledczego Policji, komendanci wojewódzcy, powiatowi (miejscy) lub rejonowi Policji, Komendant-Rektor Akademii Policji w Szczytnie, komendanci szkół policyjnych, komendanci wojewódzcy, powiatowi (miejscy) Państwowej Straży Pożarnej, Rektor-Komendant Akademii Pożarniczej, komendanci szkół Państwowej Straży Pożarnej, komendanci oddziałów, placówek i dywizjonów Straży Granicznej, Rektor-Komendant Wyższej Szkoły Straży Granicznej, komendanci ośrodków szkolenia oraz ośrodków Straży Granicznej mogą powoływać koordynatorów szkolenia kwalifikowanej pierwszej pomocy w jednostkach sobie podległych, zwanych dalej „koordynatorami szkolenia w jednostkach”, którzy w ich imieniu sprawują nadzór nad realizacją i jakością szkolenia KPP MSWiA w tych jednostkach.

7. Koordynator szkolenia KPP MSWiA:

- 1) dokonuje oceny jakości prowadzonych szkoleń KPP MSWiA i egzaminów, o których mowa w art. 16b ust. 1;
- 2) opiniuje kandydatów na koordynatorów szkolenia KPP służby i koordynatorów szkolenia w jednostkach;
- 3) zatwierdza przedkładane przez koordynatorów szkolenia KPP służby roczne sprawozdania z realizacji szkoleń KPP MSWiA lub przeprowadzanych egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń;
- 4) sporządza coroczne sprawozdanie za rok poprzedni z organizacji szkoleń KPP MSWiA lub przeprowadzanych egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń i przedstawia je ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych w terminie do dnia 31 marca;
- 5) opracowuje i aktualizuje materiały i pomoce szkoleniowe zgodnie z wytycznymi krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych działających w dziedzinie ratownictwa medycznego;
- 6) współpracuje z krajowymi i międzynarodowymi towarzystwami naukowymi działającymi w obszarze ratownictwa medycznego i medycyny ratunkowej;
- 7) wydaje wytyczne i zalecenia dotyczące organizacji i przebiegu szkolenia KPP MSWiA.

8. Koordynator szkolenia KPP służby:

- 1) rekomenduje członków komisji egzaminacyjnych;
- 2) przewodniczy komisji egzaminacyjnej;

- 3) analizuje oceny jakości szkoleń KPP MSWiA przeprowadzanych przez koordynatorów szkolenia w jednostkach;
- 4) współpracuje z koordynatorem szkolenia KPP MSWiA w zakresie aktualizacji materiałów i pomocy szkoleniowych;
- 5) nadzoruje działania koordynatorów szkolenia w jednostkach.

9. Koordynator szkolenia w jednostce w Centralnym Biurze Śledczym Policji, komendzie wojewódzkiej Policji, Akademii Policji w Szczytnie, w szkołach Policji, w komendach wojewódzkich Państwowej Straży Pożarnej, Akademii Pożarniczej, szkołach Państwowej Straży Pożarnej, w oddziałach, placówkach i dywizjonach Straży Granicznej, Wyższej Szkole Straży Granicznej, ośrodkach szkolenia oraz ośrodkach Straży Granicznej:

- 1) odpowiada za organizację i przebieg szkoleń KPP MSWiA lub przeprowadzanych egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń;
- 2) przygotowuje roczny terminarz szkoleń KPP MSWiA i egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń oraz przedkłada go do zatwierdzenia koordynatorowi szkolenia KPP służby w terminie do końca stycznia, nie później jednak niż do początku pierwszego przeprowadzonego szkolenia KPP MSWiA;
- 3) dokonuje oceny jakości prowadzonych szkoleń KPP MSWiA lub przeprowadzanych egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń;
- 4) przedkłada koordynatorowi szkolenia KPP służby, w terminie do dnia 31 stycznia za rok poprzedni, roczne sprawozdanie dotyczące realizacji szkoleń KPP MSWiA i oceny jakości tych szkoleń oraz wyniki ewaluacji szkoleń KPP MSWiA.

10. Koordynatorzy szkolenia w jednostkach powołani odpowiednio przez komendantów powiatowych, miejskich lub rejonowych zgodnie z ust. 6:

- 1) odpowiadają za organizację i przebieg szkoleń KPP MSWiA;
- 2) organizują i prowadzą doskonalenie zawodowe w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- 3) przedstawiają koordynatorowi szkolenia w jednostce w komendzie wojewódzkiej, w terminie do dnia 31 stycznia za rok poprzedni, roczne sprawozdanie dotyczące realizacji szkoleń KPP MSWiA oraz egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkoleń KPP MSWiA i oceny jakości tych szkoleń organizowanych przez podmioty szkolące.

11. Koordynatorem szkolenia KPP MSWiA, koordynatorem szkolenia KPP służby lub koordynatorem szkolenia w jednostkach może być lekarz, pielęgniarka lub ratownik medyczny, którzy:

- 1) posiadają tytuł zawodowy magistra lub równorzędny albo tytuł zawodowy licencjata lub równorzędny;
- 2) posiadają co najmniej 3-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, lub 5-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu medycznego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w służbach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 3) posiadają aktualną wiedzę i umiejętności z zakresu objętego programem szkolenia KPP MSWiA;
- 4) realizują obowiązek odpowiednio doskonalenia zawodowego, aktualizacji wiedzy albo ustawicznego rozwoju zawodowego.

12. Szkolenia KPP MSWiA podlegają ocenie jakości co najmniej raz w roku na podstawie następujących kryteriów:

- 1) zgodności prowadzonego szkolenia z zatwierdzonym programem szkolenia KPP MSWiA;
- 2) spełnienia przez podmiot szkolący wymagań w zakresie kadry i bazy dydaktycznej;
- 3) wykorzystania przez podmiot szkolący kadry i bazy dydaktycznej;
- 4) dostępności w podmiocie szkolącym aktualnych materiałów i pomocy szkoleniowych.

Art. 16b. 1. Szkolenie KPP MSWiA kończy się egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia.

2. Egzamin, o którym mowa w ust. 1, jest przeprowadzany przez komisję egzaminacyjną powoływaną przez kierownika podmiotu szkolącego, składającą się z 3 osób:

- 1) przewodniczącego komisji egzaminacyjnej, którym jest koordynator szkolenia KPP służby albo wskazany przez niego:
 - a) koordynator szkolenia w jednostce albo
 - b) osoba będąca lekarzem systemu, pielęgniarką systemu albo ratownikiem medycznym, która posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu

świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;

- 2) konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej właściwego ze względu na siedzibę podmiotu szkolącego albo wskazanej przez niego osoby będącej lekarzem systemu, pielęgniarką systemu albo ratownikiem medycznym, która posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 3) przedstawiciela podmiotu szkolącego, którym jest lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny albo ratownik, wskazanego przez kierownika podmiotu szkolącego.

3. Do składu komisji egzaminacyjnej nie może być powołana osoba, która jest małżonkiem, krewnym albo powinowatym do drugiego stopnia włącznie osoby, która zdaje egzamin, o którym mowa w ust. 1.

4. Egzamin, o którym mowa w ust. 1, składa się z dwóch części: egzaminu teoretycznego i egzaminu praktycznego, przy czym każda część egzaminu jest oceniana oddzielnie.

5. Do egzaminu, o którym mowa w ust. 1, może przystąpić policjant, funkcjonariusz, strażak i pracownik służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, który:

- 1) odbył szkolenie KPP MSWiA i uzyskał pozytywny wynik ze wszystkich zajęć teoretycznych i praktycznych – w przypadku osoby, która nie posiada ważnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważnego zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika, albo
- 2) posiada ważne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważne zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje ratownika – w przypadku osoby, która potwierdza te kwalifikacje.

6. W trakcie egzaminu teoretycznego jest zabronione:

- 1) wynoszenie karty testowej z sali egzaminacyjnej oraz kopiowanie, spisywanie lub fotografowanie pytań zawartych w karcie testowej;
- 2) posiadanie urządzeń służących do przekazu lub odbioru informacji;
- 3) korzystanie z pomocy innej osoby.

7. Przewodniczący wyklucza z egzaminu teoretycznego osobę, która postąpiła wbrew zakazowi, o którym mowa w ust. 6. Informację o wykluczeniu osoby z egzaminu zamieszcza się w protokole z egzaminu.

8. Pozytywny wynik egzaminu teoretycznego stanowi warunek konieczny dopuszczenia do egzaminu praktycznego.

9. W przypadku gdy osoba, o której mowa w ust. 5, nie zaliczy całości egzaminu lub jego części albo nie przystąpi do części egzaminu, może ona przystąpić do egzaminu lub jego części w następnym terminie, nie więcej jednak niż 2 razy w okresie 12 miesięcy od dnia egzaminu. Po upływie tego okresu osoba ta jest obowiązana powtórzyć szkolenie KPP MSWiA w całości.

10. W przypadku dwukrotnego niezaliczenia egzaminu, o którym mowa w ust. 1, przez osobę, o której mowa w ust. 5 pkt 2, zaświadczenie, o którym mowa w art. 16c ust. 1, traci ważność. Okoliczność dwukrotnego niezaliczenia egzaminu jest odnotowywana w protokole z egzaminu, a fakt utraty ważności zaświadczenia jest odnotowywany w ewidencji wydanych zaświadczeń. O utracie ważności zaświadczenia kierownik podmiotu szkolącego zawiadamia niezwłocznie komendanta jednostki kierującej na szkolenie, w której ta osoba pełni służbę, lub pracodawcę, u którego ta osoba jest zatrudniona. Utrata ważności zaświadczenia następuje z dniem niezaliczenia egzaminu.

11. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w prowadzeniu szkoleń KPP MSWiA, ustalonych na podstawie kryteriów, o których mowa w art. 16a ust. 12, koordynator szkolenia KPP MSWiA może wstrzymać prowadzenie tego szkolenia i przekazać odpowiednio do: Komendanta Głównego Policji, Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, Komendanta Głównego Straży Granicznej albo Komendanta Służby Ochrony Państwa informacje o wstrzymaniu prowadzonego szkolenia wraz z zaleceniami dotyczącymi usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

12. Do czasu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości podmiot szkolący nie może prowadzić szkolenia KPP MSWiA lub przeprowadzać egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia. Nie wstrzymuje się prowadzenia szkolenia KPP MSWiA w przypadku możliwości usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości bez szkody dla jakości szkolenia.

13. Po usunięciu nieprawidłowości kierownik podmiotu szkolącego po uzyskaniu zgody koordynatora szkolenia KPP MSWiA może wznowić szkolenie lub przeprowadzić egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia, pisemnie informując odpowiednio: Komendanta Głównego Policji, Komendanta Głównego

Państwowej Straży Pożarnej, Komendanta Głównego Straży Granicznej albo Komendanta Służby Ochrony Państwa.

14. Osoby uczestniczące w szkoleniu KPP MSWiA lub egzaminie z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia, prowadzonych w podmiotach szkolących, w stosunku do których wstrzymano prowadzenie tego szkolenia lub egzaminu, odbywają to szkolenie lub zdają ten egzamin ponownie od początku, niezależnie od etapu, na którym to szkolenie lub egzamin zostały wstrzymane.

Art. 16c. 1. Ukończenie szkolenia KPP MSWiA i zdanie egzaminu, o którym mowa w art. 16b ust. 1, jest potwierdzane wydawanym przez kierownika podmiotu szkolącego zaświadczeniem o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika. Zdanie egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA jest potwierdzane wydawanym przez kierownika podmiotu szkolącego zaświadczeniem potwierdzającym kwalifikacje ratownika. Zaświadczenia są wydawane w terminie miesiąca od dnia zdania egzaminu i są ważne przez okres 3 lat od dnia ich wydania.

2. Zaświadczenia, o których mowa w ust. 1, zawierają następujące dane:

- 1) oznaczenie podmiotu szkolącego;
- 2) datę i miejsce wydania zaświadczenia;
- 3) numer zaświadczenia;
- 4) nazwę ukończonego szkolenia KPP MSWiA – w przypadku jego odbywania;
- 5) dane osoby, która ukończyła szkolenie KPP MSWiA i zdała egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA, albo osoby, która zdała egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - c) stopień służbowy – jeżeli posiada;
- 6) datę ukończenia szkolenia KPP MSWiA – w przypadku jego odbywania;
- 7) zakres umiejętności potwierdzonych egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA;
- 8) datę zdania egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA;

- 9) okres ważności zaświadczenia;
- 10) imię (imiona) i nazwisko oraz podpis kierownika podmiotu szkolącego;
- 11) imiona i nazwiska oraz podpisy członków komisji egzaminacyjnej.

Art. 16d. Ratownik pełniący służbę albo wykonujący zadania zawodowe w służbach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych ma obowiązek aktualizacji wiedzy i umiejętności ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Art. 16e. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie KPP MSWiA – mając na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu zdobywanej wiedzy i umiejętności;
- 2) sposób przeprowadzania oraz organizację egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA – mając na celu uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności;
- 3) wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika – mając na celu zapewnienie przejrzystości dokumentowania potwierdzenia uzyskania tych kwalifikacji;
- 4) formy i sposób aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy – mając na celu właściwą realizację zadań ratownika na zajmowanym stanowisku służbowym lub jego zadań zawodowych.

Art. 16f. 1. Szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej, zwane dalej „szkoleniem KPP MON”, lub egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia przeprowadzają jednostki organizacyjne podległe Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowane, które:

- 1) realizują program szkolenia KPP MON opracowany na podstawie ramowego programu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 8;
- 2) zapewniają kadrę dydaktyczną posiadającą odpowiednie kwalifikacje niezbędne do prowadzenia szkolenia KPP MON lub przeprowadzania egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia;

- 3) zapewniają bazę dydaktyczną niezbędną do przeprowadzenia szkolenia KPP MON, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 13 ust. 8, w tym do prowadzenia zajęć praktycznych, lub przeprowadzenia egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia;
- 4) prowadzą dokumentację związaną z organizacją i przebiegiem szkolenia KPP MON lub egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia, w szczególności regulaminy organizacyjne kształcenia, protokoły postępowania kwalifikacyjnego oraz protokoły przebiegu egzaminów;
- 5) prowadzą ewidencję wydanych zaświadczeń o ukończeniu szkolenia KPP MON i uzyskaniu tytułu ratownika lub zaświadczeń potwierdzających kwalifikacje ratownika.

2. Minister Obrony Narodowej może zlecić w trybie, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799 i 1897 oraz z 2025 r. poz. 129) albo art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2024 r. poz. 534), prowadzenie szkolenia KPP MON lub przeprowadzenie egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia dla żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej jednostkom przez siebie nadzorowanym.

3. Program szkolenia KPP MON opracowuje jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 1, prowadząca szkolenie KPP MON.

4. Jednostka organizacyjna, o której mowa w ust. 1, prowadząca szkolenie KPP MON jest obowiązana, przed jego rozpoczęciem, uzyskać zatwierdzenie programu szkolenia przez koordynatora, o którym mowa w ust. 5.

5. Minister Obrony Narodowej powołuje koordynatora szkolenia, który w jego imieniu sprawuje nadzór nad realizacją i jakością szkolenia KPP MON oraz egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia, zwanego dalej „koordynatorem szkolenia KPP MON”.

6. Koordynatorem szkolenia KPP MON może być lekarz, pielęgniarka lub ratownik medyczny, którzy:

- 1) posiadają tytuł zawodowy magistra lub równorzędny albo tytuł zawodowy licencjata lub równorzędny;
- 2) posiadają co najmniej 3-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, lub 5-letnie doświadczenie

w wykonywaniu zawodu medycznego w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych;

- 3) posiadają aktualną wiedzę i umiejętności z zakresu objętego programem szkolenia KPP MON;
- 4) realizują obowiązek odpowiednio doskonalenia zawodowego, aktualizacji wiedzy albo ustawicznego rozwoju zawodowego.

7. Koordynator szkolenia KPP MON:

- 1) dokonuje nie rzadziej niż raz na kwartał oceny jakości prowadzonych szkoleń KPP MON lub przeprowadzanych egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń, w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w ust. 1;
- 2) dokonuje analizy spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, i rekomenduje Ministrowi Obrony Narodowej prowadzenie szkoleń KPP MON lub przeprowadzanie egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń przez jednostki spełniające te wymagania;
- 3) zatwierdza programy szkoleń KPP MON opracowane przez jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 1;
- 4) analizuje i zatwierdza roczne sprawozdania z realizacji szkoleń KPP MON oraz przeprowadzonych egzaminów z wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń, sporządzane przez jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 1;
- 5) współpracuje z kierownikiem komórki organizacyjnej Ministerstwa Obrony Narodowej właściwej do spraw zdrowia w zakresie opracowywania i opiniowania projektów aktów prawnych, instrukcji, wytycznych i innych systemowych regulacji związanych z organizacją i prowadzeniem szkoleń KPP MON oraz przeprowadzania egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń, w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w ust. 1;
- 6) opracowuje projekty koncepcji rozwoju specjalności wojskowej ratownik z uwzględnieniem aktualnych potrzeb Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej i wniosków z realizacji szkolenia KPP MON, w uzgodnieniu z kierownikiem komórki organizacyjnej Ministerstwa Obrony Narodowej właściwej do spraw zdrowia;
- 7) sporządza roczne sprawozdanie z realizacji szkoleń KPP MON w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w ust. 1, i przedstawia je Ministrowi Obrony Narodowej za pośrednictwem kierownika komórki organizacyjnej Ministerstwa Obrony Narodowej właściwej do spraw zdrowia;

- 8) wydaje wytyczne i zalecenia dotyczące organizacji i przebiegu szkoleń KPP MON oraz przeprowadzania egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń, w tym dotyczące ewaluacji tych szkoleń i egzaminów, w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w ust. 1, w uzgodnieniu z kierownikiem komórki organizacyjnej Ministerstwa Obrony Narodowej właściwej do spraw zdrowia;
- 9) opracowuje i aktualizuje materiały i pomoce szkoleniowe w zakresie szkolenia KPP MON w oparciu o wytyczne i zalecenia krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych w dziedzinie ratownictwa medycznego i medycyny ratunkowej;
- 10) organizuje odprawy, konferencje, seminaria w zakresie organizacji i przebiegu szkoleń KPP MON, przeprowadzania egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń oraz aktualizacji wiedzy i umiejętności praktycznych ratowników w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych.

8. Koordynator szkolenia KPP MON może powołać komisję, która wraz z nim dokona oceny jakości, o której mowa w ust. 7 pkt 1, w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w ust. 1.

9. Ocena jakości, o której mowa w ust. 7 pkt 1, odbywa się na podstawie następujących kryteriów:

- 1) zgodności prowadzonych szkoleń z zatwierdzonym programem szkolenia KPP MON;
- 2) spełniania przez jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 1, wymagań w zakresie kadry i bazy dydaktycznej;
- 3) optymalnego wykorzystania przez jednostki organizacyjne, o których mowa w ust. 1, kadry i bazy dydaktycznej;
- 4) dostępności w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w ust. 1, aktualnych materiałów i pomocy szkoleniowych;
- 5) prawidłowości przeprowadzania egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MON.

Art. 16g. 1. Szkolenie KPP MON kończy się egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia.

2. Egzamin, o którym mowa w ust. 1, jest przeprowadzany przez komisję egzaminacyjną powoływaną przez kierownika jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 16f ust. 1, składającą się z 3 osób:

- 1) przewodniczącego komisji egzaminacyjnej, którym jest kierownik jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 16f ust. 1, albo wskazany przez niego lekarz, pielęgniarka albo ratownik medyczny;
- 2) dwóch członków komisji egzaminacyjnej, którymi są:
 - a) konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej właściwy ze względu na siedzibę jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 16f ust. 1, albo wskazana przez niego osoba będąca lekarzem systemu, pielęgniarką systemu albo ratownikiem medycznym, która posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, albo konsultant wojskowej służby zdrowia w dziedzinie medycyny ratunkowej albo wskazana przez niego osoba będąca lekarzem systemu, pielęgniarką systemu albo ratownikiem medycznym, która posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1,
 - b) przedstawiciel jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 16f ust. 1, którym jest lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny albo ratownik, wskazany przez kierownika jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 16f ust. 1.

3. Do składu komisji egzaminacyjnej nie może być powołana osoba, która jest małżonkiem, krewnym albo powinowatym do drugiego stopnia włącznie osoby, która zdaje egzamin, o którym mowa w ust. 1.

4. Egzamin, o którym mowa w ust. 1, składa się z dwóch części: egzaminu teoretycznego i egzaminu praktycznego, przy czym każda część egzaminu jest oceniana oddzielnie.

5. Do egzaminu, o którym mowa w ust. 1, może przystąpić osoba, która:

- 1) odbyła szkolenie KPP MON i uzyskała pozytywny wynik ze wszystkich zajęć teoretycznych i praktycznych – w przypadku osoby, która nie posiada ważnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MON i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważnego zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika, albo

- 2) posiada ważne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia KPP MON i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważne zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje ratownika – w przypadku osoby, która potwierdza te kwalifikacje.

6. W trakcie egzaminu teoretycznego jest zabronione:

- 1) wnoszenie karty testowej z sali egzaminacyjnej oraz kopiowanie, spisywanie lub fotografowanie pytań zawartych w karcie testowej;
- 2) posiadanie urządzeń służących do przekazu lub odbioru informacji;
- 3) korzystanie z pomocy innej osoby.

7. Przewodniczący wyklucza z egzaminu teoretycznego osobę, która postąpiła wbrew zakazowi, o którym mowa w ust. 6. Informację o wykluczeniu osoby z egzaminu zamieszcza się w protokole z egzaminu.

8. Pozytywny wynik egzaminu teoretycznego stanowi warunek konieczny dopuszczenia do egzaminu praktycznego.

9. W przypadku gdy osoba, o której mowa w ust. 5, nie zaliczy całości egzaminu lub jego części albo nie przystąpi do części egzaminu, może ona przystąpić do egzaminu lub jego części w następnym terminie, nie więcej jednak niż raz w okresie 6 miesięcy od dnia egzaminu. Po upływie tego okresu osoba ta jest obowiązana powtórzyć szkolenie KPP MON w całości.

10. W przypadku dwukrotnego niezaliczenia egzaminu, o którym mowa w ust. 1, przez osobę, o której mowa w ust. 5 pkt 2, zaświadczenie, o którym mowa w art. 16h ust. 1, traci ważność. Okoliczność dwukrotnego niezaliczenia egzaminu jest odnotowywana w protokole z egzaminu, a fakt utraty ważności zaświadczenia jest odnotowywany w ewidencji wydanych zaświadczeń. O utracie ważności zaświadczenia kierownik jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 16f ust. 1, zawiadamia niezwłocznie kierownika jednostki kierującej na szkolenie, w której ta osoba pełni służbę, lub pracodawcę, u którego ta osoba jest zatrudniona. Utrata ważności zaświadczenia następuje z dniem niezaliczenia egzaminu.

11. W przypadku stwierdzenia, w ramach oceny jakości, o której mowa w art. 16f ust. 7 pkt 1, nieprawidłowości w prowadzeniu szkoleń KPP MON lub w przeprowadzaniu egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń, prowadzonych przez jednostki organizacyjne, o których mowa w art. 16f ust. 1, koordynator szkolenia KPP MON może wstrzymać jego prowadzenie lub przerwać

egzamin i przekazać kierownikowi danej jednostki organizacyjnej zalecenia dotyczące usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości.

12. Do czasu usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości jednostka organizacyjna, o której mowa w art. 16f ust. 1, nie może prowadzić szkolenia KPP MON lub przeprowadzać egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia. Nie wstrzymuje się prowadzenia szkolenia KPP MON lub egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia w przypadku możliwości usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości bez szkody dla jakości szkolenia KPP MON.

13. Zgody na wznowienie prowadzenia szkolenia KPP MON lub przeprowadzania egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia w jednostce organizacyjnej, o której mowa w art. 16f ust. 1, po ponownej ocenie, udziela koordynator szkolenia KPP MON.

14. O wstrzymaniu prowadzenia szkolenia KPP MON lub egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia lub o podjęciu decyzji, o której mowa w ust. 13, koordynator szkolenia KPP MON informuje Ministra Obrony Narodowej.

15. Osoby uczestniczące w szkoleniu KPP MON lub egzaminie z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia, prowadzonych w jednostkach organizacyjnych, o których mowa w art. 16f ust. 1, w stosunku do których wstrzymano prowadzenie tego szkolenia lub egzaminu, odbywają to szkolenie lub zdają ten egzamin ponownie od początku, niezależnie od etapu, na którym to szkolenie lub egzamin zostały wstrzymane.

Art. 16h. 1. Ukończenie szkolenia KPP MON i zdanie egzaminu, o którym mowa w art. 16g ust. 1, jest potwierdzane wydawanym przez kierownika jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 16f ust. 1, zaświadczeniem o ukończeniu szkolenia KPP MON i uzyskaniu tytułu ratownika. Zdanie egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MON jest potwierdzane wydawanym przez kierownika jednostki organizacyjnej, o której mowa w art. 16f ust. 1, zaświadczeniem potwierdzającym kwalifikacje ratownika. Zaświadczenia są wydawane w terminie miesiąca od dnia zdania egzaminu i są ważne przez okres 3 lat od dnia ich wydania.

2. Zaświadczenia, o których mowa w ust. 1, zawierają następujące dane:

- 1) oznaczenie jednostki organizacyjnej podległej Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanej prowadzącej szkolenie KPP MON lub przeprowadzającej egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia;
- 2) datę i miejsce wydania zaświadczenia;
- 3) numer zaświadczenia;
- 4) nazwę ukończonego szkolenia KPP MON – w przypadku jego odbywania;
- 5) dane osoby, która ukończyła szkolenie KPP MON i zdała egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MON, albo osoby, która zdała egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia:
 - a) imię (imiona) i nazwisko,
 - b) numer PESEL, a w przypadku jego braku – serię i numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość,
 - c) stopień wojskowy – jeżeli posiada;
- 6) termin odbywania szkolenia KPP MON – w przypadku jego odbywania;
- 7) datę zdania egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MON;
- 8) zakres umiejętności potwierdzonych egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MON;
- 9) okres ważności zaświadczenia;
- 10) imię (imiona) i nazwisko, stopień wojskowy, jeżeli posiada, oraz podpis kierownika jednostki organizacyjnej podległej Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanej prowadzącej szkolenia KPP MON lub przeprowadzającej egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia;
- 11) imiona i nazwiska, stopnie wojskowe, jeżeli posiadają, oraz podpisy członków komisji egzaminacyjnej.

Art. 16i. Ratownik pełniący służbę albo wykonujący zadania zawodowe w jednostce organizacyjnej podległej Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanej ma obowiązek aktualizacji wiedzy i umiejętności ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Art. 16j. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie KPP MON – mając na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu wyszkolenia ratowników;

- 2) sposób przeprowadzania oraz organizację egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MON – mając na celu uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności;
 - 3) wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MON i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika – mając na celu zapewnienie przejrzystości dokumentowania potwierdzenia uzyskania tych kwalifikacji;
 - 4) formy i sposoby aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy – mając na celu właściwą realizację zadań ratownika na zajmowanym stanowisku służbowym lub jego zadań zawodowych.”;
- 7) w art. 17:
- a) ust. 1 i 1a otrzymują brzmienie:

„1. Wojewoda prowadzi rejestr jednostek współpracujących z systemem, zwany dalej „rejestrem”. Rejestr jest prowadzony w systemie teleinformatycznym.

1a. Wpisu do rejestru prowadzonego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce stacjonowania jednostek, o których mowa w art. 15 ust. 1:

 - 1) pkt 1 i 2, dokonuje właściwy komendant wojewódzki Państwowej Straży Pożarnej lub osoba przez niego upoważniona;
 - 2) pkt 8, dokonuje dyrektor Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa lub osoba przez niego upoważniona.”,
 - b) po ust. 1a dodaje się ust. 1b w brzmieniu:

„1b. Jednostki, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9, są wpisywane do rejestru przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce stacjonowania tych jednostek na ich wniosek.”,
 - c) ust. 2 i 2a otrzymują brzmienie:

„2. W przypadku jednostek, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 1, 2 i 8, dane, o których mowa w ust. 3, są wprowadzane do rejestru w postaci elektronicznej i zatwierdzane za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego albo podpisu zaufanego.

2a. W przypadku jednostek, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9, osoba upoważniona do reprezentowania danej jednostki składa wniosek o wpis do rejestru do wojewody właściwego ze względu na miejsce jej stacjonowania w systemie teleinformatycznym, o którym mowa w ust. 1, i zatwierdza go za pomocą

kwalifikowanego podpisu elektronicznego albo podpisu zaufanego. Wniosek zawiera dane, o których mowa w ust. 3.”,

d) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Rejestr obejmuje następujące dane dotyczące jednostki współpracującej z systemem lub jednostki organizacyjnej jednostki współpracującej z systemem:

- 1) nazwę, REGON, NIP i adres;
- 2) teren działania;
- 3) liczbę ratowników;
- 4) wykaz wyposażenia niezbędnego do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- 5) maksymalny czas osiągnięcia gotowości do działań ratowniczych, licząc od chwili przekazania powiadomienia o zdarzeniu;
- 6) numery telefonów kontaktowych;
- 7) wskazanie rodzaju wykonywanych działań ratowniczych;
- 8) współrzędne geograficzne;
- 9) czas pozostawania w gotowości do działań ratowniczych w ciągu doby i w ciągu roku.”,

e) w ust. 4 po wyrazach „obowiązana niezwłocznie” dodaje się przecinek oraz wyrazy „jednak nie później niż w terminie 7 dni od dnia zaistnienia zmiany,”,

f) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. W przypadku jednostek, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9, lub ich jednostek organizacyjnych wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej:

- 1) wpisuje jednostkę do rejestru, jeżeli dana jednostka spełnia wymagania, o których mowa w art. 15 ust. 1a;
- 2) odmawia jednostce wpisu do rejestru, jeżeli jednostka ta nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a;
- 3) wykreśla z rejestru jednostkę, jeżeli jednostka ta:
 - a) nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a,
 - b) nie wykona w terminie obowiązku, o którym mowa w ust. 4.”,

g) po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Decyzja, o której mowa w ust. 5 pkt 1, podlega natychmiastowemu wykonaniu.”,

h) ust. 6a otrzymuje brzmienie:

„6a. Wojewoda zawiadamia ministra właściwego do spraw wewnętrznych o wydaniu decyzji, o których mowa w ust. 5, w stosunku do jednostek, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 5 i 6.”,

i) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Administratorem systemu teleinformatycznego, w którym jest prowadzony rejestr, jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.”;

8) w art. 19 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Minister właściwy do spraw zdrowia do realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1, oraz wojewoda do realizacji zadań, o których mowa w ust. 2, wykorzystują System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwany dalej „SWD PRM”.”;

9) w art. 20:

a) w ust. 1:

– pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek pod względem medycznym oraz zgodności z prawem,”;

– dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

„5) może przeprowadzać kontrolę dyspozytorni medycznych pod względem medycznym oraz zgodności z prawem.”;

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a–1d w brzmieniu:

„1a. Do kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 4, stosuje się przepisy działu VI ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisy wydane na podstawie art. 122 ust. 6 tej ustawy.

1b. Do kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 5, stosuje się przepisy art. 5 ust. 1 i 2, art. 9, art. 13 oraz rozdziału 2, 4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 224).

1c. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 5, minister właściwy do spraw zdrowia jest uprawniony do:

- 1) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta;
- 2) oceny dokumentacji dyspozytorni medycznej prowadzonej w SWD PRM;

- 3) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym dyspozytorni medycznej w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

1d. Czynności wymienione w ust. 1c mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny.”;

10) w art. 21:

a) w ust. 2a wyrazy „30 marca” zastępuje się wyrazami „31 marca”,

b) w ust. 3:

– pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia:

a) zespołów ratownictwa medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia określonymi w art. 24 oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, przyjmując, że:

- na każde rozpoczęte 10 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2, przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1,
- na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców w województwie przypada nie więcej niż jedna motocyklowa jednostka ratownicza, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 3, a czas działania tej jednostki mieści się w okresie od dnia 1 maja do dnia 30 września w roku kalendarzowym i nie przekracza 12 godzin w ciągu jednej doby,

b) szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar, na którym zamieszkuje nie więcej niż 200 tys. mieszkańców oraz którego wielkość pozwala dotrzeć zespołowi ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut,

c) centrów urazowych, kierując się kryterium określonym w art. 39b pkt 1,

d) centrów urazowych dla dzieci, kierując się kryterium określonym w art. 39f pkt 1,

- e) jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”,
 - po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:
„2a) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa miejsc stacjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;”,
 - w pkt 9 wyrazy „jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponenta zespołów ratownictwa medycznego” zastępuje się wyrazami „dyspozytorni medycznych”;
 - c) uchyla się ust. 4,
 - d) w ust. 5 w pkt 1 skreśla się wyrazy „oraz ust. 4”;
 - e) w ust. 7 po wyrazach „samorządu terytorialnego” dodaje się wyrazy „z wyłączeniem elementów planu, o których mowa w ust. 3 pkt 6–9, pkt 10 lit. a tiret pierwsze i trzecie”;
 - f) w ust. 8 skreśla się wyrazy „oraz do zaplanowania środków finansowych, o których mowa w art. 46”;
 - g) po ust. 8 dodaje się ust. 8a w brzmieniu:
„8a. Do aktualizacji planu obejmującej wyłącznie zmianę nazwy jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, która jest już wpisana do planu, przepisów ust. 5–8 nie stosuje się.”;
 - h) w ust. 10 uchyla się pkt 2;
- 11) w art. 21a ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1, ogłasza się niezwłocznie w Biuletynie Informacji Publicznej wojewody oraz właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wojewoda przekazuje harmonogram wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego, dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyspozytorni medycznej i dysponentom zespołów ratownictwa medycznego działającym w województwie.”;

12) w art. 22 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:

„2. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, o której mowa w ust. 1.”;

13) po art. 22 dodaje się art. 22a w brzmieniu:

„Art. 22a. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie później niż na 7 dni przed dniem zawarcia umowy na zadania zespołów ratownictwa medycznego lub przed dniem zmiany tej umowy przekazuje wojewodzie aktualizację danych dotyczących zespołów ratownictwa medycznego włączonych do systemu, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 21 ust. 17.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o stwierdzonych nieprawidłowościach związanych z realizacją umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty lecznicze, w których skład wchodzi jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o rozwiązaniu umowy, o której mowa w ust. 2, w terminie 7 dni od dnia jej rozwiązania. Wojewoda następnie dokonuje aktualizacji planu.”;

14) w art. 23a:

a) w ust. 2:

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) nazwę, adres siedziby, numer księgi rejestrowej i kod określający formę organizacyjno-prawną podmiotu leczniczego ustalony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w którego strukturze działa szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”;

– po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

„3a) numer telefonu i adres poczty elektronicznej podmiotu leczniczego, w którego strukturze działa szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala

wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”,

- w pkt 4 skreśla się wyrazy „na terenie województwa”,
- uchyla się pkt 5,
- w pkt 6 skreśla się wyrazy „na terenie województwa”,
- pkt 7 otrzymuje brzmienie:
 - „7) numer telefonu i adres poczty elektronicznej, dla których zapewniono całodobowy odbiór połączeń i wiadomości przez szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostkę organizacyjną szpitala wyspecjalizowaną w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”,
- po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:
 - „7a) lokalizację i czas funkcjonowania lotniska lub lądowiska wpisanego do instrukcji operacyjnej dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia;”,
- uchyla się pkt 8,
- pkt 10–12 otrzymują brzmienie:
 - „10) identyfikator terytorialny gminy, miejscowości lub dzielnicy oraz współrzędne geograficzne lokalizacji szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
 - 11) nazwę własną szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
 - 12) kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego ustalony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – w przypadku szpitalnego oddziału ratunkowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie

udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”,

- po pkt 12 dodaje się pkt 12a w brzmieniu:

„12a) niepowtarzalny kod identyfikujący komórkę organizacyjną zakładu leczniczego podmiotu leczniczego w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego ustalony zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – w przypadku szpitalnego oddziału ratunkowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”,

- w pkt 13 po wyrazach „zgodnie z art. 47” dodaje się wyrazy „oraz numery tych umów, ich rodzaj i zakres”,

- b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia z podmiotami leczniczymi posiadającymi szpitalne oddziały ratunkowe, centra urazowe, centra urazowe dla dzieci lub jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub od dnia jej zmiany, przekazuje wojewodzie dane, o których mowa w ust. 2 pkt 3–4, 6, 7 i 10–13.”,

- c) po ust. 3 dodaje się ust. 3a i 3b w brzmieniu:

„3a. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wygaśnięcia lub rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ust. 3, przekazuje wojewodzie informację o wygaśnięciu lub rozwiązaniu tej umowy.

3b. Wojewoda niezwłocznie, nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania danych i informacji, o których mowa w ust. 3 i 3a, dokonuje właściwych wpisów, zmian lub wykreśleń w ewidencji, o której mowa w ust. 1.”;

- 15) w art. 24 w ust. 1 uchyla się pkt 2;

- 16) w art. 24a:

- a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) nadzoruje SWD PRM;”,

- b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Wojewodowie i dysponenti zespołów ratownictwa medycznego są obowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa z Podsystemem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego.”,

- c) dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

„9. Zadania, o których mowa w ust. 7 i 8, minister właściwy do spraw zdrowia może powierzyć dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

17) w art. 24c:

- a) w ust. 2 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1) wydaje i cofa upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM osobom, które zawarły z urzędem obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną, oraz w zakresie określonym zgodnie z pkt 2 konsultantom krajowym, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2024 r. poz. 69 i 1897);

2) określa zakres danych, które mogą być udostępniane podmiotom, o których mowa w art. 24e ust. 3 pkt 3 i 3a oraz w art. 39, a także sposób ich udostępniania;”,

- b) w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) wydają i cofają upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM osobom, które zawarły z urzędem wojewódzkim umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną, oraz w zakresie określonym zgodnie z ust. 2 pkt 2 konsultantom wojewódzkim, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia;”,

- c) w ust. 5 w pkt 1 po wyrazach „dla pracowników” dodaje się wyrazy „oraz osób, z którymi została zawarta umowa cywilnoprawna”;

18) w art. 24e:

- a) w ust. 3:

– po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) sądowi, prokuraturze, Policji i Rzecznikowi Praw Pacjenta;”,

- pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) konsultantom krajowym i wojewódzkim, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, w zakresie niezbędnym do realizacji przez nich zadań, o których mowa w art. 10 tej ustawy;”,
- po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

„3a) organom samorządu zawodowego w ramach postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej;”,
- pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) w postaci zanonimizowanej podmiotom, o których mowa w art. 39, w zakresie określonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia zgodnie z art. 24c ust. 2 pkt 2.”,
- b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a i 3b w brzmieniu:

„3a. Udostępnienie danych, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, 7 i 8, podmiotom, o których mowa w ust. 3 pkt 2–4, odbywa się na uzasadniony wniosek tych podmiotów, zawierający określony cel przetwarzania udostępnionych danych, przy zachowaniu bezpieczeństwa i integralności udostępnianych danych.

3b. Narodowy Fundusz Zdrowia wykorzystuje dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, 7 i 8, do monitorowania i kontroli wykonania umów zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.”;
- 19) w art. 24f:
 - a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W ramach Podsystemu Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego zapewnia się rejestrowanie nagrań rozmów oraz korespondencji radiowej prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, z wykorzystaniem dostępnych form łączności, i ich przechowywanie przez okres 20 lat, licząc od dnia dokonania nagrania.”,
 - b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:

„1a. Nagrania, o których mowa w ust. 1, mogą zostać udostępnione przez:

- 1) właściwego dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, w zakresie rozmów i korespondencji radiowej prowadzonych przez zespoły ratownictwa medycznego z dyspozytorem medycznym oraz wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego,
 - 2) właściwego wojewodę, w zakresie rozmów i korespondencji radiowej prowadzonych przez dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego,
 - 3) dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w zakresie rozmów i korespondencji radiowej:
 - a) o których mowa w pkt 1 i 2,
 - b) prowadzonych przez krajowego koordynatora ratownictwa medycznego – podmiotom, o których mowa w art. 24b ust. 2.”,
 - c) w ust. 2 po wyrazach „o których mowa w ust. 1” dodaje się wyrazy „i 4”,
 - d) dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. W przypadku awarii Podsystemu Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego wojewoda zapewnia rejestrowanie nagrań rozmów i korespondencji radiowej prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i przechowywanie tych nagrań przez okres 20 lat, licząc od dnia dokonania nagrania.

5. Wojewoda niszczy nagrania, o których mowa w ust. 4, po upływie terminu, o którym mowa w tym przepisie.”;
- 20) w art. 25a ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. W województwach liczących powyżej:
- 1) 3 mln mieszkańców wojewoda może utworzyć i prowadzić jedną dodatkową dyspozytornię medyczną;
 - 2) 4 mln mieszkańców wojewoda może utworzyć i prowadzić dwie dodatkowe dyspozytornie medyczne.”;
- 21) w art. 25b:
- a) w ust. 2 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) ukończyła co najmniej studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co

najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca łącznie co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie realizacji zadań na stanowisku:

- a) dyspozytora medycznego,
 - b) zastępcy głównego dyspozytora medycznego,
 - c) głównego dyspozytora medycznego,
 - d) zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej;”,
- b) w ust. 3 w pkt 5 kropkę na końcu zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

„6) współpraca z psychologiem, o którym mowa w art. 26a ust. 1.”;

22) uchyla się art. 25c;

23) w art. 26:

- a) w ust. 1b po wyrazach „w ust. 1,” dodaje się wyrazy „pracowników zatrudnionych w Centrum Operacyjnym, o którym mowa w art. 26d,”
- b) po ust. 1b dodaje się ust. 1c w brzmieniu:

„1c. Osoba, z którą zawarto umowę na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, jest obowiązana przed rozpoczęciem realizacji tych zadań przedstawić podmiotowi, z którym zawarła tę umowę, zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na tym stanowisku.”

- c) w ust. 2 w pkt 3 wyrazy „3-letnie” zastępuje się wyrazem „roczne”;

24) w art. 26a w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) posiada co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe w:

- a) interwencji kryzysowej lub pracy polegającej na udzielaniu wsparcia osobom wykonującym zawód medyczny lub
- b) pracy w Policji, wojsku lub w Państwowej Straży Pożarnej na stanowisku psychologa.”;

25) w art. 26b:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Stroną umowy o pracę zawartej z:

- 1) dyspozytorem medycznym, o którym mowa w art. 26 ust. 1:

- a) pkt 1, jest dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia,

- b) pkt 2, jest urząd wojewódzki;
- 2) psychologiem, o którym mowa w art. 26a ust. 1, jest urząd wojewódzki.”;
- b) uchyla się ust. 2;
- 26) po art. 26c dodaje się art. 26d i art. 26e w brzmieniu:

„Art. 26d. 1. U dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia działa Centrum Operacyjne, które jest komórką organizacyjną tego podmiotu.

2. W Centrum Operacyjnym zadania wykonują dyspozytorzy medyczni, o których mowa w art. 26 ust. 1 pkt 1, oraz dyspozytorzy lotniczy, którzy spełniają wymagania określone w art. 94 ust. 6 pkt 5 oraz art. 96 ust. 1 i ust. 2 pkt 11 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz. U. z 2023 r. poz. 2110, z 2024 r. poz. 731 i 1222 oraz z 2025 r. poz. 31), w zakresie niezbędnym do realizacji celów statutowych dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, z tym że:

- 1) dyspozytor medyczny, o którym mowa w art. 26 ust. 1 pkt 1 – dysponuje lotnicze zespoły ratownictwa medycznego i lotnicze zespoły transportu sanitarnego oraz koordynuje realizację ich zadań;
- 2) dyspozytor lotniczy – wykonuje zadania związane z koordynacją i zapewnieniem realizacji zadań przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły transportu sanitarnego zgodnie z ustawą z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze i przepisami prawa międzynarodowego, a także współpracuje z dyspozytorem medycznym w zakresie realizacji jego zadań, które nie wymagają wiedzy medycznej, w tym przez dysponowanie statków powietrznych.

Art. 26e. 1. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego zapewnia członkom zespołów ratownictwa medycznego dostęp do wsparcia psychologicznego udzielanego przez psychologa spełniającego wymagania, o których mowa w art. 26a ust. 2.

2. Wsparcie psychologiczne udzielane członkom zespołów ratownictwa medycznego ma na celu:

- 1) zapobieganie konsekwencjom zdrowotnym stresu zawodowego;
- 2) zwiększenie efektywności realizacji zadań przez członków zespołów ratownictwa medycznego.

3. Zadania psychologa w ramach wsparcia psychologicznego udzielanego członkom zespołów ratownictwa medycznego obejmują:

- 1) prewencję skutków stresorów zawodowych;
- 2) poradnictwo i pomoc psychologiczną w zakresie problemów psychologicznych wpływających na dobrostan psychiczny członków zespołów ratownictwa medycznego;
- 3) interwencje psychologiczne w sytuacjach kryzysowych.

4. Zadania, o których mowa w ust. 3, są podejmowane przez psychologa w sytuacjach:

- 1) zgłoszenia przez członka zespołu ratownictwa medycznego problemów psychicznych, mogących wpływać na poziom jego funkcjonowania psychicznego;
- 2) zaobserwowanych albo zgłoszonych przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego trudności członków tych zespołów w pracy zespołowej lub indywidualnej;
- 3) stwierdzenia u członka zespołu ratownictwa medycznego symptomów świadczących o trudnościach psychicznych.

5. Zadania, o których mowa w ust. 3, są realizowane wyłącznie za zgodą członka zespołu ratownictwa medycznego, z zachowaniem zasad etyki zawodowej psychologa.

6. Psycholog udzielający wsparcia psychicznego członkom zespołów ratownictwa medycznego opracowuje i przekazuje dysponentowi zespołów ratownictwa medycznego, do dnia 31 marca, raport roczny za rok poprzedni z realizacji zadań, o których mowa w ust. 3, obejmujący wskazanie liczby i rodzaju zrealizowanych zadań oraz liczby osób, wobec których te zadania zostały zrealizowane.”;

27) w art. 27:

- a) w ust. 1 w pkt 8 kropkę na końcu zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 9 w brzmieniu:

„9) współpraca oraz wymiana informacji z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 1.”,

- b) w ust. 1a skreśla się wyrazy „(Dz. U. z 2024 r. poz. 799 i 1897)”,
- c) w ust. 3 uchyla się pkt 1;

28) w art. 27a w ust. 2 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) całodobowe monitorowanie przebiegu zdarzeń obsługiwanych przez dyspozytorów medycznych oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym zdarzeń, których skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, oraz współpraca i wspomaganie realizacji zadań przez krajowego koordynatora

ratownictwa medycznego oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego;”;

29) w art. 27b w ust. 18 w pkt 1 wyrazy „lub wskazanego przez niego lekarza systemu” zastępuje się wyrazami „albo wskazaną przez niego osobę będącą lekarzem systemu, pielęgniarką systemu albo ratownikiem medycznym”;

30) w art. 29:

- a) uchyla się ust. 3,
- b) w ust. 5 uchyla się pkt 2,
- c) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:

„6a. Osoba, z którą zawarto umowę na wykonywanie zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, jest obowiązana przed rozpoczęciem realizacji tych zadań przedstawić wojewodzie zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na tym stanowisku.”;

31) w art. 31:

- a) w ust. 1 w pkt 3 skreśla się wyrazy „pkt 1 i 3”,
- b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Do obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz do oceny dokumentacji medycznej, w ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 2, jest uprawniona wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny. Obserwowanie czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych prowadzi się w sposób nienaruszający praw pacjenta.”;

32) w art. 32:

- a) w ust. 1 w pkt 2 po wyrazach „lotnicze zespoły ratownictwa” dodaje się wyrazy „medycznego oraz motocyklowe jednostki ratownicze”,
- b) w ust. 3 po wyrazach „lotniczych zespołów ratownictwa medycznego” dodaje się wyrazy „oraz motocyklowych jednostek ratowniczych”;

33) w art. 36:

- a) w ust. 1:
 - pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zespoły podstawowe:

- a) dwuosobowe, w których skład wchodzi dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym,

- b) trzyosobowe, w których skład wchodzi trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym;”,
- dodaje się pkt 3 w brzmieniu:
 - „3) motocyklowe jednostki ratownicze, w których skład wchodzi co najmniej jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będąca lekarzem systemu, pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym.”,
- b) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:
 - „6. Kierownikiem motocyklowej jednostki ratowniczej, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest osoba wskazana przez dysponenta tej jednostki, będąca lekarzem systemu, pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym.”;
- 34) po art. 38 dodaje się art. 38a i art. 38b w brzmieniu:
 - „Art. 38a. 1. Lekarze, o których mowa w art. 3 pkt 3 lit. c–f, są obowiązani do ukończenia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
 - 2. Pielęgniarki, o których mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–d, są obowiązane do ukończenia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
 - 3. Kursy, o których mowa w ust. 1 i 2, zwane dalej „kursami stanów nagłych”, prowadzą:
 - 1) uczelnie publiczne, które prowadzą kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu lekarza lub zawodu pielęgniarki,
 - 2) dysponenci jednostek systemu,
 - 3) Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, zwane dalej „CMKP”
 - na podstawie programów kursów stanów nagłych.
 - 4. Programy kursów stanów nagłych obejmują:
 - 1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj i cel kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania efektów uczenia;
 - 2) plan nauczania;
 - 3) efekty kształcenia;
 - 4) wskazówki metodyczne;
 - 5) standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej;

6) warunki ukończenia kursu stanów nagłych.

5. Programy kursów stanów nagłych są opracowywane przez zespoły ekspertów na podstawie zakresu problematyki kursów stanów nagłych.

6. Zespoły ekspertów powołuje dyrektor CMKP spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym i dorobkiem naukowym w dziedzinie właściwej dla programu kursu stanów nagłych.

7. Programy kursów stanów nagłych opracowane przez zespoły ekspertów dyrektor CMKP redaguje i przedstawia do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

8. Dyrektor CMKP podaje do publicznej wiadomości zatwierdzone programy kursów stanów nagłych przez ich publikację na stronie internetowej CMKP.

9. Warunkiem ukończenia kursu stanów nagłych jest uczestnictwo w kursie i zaliczenie egzaminu z wynikiem pozytywnym obejmującego zagadnienia z programu tego kursu.

10. Ukończenie kursu stanów nagłych jest potwierdzone przez podmiot prowadzący dany kurs zaświadczeniem.

11. Zaświadczenie, o którym mowa w ust. 10, zawiera następujące dane:

- 1) imię (imiona) i nazwisko uczestnika kursu stanów nagłych;
- 2) numer PESEL uczestnika kursu stanów nagłych, a w przypadku braku numeru PESEL – cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz państwo wydania;
- 3) numer zaświadczenia;
- 4) zakres problematyki kursu stanów nagłych;
- 5) nazwę i siedzibę podmiotu prowadzącego kurs stanów nagłych;
- 6) termin realizacji kursu stanów nagłych;
- 7) informację o zakończeniu kursu egzaminem z wynikiem pozytywnym;
- 8) podpis z podaniem imienia i nazwiska osoby reprezentującej podmiot prowadzący kurs stanów nagłych.

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

- 1) zakres problematyki kursów stanów nagłych, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do wykonywania określonych świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza systemu lub pielęgniarkę systemu;

- 2) wzór zaświadczenia potwierdzającego odbycie kursu stanów nagłych, mając na celu konieczność zachowania przejrzystości dokumentowania ukończenia tego kursu oraz potrzebę ujednolicenia zasad weryfikacji wiedzy i umiejętności zdobytych podczas kursu stanów nagłych.

13. Dysponent jednostki jest obowiązany do zweryfikowania na podstawie zaświadczenia o ukończeniu kursu stanów nagłych, czy obowiązek, o którym mowa w ust. 1 i 2, został zrealizowany.

14. Koszty kursów stanów nagłych ponosi odpowiednio lekarz, o którym mowa w ust. 1, lub pielęgniarka, o której mowa w ust. 2, lub dysponent jednostki, u którego ten lekarz lub ta pielęgniarka wykonuje zawód, lub podmiot prowadzący kurs. Koszty tych kursów mogą być również pokrywane w ramach dofinansowania pochodzącego ze środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, 1572, 1717, 1756 i 1907 oraz z 2025 r. poz. 39).

Art. 38b. 1. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego jest obowiązany przeprowadzić przeszkolenie, nie rzadziej niż raz na 5 lat, wszystkich członków zespołu ratownictwa medycznego w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych.

2. Przeszkolenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje co najmniej:

- 1) podstawy prawne związane z samoobroną, w tym omówienie granicy obrony koniecznej oraz stosowania przymusu bezpośredniego;
- 2) stosowanie zasad i technik samoobrony w sytuacji zagrożenia oraz stosowanie przymusu bezpośredniego;
- 3) stosowanie technik deeskalacyjnych mających na celu zmniejszenie intensywności agresywnych zachowań oraz zapobieganie eskalacji konfliktów.

3. Przeszkolenie, o którym mowa w ust. 1:

- 1) obejmuje zajęcia teoretyczne i praktyczne, z uwzględnieniem co najmniej elementów, o których mowa w ust. 2;
- 2) trwa nie krócej niż 8 godzin dydaktycznych, przy czym godzina dydaktyczna trwa 45 minut.

4. Przeszkolenie, o którym mowa w ust. 1, jest finansowane przez wojewodę właściwego ze względu na siedzibę dysponenta.

5. Przeszkolenie, o którym mowa w ust. 1, może być również finansowane albo dofinansowywane:

- 1) przez dysponenta;
 - 2) przez jednostki samorządu terytorialnego;
 - 3) przez organizatora przeszkolenia;
 - 4) w ramach dofinansowania ze środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.”;
- 35) w art. 39b w pkt 1 po wyrazach „pozwalający na dotarcie” dodaje się wyrazy „zespołu ratownictwa medycznego”;
- 36) w art. 39f w pkt 1 po wyrazach „pozwalający na dotarcie” dodaje się wyrazy „zespołu ratownictwa medycznego”;
- 37) art. 45a otrzymuje brzmienie:
- „Art. 45a. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od czasu przybycia zespołu do szpitala, zarejestrowanego w SWD PRM.”;
- 38) po art. 45a dodaje się art. 45b–45d w brzmieniu:
- „Art. 45b. 1. Odmowa przyjęcia przez szpital osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego od jednostek systemu albo niewykonanie decyzji, o których mowa w art. 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.
2. Informacja o odmowie przyjęcia przez szpital osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego od jednostek systemu albo o niewykonaniu decyzji, o których mowa w art. 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, jest przekazywana przez dysponenta jednostki albo odpowiednio przez krajowego koordynatora ratownictwa medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni od dnia udzielenia tej odmowy albo niewykonania decyzji.
- Art. 45c. 1. W przypadku zgonu pacjenta w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki pacjenta przewozi się do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego zakładu medycyny sądowej albo prosektorium szpitala.
2. W przypadku martwego urodzenia dziecka w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki martwo urodzonego dziecka

przewozi się do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

3. Przewozu zwłok pacjenta albo martwo urodzonego dziecka dokonuje się specjalistycznym środkiem transportu, w którym nastąpił zgon albo martwe urodzenie.

4. Przewozu zwłok pacjenta albo martwo urodzonego dziecka oraz ich przyjęcia odpowiednio do zakładu medycyny sądowej, prosektorium szpitala, szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego dokonuje się niezwłocznie.

5. Podmiot, o którym mowa w ust. 1 i 2, jest obowiązany przyjąć zwłoki pacjenta albo martwo urodzonego dziecka i wykonać czynności, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 2 i ust. 4 oraz art. 28a ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a także w przepisach wydanych na podstawie art. 28 ust. 7 tej ustawy. Przepisy art. 28 ust. 3, 5 i 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stosuje się odpowiednio.

Art. 45d. Przepisów art. 44–45c nie stosuje się do motocyklowych jednostek ratowniczych.”;

39) w art. 46 uchyla się ust. 2a–4;

40) uchyla się art. 49.

Art. 2. W ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576) w art. 11:

1) w ust. 1 w pkt 2 wyrazy „w art. 41” zastępuje się wyrazami „w art. 40 ust. 1”;

2) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Osoby wymienione w ust. 1 i 2 stwierdzają zgon i jego przyczyny, a następnie wypełniają wydawaną w tym celu kartę zgonu. Karta zgonu jest wydawana w jednym egzemplarzu:

1) podmiotom, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 3;

2) zakładowi medycyny sądowej albo prosektorium szpitala – w przypadku, o którym mowa w art. 45c ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”;

3) po ust. 4b dodaje się ust. 4ba–4bc w brzmieniu:

„4ba. W przypadku, o którym mowa w art. 45c ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

- 1) kierownik zespołu ratownictwa medycznego wydaje kartę zgonu zakładowi medycyny sądowej albo prosektorium szpitala wraz z kartą medycznych czynności ratunkowych lub kartą medyczną lotniczego zespołu ratownictwa medycznego;
- 2) zakład medycyny sądowej albo prosektorium szpitala, o którym mowa w pkt 1, wydaje kartę zgonu podmiotom, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 3.

4bb. W przypadku, o którym mowa w art. 45c ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, kartę zgonu pacjenta, którego tożsamości nie można ustalić albo potwierdzić na podstawie dokumentów stwierdzających tożsamość, wypełnia lekarz zakładu medycyny sądowej albo lekarz szpitala, w którym funkcjonuje prosektorium szpitala.

4bc. W przypadku, o którym mowa w art. 45c ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lekarz szpitala, do którego przewieziono zwłoki martwo urodzonego dziecka:

- 1) sporządza kartę martwego urodzenia i przekazuje ją kierownikowi urzędu stanu cywilnego zgodnie z art. 54 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1378 i 1615);
- 2) wypełnia kartę zgonu na wniosek osoby uprawnionej do pochowania, o której mowa w art. 10 ust. 1, i wydaje ją podmiotom, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 3.”.

Art. 3. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.³⁾) w art. 95d w ust. 2:

- 1) po pkt 1 dodaje się pkt 1a i 1b w brzmieniu:
„1a) zespołu ratownictwa medycznego;
1b) dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia;”;
- 2) uchyla się pkt 2.

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129.

Art. 4. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799 i 1897 oraz z 2025 r. poz. 129) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu:

„2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”.

Art. 5. W ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748 oraz z 2024 r. poz. 731 i 1222) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 3 w ust. 2 wyrazy „112, 997, 998 i 999” zastępuje się wyrazami „112, 997 i 998”;
- 2) w art. 20 w ust. 1 w pkt 2:
 - a) w lit. a wyrazy „112, 997, 998 i 999” zastępuje się wyrazami „112, 997 i 998”,
 - b) w lit. b kropkę zastępuje się przecinkiem i dodaje się lit. c w brzmieniu:

„c) połączeń głosowych do numeru alarmowego 999 do właściwej terytorialnie dyspozytorni medycznej wskazanej w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”;
- 3) w art. 29:
 - a) w ust. 1 w pkt 3 wyrazy „997, 998 i 999” zastępuje się wyrazami „997 i 998”,
 - b) w ust. 2 w pkt 2 średnik zastępuje się kropką i uchyla się pkt 3,
 - c) ust. 3 i 4 otrzymują brzmienie:

„3. Do czasu zapewnienia kierowania połączeń do numerów alarmowych 997 i 998 do właściwego terytorialnie centrum powiadamiania ratunkowego dostawca publicznie dostępnych usług komunikacji interpersonalnej wykorzystujących numery z planu numeracji krajowej lub międzynarodowych planów numeracji i umożliwiającących nawiązywanie połączeń z numerami z tych planów kieruje te połączenia do właściwych terytorialnie jednostek Policji oraz Państwowej Straży Pożarnej.

4. Do czasu zapewnienia kierowania połączeń do numerów alarmowych 997 i 998 do właściwego terytorialnie centrum powiadamiania ratunkowego właściwe terytorialnie jednostki Policji oraz Państwowej Straży Pożarnej odbierają zgłoszenia alarmowe kierowane do tych numerów.”.

Art. 6. W ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, z późn. zm.⁴⁾) po art. 19 dodaje się art. 19a w brzmieniu:

„Art. 19a. Wymagania dotyczące ukończenia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku:

- 1) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. a,
 - 2) dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. b
- ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do osób, które zostały zatrudnione na tych stanowiskach po dniu 31 grudnia 2023 r.”.

Art. 7. W ustawie z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187 oraz z 2024 r. poz. 1897) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 33 w ust. 1 w pkt 5 wyrazy „w art. 41” zastępuje się wyrazami „w art. 40 ust. 1”;
- 2) w art. 38 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:
„5) w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym.”;
- 3) po art. 231 dodaje się art. 231a w brzmieniu:

„Art. 231a. Minister właściwy do spraw zdrowia może do dnia 31 grudnia 2026 r., w ramach środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem, dofinansować koszty związane z realizacją zadań samorządu ratowników medycznych. Dofinansowanie działalności samorządu ratowników medycznych ze środków publicznych realizowane w ramach dotacji nie może dotyczyć działalności tego samorządu o charakterze gospodarczym.”.

Art. 8. W ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972 oraz z 2024 r. poz. 1897) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) art. 104 otrzymuje brzmienie:

„Art. 104. 1. Jeżeli dyspozytor medyczny, którego okres edukacyjny kończy się z dniem 31 grudnia 2024 r. lub z dniem 31 grudnia 2025 r., nie ma dokumentu poświadczającego realizację obowiązku określonego w art. 21aa ust. 1 ustawy zmienianej

⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1942 i 2130, z 2020 r. poz. 2400 i 2401, z 2021 r. poz. 2445, z 2022 r. poz. 2770 oraz z 2023 r. poz. 1972.

w art. 93, jest obowiązany do zrealizowania kursu, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. c ustawy zmienianej w art. 89.

2. Dokument poświadczający realizację obowiązku określonego w art. 21aa ust. 1 ustawy zmienianej w art. 93 jest ważny do zakończenia trzyletniego okresu edukacyjnego.”;

2) uchyla się art. 105.

Art. 9. W ustawie z dnia 12 lipca 2024 r. – Prawo komunikacji elektronicznej (Dz. U. poz. 1221) w art. 337 w ust. 1 w części wspólnej po wyrazach „właściwego terytorialnie centrum powiadamiania ratunkowego” dodaje się przecinek i wyrazy „właściwej terytorialnie dyspozytorni medycznej”.

Art. 10. 1. Jednostki współpracujące z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9 ustawy zmienianej w art. 1, wpisane przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy do rejestru jednostek współpracujących z systemem, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, dostosują się do wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a i 1b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie do dnia 30 czerwca 2025 r.

2. W przypadku jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9 ustawy zmienianej w art. 1, dopuszcza się stosowanie warunków, o których mowa w art. 15 ust. 1a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, do dnia 30 czerwca 2025 r.

Art. 11. Do prowadzenia szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, o których mowa w art. 16 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 12. Zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika oraz zaświadczenia o zdaniu egzaminu potwierdzającego posiadanie tytułu ratownika wydane na podstawie przepisów wydanych na podstawie art. 16 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1 zachowują ważność przez okres, na jaki zostały wydane.

Art. 13. Do postępowań w zakresie wpisu i wykreślenia z rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy wydaniem decyzji, o której mowa w art. 17 ust. 2 pkt 2 i ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, stosuje się przepisy ustawy

zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, jednak nie później niż do dnia 30 czerwca 2025 r.

Art. 14. Do kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 20 ust. 1 pkt 4 ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 15. 1. Wojewódzkie plany działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 21 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, obowiązujące w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, zachowują moc do dnia 30 czerwca 2025 r.

2. Do aktualizacji wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, obowiązującego w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

3. Wojewoda przedstawi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w terminie do dnia 31 marca 2025 r., projekt wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne obowiązującego od dnia 1 lipca 2025 r. w celu jego zatwierdzenia.

Art. 16. Wojewodowie i dysponenti zespołów ratownictwa medycznego zapewnią integrację systemów łączności radiowej, o której mowa w art. 24a ust. 3a ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w terminie do dnia 31 grudnia 2027 r.

Art. 17. Nagrania rozmów zarejestrowanych w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 24f ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, nie wcześniej niż w okresie 3 lat przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, są przechowywane przez okres, o którym mowa w art. 24f ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 18. Pierwszy raport, o którym mowa w art. 26e ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, psycholog opracuje za okres od dnia 1 lipca 2025 r. do dnia 31 grudnia 2025 r. i przekaze go dysponentowi zespołów ratownictwa medycznego do dnia 31 marca 2026 r.

Art. 19. Do kontroli przeprowadzanych przez wojewodę na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy zmienianej w art. 1, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

Art. 20. 1. Lekarz systemu i pielęgniarka systemu, którzy w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy są zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy

zmienianej w art. 1, którzy spełniają odpowiednio wymagania dla lekarza systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3 lit. c–f, ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i pielęgniarki systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–d ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, są obowiązani ukończyć kurs w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o którym mowa odpowiednio w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zwany dalej „kursem stanów nagłych”, w terminie do dnia 31 grudnia 2027 r.

2. Lekarz systemu i pielęgniarka systemu, o których mowa w ust. 1, którzy ukończyli nie wcześniej niż 24 miesiące przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy kurs, którego program odpowiada programowi kursu stanów nagłych, są obowiązani ukończyć kurs stanów nagłych w terminie 48 miesięcy od dnia ukończenia kursu, którego program odpowiada programowi kursu stanów nagłych.

3. Dysponent jednostki w rozumieniu art. 3 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1, w której lekarz systemu i pielęgniarka systemu, o których mowa w ust. 2, są zatrudnieni, weryfikuje, czy program kursu, którego program odpowiada programowi kursu stanów nagłych, ukończonego przez lekarza systemu i pielęgniarkę systemu, o których mowa w ust. 2, odpowiada programowi kursu stanów nagłych.

Art. 21. Dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego podaje do publicznej wiadomości po raz pierwszy, w sposób określony w art. 38a ust. 8 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, programy kursów stanów nagłych zatwierdzone przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 22. Członek zespołu ratownictwa medycznego, który w ramach doskonalenia zawodowego, aktualizacji wiedzy albo ustawicznego rozwoju zawodowego odbył, nie wcześniej niż 24 miesiące przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, kurs lub inną formę szkolenia w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych, obejmujących co najmniej elementy, o których mowa w art. 38b ust. 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może nie odbyć przeszkolenia, o którym mowa w art. 38b ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jeżeli przedstawi dysponentowi dokument potwierdzający odbycie tego kursu lub innej formy szkolenia.

Art. 23. Do postępowań o wydanie opinii o celowości inwestycji, o których mowa w art. 95d ust. 1 ustawy zmienianej w art. 3, dotyczących zespołów ratownictwa medycznego

lub dysponentów lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy ustawy zmienianej w art. 3, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 24. 1. Przepis art. 99 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do wynagrodzeń należnych od dnia 1 lipca 2023 r.

2. Podmioty lecznicze, które za okres od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy wypłacały pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, dodatki do wynagrodzenia odpowiadające dodatkowi do wynagrodzenia, o których mowa w art. 99 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zaliczają kwotę dodatków do wynagrodzenia wypłaconych za okres od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy na poczet dodatków, które będą wypłacone za ten okres zgodnie z art. 99 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 25. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 6, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia;
- 2) art. 1 pkt 3, 5 i 6, art. 11 i art. 12, które wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia;
- 3) art. 1 pkt 26 w zakresie dodawanego art. 26e oraz art. 18, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r.

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, zwany dalej „projektem”, dokonuje zmian w następujących ustawach:

- 1) w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91), zwanej dalej „ustawą o PRM”;
- 2) w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576);
- 3) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.);
- 4) w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799, z późn. zm.);
- 5) w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748, z późn. zm.);
- 6) w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, z późn. zm.);
- 7) w ustawie z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187, z późn. zm.);
- 8) w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972, z późn. zm.);
- 9) w ustawie z dnia 12 lipca 2024 r. – Prawo komunikacji elektronicznej (Dz. U. poz. 1221).

Celem projektu jest usprawnienie funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne m.in. przez wprowadzenie zmian w zakresie większego zróżnicowania rodzajów zespołów ratownictwa medycznego, wytycznych do planowania liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych i zespołów ratownictwa medycznego oraz dyspozytorni medycznych, kursów dla lekarzy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, a także stworzenie podstawy prawnej do wypłaty dodatków w wysokości 45% i 65% wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej dla pracowników wykonujących zawód medyczny w zespołach ratownictwa medycznego.

Liczba i rodzaje zespołów ratownictwa medycznego

Projekt przewiduje (w art. 1 pkt 10 i 33 projektu) utworzenie nowego typu zespołów ratownictwa medycznego – motocyklowych jednostek ratowniczych. Ten rodzaj zespołów będzie docierał w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, m.in. w czasie większych zgromadzeń oraz w czasie wystąpienia utrudnień komunikacyjnych. Motocykl ratunkowy będzie prowadzony przez osobę uprawnioną do medycznych czynności ratunkowych, wyposażoną w niezbędne leki i wyroby medyczne, a także w sprzęt do obsługi Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Liczba motocyklowych jednostek ratowniczych będzie określona w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Czas działania tych jednostek to okres od dnia 1 maja do dnia 30 września, do 12 godzin w ciągu jednej doby. Dopuszcza się, że w niektórych rejonach operacyjnych wojewoda może nie zaplanować motocyklowych jednostek ratowniczych, jeżeli ze względu na brak większych aglomeracji miejskich czy utrudnień w ruchu ambulansów nie zidentyfikowano przesłanek do ich uruchomienia. Z tego względu w projekcie wskazano, że na każde 400 tys. mieszkańców powinna przypadać nie więcej niż jedna jednostka motocyklowa. Pierwsze motocyklowe jednostki ratownicze rozpoczną działalność od dnia 1 lipca 2025 r., a ich finansowanie będzie się odbywało analogicznie jak w przypadku pozostałych naziemnych zespołów ratownictwa medycznego.

Ponadto w projekcie przewidziano podział zespołów podstawowych na dwu- i trzyosobowe (art. 1 pkt 33 projektu). Obecnie art. 36 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM ustala minimalny skład zespołów podstawowych na poziomie dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Chociaż jest to wymaganie minimalne, a stawka na podstawowy zespół ratownictwa medycznego wyliczona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zakłada średnią obsadę w liczbie 2,4 osoby, to jednak ponad 90% zespołów podstawowych jeździ w składzie dwuosobowym. W większości przypadków, do których są wzywane zespoły, skład ten jest wystarczający. Zdarzają się jednak sytuacje, w których trzecia osoba w składzie zespołu jest niezbędna (np. resuscytacja krążeniowo-oddechowa w zespołach pozbawionych urządzeń do automatycznego masażu klatki piersiowej, transport pacjenta z otyłością olbrzymią, pacjent z urazem wielonarządowym, stosowanie przymusu bezpośredniego, transport matki z noworodkiem itd.). Dlatego projekt zakłada funkcjonowanie podstawowych zespołów ratownictwa medycznego również w składzie trzyosobowym, co poprawi komfort pracy i bezpieczeństwo członków zespołów,

a także pozwoli na zróżnicowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, stawek ryczałtu dobowego w zależności od składu zespołu.

Projekt przewiduje również, że wojewódzkie plany działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne obowiązujące w dniu wejścia w życie ustawy zachowują moc do dnia 30 czerwca 2025 r., a wojewodowie dostosują wojewódzkie plany działania systemu do wyżej wymienionych wymagań i prześlą je do dnia 31 marca 2025 r. do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (art. 15 projektu). Nowe plany będą miały zastosowanie do umów zawieranych przez NFZ z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego od dnia 1 lipca 2025 r. Odnosi się to również do kwestii uwzględnienia w wyżej wymienionym planie nowo powstałych motocyklowych jednostek ratowniczych. Jednostki te dotychczas nie były uwzględnione w planie.

Liczba dyspozytorni medycznych w województwach

Doświadczenia z koncentracji dyspozytorni medycznych oraz trudności, na jakie napotkali wojewodowie przy zapewnieniu funkcjonowania dyspozytorni w okresie pandemii wywołanej przez COVID-19 oraz zwiększonego napływu uchodźców z Ukrainy, wykazały, że zwłaszcza w województwach z większą liczbą mieszkańców dużym wyzwaniem jest zapewnienie pełnej obsady dyspozytorni medycznych. Z tego powodu w przypadku województw, w których liczba ludności przekracza 3 mln mieszkańców, projektowane zmiany przewidują umożliwienie wojewodzie zorganizowania drugiej dyspozytorni medycznej, a w województwach powyżej 4 mln mieszkańców, tj. obecnie w województwie mazowieckim oraz śląskim – również trzeciej dyspozytorni. Utworzenie trzeciej dyspozytorni w województwie mazowieckim oraz śląskim jest uzasadnione także dużą liczbą ludności napływowej, tj. cudzoziemców i osób na stałe zamieszkujących w innych województwach. Takie rozwiązanie pozwoli w bardziej zrównoważony sposób zabezpieczyć płynność obsługi zgłoszeń w ramach zastępowalności dyspozytorni medycznych. Realizacja opisanej zmiany zawarta jest w art. 1 pkt 20 projektu.

Personel medyczny

W art. 1 pkt 1 lit. c projektu została zawarta zmiana definicji pielęgniarki systemu, co wynika z konieczności dostosowania dziedzin pielęgniarstwa, w których mogą być prowadzone specjalizacje i kursy kwalifikacyjne, do nomenklatury wynikającej z przepisów wydanych na podstawie art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814, z późn. zm.), tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562).

W stosunku do lekarzy systemu oraz pielęgniarek systemu udzielających świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a więc w zespołach ratownictwa medycznego i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, wprowadza się obowiązek ukończenia kursów postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zwanych dalej „kursami stanów nagłych” (art. 1 pkt 1 lit. a i c oraz art. 1 pkt 34 projektu). Z obowiązku tego zostaną zwolnieni lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, intensywnej terapii oraz anestezjologii i intensywnej terapii, pielęgniarki z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, a także osoby odbywające specjalizację w tych dziedzinach. Programy kursów stanów nagłych (dla lekarzy i pielęgniarek) zostaną opracowane przez zespoły ekspertów powołane przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Niedopełnienie obowiązku ukończenia kursów stanów nagłych będzie skutkować brakiem możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w charakterze lekarza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne lub pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Przez niedopełnienie tego obowiązku osoby te, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka, stracą albo nie uzyskają statusu lekarza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne lub pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Jednocześnie projekt przewiduje okres przejściowy do odbycia kursów stanów nagłych w terminie do dnia 31 grudnia 2027 r. Umożliwi to odpowiednie zaplanowanie przez te osoby terminu odbycia kursów stanów nagłych. Ponadto projekt wskazuje, że osoby, które ukończyły inny kurs, którego program odpowiadał programowi kursu stanów nagłych, nie wcześniej niż na 24 miesiące przed dniem wejścia w życie ustawy, są obowiązane do jego ukończenia w terminie 48 miesięcy od dnia ukończenia poprzedniego kursu stanów nagłych (art. 20 ust. 2 projektu). Koresponduje to z okresem rozliczeniowym, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.). Weryfikację realizacji tego obowiązku powierza się dysponentom jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Będzie ona prowadzona przez sprawdzenie zaświadczeń o ukończeniu kursu stanów nagłych. Dodatkowo minister właściwy do spraw zdrowia ma wydać rozporządzenie, w którym zostanie

określony zakres problematyki omawianych kursów stanów nagłych oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego odbycie tego kursu.

Konieczne jest także złagodzenie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego psychologów. Zmiany w przedmiotowym zakresie pozwolą zapewnić lepszą obsadę stanowisk psychologów w dyspozytorniach medycznych (art. 1 pkt 24 projektu). W projekcie dokonano zmiany w zakresie poprawnego wskazania podmiotu pełniącego funkcję pracodawcy dla dyspozytorów medycznych i psychologów. Obecnie jest wskazane, że pracodawcą psychologów i dyspozytorów jest urząd wojewódzki. Natomiast projekt zawiera nowe rozwiązanie wskazujące, że pracodawcą dyspozytorów medycznych i psychologów funkcjonujących w urzędzie wojewódzkim pozostanie ten urząd, zaś dyspozytorów medycznych w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, zwanym dalej „LPR”, będzie ta jednostka (art. 1 pkt 25 projektu).

Ze względu na braki w obsadzie stanowisk dyspozytorów medycznych jest niezbędne obniżenie z 3 lat do roku doświadczenia wymaganego dla kandydatów na dyspozytorów medycznych w realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego lub w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala posiadającego oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej oraz oddział ortopedii lub ortopedii i traumatologii (art. 1 pkt 23 lit. c projektu). Jednocześnie doprecyzowano przepis określający wymagania dla kierownika dyspozytorni medycznej w zakresie posiadanego doświadczenia na stanowiskach pracy (art. 1 pkt 21 lit. a projektu). Ponadto uzupełniono zakres zadań dyspozytora medycznego o kwestię współpracy z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (art. 1 pkt 27 lit. a projektu).

Konieczne jest uzupełnienie przepisów dotyczących możliwości poświęcenia przez osoby udzielające pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoby wchodzące w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytora medycznego, wojewódzkiego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego podczas wykonywania swoich zadań dóbr osobistych innej osoby, innych niż życie lub zdrowie, a także dóbr majątkowych w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o możliwość poświęcenia tych dóbr również w zakresie, w jakim jest to

niezbędne dla ochrony lub ratowania własnego życia lub zdrowia podczas realizowania przez nich zadań (art. 1 pkt 2 projektu). Osoby wskazane powyżej, a przede wszystkim zespoły ratownictwa medycznego, często wykonują swoje obowiązki w miejscach trudnych i sytuacjach nieprzewidywalnych, wręcz niebezpiecznych, często narażając swoje zdrowie i życie. Spotykają się także często z agresją słowną i przemocą fizyczną. W celu ochrony lub ratowania własnego życia lub zdrowia zasadne jest, aby osoby te miały możliwość poświęcenia dóbr osobistych innych osób, innych niż życie lub zdrowie, a także dóbr majątkowych nie tylko w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ale również w sytuacji bezpośredniego zagrożenia własnego życia lub zdrowia.

Ponadto zachodzi również potrzeba uregulowania kwestii wsparcia psychologicznego członków zespołów ratownictwa medycznego. Obecne przepisy zapewniają wsparcie psychologiczne wyłącznie dla dyspozytorów medycznych. Natomiast takiego obowiązku nie ma w przypadku członków zespołów ratownictwa medycznego. Niewątpliwie członkowie tych zespołów stykają się w dużej mierze z sytuacjami trudnymi, wymagającymi znacznej odporności psychicznej, o czym była mowa również wcześniej. Obowiązek zapewnienia tego wsparcia będzie spoczywał na dysponentach zespołów ratownictwa medycznego (art. 1 pkt 26 projektu), przy czym należy odnotować, że już obecnie ponad połowa dysponentów zapewnia takie wsparcie. Jest ono realizowane zarówno na podstawie umów z różnego rodzaju podmiotami, np. gabinetami i poradniami psychologicznymi (outsourcing), jak i przez zatrudnienie psychologów we własnym zakresie. Zakłada się więc, że również w przyszłości to dysponent będzie podejmował decyzję co do sposobu zapewnienia ww. wsparcia. Decyzja ta będzie w dużej mierze uzależniona od liczby zespołów ratownictwa medycznego pozostających w strukturze danego dysponenta, która waha się od kilku do kilkudziesięciu i przekłada się bezpośrednio na liczbę osób, którym będzie okazywane wsparcie psychologiczne. W projekcie ustalono zakres zadań, jakie powinny być realizowane w ramach wsparcia psychologicznego na rzecz członków zespołów ratownictwa medycznego. Zadania te są wzorowane na wsparciu psychologicznym, jakie wojewodowie są zobowiązani zapewnić dyspozytorom medycznym, jednak nie będzie obejmowało udziału psychologów w procesie rekrutacyjnym do pracy w zespołach ratownictwa medycznego ani szkoleń doskonalących członków zespołów ratownictwa medycznego, gdyż te są już realizowane w ramach kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych. Wsparcie psychologiczne będzie okazywane członkowi zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie za zgodą zainteresowanego.

Psycholog zostanie zobowiązany do przedstawiania dysponentowi corocznego raportu ze zrealizowanych zadań. W projekcie (w art. 18) zawarto również przepis dotyczący sporządzenia pierwszego takiego sprawozdania (tj. za okres od dnia 1 lipca 2025 r. do dnia 31 grudnia 2025 r.).

Również z przyczyn opisanych wcześniej konieczne jest uregulowanie kwestii cyklicznych szkoleń w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych, które m.in. obejmie sposoby postępowania minimalizujące ryzyko agresji i jej następstw. Planuje się, że przeszkolenie w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych dotyczyłoby wszystkich członków zespołów ratownictwa medycznego, nie rzadziej niż raz na 5 lat, przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego (art. 1 pkt 34 projektu). Przeszkolenie obejmowałoby omówienie podstaw prawnych związane z samoobroną (w tym omówienie granic obrony koniecznej oraz stosowania przymusu bezpośredniego), stosowanie zasad i technik samoobrony w sytuacji zagrożenia oraz stosowanie przymusu bezpośredniego, jak również stosowanie technik deeskalacyjnych mających na celu zmniejszenie intensywności agresywnych zachowań oraz zapobieganie eskalacji konfliktów. Przeszkolenie byłoby finansowane przez wojewodów, zaś możliwość ich finansowania albo dofinansowania byłaby również ze środków dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, jednostki samorządu terytorialnego, organizatora przeszkolenia oraz w ramach dofinansowania ze środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.). Wojewoda, zgodnie z przyjętymi założeniami, będzie finansował przeszkolenia w zakresie, w jakim zostało to wskazane w ocenie skutków regulacji do projektu ustawy, tj. od 2026 r. zgodnie z założeniem, że środki rocznie, jakimi wojewoda będzie dysponował na finansowanie przeszkolenia, będą w wysokości odpowiadającej możliwości przeszkolenia $\frac{1}{5}$ uprawnionych osób, tak aby w ciągu 5 lat móc przeszkolić wszystkich członków zespołów ratownictwa medycznego. Projekt nie nakłada obowiązku przeszkolenia wszystkich członków w ciągu jednego roku, ale jednocześnie tego nie zakazuje, stąd w dodawanym do ustawy o PRM art. 38b ust. 5 została wprowadzona możliwość finansowania i dofinansowania przeszkolenia również z innych źródeł. Jednocześnie zaproponowane przepisy dotyczące zakresu omawianego przeszkolenia są w ocenie projektodawcy wystarczające do uregulowania tej kwestii i nie jest intencją regulowanie sposobu przeprowadzenia tego przeszkolenia analogicznie do przepisów w sprawie kursów w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (w tym w zakresie dotyczącym wydawania zaświadczeń o ich ukończeniu i podmiotów je przeprowadzających).

Przeszkolenie w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych obejmie jedynie wąski zakres kompetencji członków zespołów ratownictwa medycznego i nie będzie dotyczyło podstawowej wiedzy i umiejętności tych osób, polegających na diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w stanie nagłym. Równocześnie projekt przewiduje przepis przejściowy, zgodnie z którym członkowie zespołów ratownictwa medycznego, którzy w ostatnich 2 latach odbyli kurs lub inną formę szkolenia w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych, obejmujących co najmniej elementy omawianego przeszkolenia, mogliby nie odbywać tego przeszkolenia, jeżeli przedstawiliby dysponentowi dokument potwierdzający odbycie tego kursu lub innej formy szkolenia (art. 22 projektu).

System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) oraz Podsystem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (PZŁ SWD PRM)

Projekt przewiduje nowelizację ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, a w konsekwencji także ustawy z dnia 12 lipca 2024 r. – Prawo komunikacji elektronicznej (odpowiednio art. 5 i art. 9), w taki sposób, aby została utrzymana bezterminowo możliwość kierowania bezpośrednio do dyspozytorni medycznych połączeń alarmowych napływających na nr 999. Ustawa z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1899) zakładała, że połączenia kierowane na nr alarmowy 999 mogły być odbierane przez dyspozytornie medyczne bez pośrednictwa centrów powiadamiania ratunkowego wyłącznie do dnia 31 grudnia 2023 r. Po tym czasie osoba wybierająca nr 999 miała dodzwaniać się do centrum powiadamiania ratunkowego i dopiero stamtąd byłaby przekierowywana do właściwej dyspozytorni medycznej. Do takiej zmiany organizacji systemu powiadamiania ratunkowego jednak nie doszło, z uwagi na brak gotowości tego systemu od strony technicznej. Ponadto zmiana ta wydłużyłaby niewątpliwie czas obsługi zgłoszeń dotyczących stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, które obecnie są kierowane bezpośrednio do dyspozytorni medycznych. Utrzymaniu niezależnej od centrów powiadamiania ratunkowego obsługi nr alarmowego 999 służą wdrożone już rozwiązania technologiczne.

Do lipca 2024 r. SWD PRM współdzielił środowisko Podsystemu Zintegrowanej Łączności z Systemem Teleinformatycznym Centrów Powiadamiania Ratunkowego (PZŁ ST CPR). PZŁ ST CPR jest logicznym modułem architektury ST CPR. Wszystkie połączenia na nr alarmowy 999 trafiały do PZŁ ST CPR, a następnie za pośrednictwem łączы ogólnopolskiej

sieci teleinformatycznej 112 były przekierowywane do SWD PRM. Dyspozytorzy medyczni podejmowali rozmowę razem z formatką, która była do niej przypisana w ST CPR.

PZŁ ST CPR jest zarządzany i nadzorowany przez ministra właściwego do spraw administracji publicznej. Sytuacja ta powodowała podział odpowiedzialności między ministrem właściwym do spraw administracji publicznej, który odpowiadał za administrowanie systemem PZŁ ST CPR, a ministrem właściwym do spraw zdrowia odpowiadającym za funkcjonowanie dyspozytorni medycznych na terenie kraju, co wydłużało i ograniczało czas wprowadzania nowych funkcjonalności z uwagi na fakt, że dostępne środki finansowe na rozwój ST CPR były podzielone na wszystkie służby.

Dlatego w ramach rozwoju SWD PRM od 2019 r. rozpoczęły się prace mające na celu:

- 1) budowę niezależnego PZŁ SWD PRM na potrzeby przyjmowania zgłoszeń głosowych wyłącznie z numeru alarmowego 999 i głosowej komunikacji wewnętrznej oraz
- 2) integrację łączności radiowej z PZŁ SWD PRM.

Dnia 30 listopada 2020 r. zakończył się proces produkcyjnego wdrożenia PZŁ SWD PRM we wszystkich dyspozytorniach medycznych w kraju, a od lipca 2024 r. PZŁ SWD PRM działa niezależnie od ST CPR. Obecnie trwają prace związane z integracją systemów łączności radiowej, które są wykorzystywane w województwach, z PZŁ SWD PRM. Uruchomione zostały też łącza SS7 (Signaling System 7, tj. zbiór protokołów stosowanych w sieciach telekomunikacyjnych) na potrzeby pełnej obsługi PZŁ SWD PRM.

Wdrożenie PZŁ SWD PRM umożliwiło wprowadzenie pełnego nadzoru nad funkcjonowaniem dyspozytorni medycznych przez monitorowanie przepływu połączeń przychodzących i wychodzących, czasu obsługi zgłoszeń oraz zapewnienie dostępu do nagrań rozmów prowadzonych na stanowiskach dyspozytorów medycznych. Przez PZŁ SWD PRM jest możliwe także prowadzenie monitoringu poprawności działania łączy wszystkich aplikacji działających w jego obszarze, a także zapobieganie awariom oraz szybkie reagowanie w razie ich wystąpienia. Ponadto niezależne administrowanie PZŁ SWD PRM pozwala precyzyjnie określić zakres odpowiedzialności w przypadku wystąpienia sytuacji awaryjnych między współpracującymi systemami, takimi jak ST CPR, lub usługami udostępnianymi w ramach OST 112. Warto zaznaczyć, że minister właściwy do spraw zdrowia, będąc jedynym administratorem PZŁ SWD PRM, bezpośrednio podejmuje kluczowe decyzje dotyczące jego działania, zarówno w obszarze rozwoju, jak i w przypadku awarii.

Dalsze funkcjonowanie PZŁ SWD PRM oznacza konieczność utrzymania bezpośredniego kierowania do dyspozytorni medycznych połączeń napływających na nr alarmowy 999.

Ze względu na powstanie PZŁ SWD PRM projekt przewiduje także zmianę definicji SWD PRM (art. 1 pkt 1 lit. h projektu). W definicji uwzględniono, że częścią SWD PRM jest PZŁ SWD PRM, co w konsekwencji powoduje obowiązek utrzymania i finansowania PZŁ SWD PRM zarówno przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i wojewodów (art. 24a ust. 3 ustawy o PRM).

Zakres finansowania PZŁ SWD PRM przez ministra właściwego do spraw zdrowia obejmuje koszty utrzymania łączy do obsługi połączeń przychodzących z numeru alarmowego 999. Finansowanie pozostające po stronie wojewodów obejmuje koszty obsługi połączeń wychodzących do sieci PSTN (*Public Switched Telephone Network* – jest to publiczna sieć telefoniczna wykorzystująca technologię komutacji łączy) oraz obsługi połączeń przychodzących dla numerów DDI (*Direct Dial In* – to pula dodatkowych numerów, które mogą być wykorzystywane przez administratora centrali) i powinno odbywać się w ramach środków przeznaczonych na utrzymanie i eksploatację dyspozytorni medycznych. Do obsługi połączeń wychodzących z dyspozytorni są wykorzystywane łącza SS7 dostarczone w ramach budowy PZŁ SWD PRM, co wyeliminowało konieczność budowy nowych łączy po stronie wojewodów i odciażyło ich z obowiązku zawierania nowych umów na niezależne połączenia wychodzące i przychodzące na numery DDI. Wojewodowie i dysponenti zespołów ratownictwa medycznego zostaną zobowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa z PZŁ SWD PRM do dnia 31 grudnia 2027 r. (art. 16 projektu).

Ponadto w art. 1 pkt 8 projektu przewiduje się dodanie przepisu umożliwiającego ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodzie sprawowanie nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne z wykorzystaniem SWD PRM. System ten gromadzi wszystkie informacje o zdarzeniu medycznym obsługiwanym przez system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Dzięki SWD PRM jest możliwe nadzorowanie prawidłowego postępowania dyspozytorni medycznych, zespołów ratownictwa medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w całym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. SWD PRM pozwala też w czasie rzeczywistym na dostarczanie

informacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewody co do przebiegu zdarzeń pojedynczych, mnogich i masowych.

Ochrona danych osobowych

Przez zmianę brzmienia art. 24e ust. 3 ustawy o PRM (art. 1 pkt 18 lit. a projektu) został doprecyzowany zakres danych udostępnianych konsultantom w ochronie zdrowia, wynikający z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2024 r. poz. 69, z późn. zm.), oraz została dodana możliwość udostępniania danych organom samorządu zawodowego w ramach postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej, a także sądom, prokuraturze, Policji i Rzecznikowi Praw Pacjenta. Tym samym dane osobowe członków zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego będą udostępniane tym podmiotom, ze względu na postępowania prowadzone przez te organy. Konsekwencją tej zmiany będzie szerszy katalog danych udostępnianych na wniosek sądów, prokuratury, Policji i Rzecznika Praw Pacjenta. W związku z powyższym projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych, ale nie wpływa negatywnie na poziom zabezpieczeń zastosowanych w przypadku ich przechowywania w SWD PRM i udostępniania.

Dane, które będą udostępniane uczelniom medycznym, placówkom kształcenia ustawicznego dorosłych i stowarzyszeniom lekarskim o zasięgu ogólnokrajowym prowadzącym działalność w zakresie medycyny ratunkowej, będą przekazywane tym podmiotom w postaci zanonimizowanej, uniemożliwiającej identyfikację konkretnych świadczeniobiorców bądź też osób wykonujących zadania w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (art. 1 pkt 18 lit. a tiret czwarte projektu).

W projekcie uzupełniono treść art. 24c ust. 2 pkt 2 ustawy o PRM o uregulowanie sposobu udostępniania danych z SWD PRM dla wyżej wymienionych podmiotów (art. 1 pkt 17 lit. a projektu). Dotychczasowy przepis nie określał, w jaki sposób (w jakiej formie) podmiot wskazany w tym przepisie ma wystąpić o dane. Projekt zakłada, że minister właściwy do spraw zdrowia określi sposób udostępniania tych danych. W konsekwencji tego przewiduje się, że uprawniony podmiot będzie występował ze stosownym wnioskiem w formie pisemnej lub elektronicznej, zaś wzór wniosku zostanie określony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, stosownie do treści projektowanego art. 24c ust. 2 pkt 2 ustawy o PRM. Wniosek taki będzie kierowany do podmiotu będącego współadministratorem danych w SWD PRM, tj. do dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, wojewody, LPR lub ministra właściwego do

spraw zdrowia, zgodnie z ich zakresem uprawnień, determinowanym poziomem administrowania danymi w SWD PRM.

Zostało także doprecyzowane, że obowiązek rejestrowania i przechowywania przez okres 20 lat nagrań rozmów i korespondencji radiowej prowadzonych na stanowiskach dyspozytorów medycznych, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego dotyczy każdej formy korespondencji, którą rejestruje PZŁ SWD PRM, stwarzając możliwość odtworzenia całości informacji, która dotyczy danego przypadku (art. 1 pkt 19 projektu). Okres przechowywania nagrań rozmów został wydłużony z 3 do 20 lat, co wynika z potrzeby dostosowania tego okresu do przepisów dotyczących dokumentacji medycznej. Został uwzględniony także sposób rejestrowania, przechowywania, udostępniania i usuwania nagrań rozmów w przypadku wystąpienia awarii PZŁ SWD PRM. Jednocześnie (art. 17 projektu) zawarto przepis stanowiący, że nagrania rozmów zarejestrowanych w SWD PRM nie wcześniej niż w okresie 3 lat przed dniem wejścia w życie zmian są przechowywane już na nowych zasadach.

Kontrola dysponentów i dyspozytorów medycznych

Zostały doprecyzowane przepisy wskazujące podstawy prawne do przeprowadzania kontroli dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz dyspozytorów medycznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (zmiana zawarta w art. 1 pkt 9 projektu), przy czym o ile w odniesieniu do dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne zastosowanie znajdą tu przepisy dotyczące kontroli w podmiotach leczniczych zawarte w przepisach o działalności leczniczej, to w przypadku dyspozytorów medycznych będzie stosowana ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 224). W przypadku kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie kraju, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, przewiduje się stosowanie przepisów dotychczasowych. Rozwiązanie zapewni ciągłość działania, bowiem taka kontrola będzie prowadzona na podstawie przepisów, które obowiązywały w chwili wszczęcia postępowania.

Projekt wprowadza też zasadę, że rozwiązanie przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ umowy na świadczenia zdrowotne udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zespołach ratownictwa medycznego skutkuje po stronie wojewody aktualizacją wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, polegającą na

wykreśleniu danego oddziału lub zespołu z planu. Przepis został wprowadzony na wniosek NFZ, który zgłaszał problem ze skutecznym rozwiązaniem umowy w sytuacji, gdy wojewoda nie dokonywał następnie aktualizacji planu. NFZ będzie informował wojewodę o rozwiązaniu umowy, który następnie będzie dokonywał zmian w planie (art. 1 pkt 13 projektu).

Ponadto w projekcie umożliwiono wojewodzie kontrolę podmiotów prowadzących kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy w zakresie spełnienia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 8 ustawy o PRM (art. 1 pkt 31 lit. a projektu). Dotychczas przepis art. 31 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM nie przewidywał takiej możliwości. Jednocześnie doprecyzowano, że do obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz do oceny dokumentacji medycznej będzie uprawniona wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny (art. 1 pkt 31 lit. b projektu).

Rejestr Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne (RJWPRM)

Doświadczenia zebrane w czasie funkcjonowania RJWPRM wskazują na potrzebę dostosowania zawartości tego rejestru do rzeczywistego zakresu danych w nim ujmowanych, dotyczących jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz ich jednostek organizacyjnych. Wskazano, że RJWPRM będzie zawierał informacje dotyczące jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne. Natomiast jeżeli jednostka ta posiada jednostki organizacyjne, wpisowi podlegają jej poszczególne jednostki organizacyjne (art. 1 pkt 7 projektu). Uproszczono też procedurę wpisywania do RJWPRM jednostek, które są jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, z mocy ustawy o PRM. Jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej i jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego będą wpisywane do rejestru przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej, a jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa – przez dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Pozostałe jednostki będą nadal wpisywane do RJWPRM na ich wniosek, przez właściwego wojewodę, na podstawie decyzji administracyjnej. W celu uniknięcia przypadków roszczeń wynikających z zadysponowania przez dyspozytora medycznego jednostki przed dostarczeniem jej decyzji administracyjnej o wpisie do RJWPRM jest konieczne nadanie tej decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności. Te zasady będzie się stosowało do nowych decyzji, zaś w zakresie postępowań, dotyczących wpisu i wykreślenia z RJWPRM wszczętych

i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zmian wydaniem decyzji, będą miały zastosowanie przepisy dotychczasowe, jednak nie później niż do dnia 30 czerwca 2025 r. (art. 13 projektu). W przypadku jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, posiadających jednostki organizacyjne, wpisowi podlega każda z tych jednostek organizacyjnych oddzielnie.

Obowiązek osiągnięcia gotowości operacyjnej przez te jednostki w ciągu 30 minut został zamieniony na obowiązek zapewnienia gotowości do działań ratowniczych (art. 1 pkt 4 lit. a projektu). Projekt przewiduje również okres dostosowawczy (art. 10 projektu) do wyżej wymienionych wymagań do dnia 30 czerwca 2025 r. W tym czasie wojewodowie dokonają stosownych zmian w rejestrze jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, uwzględniając zmiany proponowane w projekcie.

Kwalifikowana pierwsza pomoc

Na wniosek Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych rozdzielono upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia w sprawie kursów w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy dla pracowników podległych lub nadzorowanych przez nich służb, policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy (dotychczasowy art. 16 ust. 2 ustawy o PRM jest uchylany i dodawany art. 16a–16j ustawy o PRM – art. 1 pkt 5 i 6 projektu). Przedmiotowe rozdzielenie upoważnienia ustawowego wynika z dotychczasowych doświadczeń z realizacji szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, a także różnic wynikających ze specyfiki i środowiska realizacji zadań przez wyżej wymienione służby nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz inne dla Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. Nie bez znaczenia jest również fakt, że prowadzenie prac nad wspólnym projektem rozporządzenia – jak pokazują doświadczenia – jest kłopotliwe i czasochłonne, gdyż wymaga dwuetapowych uzgodnień. W związku z powyższym wprowadzono odpowiednie regulacje ustawowe w wyżej wymienionym zakresie (dodawane art. 16a–16j ustawy o PRM). Projektowane przepisy art. 16a ust. 1 i art. 16f ust. 1 ustawy o PRM regulują odpowiednio wymogi organizacyjne do prowadzenia szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w jednostkach organizacyjnych, jednostkach szkoleniowych, ośrodkach lub centrach szkolenia lub kształcenia, służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub w innych podmiotach wybranych przez te służby oraz jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych. Projektowane art. 16e i art. 16j ustawy o PRM

zawierają odpowiednie upoważnienia do wydania rozporządzeń przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Obrony Narodowej (oba w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia).

Do projektowanych przepisów art. 16a–16d ustawy o PRM zostały przeniesione przepisy stanowiące materię ustawową, które dotychczas były zawarte w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. poz. 1537, z późn. zm.), a obejmują właściwość ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Dotyczy to m.in. przepisów określających wymagania, jakie muszą spełniać podmioty szkolące prowadzące szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zwane dalej „szkoleniem KPP MSWiA”, jak również kwestii związanych z przeprowadzaniem egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA, składu komisji egzaminacyjnej, dokumentów dotyczących ukończenia szkolenia KPP MSWiA oraz oceny jakości szkolenia KPP MSWiA prowadzonego przez podmioty szkolące.

Podmiot szkolący będzie musiał spełniać wymagania dotyczące programu szkolenia KPP MSWiA, kadry dydaktycznej, bazy dydaktycznej oraz prowadzonej dokumentacji, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy o PRM.

W kwestii programu szkolenia KPP MSWiA w projekcie ustawy w art. 16a ust. 2 ustawy o PRM przyjęto, że dokument ten będzie opracowywany przez koordynatora szkolenia KPP służby, z uwzględnieniem specyfiki zadań realizowanych przez służby, na podstawie ramowego programu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 8 ustawy o PRM. Program szkolenia KPP MSWiA będzie podlegał zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

W projekcie ustawy zostały określone tryb powoływania, wymagane kwalifikacje oraz zadania:

- 1) koordynatora szkolenia KPP MSWiA (art. 16a ust. 4 ustawy o PRM), którego będzie powoływał minister właściwy do spraw wewnętrznych,
- 2) koordynatorów szkolenia KPP służby (art. 16a ust. 5 ustawy o PRM), którzy będą powoływani przez Komendanta Głównego Policji, Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, Komendanta Głównego Straży Granicznej oraz Komendanta Służby Ochrony Państwa,
- 3) koordynatorów szkolenia KPP w jednostkach podległych Komendantowi Centralnego Biura Śledczego Policji, komendantom wojewódzkim, powiatowym (miejskim) lub

rejonowym Policji, Komendantowi-Rektorowi Akademii Policji w Szczytnie, komendantom szkół policyjnych, komendantom wojewódzkim, powiatowym (miejskim) Państwowej Straży Pożarnej, Rektorowi-Komendantowi Akademii Pożarniczej, komendantom szkół Państwowej Straży Pożarnej, komendantom oddziałów, placówek i dywizjonów Straży Granicznej, Rektorowi-Komendantowi Wyższej Szkoły Straży Granicznej, komendantom ośrodków szkolenia oraz ośrodków Straży Granicznej. Powoływanie tych koordynatorów będzie miało charakter fakultatywny i będzie następowało w zależności od potrzeb danej służby.

Zadania koordynatorów będą polegały na realizacji zadań związanych ze szkoleniem KPP MSWiA i przeprowadzaniem egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń oraz nadzorem nad jakością szkolenia. Zadania poszczególnych koordynatorów zostały określone w art. 16a ust. 7–10 ustawy o PRM.

Szkolenie KPP MSWiA będzie kończyło się egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia. Komisja egzaminacyjna będzie powoływana przez kierownika podmiotu szkolącego. Komisja będzie składała się z trzech osób:

- 1) przewodniczącego komisji egzaminacyjnej, którym jest koordynator szkolenia KPP służby albo wyznaczony przez niego:
 - a) koordynator szkolenia w jednostce albo
 - b) lekarz systemu, pielęgniarka systemu albo ratownik medyczny posiadający wymagane doświadczenie;
- 2) konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej właściwego ze względu na siedzibę podmiotu szkolącego albo wskazanej przez niego osoby będącej lekarzem systemu, pielęgniarką systemu albo ratownikiem medycznym, która posiada wymagane doświadczenie;
- 3) przedstawiciela podmiotu szkolącego, którym jest lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny lub ratownik, wskazanego przez kierownika podmiotu szkolącego.

Egzamin z wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA będzie składał się z egzaminu teoretycznego i egzaminu praktycznego. Do egzaminu będzie mógł przystąpić policjant, funkcjonariusz, strażak i pracownik służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, który:

- 1) odbył szkolenie KPP MSWiA i uzyskał pozytywny wynik ze wszystkich zajęć teoretycznych i praktycznych – w przypadku osoby, która nie posiada ważnego

zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważnego zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika, albo

- 2) posiada ważne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważne zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje ratownika – w przypadku osoby, która potwierdza te kwalifikacje.

Do egzaminu praktycznego będzie mogła przystąpić osoba, która uzyskała pozytywny wynik z egzaminu teoretycznego. Osoba, która nie zaliczy całości egzaminu lub jego części albo nie przystąpi do części egzaminu, może przystąpić do egzaminu lub jego części w następnym terminie, nie więcej jednak niż 2 razy w okresie 12 miesięcy od dnia egzaminu. Po upływie tego okresu osoba ta jest obowiązana powtórzyć szkolenie KPP MSWiA w całości.

Ukończenie szkolenia KPP MSWiA i zdanie egzaminu będzie potwierdzone wydanym przez kierownika podmiotu szkolącego zaświadczeniem o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika, natomiast zdanie egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia KPP MSWiA będzie potwierdzone wydanym przez kierownika podmiotu szkolącego zaświadczeniem potwierdzającym kwalifikacje ratownika. Zaświadczenia będą ważne przez okres 3 lat od dnia ich wydania i będą wydawane w terminie miesiąca od dnia zdania egzaminu. Projekt ustawy określa, jakie dane będą zawierały te zaświadczenia.

Szkolenia KPP MSWiA będą podlegały cyklicznej ocenie (co najmniej raz w roku) w zakresie zgodności prowadzonego szkolenia z zatwierdzonym programem szkolenia KPP MSWiA, spełnienia przez podmiot szkolący wymogów w zakresie kadry i bazy dydaktycznej, wykorzystania przez podmiot szkolący kadry i bazy dydaktycznej, dostępności w podmiocie szkolącym aktualnych materiałów i pomocy szkoleniowych. Projekt ustawy przewiduje również odpowiednie regulacje i postępowanie w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w prowadzeniu szkolenia KPP MSWiA lub w przeprowadzaniu egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia: w takim wypadku koordynator szkolenia KPP MSWiA będzie miał możliwość wstrzymania takiego szkolenia lub egzaminu.

Projekt ustawy w art. 16d ustawy o PRM nakłada na ratowników pełniących służbę albo wykonujących zadania zawodowe w służbach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych obowiązek aktualizacji wiedzy i umiejętności ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

W art. 16e ustawy o PRM jest zawarte upoważnienie do wydania przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia) rozporządzenia. W rozporządzeniu zostaną określone:

- 1) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie KPP MSWiA;
- 2) sposób przeprowadzania oraz organizacja egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA;
- 3) wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika;
- 4) formy i sposób aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Analogiczne regulacje przewidziano również dla szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej.

W art. 16f ust. 2 ustawy o PRM została uregulowana kwestia możliwości zlecenia przez Ministra Obrony Narodowej w trybie, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2024 r. poz. 534), prowadzenia szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy lub przeprowadzenia egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia dla żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej, jednostkom nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej (szpitalom wojskowym, instytutom badawczym, jednostkom wojskowym) – co znacznie rozszerzy możliwości prowadzenia szkolenia żołnierzy i pracowników MON, a tym samym pozytywnie wpłynie na usprawnienie procesu szkolenia i recertyfikacji uprawnień.

Do art. 16f ustawy o PRM przeniesiono – z rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy – rozwiązania dotyczące zapewnienia nadzoru nad przebiegiem, realizacją oraz jakością prowadzenia szkoleń kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz przeprowadzania egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń przez osobę funkcyjną wyznaczaną przez Ministra Obrony Narodowej – koordynatora szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. W projektowanych przepisach uregulowano także wymagania kwalifikacyjne, jakie musi spełnić ten koordynator (art. 16f ust. 6 ustawy o PRM), a także zakres jego obowiązków (art. 16f ust. 7 ustawy o PRM). Zakres zadań koordynatora został zaktualizowany względem dotychczasowego, zgodnie z potrzebami szkolenia na potrzeby resortu obrony narodowej.

Przepisy art. 16f w ust. 9 ustawy o PRM określają jednolite kryteria oceny jakości szkolenia prowadzonego w poszczególnych jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej, w oparciu o które koordynator szkolenia będzie oceniać jakość i zgodność prowadzenia szkolenia i egzaminowania z wymogami określonymi w przepisach. Przepisy przewidują także uprawnienie dla koordynatora szkolenia MON do wstrzymywania prowadzenia szkolenia w przypadku stwierdzenia, w ramach cyklicznej oceny jakości, nieprawidłowości w prowadzeniu szkoleń lub w przeprowadzaniu egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia, określają także tryb i sposób wstrzymywania i wznawiania tego szkolenia.

Przepisy art. 16g ust. 9 i 10 ustawy o PRM określają zasady utraty ważności zaświadczeń w sytuacji dwukrotnego niezaliczenia egzaminu. Przepis ma na celu uregulowanie konsekwencji kilkukrotnego niezaliczenia egzaminu przez osobę posiadającą ważne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważne zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje ratownika – w przypadku osób potwierdzających te kwalifikacje.

W projektowanych przepisach przewidziano także wprowadzenie obowiązku aktualizacji wiedzy i umiejętności ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w okresie międzyrecertyfikacyjnym (art. 16i ustawy o PRM).

W art. 16j ustawy o PRM zawarto upoważnienie dla Ministra Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia:

- 1) kwalifikacji kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie;
- 2) sposobu przeprowadzania oraz organizacji egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia;
- 3) wzoru zaświadczenia o ukończeniu szkolenia i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika;
- 4) form i sposobów aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Konsekwencją zmian w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy jest konieczność dokonania nowelizacji art. 13 ustawy o PRM (art. 1 pkt 3 projektu) w zakresie uzupełnienia tego przepisu o zaświadczenia przewidziane w dodawanych art. 16c ust. 1 i art. 16h ust. 1 ustawy o PRM, tak aby zapewnić spójność ustawy o PRM i kompletność przepisów o ratownikach.

Jednocześnie przewidziano odpowiednie przepisy przejściowe (art. 11 i art. 12 projektu) w zakresie zachowania ważności dotychczasowych zaświadczeń o ukończeniu szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika oraz zaświadczeń o zdaniu egzaminu potwierdzającego posiadanie tytułu ratownika, jak również przepis, że szkolenia toczące się przed dniem wejścia w życie zmian są prowadzone na dotychczasowych zasadach.

Ewidencja szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa (Rejestr Państwowego Ratownictwa Medycznego – RPRM)

Przewiduje się skrócenie z 30 dni do 7 dni okresu czasu, w którym dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ przekazuje wojewodzie informacje o zawarciu lub o zakończeniu realizacji umów objętych RPRM. Projekt dostosowuje też zakres danych przetwarzanych w tym rejestrze do stanu faktycznego. Uzupełniono przepisy dotyczące danych w rejestrze w zakresie danych podmiotu leczniczego, w tym danych kontaktowych, a także posiadania lotniska bądź lądowiska (art. 1 pkt 14 lit. a projektu).

Czasy dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia

Zrezygnowano z przepisu dotyczącego wyliczania trzeciego kwartyłu czasu dotarcia, gdyż nie był on dotychczas przydatny (art. 1 pkt 15 projektu). Regulacja w tym zakresie była bezprzedmiotowa.

Centrum Operacyjne LPR

Projekt uwzględnia specjalny rodzaj dyspozytorni medycznej, jakim jest Centrum Operacyjne LPR. Centrum to już obecnie funkcjonuje w strukturach LPR i jest niezbędne usankcjonowanie jego istnienia jako specjalnego rodzaju dyspozytorni, działającej w sposób odmienny niż dyspozytornie medyczne funkcjonujące w strukturach urzędów wojewódzkich. Centrum Operacyjne odgrywa istotną rolę w zakresie koordynacji i zapewnienia realizacji zadań przez jednostki LPR zgodnie z ustawą z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz. U. z 2023 r. poz. 2110, z późn. zm.) i przepisami prawa międzynarodowego. Pracują w nim dyspozytorzy medyczni oraz dyspozytorzy lotniczy (regulacja zawarta w art. 1 pkt 26 projektu). Obecność działu operacyjnego i pracujących w nim licencjonowanych dyspozytorów

lotniczych jest warunkiem koniecznym do funkcjonowania LPR jako przewoźnika lotniczego realizującego transport sanitarny w ramach przewozu lotniczego.

Dyspozytor lotniczy bierze czynny udział w organizacji transportu pacjentów, weryfikując – na początkowym etapie przygotowania transportu, możliwości jego realizacji przez analizę warunków atmosferycznych, dostępności lotnisk i lądowisk oraz przygotowanie planów lotów dla załóg samolotowego zespołu transportowego. Do zadań dyspozytora lotniczego należy współpraca ze służbami lotniskowymi oraz służbami ruchu lotniczego podczas przelotów statków powietrznych, uzgodnienie i następnie skoordynowanie koniecznych usług handlingowych (np. takich jak wprowadzenie karetek na lotnisko, organizacja tankowania statków powietrznych wymagających dotankowania w trakcie transportu z pacjentem). Sprawna realizacja lotów z pacjentami jest uzależniona od pełnej współpracy dyspozytora lotniczego oraz dyspozytora medycznego i nie jest możliwa z pominięciem którejkolwiek z tych osób.

Zadania dysponowania i koordynacji działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, lotniczego zespołu transportu sanitarnego oraz innych statków powietrznych będących na wyposażeniu LPR są przyporządkowane również dyspozytorowi lotniczemu spełniającemu wymagania określone w art. 94 ust. 6 pkt 5 i art. 96 ust. 1 i ust. 2 pkt 11 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze. Rola dyspozytora medycznego i lotniczego polega także na sprawowaniu bieżącego nadzoru operacyjnego nad realizowanymi misjami LPR w dzień i w nocy.

Dyspozytor lotniczy i dyspozytor medyczny pełnią obowiązki na wspólnych dyżurach tak, aby efektem ich wspólnej pracy była jak najsprawniejsza organizacja transportów pacjentów. Dyspozytorzy Centrum Operacyjnego LPR pełniący dyżur na jednej zmianie ponoszą wspólną i całościową odpowiedzialność za potencjalne błędy mogące wystąpić w trakcie wykonywania obowiązków. Dyspozytorzy medyczni LPR realizują zadania polegające na ocenie zasadności, w zakresie medycznym, zadysponowania lotniczego zespołu ratownictwa medycznego i lotniczego zespołu transportu sanitarnego. Ich zadania są analogiczne jak w przypadku dyspozytorów medycznych dysponujących zespoły ratownictwa medycznego.

Pierwsza pomoc

Z powodu coraz częstszego stosowania w ramach pierwszej pomocy produktów leczniczych wydawanych z przepisu lekarza, a niezbędnych osobom przewlekłe chorym

(np. zagrożonym wystąpieniem wstrząsu anafilaktycznego, napadu padaczki czy chorującym na cukrzycę), jest konieczne rozszerzenie definicji pierwszej pomocy również o takie leki, w celu umożliwienia świadkom zdarzenia postępowania zgodnego z prawem. Zgodnie z obecną definicją pierwszej pomocy nie ma możliwości podania leku na receptę przez osobę udzielającą tej pomocy, chociaż lek ten jest dostępny na miejscu zdarzenia. Proponowane brzmienie definicji pierwszej pomocy (art. 1 pkt 1 lit. c projektu) umożliwia, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wykorzystanie przez osobę udzielającą pierwszej pomocy, która nie wykonuje zawodu medycznego, wyrobu medycznego, wyposażenia wyrobu medycznego, zestawu zabiegowego i systemu w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.) oraz produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Realizacja zakupów sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM

Wprowadza się możliwość powierzenia dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia zakupów sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych. Dotychczas takie powierzenie odbywało się na zasadach ogólnych i stwarzało trudności od strony prawnej co do procedury przekazywania docelowym odbiorcom zakupionego sprzętu (art. 1 pkt 16 lit. c projektu).

Dodatki do wynagrodzenia dla członków zespołów ratownictwa medycznego

Wprowadzenie (art. 4 projektu) dodatków w wysokości 45% i 65% wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, a także za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej, z mocą od dnia 1 lipca 2023 r., zagwarantuje wypłatę tych dodatków w zespołach ratownictwa medycznego (art. 24 ust. 1 projektu). Umożliwi to zatrzymanie kadry medycznej w tych zespołach.

Kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i kursy doskonalące dla dyspozytorów medycznych

Przewiduje się nałożenie obowiązku ukończenia kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego jedynie na te osoby, które rozpoczęły pracę na tych stanowiskach po dniu 31 grudnia 2023 r. (art. 6 projektu). Pozostałe osoby z uwagi na posiadane już doświadczenie i realizację obowiązku doskonalenia zawodowego nie będą musiały przechodzić kursów uprawniających. Osoby, które ukończą kurs uprawniający, będą zobowiązane do przedstawienia pracodawcy zaświadczenia o ukończeniu kursu, przed podjęciem przez nie realizacji zadań dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

Przewiduje się również umożliwienie, aby przewodniczącym komisji egzaminacyjnej był – oprócz lekarza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – również ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, wskazani przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Jest to związane z brakiem odpowiedniej liczby lekarzy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zaś poziom wykształcenia i wiedzy ratowników medycznych i pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jest wystarczający do przewodniczenia komisji egzaminacyjnej (art. 1 pkt 29 projektu).

Z kolei zmiany w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (art. 8 projektu) wynikają z konieczności uregulowania zasad realizacji doskonalenia zawodowego osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego, którzy rozpoczęli okres edukacyjny przed dniem 1 stycznia 2024 r. Do dnia 31 grudnia 2023 r. dyspozytor medyczny miał prawo i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego, natomiast od dnia 1 stycznia 2024 r. nastąpiła zmiana systemu doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych polegająca w szczególności na uruchomieniu kursów doskonalących organizowanych przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, zwane dalej „KCMRM”.

Przewiduje się, że dyspozytorzy medyczni, którzy rozpoczęli okres edukacyjny przed dniem 1 stycznia 2024 r., będą go kontynuowali, jednakże realizując już te kursy, które są organizowane przez KCMRM, a nie jak dotychczas kursy organizowane przez podmioty akredytowane przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Zaświadczenie

o ukończeniu kursu doskonalącego dla dyspozytorów medycznych zrealizowanego w trybie wcześniejszych przepisów, przed dniem 1 stycznia 2024 r. – jest ważne do zakończenia trzyletniego okresu edukacyjnego. Konsekwencją powyższych zmian jest konieczność uchylecia art. 105 ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, co spowoduje brak możliwości realizowania kursów doskonalących dla dyspozytorów medycznych na dotychczasowych zasadach. Z uwagi na fakt, iż kursy te faktycznie obecnie nie są realizowane, zmiana ta nie spowoduje negatywnych konsekwencji ani dla dyspozytorów medycznych, ani dla podmiotów szkolących.

Ponadto osoba, z którą została zawarta umowa na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, będzie zobowiązana do przedstawienia zaświadczenia o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego przed rozpoczęciem realizacji tych zadań (art. 1 pkt 23 lit. b projektu). Wojewoda, planując powierzenie osobie wykonywania zadań na tym stanowisku, kieruje ją na wyżej wymieniony kurs. Dopiero po ukończeniu kursu i pozytywnym zdaniu egzaminu osoba ta może wykonywać zadania dyspozytora medycznego (po przedstawieniu wyżej wymienionego zaświadczenia).

Postępowanie ze zwłokami osób zmarłych w trakcie medycznych czynności ratunkowych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego

Przewiduje się (art. 1 pkt 38 projektu), że ciała osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego, w trakcie wykonywania wobec nich medycznych czynności ratunkowych, będą przewożone do zakładu medycyny sądowej albo do prosektorium szpitala. Następnie szpital albo zakład medycyny sądowej, do którego zostały przywiezione zwłoki pacjenta, będzie stosował przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej odnoszące się do osób zmarłych w szpitalach. Obecnie nie ma przepisów regulujących takie sytuacje i zespoły ratownictwa medycznego często przewożą takie osoby, nie stwierdzając zgonu, do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego. W tym miejscu należy podkreślić, że ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych umożliwia kierownikowi zespołu ratownictwa medycznego (art. 11 ust. 1 tej ustawy) stwierdzenie zgonu. Projektowana regulacja obejmuje także sposób postępowania ze zwłokami osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego, których tożsamości nie można było ustalić na podstawie dokumentów, którymi dysponował zespół. W takim przypadku zespół ratownictwa medycznego, pozostawiając ciało pacjenta w prosektorium szpitala lub w zakładzie medycyny sądowej, będzie przekazywał jedynie kartę medycznych czynności ratunkowych. Wystawienie

karty zgonu pozostanie zadaniem lekarza zatrudnionego w szpitalu lub w zakładzie (art. 2 pkt 3 projektu). Jednocześnie proponuje się uregulować sposób postępowania zespołu ratownictwa medycznego w przypadku martwego urodzenia dziecka, które miało miejsce w specjalistycznym środku transportu sanitarnego. W takiej sytuacji zwłoki martwo urodzonego dziecka przewozi się do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Za sporządzenie i wydanie karty zgonu oraz karty martwego urodzenia odpowiada szpital, do którego przewieziono zwłoki martwo urodzonego dziecka (art. 1 pkt 38 i art. 2 projektu).

Finansowanie dyspozytorni medycznych

Projekt zakłada rezygnację (w art. 1 pkt 39 projektu) z regulacji art. 46 ust. 2a–4 ustawy o PRM w zakresie przedstawiania przez ministra właściwego do spraw zdrowia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycji wysokości środków na finansowanie dyspozytorni medycznych oraz wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych, wraz z podziałem tych środków między poszczególne województwa. Co do zasady materiały do projektu ustawy budżetowej na każdy kolejny rok opracowują poszczególni dysponenti części budżetowych na podstawie art. 138 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych i minister właściwy do spraw zdrowia nie przedstawia propozycji finansowania w innych rozdziałach będących w dyspozycji wojewodów.

Zwolnienie dysponentów zespołów ratownictwa medycznego z obowiązku uzyskiwania oceny celowości inwestycji

Dysponenti zespołów ratownictwa medycznego, w tym LPR, są zobowiązani do uzyskania opinii o celowości inwestycji, mimo że specyfika realizowanych przez nich zadań jedynie w nieznacznym stopniu koresponduje z formularzami oceny inwestycji. Jednocześnie zwolnienie z tego obowiązku obecnie obejmuje szpitalny oddział ratunkowy oraz szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci. W związku z powyższym projekt przewiduje (art. 3 pkt 1 projektu) zrównanie w tym zakresie praw przysługujących wszystkim dysponentom jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w tym dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Z kolei wyłączenie LPR jedynie w zakresie lotniczego zespołu ratownictwa medycznego spowodowałoby, że w pozostałym zakresie podmiot ten byłby zobowiązany do uzyskiwania oceny celowości inwestycji, w tym inwestycji dotyczących w szczególności

organizacji obsługowej (zajmującej się m.in. obsługą techniczną statków powietrznych) lub Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Kryteria zawarte w formularzu w żaden sposób nie przystają do działalności prowadzonej przez LPR. Należy zaznaczyć, że działalność LPR, w tym inwestycyjna, jest finansowana na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Stąd też projekt zakłada zwolnienie z przedmiotowego obowiązku również LPR.

Obecnie z obowiązku uzyskiwania opinii o celowości inwestycji są zwolnione szpitalne oddziały ratunkowe. Uchylenie przepisu dotyczącego szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci (art. 3 pkt 2 projektu) jest związane z faktem, że obowiązujące przepisy ustawy o PRM nie różnicują szpitalnych oddziałów ratunkowych na oddziały przeznaczone dla dzieci oraz dla dorosłych.

Jednocześnie przewidziano przepis przejściowy (art. 23 projektu), zgodnie z którym do postępowań o wydanie opinii o celowości inwestycji dotyczących zespołów ratownictwa medycznego lub dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie projektu ustawy, będą miały zastosowanie nowe przepisy.

Wykonywanie zawodu ratownika medycznego w charakterze przedsiębiorcy

Projekt w art. 7 pkt 2 projektu doprecyzowuje art. 38 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, wprowadzając przepis wskazujący wprost, że ratownik medyczny może wykonywać zawód w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym. Dotychczas część podmiotów leczniczych nie dopuszczała takiej możliwości, wymagając od ratowników medycznych albo zakładania podmiotów leczniczych, albo proponując wyłącznie umowy o pracę.

Z kolei w art. 7 pkt 3 projektu dodano do ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych przepis art. 231a. Celem dodawanego przepisu jest ewentualne przekazanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia na rzecz samorządu ratowników medycznych środków finansowych w pierwszym okresie wykonywania zadań przez samorząd. Część zadań, a co za tym idzie nakładów na pokrycie kosztów ich wykonania, samorząd musi zrealizować w okresie, w którym nie posiada środków finansowych pozyskanych ze składek członków samorządu. Dodawany przepis nie ma na celu tworzenia podstawy prawnej do stałego finansowania z budżetu państwa realizacji

zadań wykonywanych przez samorząd ratowników medycznych i wprost przewiduje limit czasowy jego obowiązywania – do dnia 31 grudnia 2026 r. Dotacja jako jedno z ustawowo dopuszczonych źródeł finansowania działalności samorządu jest przewidziana w art. 135 ust. 2 pkt 2 wyżej wymienionej ustawy.

Wprowadzenie sankcji za niewykonanie decyzji wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego lub krajowego koordynatora ratownictwa medycznego

Obecnie ustawa o PRM nie przewiduje sankcji dla szpitala za niewykonanie decyzji administracyjnej wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego lub krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, dotyczącej obowiązku przyjęcia do szpitala pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego. W praktyce oznaczało to, że decyzja taka mogła pozostać niewykonana, bez konsekwencji dla szpitala. Konieczne więc było wprowadzenie regulacji (art. 1 pkt 38 projektu) zwiększającej skuteczność decyzji wydawanych przez obu koordynatorów. Zgodnie z dodawanym art. 45b taka odmowa będzie skutkować zastosowaniem przez NFZ kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy. Jednocześnie wprowadzono przepis mówiący o tym, że maksymalny czas na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalu ma wynosić 15 minut od przybycia zespołu do tego szpitala (art. 1 pkt 37 projektu). Zespoły ratownictwa medycznego udzielają świadczeń zdrowotnych na etapie przedszpitalnym. Tym samym jest istotne, aby zespół jak najszybciej mógł powrócić do stanu gotowości do niesienia pomocy medycznej kolejnym osobom. Przedmiotowy przepis ma na celu wyeliminowanie zjawiska przetrzymywania zespołów ratownictwa medycznego na podjazdach do szpitala. Długi czas oczekiwania na przekazanie pacjenta skutkuje brakiem wolnych zespołów. Oznacza to, że osoby, które znalazły się w stanie nagłym poza szpitalem, otrzymają pomoc medyczną z opóźnieniem. To z kolei stwarza ryzyko nieodwracalnych skutków dla ich zdrowia i życia.

Pozostałe zmiany

Zmiany o charakterze porządkowym zawarte w art. 1 pkt 12 i 40 projektu dotyczą uchylecia art. 49 ustawy o PRM i wprowadzenia tych przepisów w art. 22 ust. 2 ustawy o PRM. Natomiast zmiany zawarte w art. 1 pkt 35 i 36 projektu dotyczą doprecyzowania, że czas dotarcia z miejsca zdarzenia do centrum urazowego odnosi się do zespołu ratownictwa medycznego.

Deklaracje i oświadczenia projektodawcy

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 3, 5 i 6, art. 11 i art. 12, które wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia, art. 6, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, oraz art. 1 pkt 26 w zakresie dodawanego art. 26e oraz art. 18, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Proponowana zmiana polega na zwolnieniu z odbywania kursów uprawniających do pracy w charakterze dyspozytora medycznego tych dyspozytorów, którzy pracowali na tym stanowisku przed dniem 31 grudnia 2023 r., i nie nakłada nowych obowiązków, zatem brak jest jakichkolwiek zagrożeń wynikających ze skróconego okresu *vacatio legis* i wejścia w życie regulacji z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Jednocześnie omawiana zmiana, aby była skuteczna, musi wejść w życie przed dniem 31 marca 2025 r. Tym samym, w ocenie projektodawcy, zaproponowane rozwiązanie nie narusza zasad demokratycznego państwa prawnego. Z kolei wejście w życie przepisów art. 1 pkt 3, 5 i 6, art. 11 i art. 12 po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy, które to przepisy obejmują zmiany w szkoleniach z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy, jest spowodowane koniecznością zachowania odpowiedniego *vacatio legis* do wydania odpowiednich aktów wykonawczych przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych. W zakresie dodawanego art. 26e ustawy o PRM oraz art. 18 projektu, dotyczących zapewnienia dostępu do wsparcia psychologicznego członków zespołów ratownictwa medycznego udzielanego przez psychologa, proponuje się, aby te przepisy weszły w życie z dniem 1 lipca 2025 r., co pozwoli na odpowiednie przygotowanie się dysponentów do realizacji tego obowiązku.

Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych. W związku z tym przeprowadzono ocenę skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Wyżej wymieniona ocena wykazała, że projekt ustawy nie wpływa negatywnie na poziom

zabezpieczeń zastosowanych do przechowywania danych osobowych w SWD PRM i udostępniania.

Projekt ustawy będzie miał wpływ na mikro-, małe i średnie przedsiębiorstwa, będące dysponentami zespołów ratownictwa medycznego oraz podwykonawcami dysponentów, przez realizację zadań polegających na zapewnieniu wsparcia psychologicznego członkom zespołów ratownictwa medycznego i przeszkolenia w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych.

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

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 oraz art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

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

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektu ustawy umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Marek Kos – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Agnieszka Tuderek-Kuleta, Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa w Ministerstwie Zdrowia e-mail: dep-db@mz.gov.pl	Data sporządzenia 13.02.2025 r. Źródło Efekt przeglądu Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowanych Rady Ministrów UD43
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Na podstawie zebranych doświadczeń z funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „PRM”, zidentyfikowano następujące zagadnienia wymagające uregulowania od nowa bądź zmiany albo uzupełnienia już istniejących rozwiązań:

1. Usankcjonowania wymaga obecność **motocykli ratunkowych** w systemie PRM. Pomimo że zespoły ratownictwa medycznego, zwane dalej również „ZRM”, wyposażone w ambulans, są wspierane już obecnie przez motocykle ratunkowe, to status prawny tych ostatnich, a także sposób ich finansowania, pozostaje nieuregulowany i zależny od decyzji oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ”. Część motocykli nie podlega dodatkowemu finansowaniu, a część jest finansowana w ramach podwyższonej stawki na zespół z ambulansem. Źródłem finansowania jest budżet NFZ w ramach świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne. Liczba istniejących motocykli ratunkowych przedstawia się jak poniżej:

- 1) województwo kujawsko-pomorskie – 3;
- 2) województwo lubuskie – 1;
- 3) województwo łódzkie – 2;
- 4) województwo podlaskie – 1;
- 5) województwo pomorskie – 5;
- 6) województwo warmińsko-mazurskie – 1.

Razem: 13 motocykli ratunkowych.

Konieczne jest też ustalenie podziału ZRM podstawowych na dwu- i trzyosobowe – tak, aby płatnik świadczeń, czyli NFZ, mógł zróżnicować te dwa rodzaje zespołów jako oddzielne produkty do kontraktowania. ZRM trzyosobowe zapewniają bezpieczne udzielanie pomocy medycznej pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz właściwe bezpieczeństwo i higienę pracy członkom ZRM. Powinny być one uruchamiane przede wszystkim w ZRM złożonych z kobiet, pozbawionych urządzeń do transportu chorych bez użycia siły mięśniowej i urządzeń do automatycznego masażu klatki piersiowej oraz operujących na terenach wiejskich. Obecnie około 170 ZRM specjalistycznych, w których nie ma lekarza, jeździ w składzie trzech osób uprawnionych do medycznych czynności ratunkowych (którymi są ratownicy medyczni lub pielęgniarki systemu). Dodatkowo spośród wszystkich 1355 ZRM podstawowych skład trzyosobowy wykazuje zaledwie 48 ZRM. Daje to w sumie około 218 ZRM złożonych z trzech osób uprawnionych do medycznych czynności ratunkowych, będących ratownikami medycznymi lub pielęgniarkami systemu.

2. **Szpitalne oddziały ratunkowe** to jedyne elementy systemu PRM, dla których dotychczas nie ustalono parametrów, jakimi powinien się kierować wojewoda przy ustalaniu ich liczby i rozmieszczenia w wojewódzkim planie działania systemu PRM. W związku z tym zasadne jest ustalenie wskaźników, w oparciu o które będą planowane szpitalne oddziały ratunkowe.

3. Dyspozytornie medyczne

- 1) Obecne brzmienie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91), zwanej dalej „ustawą o PRM”, nie uwzględnia rozwoju Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „SWD PRM”, ani powstania Podsystemu Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „PZŁ SWD PRM”. Zgodnie z założeniami rozwoju SWD PRM od 2019 r. rozpoczęły się prace mające na celu budowę niezależnego PZŁ SWD PRM na potrzeby przyjmowania zgłoszeń głosowych wyłącznie z numeru alarmowego 999, głosowej komunikacji wewnętrznej oraz integrację łączności radiowej z PZŁ SWD PRM. Konieczne jest

więc wprowadzenie do ustawy o PRM zarówno definicji PZŁ SWD PRM, jak i zobowiązań związanych z jego funkcjonowaniem.

- 2) Konieczne jest zapewnienie podstawy prawnej dla obecnego sposobu funkcjonowania numeru alarmowego 999 polegającego na kierowaniu połączeń z tego numeru bezpośrednio do właściwej terenowo dyspozytorni medycznej. Od dnia 1 stycznia 2024 r. kierowanie wszystkich połączeń telefonicznych z numerem alarmowym 999 miało się odbywać do centrów powiadamiania ratunkowego. To jednak nie nastąpiło z uwagi na brak pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, o której mowa w art. 29 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748, z późn. zm.). Minister właściwy do spraw zdrowia już od dłuższego czasu wskazywał na znacznie wydłużony czas obsługi zgłoszeń dotyczących stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego za pośrednictwem centrów powiadamiania ratunkowego, w porównaniu do ich obsługi przez dyspozytornie medyczne z pominięciem centrów. Z analizy długości czasu obsługi zgłoszeń alarmowych wpływających obecnie z numeru alarmowego 112 obsługiwanych przez operatorów i przekazywanych następnie do dyspozytorów medycznych oraz zgłoszeń wpływających bezpośrednio na numer alarmowy 999, obsługiwanych przez dyspozytorów medycznych wynika, że średni czas obsługi zgłoszenia wpływającego na numer alarmowy 112 wynosi średnio 127,24 sek., zaś czas obsługi zgłoszenia wpływającego bezpośrednio na numer alarmowy 999 – 116,31 sek. Łączny średni czas obsługi zgłoszeń trafiających do dyspozytorni medycznej za pośrednictwem nr 112 to 243,55 sek. Oznacza to ponad dwukrotne wydłużenie czasu obsługi zgłoszenia alarmowego w sytuacji przyjmowania go za pośrednictwem nr 112. Dlatego istnieje uzasadniona potrzeba utrzymania możliwości bezpośredniego dozwonienia się do dyspozytorni medycznej dla osób wzywających pomocy na nr 999.
- 3) Ze względu na to, że od dnia 1 stycznia 2022 r. dyspozytornie medyczne nie mogą już być prowadzone przez podmioty lecznicze, nie zachodzi potrzeba pośredniczenia ministra właściwego do spraw zdrowia przy wnioskowaniu przez wojewodów o środki na dyspozytornie medyczne. Co do zasady planowanie środków na poszczególne zadania powinno być realizowane przez dysponenta tych środków, czyli w danym przypadku – przez wojewodów. Konieczne jest także doprecyzowanie zasad przeprowadzania kontroli dyspozytorni przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
- 4) Konieczne jest też doprecyzowanie przepisów odnoszących się do udostępniania danych z SWD PRM m.in. o obowiązek udostępniania tych danych organom samorządów zawodowych oraz konsultantom krajowym i wojewódzkim, do realizacji ich ustawowych zadań.
- 5) W dużych województwach, o największej liczbie mieszkańców, w tym również osób niezameldowanych, obciążenie pracą dyspozytorów jest tak znaczne, że wymaga umożliwienia wojewodom utworzenia dodatkowych dyspozytorni. Ponadto dyspozytorzy medyczni podkreślają, że chcą utrzymać zatrudnienie bliżej miejsca zamieszkania, zamiast dojazdów do stolicy województwa.
- 6) Dotychczasowe przepisy regulujące sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych i samych dyspozytorów nie uwzględniały odmienności Centrum Operacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, zwanego dalej „CO LPR”. Pracujący w nim dyspozytorzy medyczni nie są zatrudniani przez wojewodów, jak stanowi obecnie ustawa o PRM, lecz przez dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, zwanego dalej „LPR”. Oprócz dyspozytorów medycznych pracują tam również dyspozytorzy lotniczy, których zakres czynności również powinien być zdefiniowany. Ponadto uregulowania w ustawie wymaga zlecenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia LPR zakupu sprzętu do SWD PRM i jego przekazywania odbiorcom docelowym (wojewodom i dysponentom).
- 7) Możliwość zatrudnienia psychologów o wysokich wymaganiach dotyczących doświadczenia zawodowego powoduje w niektórych województwach trudności w znalezieniu kandydatów do pracy w liczbie odpowiedniej do potrzeb.
- 8) Utrzymujące się w niektórych dyspozytorniach medycznych stałe lub przejściowe problemy z zapewnieniem pełnej obsady na stanowiskach dyspozytorów medycznych wymagają dostosowania wymagań dla kandydatów do wykonywania zadań na tych stanowiskach do rzeczywistych możliwości rynku pracy.

4. Rejestry

Kolejne zagadnienie wymagające odmiennego (niż dotychczas) uregulowania to wpisywanie się do Rejestru Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „RJWPRM”, jednostek posiadających taki status z mocy ustawy o PRM. Są nimi jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej i jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego oraz jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Jednostki te powinny mieć uprawnienia do dokonywania wpisów we własnym zakresie. Konieczne jest ponadto dokonanie weryfikacji zakresu danych objętych RJWPRM, w zakresie ich przydatności dla systemu PRM. Doświadczenia zebrane w czasie funkcjonowania RJWPRM nakazują dostosować zawartość tego rejestru do zakresu rzeczywistych danych w nim ujmowanych dotyczących jednostek współpracujących z systemem PRM przez uwzględnienie jednostek organizacyjnych jednostek współpracujących z systemem. Analogicznego dostosowania wymaga ewidencja szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa (Rejestr Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwany dalej „RPRM”). RPRM zawiera

funkcjonalności wspierające wojewodę w procesie prowadzenia ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W związku z powyższym RPRM ma zostać głównym zbiorem danych tych jednostek, do którego będzie się odwoływał wojewódzki plan działania systemu.

5. Personel medyczny

- 1) Zachodzi ponadto potrzeba aktualizacji definicji lekarza systemu i pielęgniarki systemu, które nie uwzględniają niektórych przepisów dotyczących specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych. Liczba specjalistów medycyny ratunkowej (około 1 tys. osób) wciąż pozostaje niewystarczająca w stosunku do potrzeb jednostek systemu PRM, a doskonalenie zawodowe i kształcenie podyplomowe lekarzy systemu i pielęgniarek systemu nie jest ukierunkowane na pogłębianie i aktualizowanie wiedzy z medycyny ratunkowej. Stąd potrzeba ustalenia realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego przez uczestnictwo w kursach z zakresu postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- 2) Konieczne jest uzupełnienie przepisów dotyczących możliwości poświęcenia przez osoby udzielające pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoby wchodzące w skład ZRM, osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytora medycznego, wojewódzkiego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego dóbr osobistych innej osoby, innych niż życie lub zdrowie, a także dóbr majątkowych w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o możliwość poświęcenia tych dóbr również w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ochrony lub ratowania własnego życia lub zdrowia podczas realizowania przez nich zadań. Spowodowane jest to tym, że osoby wskazane powyżej, a przede wszystkim ZRM, często wykonują swoje obowiązki w miejscach trudnych i sytuacjach nieprzewidywalnych, wręcz niebezpiecznych, często narażając swoje zdrowie i życie. Spotykają się także często z agresją słowną i przemocą fizyczną. W celu ochrony lub ratowania własnego życia lub zdrowia zasadne jest, aby osoby, o których mowa powyżej, miały możliwość poświęcenia dóbr osobistych innych osób, innych niż życie lub zdrowie, a także dóbr majątkowych nie tylko w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ale również w sytuacji bezpośredniego zagrożenia własnego życia lub zdrowia.
- 3) Zachodzi również potrzeba uregulowania kwestii wsparcia psychologicznego dla członków ZRM. Obecne przepisy zapewniają wsparcie psychologiczne wyłącznie dla dyspozytorów medycznych. Natomiast takiego obowiązku nie ma w przypadku członków ZRM, chociaż ponad połowa dysponentów ZRM takie wsparcie zapewnia. Niewątpliwie członkowie tych zespołów stykają się w dużej mierze z sytuacjami trudnymi, wymagającymi znacznej odporności psychicznej, przez co zapewnienie wsparcia psychologicznego jest uzasadnione.
- 4) Jak wskazano wcześniej, członkowie ZRM wykonują swoje obowiązki w miejscach trudnych i często w sytuacjach nieprzewidywalnych, wręcz niebezpiecznych, nierzadko narażając swoje zdrowie i życie, spotykając się przy tym z agresją słowną i przemocą fizyczną. Zdarzenia krytyczne i stres z nimi związany są nieodłącznymi elementami pracy w ratownictwie medycznym. Członkowie ZRM są narażeni na oddziaływanie czynników stresogennych, takich jak m. in. wskazana powyżej nieprzewidywalność sytuacji w miejscu zdarzenia. Konieczne jest zatem uregulowanie kwestii cyklicznego przeszkolenia w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych, które m.in. obejmie sposoby postępowania minimalizujące ryzyko agresji.

6. Pierwsza pomoc

Z powodu coraz częstszego stosowania w ramach pierwszej pomocy produktów leczniczych wydawanych z przepisu lekarza, a niezbędnych osobom przewlekle chorym zagrożonym wystąpieniem stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego (np. wstrząsu anafilaktycznego, napadu padaczki czy chorującym na cukrzycę), jest konieczne rozszerzenie definicji pierwszej pomocy również o takie leki, które umożliwią świadkom zdarzenia postępowanie zgodne z prawem.

7. Kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego

Rozwiązania wymaga też problem polegający na tym, że do ukończenia kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego są zobowiązane nie tylko osoby rozpoczynające pracę, ale również te, które już obecnie są zatrudnione na tych stanowiskach i posiadają doświadczenie w wykonywaniu swoich zadań.

8. Ponadto zachodzi potrzeba uregulowania **zasad realizacji doskonalenia zawodowego** osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego, które rozpoczęły okres edukacyjny przed dniem 1 stycznia 2024 r. Do dnia 31 grudnia 2023 r. dyspozytor medyczny miał prawo i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego, natomiast od dnia 1 stycznia 2024 r. nastąpiła zmiana systemu doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych polegająca w szczególności na

organizacji kursu doskonalącego przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, zwane dalej „KCMRM”.

9. Zasadna jest rezygnacja z przepisu dotyczącego wyliczania **trzeciego kwartyłu** czasu dotarcia, gdyż nie był on dotychczas przydatny.

10. Obecnie w myśl art. 45a ustawy o PRM „Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego albo pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.”. Takiej sankcji nie przewiduje się za niewykonanie decyzji, o której mowa w art. 20a ust. 5 i art. 29 ust. 9b ustawy o PRM tj. rozstrzygającej spór dotyczący przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wątpliwości budzi, czy w takich sytuacjach zastosowanie znajdzie cytowany wyżej przepis. W związku z tym zasadne jest doprecyzowanie **sankcji za niewykonanie decyzji**. Obecnie obowiązujące regulacje wynikające z art. 33 ust. 1 ustawy o PRM oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 336, z późn. zm.) stanowią o „niezwłocznym” udzielaniu świadczeń zdrowotnych na rzecz osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jest to pojęcie nieostre, które jest różnie rozumiane przez personel szpitalnego oddziału ratunkowego. Dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć również okazały się niewystarczające do tego, aby pacjenci przewożeni przez ZRM byli traktowani priorytetowo. Jednocześnie analiza danych z SWD PRM wskazuje na **zbyt długie przebywanie ZRM w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć**, sięgające nawet kilku godzin, co z jednej strony zagraża pacjentom transportowanym do szpitali przez te zespoły, a z drugiej powoduje wyłączenie ZRM z gotowości do niesienia pomocy innym osobom.

11. W przepisach prawa powszechnie obowiązującego brak jest regulacji określających **zasady postępowania ze zwłokami osób zmarłych** w specjalistycznym środku transportu sanitarnego podczas udzielania im medycznych czynności ratunkowych. Podjęcie jakichkolwiek rozwiązań w omawianej sprawie wiąże się m.in. z nałożeniem dodatkowych obowiązków na podmioty lecznicze i zakłady medycyny sądowej, co wymaga zmian legislacyjnych. Takie rozwiązania znalazły się w projekcie ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, który był procedowany w ramach Rady Ministrów poprzedniej kadencji (projekt wpisany do ówczesnego Wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów pod nr UD278). Wymaga to pilnego uregulowania z uwagi na brak trybu postępowania w tak delikatnej sprawie.

12. Usankcjonowania wymaga również zrównanie prawa do **dotatków** za pracę w porze nocnej, w porze dziennej w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy, wynikające z przyjętego pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków ZRM wykonujących zawód medyczny, z pracownikami wykonującymi zawód medyczny, zatrudnionymi w systemie pracy zmianowej w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

13. Ponieważ niektórzy dysponenci jednostek PRM odmawiają zawierania z ratownikami medycznymi umów cywilnoprawnych, konieczne jest wprowadzenie przepisu wskazującego wprost, że ratownik medyczny **może wykonywać zawód w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym**.

14. Kwestią wymagającą uwagi jest potrzeba ujednolicenia obowiązku uzyskania **opinii o celowości inwestycji**, w odniesieniu do wszystkich jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o świadczeniach”, w art. 95e ust. 1 określa katalog podmiotów, które są zobowiązane do uzyskania opinii o celowości inwestycji. Są to: podmioty wykonujące działalność leczniczą, podmioty zamierzające wykonywać działalność leczniczą oraz podmioty zamierzające utworzyć podmiot leczniczy. Przedmiotowa ustawa w art. 95d ust. 2 określa również podmioty, wobec których nie wydaje się opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 tej ustawy, wśród nich znajdują się obecnie jednostki wchodzące w skład systemu PRM, tj.: szpitalny oddział ratunkowy oraz szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci. Istniejące przepisy prawa prowadzą do sytuacji, w której jedynie część jednostek wchodzących w skład systemu PRM jest wyłączona z konieczności uzyskania opinii o celowości inwestycji, pozostałe jednostki są zobowiązane do uzyskania takiej opinii, pomimo że specyfika realizowanych przez nie zadań jedynie w nieznacznym stopniu koresponduje z formularzami oceny inwestycji określonymi w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia. Również w przypadku LPR kryteria zawarte w formularzu w żaden sposób nie przystają do działalności prowadzonej przez tę jednostkę. Należy zaznaczyć, że działalność LPR, w tym inwestycyjna, jest finansowana na podstawie ustawy o PRM. Zmian wymaga również wspomniany katalog z art. 95d ust. 2 ustawy o świadczeniach, gdyż wskazuje w pkt 2 szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci, podczas gdy ustawa o PRM nie różnicuje szpitalnych oddziałów ratunkowych na oddziały przeznaczone dla dzieci oraz dla dorosłych.

15. Obecnie art. 16 ust. 2 ustawy o PRM przewiduje wydanie przez Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych **wspólnego rozporządzenia w zakresie kursów kwalifikowanej pierwszej pomocy** dla pracowników podległych lub nadzorowanych przez nich służb, policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy. Przedmiotowe rozdzielenie upoważnienia ustawowego wynika z dotychczasowych doświadczeń z realizacji szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, a także różnic wynikających ze specyfiki i środowiska realizacji zadań przez ww. służby nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz inne dla Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. Nie bez znaczenia jest również fakt, że prowadzenie prac nad wspólnym projektem rozporządzenia – jak pokazują doświadczenia – jest kłopotliwe i czasochłonne, gdyż wymaga dwuetapowych uzgodnień.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

1. **Motocyklowe jednostki ratownicze**, które dotychczas stanowiły składową wybranych ZRM wyposażonych w ambulanse, będą odrębnym rodzajem zespołów, który będzie stanowić jeden z elementów wojewódzkiego planu działania systemu PRM i oddzielny produkt do kontraktowania w ramach umów zawieranych przez oddziały wojewódzkie NFZ. Motocyklowa jednostka ratownicza będzie docierać w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, w czasie zgromadzeń, w korkach na drodze. Motocykl ratunkowy będzie prowadzony przez osobę uprawnioną do medycznych czynności ratunkowych, zostanie wyposażony w niezbędne leki i wyroby medyczne, a także w sprzęt do obsługi SWD PRM. Liczbę ZRM motocyklowych będzie ustalać wojewoda, w uzgodnieniu z oddziałem wojewódzkim NFZ, przyjmując maksymalnie jeden motocykl na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców województwa, a czas działania tych jednostek to okres od dnia 1 maja do dnia 30 września, do 12 godzin w ciągu jednej doby. Wprowadza się też **rozróżnienie ZRM podstawowych na dwu- i trzyosobowe**, bez ustalania minimalnej proporcji jednych do drugich. Ich liczba i rozlokowanie w terenie, podobnie jak w odniesieniu do motocyklowych jednostek ratowniczych, będą wskazywane w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w uzgodnieniu z dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ, po zaopiniowaniu przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego, pełniące jednocześnie rolę podmiotów tworzących dla dysponentów ZRM.

2. Zakłada się wprowadzenie w ustawie o PRM przepisu, zgodnie z którym jeden **szpitalny oddział ratunkowy** zabezpieczy obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie ZRM z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Według tych wytycznych wojewodowie będą zobowiązani zaplanować liczbę i rozlokowanie oddziałów ratunkowych nowych i przewidywanych do utworzenia. Powyższy przepis pozostanie bez wpływu na sytuację istniejących SOR.

3. Dyspozytornie medyczne

- 1) Ze względu na powstanie PZŁ SWD PRM projekt ustawy przewiduje także dodanie w ustawie o PRM definicji PZŁ SWD PRM oraz zapewnienie obowiązku jego utrzymania i finansowania zarówno przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i wojewodów. Wprowadza się też wprost możliwość powierzenia dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia zakupów sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez ZRM na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych.
- 2) Zakłada się nowelizację ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, a w konsekwencji także ustawy z dnia 12 lipca 2024 r. – Prawo komunikacji elektronicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1221) w taki sposób, aby została utrzymana bezterminowo możliwość kierowania połączeń alarmowych z nr 999 bezpośrednio do dyspozytorni medycznych z pominięciem centrów powiadamiania ratunkowego. Utrzymaniu niezależnej od centrów powiadamiania ratunkowego obsługi nr alarmowego 999 służą wdrożone już rozwiązania technologiczne.
- 3) Zostaną doprecyzowane przepisy wskazujące podstawy prawne do przeprowadzania kontroli dysponentów jednostek systemu oraz dyspozytorni medycznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. O ile w odniesieniu do dysponentów jednostek systemu znajdują zastosowanie przepisy dotyczące kontroli w podmiotach leczniczych, to w przypadku dyspozytorni medycznych będzie stosowana ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 224). Zostanie uporządkowany zakres i sposób udostępniania danych z SWD PRM konsultantom w ochronie zdrowia, organom samorządów zawodowych oraz sądom, prokuraturze, Policji i Rzecznikowi Praw Pacjenta.
- 4) Zostanie zniesiony obowiązek wnioskowania przez wojewodów do ministra właściwego do spraw zdrowia o środki na zadania dyspozytorni medycznych i wsparcie psychologiczne dyspozytorów medycznych.
- 5) Zostanie wprowadzona możliwość utworzenia dodatkowej dyspozytorni medycznej w województwach, w których liczba mieszkańców przekracza 3 mln osób (małopolskie, wielkopolskie) oraz dwóch dodatkowych w województwach przekraczających 4 mln mieszkańców, tj. w mazowieckim i śląskim.
- 6) Do porządku prawnego zostanie wprowadzony specjalny rodzaj dyspozytorni medycznej, jakim jest CO LPR, będące komórką organizacyjną LPR. Pracodawcą dla zatrudnionych tam dyspozytorów medycznych będzie nie

wojewoda – jak stanowi obecnie ustawa o PRM – lecz LPR. W projekcie ustawy wskazano zadania do realizacji przez dyspozytorów medycznych oraz dyspozytorów lotniczych w CO LPR.

- 7) Zakłada się także obniżenie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego psychologów, realizujących wsparcie psychologiczne na rzecz dyspozytorów medycznych, w taki sposób, aby je ujednolicić z wymaganiami odnoszącymi się do psychologów zatrudnianych w centrach powiadamiania ratunkowego.
- 8) Przewidziano również obniżenie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego kandydatów na dyspozytorów medycznych z 3 lat do roku. Jednocześnie doprecyzowano przepis określający wymagania dla kierownika dyspozytorni medycznej w zakresie posiadanego doświadczenia na stanowiskach pracy.

4. Rejestry

Nastąpi modyfikacja zakresu danych zawartych w RJWPRM. Jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej i jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego będą wpisywane do rejestru przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej, a jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa – przez dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Pozostałe jednostki będą nadal wpisywane do RJWPRM na ich wniosek, przez właściwego wojewodę. W projekcie ustawy przewidziano, że jednostki współpracujące zapewniają gotowość do działań ratowniczych w czasie nieprzekraczającym 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego.

Przewiduje się skrócenie z 30 do 7 dni czasu, w którym dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ przekazuje wojewodzie informacje o zawarciu lub o zakończeniu realizacji umów objętych RPRM. Zakres danych przetwarzanych w tym rejestrze zostanie dostosowany do stanu faktycznego.

5. Personel medyczny

- 1) Przewiduje się także zmianę definicji lekarza systemu przez jej rozszerzenie o specjalistów intensywnej terapii. Jest to dziedzina medycyny przydatna w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Gotowość lekarzy po drugim roku specjalizacji z anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej lub neurologii do pracy w jednostkach systemu PRM będzie potwierdzał kierownik specjalizacji.
Z kolei zmiana definicji pielęgniarki systemu polega na dostosowaniu nazw dziedzin pielęgniarstwa, w których mogą być prowadzone specjalizacje i kursy kwalifikacyjne, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562).
W stosunku do lekarzy systemu i pielęgniarek systemu udzielających świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, a więc w ZRM i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, wprowadza się obowiązek ukończenia kursów w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z obowiązku tego zwolnieni zostaną lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, intensywnej terapii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, a także lekarze i pielęgniarki odbywające specjalizacje w tych dziedzinach. Niedopełnienie obowiązku odbycia wyżej wymienionych kursów będzie skutkować utratą statusu lekarza systemu lub pielęgniarki systemu. Kontrolę realizacji tego obowiązku powierza się dysponentom jednostek systemu.
- 2) W projekcie przewidziano dodanie przepisu, zgodnie z którym osoby udzielające pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoby wchodzące w skład ZRM, osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytorzy medyczni, wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego oraz krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonujący swoje zadania mogą mieć również możliwość poświęcenia dóbr osobistych innych osób, innych niż życie lub zdrowie, a także dóbr majątkowych również w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ochrony lub ratowania własnego życia lub zdrowia podczas realizowania przez nich swoich zadań.
- 3) Projekt przewiduje wprowadzenie obowiązku zapewnienia wsparcia psychologicznego członkom ZRM. Obowiązek ten będzie spoczywał na dysponentach ZRM. Ustalono zakres zadań, które będą wykonywane w ramach wsparcia psychologicznego i sposób raportowania tych działań. Zapewnienie dostępu do wsparcia psychologicznego będzie mogło być zapewnione zarówno przez zatrudnienie psychologa przez dysponenta, jak i w ramach podwykonawstwa, na podstawie umowy dysponenta z innym podmiotem – w tym przedmiocie projekt nie wprowadza ograniczeń.
- 4) Zasadne jest wprowadzenie obligatoryjnych cyklicznych szkoleń w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych. Planuje się, że przeszkolenie dotyczyłoby wszystkich członków ZRM, nie rzadziej niż raz na 5 lat, przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Przeszkolenie obejmowałoby omówienie podstaw prawnych związane z samoobroną (w tym omówienie granic obrony koniecznej oraz stosowania przymusu bezpośredniego), stosowanie zasad i technik samoobrony w sytuacji zagrożenia oraz stosowanie przymusu bezpośredniego, jak również stosowanie technik deeskalacyjnych mających na celu zmniejszenie intensywności agresywnych zachowań oraz zapobieganie eskalacji konfliktów. Przeszkolenie byłoby finansowane przez wojewodów, zaś możliwość ich finansowania albo dofinansowania byłaby również ze środków dysponenta ZRM, jednostki samorządu terytorialnego, organizatora przeszkolenia oraz w ramach dofinansowania ze

środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.).

6. Pierwsza pomoc

Definicja pierwszej pomocy zostanie rozszerzona o możliwość podawania w sytuacji nagłej produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Lek taki będzie mógł podać poszkodowanemu świadek zdarzenia.

7. Kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego

Przewiduje się zniesienie obowiązku ukończenia kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego dla osób już obecnie zatrudnionych na tych stanowiskach. Obowiązek ten będzie dotyczył jedynie osób zatrudnionych na tych stanowiskach po 1 stycznia 2024 r. Osoby, które będą zatrudniane na tych stanowiskach w 2024 r., będą zobowiązane do dostarczenia pracodawcy zaświadczenia o ukończeniu kursu do dnia 31 marca 2025 r., natomiast osoby, które będą zatrudniane od 1 stycznia 2025 r. i dalej – w terminie 3 miesięcy od dnia zatrudnienia.

Przewiduje się również umożliwienie, aby przewodniczącym komisji egzaminacyjnej był – oprócz lekarza systemu – również ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, wskazani przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Jest to związane z brakiem odpowiedniej liczby lekarzy systemu, zaś poziom wykształcenia i wiedzy ratowników medycznych i pielęgniarek systemu jest wystarczający do przewodniczenia komisji egzaminacyjnej.

8. Zostaną też uregulowane **zasady realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego** osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego, które rozpoczęły okres edukacyjny przed dniem 1 stycznia 2024 r. Przewiduje się, iż dyspozytorzy medyczni, którzy rozpoczęli okres edukacyjny przed dniem 1 stycznia 2024 r., będą go kontynuowali, jednakże realizując już kursy, które są organizowane przez KCMRM, a nie jak dotychczas przez podmioty akredytowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Kurs doskonalący dla dyspozytorów medycznych zrealizowany w trybie wcześniejszych przepisów, przed 1 stycznia 2024 r., jest ważny do zakończenia trzyletniego okresu edukacyjnego.

9. Zrezygnowano również z przepisu w ustawie o PRM dotyczącego wyliczania **trzeciego kwartyłu** czasu dotarcia, gdyż nie był on dotychczas przydatny.

10. Przewiduje się wprowadzenie (doprecyzowanie) **sankcji** za niewykonanie decyzji krajowego koordynatora ratownictwa medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w sytuacji sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym od ZRM będzie wynosił 15 minut. Zachowanie tego parametru będzie stanowiło jeden z warunków udzielania świadczeń zdrowotnych, możliwych do obiektywnej oceny i weryfikacji.

11. Zakłada się doprecyzowanie sposobu **postępowania ze zwłokami** osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego. Przewiduje się, że zwłoki tych osób będą przewożone do zakładu medycyny sądowej albo do prosektorium szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. W przypadku martwego urodzenia dziecka w ambulansie wykorzystywanym w ZRM zwłoki dziecka będą przewożone do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

12. Wprowadza się również obowiązek wypłacania **dodatków** za pracę w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy, wynikające z przyjętego pięciodniowego tygodnia pracy, dla pracowników wykonujących zawód medyczny zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799, z późn. zm.)). Z uwagi na fakt, że obowiązek wypłaty dodatków dla członków ZRM wykonujących zawód medyczny realizowany w oparciu o przepis art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924, z późn. zm.) zakończył się wraz ze zniesieniem z dniem 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego, proponuje się określenie w ustawie, że przepis wejdzie w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 2023 r. Wprowadzony zostanie również przepis wyłączający obowiązek wypłaty dodatków za okres od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia wejścia w życie regulacji wobec tych

podmiotów leczniczych, które w okresie tym wypłacały dodatki na mocy regulacji wprowadzanych na podstawie wewnętrzzakładowych aktów prawa pracy.

13. Celem usunięcia wątpliwości interpretacyjnych wprowadza się przepis wskazujący wprost, że ratownik medyczny może wykonywać zawód w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym.

14. Celem uspoźnienia i dostosowania przepisów obowiązującego prawa jest zasadne wprowadzenie regulacji w zakresie zmiany w katalogu podmiotów zwolnionych z konieczności uzyskania **opinii o celowości inwestycji**. Katalog podmiotów wymienionych w art. 95d ust. 2 ustawy o świadczeniach został uzupełniony o ZRM oraz LPR. Przepis ten określa podmioty, wobec których nie wydaje się opinii o celowości inwestycji. Należy przy tym zaznaczyć, że wyłączenie LPR jedynie w zakresie lotniczego ZRM spowodowałoby, że w pozostałym zakresie podmiot ten byłby zobowiązany do uzyskiwania oceny celowości inwestycji, w tym inwestycji dotyczących w szczególności organizacji usługowej (zajmującej się m.in. obsługą techniczną statków powietrznych) lub Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Dodatkowo uchylono przepis dotyczący szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci, gdyż obowiązujące przepisy ustawy o PRM nie różnicują szpitalnych oddziałów ratunkowych na oddziały przeznaczone dla dzieci oraz dla dorosłych.

15. Do ustawy o PRM dodano art. 16e i art. 16j, w których zawarto **odrębne upoważnienie ustawowe dla Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych w zakresie kursów kwalifikowanej pierwszej pomocy** dla pracowników podległych lub nadzorowanych przez nich służb, policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy. Takie rozwiązanie było wnioskowane przez obu ministrów, co pozwoli każdemu z nich na wydanie rozporządzenia regulującego ww. kwestie tylko w zakresie swoich kompetencji (służb).

Projektowane zapisy art. 16a ust. 1 i art. 16f ust. 1 regulują odpowiednio – wymogi organizacyjne do prowadzenia szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w jednostkach organizacyjnych, jednostkach szkoleniowych, ośrodkach lub centrach szkolenia lub kształcenia, służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub w innych podmiotach wybranych przez te służby oraz jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych. Do projektowanych przepisów art. 16a–16j ustawy o PRM zostały przeniesione przepisy stanowiące materię ustawową, które dotychczas były zawarte w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. poz. 1537, z późn. zm.). Dotyczy to przepisów określających wymagania, jakie muszą spełniać podmioty szkolące prowadzące kurs z kwalifikowanej pierwszej pomocy, jak również kwestii związanych z przeprowadzaniem egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy, składu komisji egzaminacyjnej, dokumentów dotyczących ukończenia kursu oraz oceny jakości kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy prowadzonego przez podmioty szkolące. Oba wskazane przepisy zawierają odpowiednie upoważnienie do wydania rozporządzeń przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Obrony Narodowej (w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia), w zakresie m.in. organizacji i sposobu przeprowadzania kursu, kwalifikacji kadry dydaktycznej oraz wzorów dokumentów dotyczących ukończenia szkoleń. Różnice w upoważnieniach ustawowych (m.in. dla upoważnienia dla Ministra Obrony Narodowej: utrata ważności zaświadczenia w przypadku dwukrotnego niezaliczenia egzaminu) wynikają z odmienności sposobu organizacji i prowadzenia szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w obu resortach.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Ze względu na bezpieczeństwo systemów ratowniczych i systemów powiadamiania ratunkowego w poszczególnych krajach szczegółowe informacje dotyczące organizacji tych systemów nie są powszechnie udostępniane. Wobec tego nie jest możliwe przedstawienie pełnego porównania rozwiązań zastosowanych w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
dysponenci ZRM	222	Ministerstwo Zdrowia	1) zmiana rodzaju ZRM; 2) obowiązek utrzymywania PZŁ SWD PRM; 3) zapewnienie wsparcia psychologicznego członkom ZRM; 4) obowiązek przeszkolenia wszystkich członków zespołu ratownictwa medycznego w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	1	Ministerstwo Zdrowia	usankcjonowanie w porządku prawnym funkcjonowania CO LPR wraz z jego personelem
województwie	16	nie dotyczy	zmiana zawartości wojewódzkich planów działania systemu PRM; zmiana liczby dyspozytorni medycznych; obowiązek uczestniczenia w utrzymywaniu PZŁ SWD PRM
jednostki współpracujące z systemem PRM	4922	RJWPRM	zmiana w zakresie danych objętych rejestrem
obywatele Rzeczypospolitej Polskiej i inne osoby przebywające na terytorium RP	ok. 38 mln	Główny Urząd Statystyczny	wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego
pacjenci	ok. 3,2 mln osób korzystających z pomocy ZRM	Ministerstwo Zdrowia	rozszerzenie zakresu świadczeń ratowniczych o motocyklowe jednostki ratownicze, rozróżnienie podstawowych na 2- i 3-osobowe
ratownicy medyczni, pielęgniarki systemu oraz lekarze systemu	24 600 osób niezbędnych do obsadzenia motocyklowych jednostek ratowniczych i 3-osobowych ZRM podstawowych	Ministerstwo Zdrowia	nowe możliwości w zakresie zatrudnienia w systemie PRM
Ministerstwo Zdrowia	1	nie dotyczy	zmniejszenie ogólnej liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, podlegających ocenie
urzędy wojewódzkie	16	nie dotyczy	zmniejszenie ogólnej liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, podlegających ocenie
oddziały wojewódzkie NFZ	16	nie dotyczy	zmniejszenie ogólnej liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, podlegających ocenie; informowanie wojewody o: 1) aktualizacji danych dotyczących ZRM włączonych do systemu PRM; 2) stwierdzonych nieprawidłowościach związanych z realizacją umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty lecznicze, w których skład wchodzi jednostki systemu PRM; 3) rozwiązaniu ww. umowy
Centrala NFZ	1	nie dotyczy	zmniejszenie ogólnej liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, podlegających ocenie
5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji			
Projekt ustawy nie podlegał pre-konsultacjom.			

Projekt ustawy został przekazany do uzgodnień, konsultacji publicznych i opiniowania z 21-dniowym terminem na zgłaszania uwag przez następujące podmioty:

- 1) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 2) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 3) Federacja Związków Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 4) Forum Rozwoju Ratownictwa Medycznego;
- 5) Forum Związków Zawodowych;
- 6) Fundacja Red-Alert;
- 7) Konfederacja „Lewiatan”;
- 8) Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 9) Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego;
- 10) Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych;
- 11) Krajowa Rada Fizjoterapeutów;
- 12) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 13) Lotnicze Pogotowie Ratunkowe;
- 14) Naczelna Rada Aptekarska;
- 15) Naczelna Rada Lekarska;
- 16) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych;
- 17) NSZZ „Solidarność 80”;
- 18) NSZZ Solidarność;
- 19) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 20) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 21) Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych;
- 22) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 23) Ogólnopolskie Towarzystwo Ratowników Medycznych;
- 24) Polska Rada Ratowników Medycznych;
- 25) Polska Rada Resuscytacji;
- 26) Polski Związek Ratowników Medycznych;
- 27) Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych;
- 28) Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej;
- 29) Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof;
- 30) Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego;
- 31) Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego;
- 32) Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych;
- 33) Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej;
- 34) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 35) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 36) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 37) Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
- 38) Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów;
- 39) Prokuratoria Generalna Rzeczypospolitej Polskiej;
- 40) Rada Dialogu Społecznego;
- 41) Rada Działalności Pożytku Publicznego;
- 42) Rada Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia;
- 43) Stowarzyszenie Ratowników Medycznych Pomorza Zachodniego;
- 44) Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych;
- 45) Wojewoda Dolnośląski;
- 46) Wojewoda Kujawsko-Pomorski;
- 47) Wojewoda Lubelski;
- 48) Wojewoda Lubuski;
- 49) Wojewoda Łódzki;
- 50) Wojewoda Małopolski;
- 51) Wojewoda Mazowiecki;
- 52) Wojewoda Opolski;
- 53) Wojewoda Podkarpacki;
- 54) Wojewoda Podlaski;
- 55) Wojewoda Pomorski;
- 56) Wojewoda Śląski;
- 57) Wojewoda Świętokrzyski;
- 58) Wojewoda Warmińsko-Mazurski;
- 59) Wojewoda Wielkopolski;

- 60) Wojewoda Zachodniopomorski;
61) Związek Pracodawców Business Centre Club;
62) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
63) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
64) Związek Rzemiosła Polskiego.

Skrócenie terminu na uzgodnienia, konsultacje publiczne i opiniowanie do 21 dni wynikało z konieczności wejścia w życie ustawy przed końcem marca 2025 r. – tak, aby dysponenti jednostek systemu, ich podmioty tworzące, wojewodowie oraz NFZ mogli poczynić stosowne przygotowania do zmian w wojewódzkich planach działania systemu PRM w zakresie liczby specjalistycznych ZRM oraz motocyklowych jednostek ratowniczych.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248, z późn. zm.) projekt ustawy został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. Podmioty prowadzące działalność lobbingsową zgodnie z przepisami ww. ustawy nie zgłosiły zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Ponadto projekt ustawy został również udostępniony, zgodnie z postanowieniami uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806), w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce „Rządowy Proces Legislacyjny”.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie, w formie tabeli, dołączonej do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z 2024 r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0 2024 r.	1 2025 r.	2 2026 r.	3 2027 r.	4 2028 r.	5 2029 r.	6 2030 r.	7 2031 r.	8 2032 r.	9 2033 r.	10 2034 r.	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem												
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie) Narodowy Fundusz Zdrowia												
Wydatki ogółem		187,48	382,07	397,09	411,24	421,51	432,06	442,85	453,92	465,28	476,91	4 070,41
budżet państwa		14,62	19,07	19,54	20,04	20,54	21,06	21,58	22,12	22,67	23,24	204,48
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie) NFZ		172,86	363,08	377,63	391,29	401,06	411,10	421,37	431,90	442,71	453,77	3 866,77
Saldo ogółem		-187,48	-382,07	-397,09	-411,24	-421,51	-432,06	-442,85	-453,92	-465,28	-476,91	-4 070,41
budżet państwa		-14,62	-19,07	-19,54	-20,04	-20,54	-21,06	-21,58	-22,12	-22,67	-23,24	-204,48
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie) NFZ		-172,86	-363,08	-377,63	-391,29	-401,06	-411,10	-421,37	-431,90	-442,71	-453,77	-3 866,77

Źródła finansowania	Wszystkie skutki finansowe z tytułu realizacji ustawy zostaną sfinansowane w ramach środków na ochronę zdrowia określonych zgodnie z art. 131c ustawy o świadczeniach. Koszty odnoszące się do wydatków NFZ zostały zabezpieczone w prognozie kosztów NFZ na lata 2025–2027 oraz w planie finansowym NFZ na 2025 r. Nie przewiduje się dodatkowych skutków finansowych z tytułu wejścia w życie nowelizacji w 2025 r. Źródłem finansowania wydatków w kolejnych latach, ujętych w powyższej tabeli będzie: 1) budżet państwa z części 85, której dysponentami są wojewodowie, w zakresie czterech nowych dyspozytorni medycznych, w ramach limitu środków przyznawanych co roku na funkcjonowanie dyspozytorni medycznych oraz w zakresie przeszkolenia członków ZRM z samoobrony i technik deeskalacyjnych; 2) budżet NFZ (pozostałe jednostki) ze środków przewidzianych na świadczenia w rodzaju ratownictwo medyczne w planie finansowym NFZ w zakresie kosztów utrzymania motocyklowych jednostek ratowniczych i trzyosobowych ZRM podstawowych.
---------------------	--

1. Koszty dla budżetu państwa z części 85

Nie przewiduje się kosztów inwestycyjnych dla budżetu wojewodów z tytułu utworzenia czterech nowych dyspozytorni. Przewiduje się natomiast koszty bieżące z tytułu ich utrzymania, które obejmują:

- koszty osobowe na tzw. stanowiskach funkcyjnych oraz
- koszty techniczne funkcjonowania dyspozytorni medycznych, które na 2025 r. oszacowano na poziomie 3.100 tys. zł, na 4 dyspozytornie łącznie.

Utworzenie czterech dyspozytorni nie spowoduje zwiększenia liczby istniejących stanowisk dyspozytorów medycznych, gdyż liczba tych stanowisk jest ustalana niezależnie od liczby dyspozytorni, wg wskaźnika: 1 stanowisko na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. Poniższa tabela przedstawia rozkład kosztów w rozbiciu na 4 dyspozytornie w 4 województwach. Środki na ten cel zostały zabezpieczone w rezerwie celowej.

Rodzaj kosztów	Małopolskie	Wielkopolskie	Mazowieckie	Śląskie	Łącznie
Pracownik administracyjny	115 043	115 043	115 043	115 043	460 172
Kierownik dyspozytorni medycznej (1 etat)	284 678	284 678	284 678	284 678	1 138 712
Zastępca głównego dyspozytora medycznego	253 738	253 738	253 738	253 738	1 014 952
Główny dyspozytor medyczny (5 etatów)	1 191 265	1 191 265	1 191 265	1 191 265	4 765 060
Zastępca głównego dyspozytora medycznego (5 etatów)	1 036 411	1 036 411	1 036 411	1 036 411	4 145 644
Koszty techniczne (uśrednione z wniosków do MF)	775 000	775 000	775 000	775 000	3 100 000
Razem	3 656 135	3 656 135	3 656 135	3 656 135	14 624 540

Wynagrodzenia miesięcznie w zł na stanowiskach funkcyjnych z kosztami pracodawcy przyjęte do wyliczeń na 2025 r. przedstawiają się jak w tabeli poniżej.

Stanowisko	Kwota miesięcznie
Pracownik administracyjny	9587
Kierownik dyspozytorni medycznej	23 723
Zastępca kierownika dyspozytorni medycznej	21 145
Główny dyspozytor medyczny	19 854
Zastępca głównego dyspozytora medycznego	17 274

W kolejnych latach po 2025 r., tj. do 2034 r. włącznie, koszty wynagrodzeń na stanowiskach funkcyjnych zostały odpowiednio przeliczone na podstawie Dynamiki cen towarów i usług konsumpcyjnych w oparciu o Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw – maj 2024 r.

Koszty dotyczące przeszkolenia członków ZRM w zakresie samoobrony i technik deeskalacyjnych
Zgodnie z danymi z wojewódzkich planów działania systemu PRM za 2024 r. lekarzy, pielęgniarek i ratowników medycznych pracujących w ZRM jest około 19 782. Zakłada się, że dysponenci skierują na szkolenie średnio 1/5 personelu rocznie, co oznacza, że przeszkolenie rocznie będzie dotyczyć ok. 3957 osób.

Przyjmując średnią cenę za przeszkolenie w wysokości 1000 zł na osobę, roczny koszt szkoleń wyniesie około **3,96 mln zł**.

Przeszkolenie byłoby finansowane przez wojewodów począwszy od 2026 r. (poniżej tabela obejmująca ww. założenia). Istniałaby też możliwość ich finansowania albo dofinansowania ze środków dysponenta ZRM, jednostki samorządu terytorialnego, organizatora przeszkolenia oraz ze środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.

Lp.	Województwo	Maksymalny limit środków na rok (w zł)
1	Dolnośląskie	286 000
2	Kujawsko-pomorskie	201 600
3	Lubelskie	259 000

4	Lubuskie	110 400
5	Łódzkie	254 600
6	Małopolskie	363 200
7	Mazowieckie	484 200
8	Opolskie	107 400
9	Podkarpackie	275 000
10	Podlaskie	156 600
11	Pomorskie	201 200
12	Śląskie	450 200
13	Świętokrzyskie	119 000
14	Warmińsko-mazurskie	149 400
15	Wielkopolskie	337 400
16	Zachodniopomorskie	201 200

2. Koszty dla budżetu NFZ:

- 1) Zakup motocykli dla motocyklowych jednostek ratowniczych pozostanie po stronie dysponentów jednostek – analogicznie jak ma to miejsce w przypadku ambulansów. Zakup motocykli dla motocyklowych jednostek ratowniczych zostanie sfinansowany w ramach środków własnych dysponentów jednostek bez możliwości ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa z tego tytułu.

Wycena Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w odniesieniu do istniejących motocykli ratunkowych na 2024 r. wyniosła 1480 zł. Nie obejmuje ona jednak kosztów wyposażenia motocykla w sprzęt do obsługi SWD PRM.

Zgodnie z projektem ustawy motocyklowe jednostki ratownicze będą mogły być zakontraktowane przez NFZ po raz pierwszy od dnia 1 lipca 2025 r. Przy zakontraktowaniu 35 motocyklowych jednostek ratowniczych w okresie od dnia 1 lipca do dnia 30 września 2025 r. w cenie 1700 zł za 12 godzin funkcjonowania koszt całkowity ich utrzymania wyniesie 5,41 tys. zł. Od 2026 r. motocyklowe jednostki ratownicze będą kontraktowane przez NFZ na okres od dnia 1 maja do dnia 30 września, a ich liczba będzie rosła, do osiągnięcia maksimum, czyli 105 w skali kraju w 2028 r. Koszty funkcjonowania motocyklowych jednostek ratowniczych w kolejnych latach zostały odpowiednio przeliczone na podstawie Dynamiki cen towarów i usług konsumpcyjnych w oparciu o Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw – maj 2024 r.

Liczba motocyklowych jednostek ratowniczych do zakontraktowania w latach 2025–2034 i koszt ich bieżącej działalności przedstawia się jak poniżej:

Rok	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	Razem:
Liczba motocyklowych jednostek ratowniczych	35	70	90	105	105	105	105	105	105	105	105
Koszt w mln zł	5,41	18,68	24,62	29,45	30,18	30,94	31,71	32,50	33,32	34,15	270,96

- 2) Zgodnie z projektem ustawy trzyosobowe podstawowe ZRM będą mogły być zakontraktowane przez NFZ po raz pierwszy od dnia 1 lipca 2025 r. Przy wyliczeniu kosztów wprowadzenia tych zespołów założono, że dysponenci nie utworzą więcej niż 3 ZRM podstawowe trzyosobowe na każde rozpoczęte 10 ZRM podstawowych (bez względu na ich rodzaj), co oznacza minimum 452 takie zespoły w kraju. Kolejno zakłada się, że dla obsady jednego stanowiska w 2024 r. w każdym z 452 ZRM potrzeba by było dodatkowo 1832,84 zł na dobę (różnica w stawkach na ZRM podstawowy 3- i 2-osobowy, wyliczonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i obowiązujących po dniu 1 lipca 2024 r.). Kwota ta została następnie odpowiednio przeliczona na podstawie Dynamiki cen towarów i usług konsumpcyjnych w oparciu o Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw – maj 2024 i na lata 2025–2034 będzie się przedstawiała jak w poniższej tabeli.

Rok	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	Razem:
Koszt 3-osobowych ZRM P w mln zł	157,83	325,17	333,30	341,63	350,17	358,93	367,90	377,10	386,53	396,19	3 394,75

	Jak wskazano wyżej, zarówno motocyklowe jednostki ratownicze, jak i trzyosobowe ZRM podstawowe będą mogły być zakontraktowane przez NFZ po raz pierwszy od dnia 1 lipca 2025 r. Dlatego w I połowie 2025 r. nie przewiduje się kosztów dla NFZ z tytułu wprowadzenia tych zespołów. Pierwsze koszty dla NFZ z tego tytułu mogą się pojawić od dnia 1 lipca 2025 r., o ile wojewodowie przewidzą utworzenie motocyklowych jednostek ratowniczych i trzyosobowych ZRM podstawowych. 3) Przewiduje się dofinansowanie dysponentów ZRM w celu zapewnienia wsparcia psychologicznego na rzecz członków ZRM. Dofinansowanie to zostanie wkalkulowane w stawkę ryczału dobowego na zespoły ratownictwa medycznego. Do kalkulacji całkowitych kosztów tego wsparcia przyjęto środki w wysokości odpowiadającej kosztom zatrudnienia psychologa w wymiarze ½ etatu u jednego dysponenta. Do zaplanowania środków zostały wykorzystane wyliczenia przyjęte do planowania środków na 2025 r. dla wojewodów na wsparcie psychologiczne dla dyspozytorów medycznych. <table><tr><td>Stanowisko</td><td>Kwota miesięcznego wynagrodzenia Wynagrodzenie zasadnicze 11 064 (w tym 20% staż i wzrost inflacji 5%)</td><td>Pochodne</td><td>Łącznie/etat/m-c</td><td>Liczba dysponentów¹⁾</td></tr><tr><td>Psycholog</td><td>11 064 zł</td><td>3372 zł</td><td>14 436 zł</td><td>222</td></tr></table> Roczny koszt wypełnienia obowiązku zapewnienia kompleksowego wsparcia psychologicznego na poziomie każdego podmiotu w wymiarze ½ etatu to 19 228 752 zł. Dofinansowanie w zakresie wsparcia psychologicznego będzie mogło być realizowane po raz pierwszy od dnia 1 lipca 2025 r. Koszt za 2025 r. będzie wynosił zatem 9 614 376 zł. Pozostałe rozwiązania zawarte w projekcie nie spowodują skutków finansowych dla sektora finansów publicznych.								Stanowisko	Kwota miesięcznego wynagrodzenia Wynagrodzenie zasadnicze 11 064 (w tym 20% staż i wzrost inflacji 5%)	Pochodne	Łącznie/etat/m-c	Liczba dysponentów ¹⁾	Psycholog	11 064 zł	3372 zł	14 436 zł	222
Stanowisko	Kwota miesięcznego wynagrodzenia Wynagrodzenie zasadnicze 11 064 (w tym 20% staż i wzrost inflacji 5%)	Pochodne	Łącznie/etat/m-c	Liczba dysponentów ¹⁾														
Psycholog	11 064 zł	3372 zł	14 436 zł	222														
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Wprowadzenie obowiązku wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy, wynikające z przyjętego pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków ZRM wykonujących zawód medyczny zatrudnionych w systemie pracy zmianowej nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych. Środki finansowe na ten cel zostały ujęte w budżecie na ratownictwo pozaszpitalne w 2025 r. Dysponenci ZRM otrzymali i otrzymują środki na ten cel.																	

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe								
Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projekt ustawy będzie sprzyjał rozwojowi dużych przedsiębiorstw, będących dysponentami ZRM oraz ich podwykonawców. Nakłada też na nich dodatkowe obowiązki polegające na zapewnieniu wsparcia psychologicznego członkom zespołów ratownictwa medycznego i przeszkolenia w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Projekt ustawy będzie sprzyjał rozwojowi mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, będących dysponentami ZRM oraz podwykonawcami dysponentów. Nakłada też na nich dodatkowe obowiązki polegające na zapewnieniu wsparcia psychologicznego członkom zespołów ratownictwa medycznego i przeszkolenia w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych.						

¹⁾ Dane z 2024 r.

	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Poprawi się dostępność do świadczeń zdrowotnych w związku z utworzeniem nowych jednostek systemu PRM lub zwiększeniem ich obsady. Zwiększy się też bezpieczeństwo członków zespołów ratownictwa medycznego przez zapewnienie im wsparcia psychologicznego i przeszkolenia w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych.
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne	Poprawi się dostępność do świadczeń zdrowotnych w związku z utworzeniem nowych jednostek systemu PRM lub zwiększeniem ich obsady.
Niemierzalne		
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Nie dotyczy.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☐ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:		☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
Komentarz: Elektronizacji będzie wymagało włączenie do SWD PRM obsługi motocyklowych jednostek ratowniczych oraz 2- i 3-osobowych ZRM podstawowych. System ten jest przystosowany do tej zmiany.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Zmiana wprowadzona projektem ustawy przyczyni się do powstania nowych miejsc pracy w celu zapewnienia obsady trzyosobowych ZRM podstawowych całorocznych, motocyklowych jednostek ratowniczych oraz stanowisk funkcyjnych w nowych dyspozytorniach medycznych. Nowe zatrudnienie zyskają też osoby zapewniające wsparcie psychologiczne członkom ZRM oraz przeszkolenie z samoobrony i technik deeskalacyjnych.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projekt ustawy przyczyni się do poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne wraz z uruchomieniem trzyosobowych ZRM podstawowych, motocyklowych jednostek ratowniczych i dodatkowych dyspozytorni medycznych. Skróci się też czas spędzany przez ZRM na przekazywaniu pacjentów do szpitali.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 6, który wchodzi w życie w dniu następującym po dniu ogłoszenia, art. 1 pkt 3, 5 i 6, art. 11 i art. 12, które wchodzi w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia oraz art. 1 pkt 26 w zakresie dodawanego art. 26e oraz art. 18, które wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Ewaluacja efektów projektu będzie prowadzona na bieżąco w oparciu o dane pochodzące z SWD PRM w zakresie liczby, obsady i czasów dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia, liczby zgłoszeń obsługiwanych przez dyspozytornie medyczne z ich obszarów działania i z obszarów działania innych dyspozytorni, czasu, jaki spędzają ZRM na		

przekazywaniu pacjentów do szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć. Działania naprawcze będą podejmowane w miarę diagnozowanych trudności.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Raport z konsultacji publicznych i opiniowania.

RAPORT Z KONSULTACJI PUBLICZNYCH I OPINIOWANIA

projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (UD43)

Zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806), przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Celem opiniowania i konsultacji publicznych było zapewnienie zainteresowanym podmiotom i organizacjom, możliwości wyrażenia opinii na temat rozwiązań zawartych w ww. projekcie ustawy oraz możliwości zgłoszenia uwag i wniosków dotyczących tego projektu.

W trybie art. 7 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbینگowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248, z późn. zm.) żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia.

Projekt został przekazany 24 czerwca 2024 r. do konsultacji publicznych i zaopiniowania (z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag) do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 Oceny Skutków Regulacji.

Lp.	Podmiot zgłaszający uwagę	Uwaga	Stanowisko MZ
1.	Wojewoda Dolnośląski	Art. 1 pkt 2 nadaje brzmienie art. 15 ust. 1a pkt 1: „1) zapewniają czas dotarcia na miejsce zdarzenia jednostki współpracującej z systemem na terenie jej działania nie przekraczający 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego”. Zapis dotyczący zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia jednostki współpracującej z systemem na terenie jej działania nie przekraczający 30 minut, spowoduje, że duża liczba jednostek współpracujących wpisanych do rejestru nie spełni tego wymagania (art. 11 ww. projektu rozporządzenia określa czas dostosowania się jednostek współpracujących do wymagań - do 30 czerwca 2025 r.), co będzie wiązało się z wykreśleniem ich z rejestru jednostek.	Uwaga uwzględniona. Przepis został zmodyfikowany: zapewniają gotowość do działań ratowniczych w czasie nie przekraczającym 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego.
2.	Wojewoda Dolnośląski	Art. 1 pkt 6 wprowadza brzmienie art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. a tiret drugie „na każde rozpoczęte 10 podstawowych dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret pierwsze, przypadają nie mniej niż 3 podstawowe trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret drugie”. W art. 21 ust. 3 pkt 2 lit.a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz 652) wskazano, iż Plan (wojewódzki Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne) obejmuje w szczególności: liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia: a) zespołów ratownictwa	Uwaga uwzględniona. Wprowadzono przepis o możliwości utworzenia trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego bez określania ich minimalnej liczby.

		medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art. 24 oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, przyjmując, że na każde rozpoczęte 10 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego. Zgodnie z tym zapisem tworzone są plany i ich aktualizacje. W tabeli nr 2 w załącznikach do Planu wykazane są szczegółowe dane dotyczące specjalistycznych i podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, którymi dysponują dysponenti zespołów ratownictwa medycznego. W związku z wprowadzeniem nowego podziału podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w ww. projekcie rozporządzenia, tj. zespoły dwuosobowe i trzyosobowe, powstaje problem rozróżnienia na składy zespołów dwuosobowe i trzyosobowe oraz wskazania w Planie dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, którzy będą mieli w swoim składzie trzyosobowe zespoły. Wiąże się to również możliwościami finansowania trzyosobowych zespołów ratownictwa medycznego przez Narodowy Fundusz Zdrowia.	
3.	Wojewoda Dolnośląski	Art. 1 pkt 6 wprowadza brzmienie art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b „szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut” Wydaje się, że zapis dotyczący dotarcia zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego w czasie nie dłuższym niż 45 minut w sytuacjach korków w dużych miastach, na autostradach albo trudnych warunkach dojazdu do szpitala (np. góry) może nie być dochowany przez zespoły ratownictwa medycznego. W związku z tym jakie będą konsekwencje dla zespołów ratownictwa medycznego niezachowania takiego czasu dotarcia? Proponuje się usunięcie zapisu: „45 minut”.	Uwaga nieuwzględniona. Intencją przepisu jest równomierne rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych, tak aby zapewnić standard tzw. „złotej godziny”. Oczywiście jest, że będą się zdarzały sytuacje, kiedy ten transport pacjenta się wydłuży z różnych przyczyn. Analogicznie są wskazane czasy dojazdu na miejsce zdarzenia przez zespoły ratownictwa medycznego.
4.	Wojewoda Dolnośląski	Art. 1 pkt 18 wprowadza brzmienie art. 25c ust. 1: „1. Wojewoda, przy pomocy SWD PRM, zapewnienia rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – z wykorzystaniem dostępnych form łączności.” Wskazany okres 3 lat zapewnia rejestrowania i przechowywania licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów jest zbyt krótki. Wydłużenie tego okresu na 10 lat spowoduje odpowiednią analizę dla postępowań przed sądem, Policją, prokuraturą, Rzecznikiem Praw Pacjenta, Narodowym Funduszem Zdrowia.	Uwaga uwzględniona. Nowe brzmienie art. 24f.. Okres przechowywania nagrań rozmów zostanie wydłużony z 3 do 20 lat.
5.	Wojewoda Dolnośląski	W art.1 pkt 31 po art. 45a dodaje się art. 45b i art.45c w brzmieniu:	Uwaga uwzględniona

		w art. 45b w miejscu po wyrazach : decyzji, o których mowa powinno być „w art.”.	
6.	Wojewoda Dolnośląski	W art. 9 dotyczącym ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972) proponuje się wprowadzenie następujących zmian: - uchylenie art. 93 pkt 2 w zakresie art. 21ac ust. 3, ust.6, ust. 7, ust. 22 i ust. 23. Zgodnie z art. 27 a ust. 2 pkt 7 lit. c ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz 652) do zadań KCMRM (Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego) należy przygotowanie i prowadzenie kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, odbywanego w ramach rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Kursy doskonalące były prowadzone przez podmioty inne, niż KCMRM do dnia 31 grudnia 2023 r. (art. 21a ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1115, z późn. zm.)
7.	Wojewoda Dolnośląski	W art. 5 dotyczącym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), w której w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu: „2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.” Mając na uwadze pismo z dnia 2 lipca 2024 r. Pana Janusza Sługockiego Przewodniczącego Związku Zawodowego Pilotów Hems LPR, skierowane do Wojewody Dolnośląskiego, proszę o rozważenie przyznania dodatków dla personelu medycznego wykonującego obowiązki w ramach Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego. Propozycja przedstawiona w niniejszym piśmie dotyczy brzmienia art. 99 ust.2:„ Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także członkom zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 36a ust. 1 oraz art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”	Uwaga nieuwzględniona. Art. 32 ust 1 pkt 2 ustawy o PRM mówi o zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa medycznego. Dodatki przysługiwać więc mają również członkom LZRM, wykonującym zawód medyczny (a więc wyłączając pilotów). Podobnie w szpitalach przedmiotowy dodatek dotyczy wyłącznie osób wykonujących zawód medyczny.
8.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 1 lit. b w zakresie dodawanego pkt 3a Proponujemy uproszczone brzmienie przepisu: 3a) lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego – lekarza, który: a) realizuje program danego szkolenia specjalizacyjnego, albo b) uzyskał potwierdzenie zakończenia danego szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, albo c) uzyskał decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 pkt 1 albo ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jednak nie dłużej niż przez 5 lat od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od dnia uzyskania decyzji;	Uwaga nieuwzględniona. Samo zakończenie szkolenia specjalizacyjnego nie jest wystarczające. Konieczne jest jeszcze zdanie PES z wynikiem pozytywnym, co potwierdza uzyskane kwalifikacje. Na okres od zakończenia szkolenia specjalizacyjnego do zdania PES konieczne jest uzyskanie potwierdzenia posiadanych kwalifikacji od kierownika specjalizacji.
9.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 1 lit. d-g; Art. 1 pkt 6 lit. c;	Uwaga uwzględniona częściowo. Wojewódzki plan działania systemu jest uzgadniany z dyrektorem właściwego oddziału NFZ. Następnie tak

		Art. 1 pkt 10 lit. a Dodanie do definicji zwrotów „wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1” sugerowałoby, że ewidencja szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa, uzyskiwałaby prymat nad Wojewódzkim Planem Działania Systemu PRM (ewidencja nabierałaby tutaj cech rejestrowych), a czynione w niej wpisy miałyby konstytutywny charakter. Z kolei nowe brzmienie art. 21 ust. 3 pkt 2 ustawy o PRM (art. 1 pkt 6 lit. b tiret pierwsze projektu), który zakłada, że w planie umieszczać się będzie w dalszym ciągu liczbę i rozmieszczenie SOR, Centrów Urazowych, Centrów Urazowych Dziecięcych oraz tzw. jednostek wyspecjalizowanych, jak też i fakt, że wpisów w ewidencji wojewoda będzie dokonywał maksymalnie 14 dni po zawarciu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zakończeniu jej wykonywania, jej wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od takiej umowy (na co wskazują dodawane przez art. 1 pkt 10 lit. a projektu ust. 1a-1c do art. 23 a ustawy o PRM) – sugerowałyby techniczny charakter ewidencji. Użyty w nowym brzmieniu art. 21 ust. 4 ustawy o PRM (art. 1 pkt 6 lit. c projektu) zwrot „Dane dotyczące elementów planu(...)” wskazywałby na to, że w ewidencji umieszczać się będzie dane źródłowe, które służyć mają sporządzeniu aktualizacji Planu. Wobec powyższego, istnieje konieczność jednoznacznego uregulowania wzajemnych relacji pomiędzy Planem a ewidencją, w szczególności wyraźne wskazanie konstytutywnej roli Planu oraz technicznej funkcji ewidencji. Na marginesie wskazać należy, iż ustawa posługuje się pojęciem „ewidencja” natomiast strona internetowa https://rpm.ezdrowie.gov.pl jak też uzasadnienie projektu posługują się pojęciem „Rejestr Państwowego Ratownictwa Medycznego” – pojęcie to nie jest zdefiniowane przez przepisy prawa. Proponujemy ujednolicić stosowane nazewnictwo.	sporządzony plan jest podstawą do zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Dane zgromadzone w RPRM będą elementem WPDS – art. 1 pkt 6 lit c.
10.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 1 lit. h w zakresie pkt 15 lit. a W nowym brzmieniu pkt 15 lit. a nie wskazano dyspozytorów medycznych. Proponujemy następujące brzmienie: a) system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych, wojewódzkiego	Uwaga uwzględniona

		koordynatora ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego oraz...	
11.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 6 lit b tiret pierwsze w zakresie nowego brzmienia art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b Projekt nie przewiduje rozwiązania dla sytuacji, w której z parametrów danego obszaru wynikałaby konieczność utworzenia SOR-u, ale brak jest na tym obszarze szpitala, w którym SOR mógłby funkcjonować (albo szpitala w danym miejscu nie w ogóle, albo istniejący nie posiada odpowiedniego zaplecza).	Uwaga nieuwzględniona. Standard „złotej godziny” powinien być spełniony na terenie całego kraju. Akurat na terenie woj. lubelskiego liczba mieszkańców na 1 SOR wynosi poniżej 119 tys. osób i pozostaje znacznie poniżej średniej krajowej. Świadczy to o lepszej niż średnia dostępności do SOR. Nie powinno więc być problemów ze spełnieniem kryterium ustawowego, nawet przy obecnej liczbie SOR.
12.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 9 w zakresie ust. 1 dodawanego art. 22a Przepis jest nieprawidłowo zredagowany. Proponujemy następujące brzmienie: 1. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umowy przez dysponenta jednostki, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1 lub pkt 2, w terminie 14 dni od dnia powzięcia informacji o tych nieprawidłowościach.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis preredagowany.
13.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 10 lit b Proponujemy nadanie nowego brzmienia całemu ustępowi, celem uporządkowania jego zapisów: 2. Ewidencja, o której mowa w ust. 1, zawiera następujące dane: 1) numer kolejny wpisu do ewidencji; 2) daty wpisu i wykreślenia z ewidencji; 3) w zakresie podmiotu leczniczego, w strukturze którego dział szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa: a) nazwę, b) adres siedziby, c) numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, d) część IV systemu resortowych kodów identyfikacyjnych podmiotu leczniczego, e) numer telefonu, f) adres poczty elektronicznej; 4) numer REGON zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w strukturze którego dział szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa; 5) w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w	Uwaga nieuwzględniona. Zasady techniki prawodawczej § 89 tj. „Jeżeli do tekstu ustawy dodaje się nowe artykuły, zachowuje się dotychczasową numerację, dodając do numeru nowego artykułu...”

		zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa) nazwę własną) adres, c) całodobowy numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej, dla której zapewniono całodobowy odbiór wiadomości, d) identyfikator terytorialny gminy, miejscowości lub dzielnicy oraz współrzędne geograficzne lokalizacji; 6) w zakresie szpitalnego oddziału ratunkowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa: a) VII część kodu resortowego, b) specjalność zgodnie z VIII częścią kodu resortowego; 7) lokalizację i czas funkcjonowania lotniska lub lądowiska wpisanego do instrukcji operacyjnej dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia; 8) datę rozpoczęcia, zmiany i zakończenia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych zgodnie z art. 47 oraz numery tych umów, ich rodzaj i zakres, z uwzględnieniem kolejnych zmian.	
14.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 13 lit a i b Dla usprawnienia procesu wydawania upoważnień do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM proponujemy przeniesienie tego uprawnienia w stosunku do konsultantów wojewódzkich na wojewodów.	Uwaga uwzględniona. Przepis zostanie zmieniony
15.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 27 lit. b Nowe brzmienie przepisu jest dokładnie takie samo, jak brzmienie dotychczasowe. Można domniemywać, że nowe brzmienie powinno przyjąć postać następującą: „W skład zespołów, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2023 r. poz. 622, 1123, 1234, 1312, 1560 i 1872).” – celem wyłączenia z tego przepisu motocyklowych jednostek ratowniczych.	Uwaga uwzględniona. Przepis skreślony.
16.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 28 w zakresie dodawanego art. 38a ust. 3 pkt 2 Słowo „dysponentów” należy zastąpić słowem „dysponenci”.	Uwaga uwzględniona.
17.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 30 Przepis wymaga uszczegółowienia, z uwagi na istnienie dwóch niepołączonych ze sobą systemów – SWD PRM oraz TOPSOR. Jak wynika z dotychczasowych doświadczeń, szpitale często odpierają zarzut długiego czasu przejmowania pacjenta od ZRM tym, że z danych TOPSOR lub wewnętrznego systemu teleinformatycznego szpitala ten długi czas nie wynika. Wskazanie w przepisie konkretnego systemu pozwoli na wyeliminowanie tego problemu.	Uwaga uwzględniona.

		Proponowane brzmienie przepisu: „Art. 45a Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od zespołu ratownictwa medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od zarejestrowanego w SWD PRM momentu przybycia zespołu do szpitala.”.	
18.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 31 w zakresie dodawanego art. 45b Proponujemy uproszczenie przepisu poprzez zmianę jego redakcji: „Art. 45b 1.Zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy skutkuje: 1) odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu; 2) niewykonanie decyzji, o których mowa 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a. 2. Informacja o sytuacji/zdarzeniu, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, jest przekazywana odpowiednio przez dysponenta jednostki albo przez krajowego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni o dnia udzielenia tej odmowy albo niewykonania decyzji.”.	Uwaga nieuwzględniona. Uwaga ma charakter redakcyjny. W ocenie MZ obecne brzmienie proponowanego przepisu jest precyzyjne i nie budzi wątpliwości interpretacyjnych.
19.	Wojewoda Lubelski	Art. 1 pkt 31 w zakresie dodawanego art. 45c ust. 2 Proponujemy rozszerzenie przepisu o sytuację, w których do martwego urodzenia dochodzi po przyjeździe ZRM na miejsce zdarzenia. W obecnym stanie prawnym postępowanie ZRM w takim przypadku nie jest jasno zdefiniowane w przepisach.	Uwaga nieuwzględniona. Art. 11 ust. 5a ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych.
20.	Wojewoda Lubelski	Art. 21 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Proponujemy dodanie w art. 21 ust. 18 w brzmieniu: „18. Do aktualizacji Planu obejmującej wyłącznie zmianę nazw jednostek już wpisanych do Planu, przepisów ust. 5-8 nie stosuje się.” Zmiany Planu dostosowujące jego treść do aktualnego stanu formalno-prawnego nie powinny wymagać uzgodnienia z NFZ i zaopiniowania przez właściwe JST. Wystarczająca jest kontrola Ministra Zdrowia przed ich zatwierdzeniem.	Uwaga uwzględniona.
21.	Wojewoda Lubelski	Art. 95d ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych W przepisie tym wskazano szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci, podczas gdy ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie zawiera podziału SOR-ów na SOR-y dla dorosłych i SOR-y dla dzieci. Ta rozbieżność powinna zostać skorygowana.	Uwaga uwzględniona.
22.	Wojewoda Lubuski	art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6)	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzenie tej propozycji zawęzi możliwości zatrudnienia pielęgniarek w jednostkach systemu do specjalizacji w dziedzinie

		Pozostawienie tylko specjalizacji z pielęgniarstwa ratunkowego bez wymogu ukończenia kursu, o którym mowa w art. 38a ust. 2, dla pozostałych z zachowaniem wymogu ukończenia kursu oraz zachowanie pozostałych specjalizacji tylko dla pielęgniarek, które nabyły uprawnienia przed wejściem w życie nowelizowanej ustawy. Propozycja zmiany: „6) pielęgniarka systemu to pielęgniarka zatrudniona w jednostkach systemu i spełniająca wymogi: a) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, lub b) posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2, lub c) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia pielęgniarce systemu przed nowelizacją ustawy o PRM - uzasadnienie: Definicja funkcjonująca dotychczas była wprowadzona w czasie, kiedy rozpoczynano szkolenia specjalizacyjne z pielęgniarstwa ratunkowego, co wiązało się z deficytem na rynku pracy pielęgniarek z tą specjalizacją. Obecnie nie ma przesłanek do zachowania poprzedniego brzmienia definicji. •Należy utrzymać uprawnienia osób, które uzyskały kompetencje przed nowelizacją ustawy, tj. pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego.	pielęgniarstwa ratunkowego oraz pielęgniarek mających ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. Może to spowodować trudności w obsadzie zespołów ratownictwa medycznego oraz szpitalnych oddziałów ratunkowych.
23.	Wojewoda Lubuski	art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6) Należy dodać zapis: pielęgniarka po ukończonych studiach I stopnia rozpoczynająca pracę w jednostkach systemu o których mowa w art 32 pkt 1 podpunkt 1 i pkt 2 jest zobowiązana do ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w ciągu roku od rozpoczęcia pracy. Uzasadnienie: Definicja pielęgniarce systemu nie daje możliwości rozpoczęcia pracy w systemie pielęgniarce bezpośrednio po ukończonych studiach 1 stopnia co może skutkować deficytem pielęgniarek systemu w kolejnych latach.	Uwaga nieuwzględniona. Uzyskanie statusu pielęgniarce systemu jest związane z ukończeniem kursu kwalifikacyjnego oraz określonym stażem pracy. Tym samym nie jest zasadne wcześniejsze uzyskanie tego statusu, bez ukończenia ww. kursu. Natomiast nie ma przeszkód, aby pielęgniarce nie posiadające jeszcze kwalifikacji wymaganych dla pielęgniarce systemu rozpoczynały swoją pracę w SOR.

24.	Wojewoda Lubuski	art. 1 pkt 2a(art. 15 ust. 1a pkt 2) w ust. 1 a pkt. 1-3 otrzymują brzmienie 2. dysponują ratownikami, lub ratownikami medycznymi, lub pielęgniarkami systemu w liczbie niezbędnej do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia Uzasadnienie: w jednostkach współpracujących z systemem PRM mogą pracować również pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni	Uwaga nieuwzględniona. Warunkiem uzyskania statusu jednostki współpracującej z systemem nie może być posiadanie określonej liczby ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu. Istotą podejmowania czynności przez te jednostki jest kwalifikowana pierwsza pomoc, co oczywiście nie wyklucza możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych oraz pielęgniarki systemu w ramach tych jednostek.
25.	Wojewoda Lubuski	Art. 1 pkt. 20 ppkt b Pozostawienie wymogu 5 lat doświadczenia zawodowego. Dyspozytorzy medyczni są grupą zawodową, która do czasu pojawienia się zapisów ustawy o wsparciu psychologicznym, nie była objęta taką pomocą. W związku z tym, praca z nimi wymaga na wstępie dużego doświadczenia i umiejętności od zatrudnianego psychologa. Ważniejszym wydaje się być zwiększenie etatu do pełnego w dyspozytorniach, w których dla psychologów przewidziane są ułamki etatów. Ograniczony czas pracy utrudnia wykonywanie obowiązków, np. ogranicza dostępność psychologa dla dyspozytorów. Może mieć również wpływ na chęć zatrudniania się psychologów w dyspozytorniach (łączenie pracy w DM z innymi zajęciami i obowiązkami).	Uwaga nieuwzględniona. Konieczne jest uelastycznienie zasad zatrudniania psychologów wspierających dyspozytorów medycznych oraz dostosowanie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego tych osób do wymagań obowiązujących na analogicznych stanowiskach w centrach powiadamiania ratunkowego.
26.	Wojewoda Lubuski	Art. 1 pkt 28(art. 38a, pkt 3) Należy jako podmiot prowadzący kursy dodać uczelnie, w których jest prowadzone kształcenie na kierunku pielęgniarstwie oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych posiadające Ośrodek Kształcenia Uzasadnienie: Umożliwienie kształcenia przez dodatkowe podmioty spełniające odpowiednie wymogi zwiększy dostępność kursu	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie w art. 38a ust. 3.pkt 1 uczelni, w których prowadzone jest kształcenie na kierunku pielęgniarstwo
27.	Wojewoda Lubuski	art. 3 pkt 15 Podsystem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego umieszczony w serwerowni dyspozytorni medycznej umożliwiający w warstwie telekomunikacyjnej łączności głosowej obsługę zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, obsługę zgłoszeń alarmowych również w przypadku awarii OST112, współpracę z systemami łączności radiowej na potrzeby systemu funkcjonującymi w województwach, zapewniający rejestrację i archiwizację zapisów rozmów głosowych oraz korespondencji radiowej.”; Uzasadnienie: W OSR :” Zgodnie z założeniami rozwoju SWD PRM, od 2019 r. rozpoczęły się prace mające na celu budowę niezależnego PZŁ SWD PRM na potrzeby przyjmowania zgłoszeń głosowych wyłącznie z numeru alarmowego 999,” W celu uzyskania pełnej niezależności, PZŁ SWD PRM powinien autonomicznie pracować w przypadku awarii OST112 w zakresie obsługi dyspozytorni medycznej. Awaria OST112 w DM nie powinna powodować uruchomienia procedury zastępowalności.	Uwaga nieuwzględniona. Niezależnie od przesłanek merytorycznych uzasadniających lokalizację OR PZŁ SWD PRM w budynku dyspozytorni medycznej, co pozwala na obsługę zgłoszeń podczas awarii OST112, uwzględnienie propozycji spowoduje, że część dyspozytorni medycznych nie spełni wymagań ustawowych.

28.	Wojewoda Lubuski	Art. 13.pkt 1 (...)i pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–d ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. Propozycja: pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarki posiadające ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia przed nowelizacją ustawy o PRM są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. Uzasadnienie: Programy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego zdecydowanie różnią się treściami od pozostałych dziedzin pielęgniarstwa, treści medycyny ratunkowej w poszczególnych programach specjalizacji jest znacząco niewiele.	Uwaga nieuwzględniona. Kurs, o którym mowa w art. 28a ust. 1 i 2 obowiązani będą ukończyć lekarze systemu i pielęgniarki systemu z wyłączeniem lekarza posiadającego specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo lekarza po drugim roku specjalizacji w jednej z tych dziedzin, który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, lub lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie intensywnej terapii albo lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, a także pielęgniarki posiadającej tytuł specjalisty lub będącą w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Termin na odbycie kursu został przesunięty na koniec 2027 r.
29.	Wojewoda Lubuski	art. 25a ust. 2 propozycja: „2. W województwach liczących powyżej: 1) 3 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić jedną dodatkową dyspozytornię medyczną wyposażoną w niezależny PZŁ SWD PRM; 2) 5 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić dwie dodatkowe dyspozytornie medyczne wyposażone w niezależne PZŁ SWD PRM.”; Uzasadnienie: Dyspozytornie medyczne, które nie posiadają własnego PZŁ SWD PRM lub PZŁ SWD PRM podłączony przez OST112, stanowią wyłącznie obciążenie dla systemu zastępowalności w przypadku awarii OST112. Nawet w przypadku prac planowych w OR PZŁ SWD PRM wyłączane są wszystkie DM podłączone do niego, co powoduje konieczność uruchomienia zastępowalności całego województwa.	Uwaga nieuwzględniona. Niezależnie od przesłanek merytorycznych uzasadniających lokalizację OR PZŁ SWD PRM w budynku dyspozytorni medycznej, co pozwala na obsługę zgłoszeń podczas awarii OST112, uwzględnienie propozycji spowoduje, że część dyspozytorni medycznych nie spełni wymagań ustawowych.
30.	Wojewoda Lubuski	art. 26d. 1 treść uwagi: „W jednostce nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia będącej dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczych zespołów transportu sanitarnego, działa Centrum Operacyjne. Uzasadnienie: Dyspozytornie medyczne prowadzone są przez urzędy wojewódzkie, natomiast Centrum Operacyjne prowadzone jest przez podmiot	Uwaga nieprecyzyjna. Brak propozycji zmiany

		lecniczy – nierówność instytucji wobec prawa, istnieją inne zasady dla pracowników zatrudnionych w DM i CO.	
31.	Wojewoda Łódzki	art. 1 pkt 1 ppkt a) - definicja lekarza systemu Należy wykreślić wyrazy „II stopnia” w literach a), c), których brzmienie jest zmieniane projektowaną ustawą Uzasadnienie: Zawężenie definicji lekarza systemu do lekarzy posiadających specjalizację II stopnia spowoduje wyeliminowanie z systemu PRM znacznej liczby lekarzy, posiadających specjalizację I stopnia, co jest niezgodne z zamiarem Ustawodawcy dotyczącym rozszerzenia definicji i spowoduje efekt odwrotny od zamierzonego. Dotychczasowe przepisy dopuszczają do pracy w systemie PRM specjalistów I stopnia	Uwaga uwzględniona.
32.	Wojewoda Łódzki	art. 1 pkt 6 ppkt b) - trzyosobowe ZRM podstawowe Należy wprowadzić przepis przejściowy w brzmieniu: „dysponenci zespołów ratownictwa medycznego zapewnią składy osobowe zespołów 3- osobowych, o których mowa w art. 21 ust. 3. pkt 2) lit. a), tiret drugi w terminie 12 miesięcy od dnia opublikowania Planu, o którym mowa w art. 21 ust. 1. lub jego aktualizacji. Uzasadnienie: Wejście w życie projektowanych przepisów będzie skutkowało koniecznością zatrudnienia, praktycznie z dnia na dzień, dodatkowej puli osób uprawnionych do medycznych czynności ratunkowych jako ratowników - członków zespołu ratownictwa medycznego (w przypadku największego w województwie łódzkim dysponenta ZRM, tj. Wojewódzkiej Stacji Ratownictwa Medycznego w Łodzi będzie to ponad 100 osób). Jest to zadanie wręcz niemożliwe do osiągnięcia w tak krótkim czasie i dlatego zasadnym jest wprowadzenie okresu dostosowawczego dla dysponentów ZRM do projektowanego zapisu. Rozszerzenie do 3 osób składu części podstawowych ZRM może wiązać się również z problem kadrowym wynikającym z ograniczonej liczbą ratowników medycznych i koniecznością pozyskania dodatkowej kadry, tj. ukończenia kierunku studiów z zakresu ratownictwa medycznego przez kolejne osoby.	Uwaga uwzględniona. Rezygnacja z ustalania minimalnej liczby trzyosobowych ZRM P.
33.	Wojewoda Łódzki	art. 1 pkt 18 - rejestrowanie i przechowywanie nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego Wprowadzenie w art. 25c ust. 1 ustawy o PRM w brzmieniu: "1. Administrator SWD PRM, przy pomocy SWD PRM, zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres 20 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego - z wykorzystaniem dostępnych form łączności."	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę w art. 24f.

		Uzasadnienie: Wojewoda nie posiada narzędzi ani właściwego dostępu do systemów rejestrujących nagrania, a także nie ma wpływu na ich przechowywanie. Nagrania są rejestrowane w systemie SWD PRM, którego Administratorem jest Minister właściwy do spraw zdrowia, który powierza te zadania dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego zgodnie z art. 24a ustawy o PRM. Wojewoda, zgodnie ze swoim zakresem ustawowym, przetwarza nagrania z systemu SWD PRM i udostępnia je na wnioski. Zasadnym jest wydłużenie czasu przechowywania nagrań zarejestrowanych w SWD PRM, a w szczególności tych ze stanowisk dyspozytorów medycznych. Mimo, że nagrania te nie stanowią dokumentacji medycznej, podlegają większości przepisów dotyczących udostępniania dokumentacji medycznej. Są ważnym elementem dowodowym w spornych sytuacjach. Nagrania te dotyczą nie tylko przyjmowania zgłoszeń, odmów zadysponowania ZRM, ale także decyzji dotyczących kierunku transportu pacjenta. Okres 20 lat byłby tożsamy z okresem przechowywania standardowej dokumentacji medycznej.	
34.	Wojewoda Łódzki	art. 1 pkt 18 - rejestrowanie i przechowywanie nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego Po ppkt. a) projektu ustawy proponuje się wprowadzenie ppkt. b) o treści: „art. 25c ust. 2. Do nagrań, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 24 oraz art. 26 ust. 3 pkt 2, 2a i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581). LUB po ust. 2 w art. 25c ustawy o PRM wprowadza się ust. 2a w brzmieniu: „2a. Udostępnienia na podstawie art. 26 ust. 1, 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581) realizuje się tylko poprzez umożliwienie odsłuchu, bez przekazywania kopii.” Pkt. b) projektowanej zmiany ustawy oznacza się jako ppkt c) Uzasadnienie: Nagrania rejestrowane na stanowiskach dyspozytorów medycznych w przypadku udostępniania ich pacjentom lub ich przedstawicielom ustawowym w formie kopii rodzi bardzo duże prawdopodobieństwo nieprawidłowego ich rozpowszechniania. Nagrania te mogą zostać upublicznione, łamiąc prawa osób innych, w tym wzywających oraz w niektórych przypadkach negatywnie wpłynąć na wizerunek Dyspozytorni Medycznej i powodować nieprawidłowy osąd pracy dyspozytorów medycznych. Mogą podlegać manipulacjom. Dostęp do tych nagrań powinien być znacząco ograniczony analogicznie jak w ustawie o Systemie Powiadamiania Ratunkowego.	Uwaga nieuwzględniona. Uznanie uwagi spowoduje utrudnienia w dostępie do nagrań dla pacjenta lub osób upoważnionych.
35.	Wojewoda Łódzki	art. 1 pkt 19 - przedstawienie przez dyspozytora medycznego, przed rozpoczęciem realizacji zadań, zaświadczenia o ukończeniu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy	Uwaga nieuwzględniona. Kurs dotyczy osób zatrudnionych po 31 grudnia 2023 r.

		Proponowany zapis art. 1 pkt 19 projektu ustawy: "w art. 26 po ust. 1b dodaje się ust. 1c w brzmieniu: „1c. Osoba, z którą zawarto umowę na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, przed rozpoczęciem realizacji tych zadań, jest obowiązana przedstawić podmiotowi, z którym zawarła tę umowę, zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na tym stanowisku, za wyjątkiem osób, które wykonywały zadania dyspozytora medycznego przed dniem 1 stycznia 2024 roku z wykorzystaniem SWD PRM i mają aktualne zaświadczenie o odbyciu kursu doskonalącego dla dyspozytorów medycznych." Propozycja zapisu doprecyzuje sytuację, w której dyspozytor zatrudniony przed 1 stycznia 2024 roku chce podjąć pracę w innej dyspozytorni medycznej niż zatrudniony był w powyższym terminie. Wówczas bezcelowym jest kierowanie go na kurs uprawniający, gdy realizuje doskonalenie zawodowe. Taki zapis zniechęcałby lub utrudniał zmianę pracy lub nawiązanie dodatkowego zatrudnienia.	
36.	Wojewoda Łódzki	Proponuje się wprowadzenie w art. 26 ustawy o PRM ust. 1c w brzmieniu: "Do dyspozytorów medycznych, o których mowa w ust. 1, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w dyspozytorni medycznej, stosuje się dodatki do wynagrodzenia, o których mowa w art. 99 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej." Uzasadnienie: Celem przedmiotowej propozycji jest zagwarantowanie osobom wykonującym zawód w ramach dyspozytorni medycznej wypłaty dodatków na zasadach takich, jakie otrzymywać będą pozostali pracownicy jednostek systemu przy pracy zmianowej. Umożliwi to zatrzymanie kadry medycznej w dyspozytorni medycznej, a także zapobiegnie różnicowaniu wśród ratowników medycznych, którzy stanowią większość personelu DM. Po dokonanych zmianach systemowych, w efekcie których dyspozytornie medyczne zostały wyłączone ze struktur podmiotów leczniczych, ich pracownicy zostali pozbawieni wypłacanych wcześniej dodatków za pracę w porze nocnej i w święta w wysokości zbliżonej do tych określonych ustawą o działalności leczniczej. Dyspozytorzy medyczni także udzielają świadczeń zdrowotnych całodobowo jak pozostali pracownicy medyczni, którzy ten dodatek otrzymują.	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzany przepis w zakresie dodatków odnosi się do osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach leczniczych, analogicznie jak miało to dotychczas miejsce (art. 99 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Ratownicy medyczni wykonują zawód w wielu miejscach i nie w każdym przysługuje im wskazany dodatek.
37.	Wojewoda Łódzki	Proponuje się wprowadzenie w art. 32 ust. 1 ustawy o PRM pkt 3 o treści: "dyspozytornie medyczne". Celem propozycji jest włączenie dyspozytorni medycznych w skład jednostek systemu. Dyspozytornie medyczne stanowią bezsprzecznie jedno z ogniw systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, bez którego jego funkcjonowanie nie byłoby możliwe. Do zadań dyspozytorów medycznych należy przede wszystkim przeprowadzenie wywiadu medycznego skutkujące oceną zasadności przyjęcia zgłoszenia i zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego w razie stwierdzenia takiej konieczności, który to zespół jest	Uwaga nieuwzględniona. W ocenie MZ jednostkami systemu należy określić jednostki wchodzące w strukturę podmiotów leczniczych udzielające świadczeń w tym systemie.

		jednostką systemu. Wyłączenie dyspozytorni medycznych z zakresu jednostek systemu jest zatem wyłącznie pozorne i stanowi lukę w aktualnych przepisach z zakresu ratownictwa medycznego, co z uwagi na łączący i przenikający się zakres działalności jednostek powinno zostać uzupełnione.	
38.	Wojewoda Łódzki	art. 1. pkt 31 Wprowadzenie w art. 45c ust. 1 ustawy o PRM ust. 1a, w którym doprecyzowane zostanie postępowanie ZRM w przypadku zgonu w specjalistycznym środku transportu sanitarnego ZRM pacjenta, w stosunku do którego nie wyklucza się udziału osób trzecich lub zgonu osoby o nieustalonej tożsamości poprzez przekazanie zwłok wezwanemu przez Policję na miejsce akcji medycznej lekarzowi sądowemu, celem ustalenia okoliczności zgonu, bądź tożsamości denata. Uzasadnienie: W projektowanym zapisie art. 45c należy przewidzieć sytuację zgonu w karetce osoby, w stosunku do której nie wyklucza się udziału osób trzecich, lub zgonu osoby o nieustalonej tożsamości. W obydwu wskazanych przypadkach postępowanie powinno być odmienne – zwłoki powinny zostać przekazane wezwanemu przez Policję na miejsce akcji medycznej lekarzowi sądowemu, celem ustalenia okoliczności zgonu, bądź tożsamości denata.	Uwaga częściowo uwzględniona w zakresie postępowania ze zwłokami osób NN. Postępowanie ze zwłokami osób, co do których zachodzi podejrzenie zgonu z przyczyn nienaturalnych jest już uregulowane w ustawie o cmentarzach.
39.	Wojewoda Łódzki	art. 1 pkt 32 - uchylenie przepisów dot. przedstawiania przez wojewodę ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założeń dotyczących finansowania: wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych i dyspozytorni medycznych Propozycja pozostawienia aktualnego zapisu art. 46 ust. 2a-4 ustawy o PRM. Uzasadnienie: Obecnie ustalony sposób planowania i kalkulowania kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznych jest najbardziej obiektywnym trybem weryfikacji. Ministerstwo Zdrowia mając wgląd w system i organizację DM zna obecną sytuację i bieżące potrzeby, jak również pozwala na utrzymanie podobnego poziomu finansowania we wszystkich DM.	Uwaga nieuwzględniona. Zmiana została wprowadzona na wniosek DBF MZ, zgodnie z którym o środki na dane zadanie powinien się ubiegać w MF dysponent tych środków, którym w odniesieniu do DM nie jest MZ. Tym samym nie jest zasadne pośredniczenie przez MZ w podziale środków na ten cel. Analogiczny sposób ubiegania się o środki dotyczy np. WSSE.
40.	Wojewoda Łódzki	art. 5 Propozycja rozszerzenia grupy pracowników, którym przysługują dodatki za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy o pilotów lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Personel medyczny w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego nie jest w stanie samodzielnie, bez pilotów, udzielać medycznych czynności ratunkowych. Piloci HEMS są integralnymi i niezbędnymi do bezpiecznego funkcjonowania członkami lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Fakt, iż czynnie oraz bezpośrednio nie uczestniczą w udzielaniu medycznych czynności ratunkowych nie powinien ich dyskwalifikować, w świetle przedstawionych argumentów, w zakresie możliwości otrzymywania dodatków za pracę w porze nocnej i święta. Piloci HEMS ponoszą w utrudnionych	Uwaga nieuwzględniona. Art. 32 ust 1 pkt 2 ustawy o PRM mówi o zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa medycznego. Dodatki przysługiwać więc mają również członkom LZRM, wykonującym zawód medyczny (a więc wyłączając pilotów i kierowców). Podobnie w szpitalach przedmiotowy dodatek dotyczy wyłącznie osób wykonujących zawód medyczny

		(szczególnie w nocy) warunkach jednoosobową i pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo załogi, pacjenta i osób postronnych.	
41.	Wojewoda Łódzki	art. 8 - wykonywanie zawodu ratownika medycznego Proponuje się wprowadzenie w art. 8. ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych pkt 5 w brzmieniu: „5) w podmiocie leczniczym lub dyspozytorni medycznej jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej.”. Uzasadnienie: Jednym z celów projektowanych zmian jest uniknięcie wątpliwości interpretacyjnych i wprowadzenie przepisu wskazującego wprost, że ratownik medyczny może wykonywać zawód w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z tym podmiotem leczniczym. Zgodnie z aktualnym brzmieniem art. 26 ust. 1 i ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dyspozytor medyczny wykonuje zadania: 1) w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego związanym z dysponowaniem i koordynacją działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego oraz innych statków powietrznych będących na wyposażeniu podmiotu, w tym lotniczego zespołu transportu sanitarnego; 2) na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie. Dyspozytorem medycznym może być osoba, która posiada wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego. Ratownik medyczny, który wykonuje zawód dyspozytora medycznego, może wykonywać swoje czynności na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (art. 26 b ust. 3 ustawy o PRM w zw. z art. 38 pkt 3 ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych). Dyspozytornia medyczna nie jest podmiotem leczniczym – niemniej z literalnego brzmienia ustawy wynika, że dyspozytor może współpracować z nią na podstawie umowy cywilnoprawnej- zlecenia, czy też tzw. kontraktu zawieranego z osobą prowadzącą działalność gospodarczą. Jako, że ratownicy medyczni nie prowadzą prywatnych praktyk, a w ramach działalności gospodarczej współpracują z podmiotami leczniczymi lub dyspozytornią medyczną, zasadne jest doprecyzowanie kwestii braku konieczności posiadania przez nich statusu podmiotu leczniczego w stosunkach z dyspozytornią medyczną, analogicznie jak w przypadku współpracy z podmiotem leczniczym.	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzenie praktyk ind. ratowników medycznych może być rozważone dopiero po ukonstytuowaniu się samorządu RM, wprowadzeniu rejestru RM i pod warunkiem zmiany szeregu przepisów m. in. ustawy o PRM, o zawodzie RM, uodl i innych.
42.	Wojewoda Łódzki	art. 17 - kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego Proponuje się treść art. 17 projektu ustawy w brzmieniu: "art. 17. 1. Wymagania dotyczące ukończenia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. b - ustawy zmienianej	Uwaga nieuwzględniona. Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego jest lekarzem systemu, ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu. Osoby te mają obowiązek doskonalenia zawodowego. Natomiast nie wydaje się zasadne nakładanie obowiązku ukończenia kursu uprawniającego do pracy

		w art. 1, stosuje się do osób zatrudnionych na tych stanowiskach po dniu 31 grudnia 2023 r." Uzasadnienie: Przedmiotowy zapis nie powinien obejmować wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, gdyż większość osób na tych stanowiskach przez kilkanaście lat nie będzie aktualizować wiedzy i umiejętności, gdyż zdjęty zostanie z nich obowiązek centralnych szkoleń co 3 lata. A kurs uprawniający będzie dotyczył nielicznej grupy osób, które zostaną zatrudnione w wyniku zmian kadrowych. Dodatkowo przy braku okresowych kursów nie uda się wprowadzić ujednolicenia pracy WKRM we wszystkich województwach, co miało być pierwotnym celem wprowadzenia kursów. W przypadku dyspozytorów medycznych zasadnym jest rezygnacja z kursu uprawniającego dla osób już wykonujących zadania, gdyż ich umiejętności i wiedza będą w dalszym ciągu aktualizowane kursem doskonalącym w okresach 3 letnich.	na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego dla osób, które już na tym stanowisku wykonują swoje zadania.
43.	Wojewoda Łódzki	art. 46 ust. 1 - finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego Proponuje się wprowadzenie uregulowań blokujących możliwość wykorzystania środków przewidzianych na funkcjonowanie ZRM na inny rodzaj świadczeń. Takie rozwiązanie może wpłynąć pozytywnie na funkcjonowanie systemu PRM w sytuacji wykorzystania środków z oszczędności np. na premiowanie dysponentów zapewniających 100% obsadę lekarską w ZRM S. Uzasadnienie: Przeniesienie finansowania ZRM do NFZ spowodowało utratę wpływu wojewodów na sposób rozdysponowywania środków finansowych przewidzianych na ZRM: 1) w przypadku powstania oszczędności, wynikających ze zwrotów różnicy za ryczałt dobowy, NFZ może rozdysponować środki na jakikolwiek inny rodzaj świadczeń pozostający w jego finansowaniu; 2) w przypadku powstania oszczędności wynikających z przekwalifikowania ZRM S na ZRM P, propozycja ich wykorzystania na dokonanie zmian w Planie PRM poprzez uruchomienie nowych ZRM może spotkać się z negatywnym stanowiskiem NFZ, co zmniejsza szanse na zatwierdzenie zmian przez MZ.	Uwaga nieuwzględniona. Zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane przez NFZ na ogólnych zasadach wynikających z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tym samym nie wydaje się zasadne wprowadzenie przepisów odnoszących się do jednego zakresu świadczeń. Wprowadzenie takiego wyłączenia mogłoby spowodować konieczność wprowadzenia analogicznych rozwiązań również w innych zakresach świadczeń.
44.	Wojewoda Małopolski	Art. 21 ust. 4 pkt. 2 i 3 W art. 21 ust. 4 należy wykreślić pkt. 2 dotyczący umieszczenia w „Wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne” wykazu jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (JORG). UZASADNIENIE: W opinii Wydziału Zdrowia należy zrezygnować z prowadzenia wykazu JORG na rzecz wykazu oddziałów udzielających świadczeń zdrowotnych w danym zakresie – posiadających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia. W ww.	Uwaga nieuwzględniona. Nie każdy oddział szpitala udziela świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Poza tym w projekcie zawarto przepis, który przewiduje, że wykaz ww. jednostek będzie prowadzony wyłącznie w RPRM, do którego WPDS będzie się odwoływał (tak, jak obecnie w odniesieniu do RJWPRM).

		wykazie powinny znaleźć się w szczególności jednostki/komórki szpitali w ramach których funkcjonują Szpitalne Oddziały Ratunkowe, Szpitalne Izby Przyjęć, Izby Przyjęć Psychiatryczne, Centrum Urazowe dla dorosłych i dla dzieci, wymienione w „Wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne” z uwzględnieniem ośrodków kardiologii inwazyjnej oraz oddziałów działających w ramach sieci udarowej.	
45.	Wojewoda Małopolski	Art. 21a W odniesieniu do harmonogramu funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w warunkach zwiększonej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, za zasadne należy uznać umieszczenie zapisu, który: • zezwala jednostce, która jest ujęta w ww. harmonogramie, a nie pełni w danym momencie dyżuru, na odstąpienie od spełniania wszystkich wymogów zawartych w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych w danej specjalności objętej harmonogramem. UZASADNIENIE: Takie rozwiązanie pozwoli na bardziej elastyczne działanie podmiotów leczniczych, tj. np. zwiększenie personelu w jednostce pełniącej dyżur, w ramach harmonogramu, a odciążenie w tym czasie innej, która takiego dyżuru w danym momencie nie pełni.	Uwaga nieuwzględniona. Takie odstąpienie mogłoby być zawarte jedynie w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych, a więc nie w ustawie o PRM. Wydaje się jednak, że propozycja jest zbyt daleko idącą i może zagrażać bezpieczeństwu zdrowotnemu chorych..
46.	Wojewoda Małopolski	W art. 23a: • w ust. 1 zamienić wyraz: „Wojewoda” na „Dyrektor właściwego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.”. • wykreślić ust. 3. Ewidencja SOR, JORG (z zastrzeżeniem uwagi wymienionej w wierszu nr 1 tabeli), CU i CUD powinna być prowadzona w wersji elektronicznej przez właściwy Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). UZASADNIENIE: Dane zawarte w prowadzonej przez Wojewodę ewidencji są powtórzeniem informacji posiadanych przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, który zawiera umowy na realizację świadczeń zdrowotnych (dane takie jak, np. numery umów, terminy zawarcia, obowiązywania umów). W związku z tym, ww. ewidencja może być prowadzona przez NFZ. Prowadzenie ww. ewidencji przez NFZ ułatwi wprowadzanie wymaganych zmian (korekty, dodawanie, usuwanie jednostek), co wpłynie pozytywnie na aktualność i poprawność danych w niej zawartych.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda jest organem odpowiedzialnym za planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem PRM na terenie województwa. Ewidencja (Rejestr PRM) dotyczy tych oddziałów, które udzielają świadczeń niezbędnych dla ratownictwa medycznego, a nie wszystkich oddziałów, które działają w ramach umów z NFZ.
47.	Wojewoda Małopolski	Art. 24b ust. 2 Należy w sposób szczegółowy określić zakres informacji (w szczególności nagranie rozmowy z dyspozytorem medycznym), które mogą być	Uwaga nieuwzględniona. Uznanie uwagi spowoduje utrudnienia w dostępie do nagrań dla pacjenta lub osób upoważnionych.

		udostępnione osobom biorącym udział w zdarzeniu zgłaszanych na numer alarmowy, tj.: w szczególności osoby poszkodowane, rodzina, pełnomocnicy. W przypadku braku możliwości udostępnienia danych ww. osobom, należy to wyraźnie wskazać w zapisach art. 24b. UZASADNIENIE: W art. 24b obowiązującej ustawy o z dnia 8 września 2006 r. Państwowym Ratownictwie Medycznym określono zamknięty katalog podmiotów, którym wojewoda może udostępnić dane zarejestrowane w SWD PRM (w tym nagrania rozmów, dane osobowe osoby zgłaszającej, dane innych osób wskazanych w trakcie przyjmowania zgłoszenia, pozycje geograficzne, dane teled adresowe lub opis zdarzenia), tj.: sąd, Prokuratura, Policja, Rzecznik Praw Pacjenta, Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednocześnie w art. 25 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tj. Dz. U. z 2024 r. poz. 581), wskazano, że, cyt.: 3. „Przepisów o dokumentacji medycznej nie stosuje się do danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych, o których mowa w art. 24b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”. Należy zauważyć, że do Małopolskiego Urzędu Wojewódzkiego w Krakowie wpływają wnioski kierowane przez osoby, których dotyczy zgłoszenie na numer alarmowy (pacjent, rodzina, pełnomocnicy), o udostępnienie nagrań rozmów oraz innych informacji na temat zdarzenia. Powodami występowania z ww. wnioskami, przez osoby fizyczne oraz ich pełnomocników, są np.: n• sprawy o odszkodowanie z tytułu posiadanej polisy ubezpieczeniowej, w związku z wypadkiem, n• poszukiwanie informacji o danych identyfikacyjnych zespołu ratownictwa medycznego (ZRM), który interweniował na miejscu zdarzenia, celem uzyskania informacji o szpitalu do którego została przetransportowana osoba poszkodowana. Brak doprecyzowania praw osób biorących udział w zdarzeniu, stanowi dla nich dodatkowe utrudnienie w dostępie do informacji. W związku z powyższym, za zasadne należy uznać doprecyzowanie kwestii związanych z dostępem do danych w SWD PRM dla osób biorących w zdarzeniu, ich rodzin i pełnomocników.	Natomiast zgodnie z art.25 ust 3 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, który normuje zawartość dokumentacji medycznej, przepisów o dokumentacji medycznej nie stosuje się do danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych, o których mowa w art. 24b ust. 1 i 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Zgodnie z tym przepisem podmiot leczniczy zobligowany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zawierającej co najmniej dane pacjenta pozwalające na ustalenie jego tożsamości, w tym nazwisko i imię, datę urodzenia, oznaczenie płci, adres miejsca zamieszkania, numer PESEL, jeżeli został nadany, a w określonych przypadkach nazwisko i imię przedstawiciela ustawowego oraz adres jego miejsca zamieszkania. Ponadto niezbędne jest oznaczenie podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych, opis stanu zdrowia pacjenta lub udzielonych mu świadczeń zdrowotnych i daty sporządzenia dokumentacji. W związku ze specyficznym charakterem świadczeń zdrowotnych udzielanych przez dyspozytorów medycznych, uzyskanie przez nich wszystkich ww. informacji od osoby zgłaszającej nie zawsze jest możliwe. Nie są to też dane niezbędne do udzielenia pomocy przez dyspozytora medycznego ani do zadysponowania na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego. Względem danych dotyczących treści zgłoszeń alarmowych i powiadomień ratunkowych, w tym nagrań rozmów telefonicznych, o których mowa w art. 24b ust. 1 i 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, nie stosuje się przepisów o dokumentacji medycznej w zakresie jej zawartości. Natomiast kwestię związaną z udostępnianiem nagrań reguluje art. 26 ust. 1, 2 i 3 pkt 2, 2a i 3 ustawy o RPP, do którego odwołuje się art. 24 f ust. 2 ustawy o PRM. Odpowiedzialność za naruszenie bezpieczeństwa danych osobowych ciąży również na osobach prywatnych, zatem bezprawne ich użycie może stanowić podstawę do roszczenia względem osoby, która tego dokona.
48.	Wojewoda Małopolski	Art. 29 ust. 3 W art. 29 należy usunąć ust. 3 w brzmieniu: „Wojewoda wykonuje czynności pracodawcy w stosunku do wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.”. UZASADNIENIE: Pracodawcą dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego jest urząd wojewódzki, zgodnie z art. 29 ust. 2 obowiązującej ustawy o z dnia 8 września 2006 r. Państwowym Ratownictwie Medycznym. W związku z powyższym, jeżeli pracodawcą dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego już urząd wojewódzki, określanie Wojewody jako wykonującego	Uwaga uwzględniona. Analogicznie jak w odniesieniu do dyspozytorów medycznych i psychologów.

		czynności pracodawcy, w tej sytuacji jest już niezasadne, stąd propozycja usunięcia w art. 29 ust. 3.	
49.	Wojewoda Małopolski	Art. 30 Po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu: „3a. Decyzja, o której mowa w ust. 2: 1) może być przekazana w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie; 2) nie wymaga uzasadnienia; 3) przekazana w sposób inny niż na piśmie, jest następnie doręczana na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.” UZASADNIENIE: Art. 30 obowiązującej ustawy o z dnia 8 września 2006 r. Państwowym Ratownictwie Medycznym dotyczy możliwości nałożenia przez Wojewodę, w drodze decyzji administracyjnej, na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązku pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w przypadkach określonych w ust. 1 tego artykułu. Decyzja jest wydawana „w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego”, którego definicja określona jest w art. 3 pkt 8 ww. ustawy, tj. „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”. Powyższa definicja warunkuje, że decyzja administracyjna powinna być wystawiona szybko i natychmiast przekazana do podmiotu leczniczego, aby przeciwdziałać konsekwencją stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. W związku z powyższym zasadnym będzie, umożliwienie przekazania tej decyzji administracyjnej w każdy możliwy sposób zapewniający jej dotarcie do podmiotu leczniczego, a zwłaszcza ustnie (telefonicznie) analogicznie jak w przypadku decyzji wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w zakresie rozstrzygania sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego Zagrożenia zdrowotnego (art. 29, ust. 9a-9c ustawy).	Uwaga nieuwzględniona. Decyzja jest wydawana, gdy „skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób” tj. decyzja jest wydawana jeszcze przed stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego. Poza tym należy wskazać na doręczenia elektroniczne z art. 39 i nast. Kodeksu postępowania administracyjnego.
50.	Małopolski Urząd Wojewódzki Wydział Zdrowia Związek Zawodowy Pilotów HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Nowe brzmienie art. 5: Art. 5. „W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu: „2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także członkom zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 36a ust. 1 oraz art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”. W uzasadnieniu wprowadzenia zapisu art. 5 ww. projektu ustawy, Ministerstwo Zdrowia wskazuje konieczność zrównania prawa do dodatków za	Uwaga nieuwzględniona. Art. 32 ust 1 pkt 2 ustawy o PRM mówi o zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa medycznego. Dodatki przysługiwać więc mają również członkom LZRM, wykonującym zawód medyczny (a więc wyłączając pilotów i kierowców). Podobnie w szpitalach przedmiotowy dodatek dotyczy wyłącznie osób wykonujących zawód medyczny.

		pracę w nocy (65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego), niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy (45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego) dla członków Zespołów Ratownictwa Medycznego (w tym Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego) wykonujących zawód medyczny, z pracownikami wykonującymi zawód medyczny, zatrudnionymi w systemie pracy zmianowej w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Przygotowane przez Ministerstwo Zdrowia uzasadnienie wprowadzenia zapisu art. 5 ww. projektu ustawy nie uwzględnia faktu, że personel medyczny wykonujący obowiązki w ramach Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego nie jest w stanie wykonywać ich samodzielnie, a jedynie w składzie całego zespołu składającego się (zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym) z co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. W związku z tym, piloci wchodzący w skład HEMS stanowią niezbędny i integralny personel Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego, jednocześnie zapewniający ich bezpieczne funkcjonowanie. Piloci HEMS czynnie i bezpośrednio uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych ratujących życie i zdrowie ludzi także w nocy, niedziele, święta, dni wolne od pracy, przy czym czas ich pracy nie podlega różnicowaniu w zależności od tego, czy wykonują zawód medyczny, czy też nie. Piloci HEMS niejednokrotnie działając w utrudnionych warunkach (szczególnie w nocy) ponoszą jednoosobową i pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo załogi, pacjenta oraz osób postronnych. Ministerstwo Zdrowia nie określiło uwarunkowań i przesłanek wskazujących na konieczność rozróżnienia przyznania dodatkowego wynagradzania za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, w zależności od tego czy dany członek Lotniczego Zespołu Ratownictwa Medycznego wykonuje zawód medyczny, czy też nie. W tym miejscu należy zauważyć, że jedynie ok. 400 osób spośród blisko 12,9 tys. zatrudnionych w Zespołach Ratownictwa Medycznego nie wykonuje zawodu medycznego, (opracowanie Głównego Urzędu Statystycznego (Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2022 roku, link bezpośredni: https://stat.gov.pl/obszarytematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2022-roku,14,7.html). Grupa personelu niemedycznego obejmuje przy tym ok. 300 kierowców, którzy zgodnie z przepisami mogą, lecz nie muszą, stanowić obsadę naziemnych Zespołów Ratownictwa Medycznego, których liczba w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne podlega systematycznemu zmniejszaniu w związku m.in. ze sposobem finansowania przez NFZ, w postaci jednolitego ryczałtu dobowego wypłacanego na każdą karetkę, niezależnie czy w składzie jej załogi znajduje się	
--	--	---	--

		kierowca czy też nie oraz możliwości dość łatwego uzyskania przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego uprawnień do kierowania takimi pojazdami. W ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne funkcjonuje 100 pilotów HEMS, którzy zgodnie z przywołaną już wcześniej ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowią niezbędną obsadę Lotniczego Zespołu Ratownictwa Medycznego. Spośród grupy ok. 100 pilotów HEMS ewentualnym uprawnieniem do otrzymywania dodatków za pracę w godzinach nocnych objętych zostałoby w skali całego kraju jedynie 6 pilotów, pełniących dyżury w całodobowych bazach LPR (w tym 1 w województwie małopolskim), zaś dodatkami za pracę w niedzielę i święta oraz dni wolne od pracy 22 pilotów. Szacowane przez ZZP HEMS LPR roczne koszty związane z przyznaniem przedmiotowych dodatków wynoszą przy tym ok. 2 mln zł. Dla porównania, zgodnie z danymi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, tylko w roku 2024 planowane jest zwiększenie finansowania Zespołów Ratownictwa Medycznego o kwotę prawie 363 mln zł, związane głównie ze zwiększeniem wynagrodzeń personelu wykonującego zawody medyczne, wynikające z ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Wdrożenie w życie aktualnych propozycji dotyczących wskazanych dodatków do uposażenia, wypracowanych przez Ministerstwo Zdrowia, z pewnością wpłynie na możliwość powstania utrudnień w zabezpieczeniu dyżurów Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego ujętych w Wojewódzkim działaniu systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa małopolskiego, a co za tym idzie, ich dostępność dla mieszkańców województwa oraz służb ratunkowych. Podsumowując, zwracam się z prośbą o zapoznanie się ze zgłoszoną przez Związek Zawodowy Pilotów HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego propozycją zmiany zapisów projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (druk UD43), wraz z uzasadnieniem, celem wykorzystania i ewentualnego uwzględnienia, podczas trwających prac nad ostatecznymi zapisami ww. projektu ustawy, na etapie opiniowania i uzgodnień z podmiotami zewnętrznymi.	
51.	Wojewoda Mazowiecki	Art. 15 ust. 1a pkt 1-3 : Uszczegółowienia wymaga, status obecnie wpisanych jednostek współpracujących w przypadku gdy nie będą spełniały nowo wprowadzonych kryteriów po wejściu w życie tego przepisu.	Uwaga nieuwzględniona. W art. 11 projektu wskazany jest termin na dostosowanie jednostek do wymagań ustawy.
52.	Wojewoda Mazowiecki	Art. 17 ust. 5 Uszczegółowienia wymaga na jakiej podstawie ma nastąpić wykreślenie z rejestru. W sytuacji gdy Wojewoda nie zostanie powiadomiony, że jednostka dokonała zmian nie może dokonać wykreślenia.	Uwaga nieuwzględniona. Na podstawie art. 31 ust. 1 pkt 1 wojewoda ma możliwość kontroli.

53.	Wojewoda Mazowiecki	Art. 21 ust. 3 pkt 2 Aktualnie wszystkie zmiany w Planie działania Systemu PRM są konsultowane z jednostkami samorządu terytorialnego. Zasadnym jest określenie fragmentów Planu, które powinny być wyłączone z konsultacji. Dotyczy to np. informacji o zastępowalności DM (określane przez Ministerstwo Zdrowia), liczby stanowisk dyspozytorów medycznych (zależna od ustawowego przelicznika), obszarów dysponowania (zadanie w kompetencjach Wojewody) czy rokrocznych danych statystycznych.	Uwaga uwzględniona.
54.	Wojewoda Mazowiecki	art. 24 w ust. 1 uchyla się pkt 2 Proponuje się wyłączenie z wyliczenia mediany kod pilności interwencji ZRM - K2. Mediana obecnie jest liczona tak samo dla K1 i K2 przy założeniu że maksymalny czas dojazdu w mieście wynosi 15 minut a poza miastem 20 minut a wynik mediany adekwatnie 8 i 15 minut. Istotnym pozostaje fakt, że dla: • K1 czas zadysponowania ZRM wynosi 1 minutę a czasy wyjazdu ZRM 1 minutę, • K2 czas zadysponowania ZRM wynosi 2 minuty a czasy wyjazdu ZRM 3 minuty, Mediana liczona jest od chwili przyjęcia zgłoszenia do czasu dojazdu. W efekcie w K1 opóźnienie wyjazdu może sięgać 2 minuty a dla K2 aż 5 minut ale ustawowy czas dojazdu pozostaje dalej taki sam.	Uwaga nieuwzględniona. Ustawa o PRM przewiduje wspólne wartości mediany dla poszczególnych kodów pilności.
55.	Wojewoda Mazowiecki	art. 25b w ust. 3 w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 Proponuje się zniesienie wymogu posiadania wykształcenia wyższego kierunkowego medycznego dla kierownika i z-cy kierownika dyspozytorni medycznej oraz włączenie do wymaganego doświadczenia w zakresie realizacji zadań pełnienie funkcji z-cy kierownika. UZASADNIENIE: Do osiągnięcia wymaganego doświadczenia zawodowego na stanowisku dyspozytora medycznego konieczne jest już posiadanie wykształcenia medycznego. Zauważyć należy, że wcześniejsze przepisy dotyczące zdobywania uprawnień do wykonywania zawodu np. ratownika medycznego można było uzyskać kończąc szkołę policealną (studium). Na przełomie zmian przepisów prawa, ratownicy medyczni oraz pielęgniarki Systemu po studium zawodowym kończyli studia wyższe na kierunkach nie związanych z zawodem już wyuczonym. Zazwyczaj osoby takie kończyły kierunki zdrowia publicznego, zarządzania czy bezpieczeństwa. Spowodowało to radykalne zmniejszenie liczby osób spełniających obecne wymogi na stanowiska kierownicze. Ponadto, obecne zapisy prawa wyeliminowały z-cę kierownika do ewentualnego awansu na stanowisko kierownika z uwagi na zapis w ustawie: „ kierownikiem dyspozytorni może być osoba która ukończyła co najmniej studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy	Uwaga uwzględniona częściowo poprzez włączenie do wymagań dla kierownika dyspozytorni medycznej pełnienia funkcji zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej, zastępcy głównego dyspozytora medycznego oraz głównego dyspozytora medycznego. Zniesienie wymagania w zakresie wykształcenia wyższego nie znajduje uzasadnienia Na tych stanowiskach należy zatrudnić osoby o najwyższych kwalifikacjach. Ich zadaniem jest m. in. nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych.

		licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego".Mając powyższe na uwadze należy zaproponować zapis:„ kierownikiem dyspozytorni może być osoba która ukończyła studia wyższe oraz posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego lub z-cy kierownika dyspozytorni”.	
56.	Wojewoda Mazowiecki	Art. 36 ust. 1 pkt 2 Zasadnym jest ustawowe wskazanie, jakimi kryteriami należy się kierować podczas ustalania przez Wojewodę konkretnej liczby i rozmieszczenia 3 osobowych zespołów. Drugą kwestią pozostaje ustalenie, czy informacje o zróżnicowaniu na ZRM 3 osobowy i 2osobowy powinny być wskazane w Wojewódzkim Planie Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.	Uwaga uwzględniona poprzez odstąpienie od ustalania minimalnej liczby 3 osobowych ZRM P przez wojewodę. Decyzję będzie podejmował wojewoda, w porozumieniu z dysponentami i OW NFZ.
57.	Wojewoda Mazowiecki	Art. 36 ust. 1 pkt 3 Zasadnym jest ustawowe wskazanie, jakimi kryteriami należy się kierować podczas ustalania przez Wojewodę konkretnej liczby i rozmieszczenia 1 osobowego ZRM oraz ustalania nazwy zespołu (kodu identyfikującego zespół).	Uwaga nieuwzględniona. W projekcie określono kryterium nie więcej niż 1 na 400 tys. mieszkańców. W pozostałym zakresie decyduje wojewoda w porozumieniu z OW NFZ. Brak propozycji przepisu w uwadze.
58.	Wojewoda Mazowiecki	Przywrócenie dyspozytorom medycznym uprawnień dotyczących pracy w warunkach szkodliwych. Proponuje się zakwalifikować pracę dyspozytora medycznego do grupy zawodów działających w warunkach szkodliwych, gdyż podczas wykonywania obowiązków zawodowych na pracownika oddziałują czynniki, które negatywnie wpływają na zdrowie. Występują one również w wyższym niż standardowo stężeniu np. praca do 24 godzin na dobę, praca w godzinach nocnych, ciągłość pracy przed komputerem. UZASADNIENIE: Dyspozytorzy medyczni z chwilą przejścia dyspozytorni medycznych pod strukturę urzędów wojewódzkich utracili te uprawnienia. Sam charakter pracy, obowiązki jak i wymogi zawodowe nie uległy zmianie. Niemniej jednak w dalszym ciągu pozostają narażeni na czynniki fizyczne uznawane jako szkodliwe:c1) stanowisko pracy z komputerem: uciążliwość wzroku – powyżej 4 godzin;c2) praca w wymuszonej, niezmienniej pozycji; 3) inne czynniki, w tym niebezpieczne: praca zmianowa w przedłużonym dobowym wymiarze, praca wymagająca stałego długotrwałego wysiłku głosowego. W kontekście obciążenia psychicznego, jako czynniki pracy o szczególnym charakterze wskazać należy: 1) przewlekły stres; 2) bezpośrednią i pośrednią odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów.	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem nowelizacji. Właściwość MRPiPS.
59.	Wojewoda Mazowiecki	Zmniejszenie wymogu stażu pracy kwalifikującego na stanowisko dyspozytora medycznego. Mając na uwadze niedoszacowane zapotrzebowanie na personel medyczny działający w ramach całego Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (zwanego dalej: „PRM”), proponuje się zmniejszenie do 1 roku wymogu doświadczenia pracy w Systemie dla dyspozytora medycznego.	Uwaga uwzględniona częściowo w zakresie rocznego doświadczenia DM. Natomiast nie ma uzasadnienia dla tak daleko idącego rozszerzania katalogu miejsc, w których można nabrać doświadczenia wymaganego dla DM.

		Obecnie przepisy określają ten wymóg na minimum 3 lata. UZASADNIENIE: Do pracy w jednostkach Systemu PRM (tj. szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego – zwane dalej: „ZRM”) nie ma określonego wymogu posiadanego doświadczenia. Wymóg ten odnosi się wyłącznie do dyspozytorów medycznych. Podkreślić dodatkowo należy, że personel medyczny w ZRM mający potwierdzone do 3 lat doświadczenia otrzymują minimalne wynagrodzenie wynoszące ok. 52 zł za godzinę na umowach cywilno-prawnych. Przy doświadczeniu co najmniej 3-letnim, średnie godzinne wynagrodzenie wynosi między 72 zł a 92 zł, w zależności od dysponenta. Wynika to z faktu, iż pracownicy mogą pełnić funkcję kierownika ZRM. Powyższe nobilitowanie stażu pracy w ZRM powoduje brak zainteresowania pracą za dużo niższą stawkę w dyspozytorniach medycznych. Zmniejszenie wymogu lat pracy na stanowisku dyspozytora umożliwi zwiększenie liczby medyków zainteresowanych tą pracą. Należy dodać, że w okresie „covidowym” wymóg był całkowicie zniesiony i nie obserwuje się przez ten okres uchybień wynikających z doświadczenia zawodowego. Należy również wskazać, że dyspozytorzy pracują zgodnie z określonymi procedurami, co znacznie ułatwia prowadzenie wywiadu medycznego (szereg pytań ukierunkowanych jest na daną sytuację). Dodatkowo, proponuje się rozszerzenie katalogu osób kwalifikujących się do pracy w Dyspozytorni Medycznej o personel posiadający np. minimum 2-letnie doświadczenie zawodowe na: oddziale intensywnego nadzoru kardiologicznego, oddziale intensywnej opieki neurologicznej, oddziale chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo-ortopedycznej lub traumatologii.	
60.	Wojewoda Mazowiecki	Uregulowanie kwestii zarobków w Dyspozytorniach Medycznych. Mając na uwadze dynamikę zmian na rynku pracy oraz wprowadzoną tzw. siatkę płacy minimalnej dla zawodów medycznych proponuje się podniesienie zasadniczego wynagrodzenia dyspozytorów medycznych o 1 600 zł (obecnie obowiązujące jako dodatek dla dyspozytorów). Kwestia ta mogłaby zostać ujęta np. w ocenie skutków regulacji do procedowanej ustawy. UZASADNIENIE: Aktualnie dyspozytorzy medyczni mają najniższe, najmniej atrakcyjne wynagrodzenie w Systemie PRM. Powyższe stanowiłoby alternatywę dla funkcjonującego tzw. „dodatku wyjazdowego 30%” przewidzianego dla członków ZRM. Sugerowany wzrost wynagrodzenia zasadniczego do kwoty minimum 10 000 zł dla dyspozytora medycznego powinien obejmować proporcjonalne podniesienie kwot dla Głównych Dyspozytorów Medycznych i ich zastępców. Jednocześnie zasadnym jest pozostawienie ustawowych dodatków funkcyjnych. Ponadto, należałoby dodatkowo zaznaczyć, że Systemem PRM obecnie nadzoruje Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (zwane dalej: „KCMRM”). Liczba personelu medycznego w tej instytucji jest znacząco mniejsza niż dyspozytorów, zaś liczba dyspozytorów medycznych znacząco mniejsza niż pracowników ZRM czy SOR.	Uwaga nieuwzględniona Środki na wynagrodzenia dla dyspozytorni medycznych kalkulowane są na podstawie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych ujętych w wojewódzkich planach działania systemu (WPDS), przyjmując, że do obsady każdego stanowiska potrzeba 5 etatów (z wyłączeniem kierownika DM i jego zastępcy), a każda z tych osób zatrudniona jest na podstawie umowy o pracę (wyższe koszty zatrudnienia niż dla umów cywilnoprawnych). Środki na stanowiska funkcyjne (kierownik DM, główny dyspozytor medyczny i ich zastępcy) są kalkulowane na docelową liczbę dyspozytorni, czyli w przypadku województwa pomorskiego – na jedną. Co ważne, pomimo, iż zatrudnienie zastępcy kierownika DM jest fakultatywne, środki na ten cel otrzymują wszystkie dyspozytornie. Środki przekazywane są na 100% obsady dla każdej DM pomimo nie obsadzania przez nie wszystkich stanowisk dyspozytorów medycznych. Zgodnie z art. 27 ust. 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o

		Uregulowanie zarobków zgodnie z tzw. piramidą wynagrodzeń (minimalnych zarobków) pozwoliłaby na zapewnienie obsady na każdym szczeblu działania Systemu. Proponuje się zatem: 1) KCMRM – najwyższe stawki godzinowe (lub pensja zasadnicza) w Systemie PRM; 2) Dyspozytornie Medyczne – pośrednie stawki godzinowe (lub pensja zasadnicza) w Systemie PRM (aktualnie obowiązujące najniższe wynagrodzenie to 8 250 zł pensja zasadnicza + 340 zł dodatek funkcyjny); 3) ZRM/SOR – zachowanie obecnych stawek, z uwzględnieniem tzw. siatki płac.	których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, to ponieważ dyspozytorzy medyczni są zatrudnieni w urzędach wojewódzkich, udzielają oni świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym. Dlatego regulacje odnoszące się do wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, a więc m. in.: - art. 95-99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie mają do nich zastosowania. Wynagrodzenia DM reguluje rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie zasad wynagradzania pracowników niebędących członkami korpusu służby cywilnej zatrudnionych w urzędach administracji rządowej i pracowników innych jednostek (Dz. U z 2023 r. poz. 467). Zadania wykonywane przez ratownika medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego nie są tożsame z zadaniami i czynnościami wykonywanymi w ramach zatrudnienia w zespołach ratownictwa medycznego czy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Ponadto każdy pracodawca – podmiot leczniczy, zatrudniający ratownika medycznego ma różne wewnętrzne regulacje i regulaminy wynagrodzeń mające wpływ na poziom zarobków poszczególnych grup zawodowych. Środki na wynagrodzenia planowane przez Ministerstwo Zdrowia dla dyspozytorów medycznych są corocznie zwiększane i planowane w oparciu o jednakowy algorytm dla wszystkich województw. Rozbieżności w wynagrodzeniach dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach w kraju wynikają tylko i wyłącznie z różnej polityki kadrowej prowadzonej w poszczególnych urzędach wojewódzkich. Taka sama praktyka ma miejsce wśród dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, gdzie stawki wynagrodzeń dla ratowników medycznych też nie są jednakowe, pomimo przekazywanego na podobnym poziomie finansowania.
61.	Wojewoda Opolski	art. 1 pkt. 6b uwaga: Wprowadzenie podstawowych trzyosobowych zespołów ratownictwa medycznego w zaproponowanym progu minimalnym może być nieadekwatne do faktycznych możliwości kadrowych. Uzasadnienie: Podstawowe trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego poprawią zarówno bezpieczeństwo udzielania medycznych czynności ratunkowych (wiele procedur medycznych przedszpitalnych wykonywanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, np. postępowanie z pacjentem urazowym	Uwaga uwzględniona.

		czy w nagłym zatrzymaniu krążenia, łatwiej jest prowadzić w szerszym zespole), jak również komfort pracy ratowników medycznych. Jednakże, biorąc pod uwagę pojawiające się problemy z zapewnieniem trzeciej osoby do składu specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego w miejsce lekarza systemu, a także lukę kadrową, zaproponowany próg minimalny może okazać się niemożliwy do spełnienia. Propozycja: 1. Zmniejszenie wymaganej liczby podstawowych trzyosobowych zespołów ratownictwa medycznego do 1 na każde rozpoczęte 10 podstawowych dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego. Lub 2. Zamiast trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, wprowadzenie dodatkowej obsady dyżurowej w miejscach stacjonowania (do wykorzystania przy "ciężkich" zleceniach). lub 3. Całkowite odejście od specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego (wyposażenie karetki S tylko nieznacznie różni się od karetki P, a uprawnienia ratowników medycznych są najszersze na świecie dlatego też bez szkody dla pacjentów mogą zastąpić lekarzy w zespołach) i wprowadzenie tylko trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.	
62.	Wojewoda Opolski	art. 1 pkt. 8-9 Uwaga: Brak zapisu obligującego oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia do informowania wojewodów o zawarciu umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w określonym terminie. Uzasadnienie: Doprecyzowanie zapisów ustawy dotyczących umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych pozwoli na zachowanie jednolitości postępowania w sposób analogiczny do zapisów zaproponowanego w niniejszym projekcie brzmienia art. 23a ust. 1a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Propozycja: Dodanie zapisu o treści: "Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni informuje wojewodę o zawarciu umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych."	Uwaga uwzględniona. Wprowadzona została zmiana w art. 22a „Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu nie później niż na 7 dni przed dniem zawarcia lub przed dniem zmiany umowy na zadania zespołów ratownictwa medycznego przekazuje wojewodzie aktualizację danych dotyczących zespołów ratownictwa medycznego włączonych do systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 21 ust. 17, zgodnie ze stanem na dzień zawarcia lub zmiany tej umowy.”.
63.	Wojewoda Opolski	art. 1 pkt. 30 Uwaga: Zapis nie przewiduje sankcji dla podmiotów za przekroczenie maksymalnego czasu na przyjęcie pacjenta przetransportowanego przez zespół ratownictwa medycznego. Uzasadnienie: Określenie w ustawie maksymalnego czasu na przyjęcia pacjenta przetransportowanego przez zespół ratownictwa medycznego skróci czas interwencji zespołów, tym samym zwiększając ich dostępność przez szybszy powrót do gotowości operacyjnej. Natomiast brak zapisów regulujących dalsze postępowanie w przypadku niedochowywania wskazanego czasu, utrudni	Uwaga nieuwzględniona. Przepis analogiczny jak art. 24 ustawy o PRM.

		respektowanie samego zapisu jak również wyciąganie ewentualnych konsekwencji. Propozycja: Rozważenie wprowadzenia progu dopuszczalności przekroczenia wskazanego czasu (np.: średnia dla podmiotu lub %przypadków który nie będzie brany pod uwagę w skali każdego miesiąca). Dodanie zapisu umożliwiającego wyciąganie konsekwencji względem podmiotów, np.: zastosowanie kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.	
64.	Wojewoda Opolski (Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej dla województwa opolskiego)	art. 1 pkt. 6b Uwaga: Brak uzasadnienia do wprowadzenia zapisu. Uzasadnienie: Brak wystarczającej liczby ratowników medycznych w Polsce, brak możliwości oraz wskazań do istnienia trzyosobowych zespołów. Dotychczasowe zespoły dwuosobowe spełniają w pełni swoją funkcję - dodatkowa osoba wygeneruje dodatkowe, niepotrzebne koszty. Propozycja: Wykreślenie zapisu.	Uwaga uwzględniona. W projekcie zrezygnowano z ustalania minimalnej liczby trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.
65.		art. 1 pkt. 6b Uwaga: Brak możliwości finansowych. Uzasadnienie: Zakup motocykli powinien być współfinansowany na etapie zakupu przez jednostki dysponentki.	Uwaga nieuwzględniona. Zakup motocykli dla motocyklowych jednostek ratowniczych pozostanie po stronie dysponentów jednostek - analogicznie jak ma to miejsce w przypadku ambulansów. Możliwości pozyskania środków z zewnątrz na ten cel uregulowane są m. in. w art. 50 ustawy o PRM.
66.	Wojewoda Podkarpacki	Projektowane zapisy dotyczące definicji lekarza systemu powinny dopuszczać możliwość, aby lekarzem systemu był m.in. lekarz posiadający 3000 godz. doświadczenia w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala. Umożliwiłoby to zabezpieczenie obsady dyżurowej w ZRM i SOR. Obecne rozwiązania, dające możliwość uznania za lekarza systemu m.in. lekarzy w trakcie wskazanych specjalizacji, nie dają możliwości pozyskania wystarczającej kadry przez dysponentów jednostek systemu PRM.	Uwaga nieuwzględniona. Od 15 marca 2019 r. liczba specjalności kwalifikujących danego lekarza do grona lekarzy systemu wzrosła z 9 do 42. Natomiast możliwość uzyskania statusu lekarza systemu odnosząca się do 3000 godzin obowiązywała do 31 grudnia 2020 r. Lekarze spełniający wówczas ten wymóg już obecnie są lekarzami systemu na podstawie art. 3 ustawy o PRM. W ocenie MZ obecny przepis daje szerokie możliwości zatrudnienia lekarzy.
67.	Wojewoda Podkarpacki	W projektowanym zapisie art. 15 ust. 1a pkt 2 należy rozważyć doprecyzowanie kwestii ilości ratowników, jakimi powinna dysponować dana jednostka, bez odnoszenia ich ilości do czasu dotarcia na miejsce zdarzenia.	Uwaga uwzględniona częściowo. Brak propozycji konkretnej liczby ratowników. Podmiot będzie zobowiązany podać zarówno całkowitą liczbę ratowników, jak i liczbę ratowników w miejscu stacjonowania jednostki, którzy mogą zostać zadysponowani jednocześnie do zdarzenia.
68.	Wojewoda Podkarpacki	Kryterium czasu dotarcia na miejsce zdarzenia na obsługiwanym terenie może budzić wątpliwości np. w przypadku podmiotów uprawnionych do ratownictwa wodnego, które wnioskując o wpis do rejestru wskazują jako teren działania daną gminę, ale de facto zabezpieczają istniejące na terenie ww. gminy baseny/kąpieliska/zbiorniki wodne.	Uwaga uwzględniona.
69.	Wojewoda Podkarpacki	Projektowany zapis art. 15 ust. 1a pkt 3 wskazuje, jako jeden z warunków wpisu do rejestru, aby jednostki dysponowały wyposażeniem i środkami łączności	Uwaga nieuwzględniona. Środki łączności mają zapewnić skuteczne powiadomienie danej jednostki o zdarzeniu.

		niezbędnymi do zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. Proponuje się usunięcie wymogu posiadania środków łączności, ponieważ trudno jest oszacować, jaka ilość telefonów/radiostacji przełoży się na czas dotarcia jednostki na miejsce zdarzenia.	
70.	Wojewoda Podkarpacki	Zasadnym byłoby doprecyzowanie zapisu projektowanego art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b, poprzez wprowadzenie jego następującej treści: „b) szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując jako wymóg minimalny, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut.”	Uwaga nieuwzględniona. Przepis wskazuje obszar „nie większy” i „nie dłuższy”. Powyższe oznacza, że są to parametry minimalne.
71.	Wojewoda Podkarpacki	W projektowanym art. 38a ust. 3 pkt 2 jest błąd – powinno być: „dysponenci”.	Uwaga uwzględniona.
72.	Wojewoda Podkarpacki	W projektowanym art. 45a należałoby dodatkowo uszczegółowić pojęcie „moment przybycia zespołu do szpitala” (czy będzie on tożsamy z czasem zmiany statusu ZRM w SWD PRM)?	Uwaga uwzględniona, poprzez wskazanie SWD PRM.
73.	Wojewoda Podkarpacki	Proponuje się usunięcie projektowanego zapisu art. 45c, zgodnie z którym dyspozytor medyczny albo wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego miałby wskazywać miejsce przewozu zwłok pacjenta lub martwo urodzonego dziecka w przypadku zgonu w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego. Zadania dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego dotyczą koordynacji ZRM, w związku z koniecznością udzielenia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Dodatkowe angażowanie tych osób we wskazywanie miejsc przewozu zwłok pacjentów może wpłynąć negatywnie na sposób realizowania zadań systemu PRM.	Uwaga nieuwzględniona. Dotyczy przewiezienia zwłok osób zmarłych w trakcie akcji medycznej w specjalistycznym środku transportu sanitarnego. Analogicznie jak ma to miejsce w sytuacji wskazanej w art. 45, w odniesieniu do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Brak propozycji, ze strony wojewody, innego rozwiązania.
74.	Wojewoda Podkarpacki	Proponuje się, aby w art. 5 projektowanej ustawy, dotyczącej wypłaty dodatku dla pracowników jednostek systemu o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, uwzględnić wszystkie osoby wchodzące w skład ww. zespołów, w tym w szczególności pilotów HEMS.	Uwaga nieuwzględniona. Art. 32 ust 1 pkt 2 ustawy o PRM mówi o zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa medycznego. Dodatki przysługiwać więc mają również członkom LZRM, wykonującym zawód medyczny (a więc wyłączając pilotów i kierowców). Podobnie w szpitalach przedmiotowy dodatek dotyczy wyłącznie osób wykonujących zawód medyczny.
75.	Wojewoda Podkarpacki	Art. 11 projektowanej ustawy wskazuje termin dostosowania się jednostek współpracujących z systemem PRM do nowych wymagań ustawowych. Czy brak aktualizacji danych w ww. zakresie będzie stanowić przesłankę do wydania decyzji administracyjnej o wykreśleniu jednostki z rejestru w myśl art.17 ust.5 pkt 2 ustawy zmieniającej art.1 ?	W tym czasie należy dostosować się do wymagań określonych w przepisach. Po tym terminie istnieje możliwość wykreślenia podmiotu z rejestru jednostek współpracujących z systemem.
76.	Wojewoda Podkarpacki	W projektowanym art. 17 ust. 1 należy dokonać zmiany redakcyjnej, ponieważ pkt 1 w odesłaniu odnosi się do kursu uprawniającego, natomiast pkt 2 – do wymogów dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego	Uwaga uwzględniona.

		(powinno być tutaj odesłanie do art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. a, żeby zachować spójność zapisów).	
77.	Wojewoda Podkarpacki	Zgodnie art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, projekt aktualizacji wojewódzkiego planu działania systemu PRM wojewoda przekazuje do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego, a jednostki te przedstawiają opinię w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu. Termin 14 dni jest zbyt długi, tym bardziej, że wskazane jednostki samorządu terytorialnego nie wydają wiążącej opinii dla wojewody. W celu usprawnienia procesu dokonywania aktualizacji ww. planu przez wojewodów, proponuje się skrócenie tego terminu do 7 dni.	Uwaga nieuwzględniona. Skrócenie okresu opiniowania do 7 dni jest okresem zbyt krótkim na wydanie opinii. Jednostki samorządu terytorialnego muszą mieć możliwość dokonania analizy, ewentualnej konsultacji z innymi podmiotami, w tym dysponentami jednostek, dla których są podmiotem tworzącym.
78.	Wojewoda Podkarpacki	Mając na uwadze konieczność zapewnienia odpowiedniego trybu przygotowania projektu aktualizacji wojewódzkiego planu działania systemu PRM, zasadnym byłoby, aby terminy, o których mowa w art. 21 ust. 12 – 13 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, były wyrażone w dniach roboczych.	Uwaga nieuwzględniona. Terminy liczone analogicznie jak w innych przepisach.
79.	Wojewoda Podlaski	W pkt 9 Projektu ustawy dotyczącym dodania w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 652) art. 22a proponuje się następującą zmianę brzmienia ust. 2: „2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia działając w porozumieniu z wojewodą może rozwiązać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z dysponentem jednostki, o której mowa w art. 32 ust.1 : 1) pkt 1, w związku z niespełnieniem wymagań określonych w art. 33a oraz przepisach wydanych na podstawie art. 34; 2) pkt 2, w związku z niespełnieniem wymagań określonych w art. 36 – lub w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się dysponenta jednostki z obowiązków wynikających z zawartej umowy.”. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia rozwiązując umowę z dysponentem jednostki bez uzgodnienia z wojewodą pozostawia całe województwo bez zabezpieczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ponadto w przypadku umożliwienia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia samodzielnego rozwiązywania umów bezprzedmiotowy staje się przepis art. 19 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który stanowi, iż „Planowanie organizowaniu, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody.”.	Uwaga nieuwzględniona. Umowę zawiera NFZ, więc to NFZ jest stroną umowy. W propozycji nie jest określone jaki charakter miałoby mieć porozumienie, czy brak porozumienia (zgody) wojewody powodowałoby brak możliwości wojewody i ewentualnie kto rozstrzygałby taki spór.
80.	Wojewoda Podlaski	Proponuje się nadanie art. 5 Projektu ustawy następującego brzmienia: „Art. 5. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu:	Uwaga nieuwzględniona. Nowelizacja art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799)–zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”, polegająca na wprowadzeniu na stałe regulacji, która do lipca 2023 r. (w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub

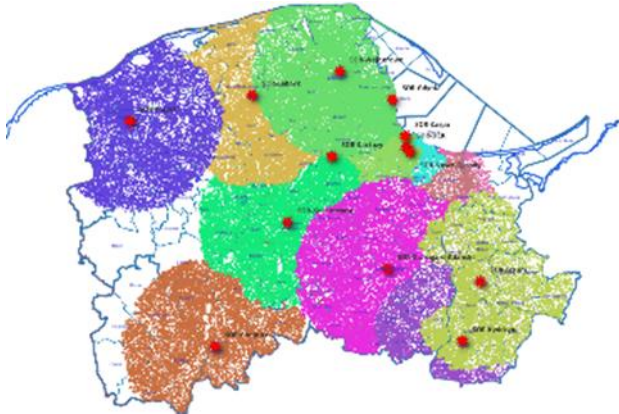
		„2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także: 1) pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym; 2) dyspozytorom medycznym; 3) wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego; 4) członkom zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż personel medyczny wykonujący obowiązki w ramach Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego nie jest w stanie wykonywać ich samodzielnie, a jedynie w składzie całego zespołu składającego się z co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarke systemu. Ponadto brak podwyżek wynagrodzeń dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego stanowi główną przyczynę rezygnacji doświadczonych pracowników z pracy oraz stwarza trudności z naborem nowych pracowników na te stanowiska. Pominięcie zatem w art. 5 Projektu ustawy dyspozytorów medycznych, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz pilotów zawodowych lotniczych zespołów ratownictwa medycznego spowoduje pogłębienie już istniejących różnic płacowych oraz nieopłacalność pracy na tych stanowiskach.	stanu epidemii) obowiązywała na mocy art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), nakłada na podmioty lecznicze obowiązek wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, a więc analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przepis ten swoim zakresem obejmował pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), a więc osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych. Przedmiotowa regulacja nie miała zastosowania wobec osób niewykonujących zawodu medycznego ani też osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych. Procedowana obecnie zmiana przepisu art. 99 ustawy o działalności leczniczej przewidująca dodatki za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, obejmie jedynie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dodatki będą zatem przysługiwały tylko pracownikom i nie jest planowane zrównanie prawa do dodatków dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, niezależnie od formy zatrudnienia ani też rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do dodatków o osoby niewykonujące zawodu medycznego (np. piloci).
81.	Wojewoda Pomorski	art. 3 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 1 projektu propozycja: Po pkt 10 dodaje się pkt 10a w brzmieniu: „dobokaretką – jednostka przeliczeniowa wyrażona jako stosunek liczby godzin pozostawiania zespołu ratownictwa medycznego w gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ciągu roku do łącznej liczby godzin roku”. Uzasadnienie: W celu określania rzeczywistego czasu funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) w ciągu roku oraz w ciągu doby w przypadku zespołów pozostających w gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej mniej niż 24 godziny na dobę lub mniej niż 365 dni w ciągu	Uwaga nieuwzględniona. Termin „dobokaretką” nie pojawia się w dalszych przepisach ustawy.

		roku liczba ZRM powinna być prezentowana w formie dobokaretek. W tym celu należy zdefiniować jednostkę przeliczeniową jaką jest dobokaretką.	
82.	Wojewoda Pomorski	art. 3 pkt 9a ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 1 lit. e projektu propozycja: Zasadne jest doprecyzowanie definicji jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego poprzez zdefiniowanie katalogu zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą być udzielane w takich jednostkach (oddziałach szpitalnych). Uzasadnienie: Zasadnym jest wprowadzenie jednolitego w skali kraju katalogu jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego tj. oddziałów szpitalnych na których udzielany jest zdefiniowany katalog zakresów świadczeń.	Uwaga nieuwzględniona. Jednostki współpracujące z systemem mogą być różne w zależności od regionu i od możliwości przyjęcia pacjentów od ZRM. Każdy wojewoda powinien mieć rozeznanie, do jakich oddziałów czy podmiotów trafiają pacjenci przewożeni przez ZRM – zwłaszcza, że ta część planu jest uzgadniania z OW NFZ.
83.	Wojewoda Pomorski	art. 15 ust. 1a ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 2 lit a projektu Propozycja: W ustępie 1a należałoby doprecyzować minimalne wymogi w zakresie liczby ratowników oraz wyposażenia przypadającego na jednego ratownika niezbędnych do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, które warunkują wpis jednostki współpracującej z systemem do rejestru. Uzasadnienie: Ustawa powinna określać minimalną liczbę ratowników niezbędną do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia jak również rodzaj wyposażenia oraz jego minimalną ilość przypadającą na jednego ratownika, którym powinna dysponować jednostka na miejscu zdarzenia w ustawowym czasie dotarcia.	Uwaga uwzględniona częściowo. Brak konkretnych propozycji liczbowych. Podmiot rejestrujący jednostkę będzie zobowiązany wskazać ogólną liczbę ratowników oraz liczbę ratowników w miejscu stacjonowania jednostki, którzy mogą zostać zadysponowani jednocześnie do zdarzenia.
84.	Wojewoda Pomorski	art. 15 ust. 1a ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 2 lit a projektu Propozycja: W ustępie 1a po punkcie 3 dodaje się punkt 4 w brzmieniu: „zapewniają stałą łączność pod wskazanymi w rejestrze numerami telefonów”. Uzasadnienie: Zapis art. 15 ust. 1a pkt 3: „dysponują wyposażeniem i środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w pkt 1” jest zbyt ogólny i dopuszcza możliwość niezapewnienia stałej gotowości do odbierania połączeń od dyspozytora medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Dysponowanie środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia oznacza, że dyspozytor medyczny musi mieć kontakt z daną jednostką celem skutecznego powiadomienia i skierowania na miejsce zdarzenia. W RPRM odnotowywany jest okres pozostawania jednostki w gotowości w ciągu roku od.... do.....
85.	Wojewoda Pomorski	art. 17 ust.1a ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 3 lit. b projektu propozycja: W ust. 1a we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „W celu uzyskania wpisu do rejestru, dane, o których mowa w ust. 3, są przekazywane wojewodzie właściwemu” zastępuje się wyrazami „...dane, o których mowa w ust. 3, są wpisywane z urzędu przez właściwą jednostkę do rejestru prowadzonego przez wojewodę właściwego”, Uzasadnienie: Konieczność doprecyzowania zapisu, iż w przypadku jednostek wpisywanych z urzędu do rejestru to sama jednostka ma obowiązek wprowadzania danych do rejestru prowadzonego przez wojewodę.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis jednoznacznie wskazuje, że dane dotyczące jednostek organizacyjnych Państwowej Straży Pożarnej, jednostek ochrony przeciwpożarowej włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego oraz jednostek organizacyjnych Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa są wpisywane odpowiednio przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej oraz przez dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa (art. 17 ust. 1a pkt 1 i 2).

86.	Wojewoda Pomorski	art. 17 ust 3 pkt 4 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 3 lit e projektu propozycja: W ust. 3 w pkt 4 skreśla się wyraz „niezbędnego”; uzasadnienie: Jednostka powinna deklarować całe posiadanie wyposażenie, w którego w skład powinno wchodzić minimalne wyposażenie przypadające na minimalną liczbę ratowników, których jednostka może jednocześnie zadysponować.	Uwaga nieuwzględniona. Nie jest zasadne wskazywanie całego wyposażenia, które nie jest związane z udzielaniem kwalifikowanej pierwszej pomocy.
87.	Wojewoda Pomorski	art. 17 ust. 3 pkt 6 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 3 lit. e projektu propozycja: pkt 6 otrzymuje brzmienie: „6) numery telefonów kontaktowych oraz numer telefonu do stanowiska kierowania;” Uzasadnienie: Z uwagi na fakt, iż w rejestrze występuje numer telefonu do stanowiska kierowania, obowiązek wprowadzania go do rejestru powinien wynikać z przepisów ustawy.	Uwaga nieuwzględniona. W przepisach jest „numer telefonów kontaktowych”. Tym samym nie należy wskazywać kolejnego numeru.
88.	Wojewoda Pomorski	art. 17 ust. 3 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 3 lit e projektu propozycja: Jednostki powinny dodatkowo określać w rejestrze: - minimalną liczbę ratowników, którzy mogą zostać zadysponowani jednocześnie do zdarzenia w ustawowym czasie dotarcia i zadeklarowanych terminach gotowości operacyjnej; - minimalną liczbę wyposażenia z określeniem rodzaju wyposażenia, w który będą wyposażeni ratownicy zadysponowani do zdarzenia (określona na jednego zadeklarowanego ratownika); Uzasadnienie: Obecnie w rejestrze wskazana jest tylko sumaryczna liczba ratowników, co nie jest jednoznaczne z możliwością jednoczesnego ich zadysponowania. Niektóre jednostki deklarują bardzo dużą ilość wyposażenia, w którą niekoniecznie mogliby wyposażać każdorazowo zadysponowanych ratowników w ustawowym czasie dotarcia. Zasadne jest, aby dyspozytor medyczny, na podstawie danych znajdujących się w rejestrze, dysponował wiedzą: - jaką minimalną liczbą ratowników, którzy mogą zostać zadysponowani jednocześnie do zdarzenia w zadeklarowanym czasie gotowości operacyjnej i ustawowym czasie dotarcia, dysponuje jednostka - jakim minimalnym wyposażeniem będą dysponowali ratownicy zadysponowani do zdarzenia. Dane o dodatkowym wyposażeniu, nie tylko minimalnym, powinny pozostać w rejestrze, gdyż jest to również istotna informacja dla dyspozytora medycznego, np. w przypadku katastrof, podczas których jednostki mogą zostać zadysponowane nawet poza teren działania z przekroczeniem czasu dotarcia.	Uwaga uwzględniona. Dodano w art. 17 ust. 3 pkt 3a) w brzmieniu: 3a) minimalną liczbę ratowników w miejscu stacjonowania jednostki, którzy mogą zostać zadysponowani jednocześnie do zdarzenia w zadeklarowanym czasie osiągnięcia gotowości do działań ratowniczych
89.	Wojewoda Pomorski	art. 17 ust 5 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 3 lit g projektu Propozycja: ust. 5 otrzymuje brzmienie: „5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, w odniesieniu do jednostek, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3-7 i 9: 1) odmawia jednostce wpisu do rejestru,	Uwaga nieuwzględniona. W ocenie MZ dysponowanie środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości oznacza, że dyspozytor medyczny ma możliwość połączenia się z daną jednostką w zadeklarowanym okresie gotowości do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy. Wojewoda ma

		2) wykreśla z rejestru jednostkę – jeżeli jednostka ta nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a, przy czym jako niezapewnienie stałej łączności pod wskazanymi w rejestrze numerami telefonów należy rozumieć przynajmniej trzykrotną następującą po sobie nieskuteczną próbę połączenia się z jednostką”.; 3) może wykreślić z rejestru jednostkę, jeżeli nie wykona ona w terminie obowiązku, o którym mowa w ust. 4.”, Uzasadnienie: Utrzymywanie w rejestrze jednostki, która nie zapewnia stałej gotowości do odbierania połączeń od dyspozytora medycznego nie jest zasadne z uwagi na utrudnioną możliwość zadysponowania takiej jednostki do zdarzenia.	możliwość wykreślenia jednostki z rejestru, jeżeli nie spełnia ona wymagań z art. 15 ust. 1a.
90.	Wojewoda Pomorski	Dodatkowa jednostka redakcyjna po art. 17 ust. 3 ustawy o PRM Propozycja: Ustawa powinna definiować minimalne wyposażenie toreb R0, R1, R2, R3. Uzasadnienie: Uszczegółowienie minimalnego wyposażenia toreb celem ujednolicenia wymagań.	Uwaga nieuwzględniona. Zakres kwalifikowanej pierwszej pomocy został określony w art. 14 i do wykonywania tych czynności powinien być zapewniony sprzęt.
91.	Wojewoda Pomorski	Dodatkowa jednostka redakcyjna po art. 17 ust. 3 ustawy o PRM Propozycja: Jednostki uprawnione do ratownictwa wodnego powinny deklarować dwa tereny działania obejmującą mobilizację tj. jeden bez jednostek pływających i drugi z jednostkami pływającymi. Uzasadnienie: Uszczegółowienie zapisów dot. terenu działania celem ujednolicenia informacji dotyczących jednostek uprawnionych do wykonywania ratownictwa wodnego.	Uwaga nieuwzględniona. Proponowane rozdzielanie terenów działania nie jest uzasadnione. Jednostka wskazuje obszar działania, w którym zapewnia gotowość do działań.
92.	Wojewoda Pomorski	art. 21 ust. 3 pkt 2 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 6 lit. b tiret pierwsze projektu propozycja: W ust. 3 pkt 2 lit. a otrzymuje brzmienie: „a) zespołów ratownictwa medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art. 24, oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, przyjmując, że: – na każde rozpoczęte 10 dobokaretek podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2, przypada nie mniej niż 1 dobokaretka specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, – na każde rozpoczęte 10 dobokaretek podstawowych dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret pierwsze, przypadają nie mniej niż 3 dobokaretki podstawowych trzyosobowych zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret drugie,” Uzasadnienie: W celu zachowania jednolitego w skali całego kraju sposobu podejścia przy wyliczaniu poszczególnych rodzajów ZRM należy przyjąć jednostkę przeliczeniową jaką jest dobokaretka.	W zakresie 3 osobowych ZRM P, ustawa nie będzie określać minimalnej liczby ZRM na województwo. Projekt wskazuje tylko na możliwość utworzenia trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego . W zakresie wprowadzenia dobokaretek jako jednostek rozliczeniowych, uwaga nieuwzględniona.

93.	Wojewoda Pomorski	art. 21 ust. 3 pkt 2 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 6 lit. b tiret pierwsze projektu Propozycja: W ust. 3 pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie: „b) szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. W ustawie należy wprowadzić zapisy dot. działań koniecznych do podjęcia w przypadku, gdy podmiot leczniczy odmówi utworzenia SOR i nie zostaną spełnione warunki ust. 3 pkt 2 lit b. Wnioskujemy o wprowadzenie zapisu, który zobliguje NFZ do zawarcia umowy na funkcjonowanie SOR w przypadku ujęcia SOR w wojewódzkich planach działania systemu. Dodatkowo, brak uwzględnienia kosztów dla budżetu NFZ w OSR w związku z koniecznością utworzenia nowych SOR. Należy uwzględnić koszt utworzenia nowych SOR w OSR w skutkach finansowych. Uzasadnienie: Zachodzą uzasadnione wątpliwości w jaki sposób należy rozumieć założenia, którymi Wojewoda ma kierować się podczas planowania rozmieszczenia SOR w województwie celem zapewnienia spełnienia wymogu, iż jeden SOR zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie ZRM z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut tj. - nie jest oczywiste czy oba kryteria powinny zostać spełnione łącznie i czy oba powinny zostać spełnione w skali całego województwa, a- nie jest oczywiste czy kryterium związane z liczbą mieszkańców należy wyliczać średnio dla całego województwa, a jeżeli nie dla obszaru całego województwa to powstaje pytanie dla jakiego obszaru np. w przypadku, gdy w obszarze o czasie dotarcia nie dłuższym niż 45 minut znajduje się kilka SOR i obszary się pokrywają, a- trudno w sposób jednoznaczny określić obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców z czasem dotarcia nie dłuższym niż 45 minut w przypadku, gdy nie pokrywa się on z granicami administracyjnymi gmin, powiatów. Kryterium jednoznacznie możliwym do wyliczenia i zweryfikowania, które proponujemy zastosować to warunek, że jeden szpitalny oddział ratunkowy przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. W województwie pomorskim jest 13 SOR, województwo zamieszkuje 2 359 573 mieszkańców ÷ 1 SOR przypada na 181 506 mieszkańców. Poniżej przedstawiono mapę województwa z symulacją obszaru, dla którego czas dojazdu do istniejących SOR jest nie wyższy niż 45 minut. Obszary 45-minutowego dojazdu do poszczególnych SOR pokrywają się i nie jest możliwe jednoznaczne określenie liczby mieszkańców	Uwaga nieuwzględniona. Dane dotyczące m. in. szpitalnych oddziałów ratunkowych, które są umieszczane w wojewódzkim planie działania systemu, wymagają uzgodnienia z NFZ. Kryteria wskazane w proponowanym przepisie należy spełnić łącznie. Wymaganie to dotyczy minimalnej liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych. Zadaniem wojewody jest takie zaplanowanie rozmieszczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych na terenie województwa, aby zostały zapewnione ww. kryteria.
-----	-------------------	--	--

		znajdujących się w takich obszarach. a	
			
94.	Wojewoda Pomorski	art. 21 ust. 3 pkt 2 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 6 lit. c i d projektu oraz art. 1 pkt 29 projektu propozycja: c) centrów urazowych, kierując się kryterium określonym w art. 39b pkt 1 (tj. zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 39c ust. 1, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie ZRM z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny) d) centrów urazowych dla dzieci, kierując się kryterium określonym w art. 39f pkt 1 (tj. zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 39g ust. 1, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie ZRM z miejsca zdarzenia do centrum urazowego dla dzieci w ciągu 1,5 godziny) Propozycja zapisu: 29) w art. 39b pkt 1 i 39f pkt 1 skreśla się wyrazy „zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie ZRM z miejsca zdarzenia do centrum urazowego /centrum urazowego dla dzieci w ciągu 1,5 godziny” W przypadku braku usunięcia kryterium czasu dotarcia ZRM z miejsca zdarzenia do centrum urazowego /centrum urazowego dla dzieci należy uwzględnić koszt utworzenia nowych CU i CUD w OSR w skutkach finansowych. Uzasadnienie: Konieczność określenia liczby i rozmieszczenia centrów urazowych i centrów urazowych dla dzieci kierując się kryterium zabezpieczenia minimum 1 mln mieszkańców wraz z zachowaniem czasu dotarcia ZRM w ciągu 1,5 godziny, powinno skutkować koniecznością utworzenia nowych CU i CUD. Z uwagi na powyższe wnioskujemy, aby wykreślić kryterium czasu dotarcia ZRM z miejsca zdarzenia do centrum urazowego /centrum urazowego dla dzieci.	Uwaga nieuwzględniona. W ocenie MZ czas dojazdu z miejsca zdarzenia do centrum urazowego, w tym centrum urazowego dla dzieci jest możliwy w czasie 1,5 godziny z większości obszaru województwa. Należy też mieć na uwadze czas transportu pacjentów przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

95.	Wojewoda Pomorski	art. 21 ust. 5 pkt 1 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 6 lit. d projektu Art. 21 ust 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie: „o których mowa w ust. 3 pkt 2 lit. a oraz ust. 3 pkt 3, wojewoda przekazuje do zaopiniowania dyrektorowi właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, który przedstawiają opinię w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu.” Po art. 21 ust 5 pkt 1 dodaje się pkt 1a, który otrzymuje brzmienie: „o których mowa w ust. 3 pkt 2 lit. b-e, wymaga uzgodnienia z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia”. Dysponent środków finansowych nie powinien uzgadniać elementów wojewódzkich planów działania systemu w zakresie liczby i rozmieszczeniu ZRM, ponieważ podmiot ten jako płatnik kieruje się przede wszystkim racjonalnością wydatkowania środków finansowych. Nieprzypadkowo System PRM jest finansowany z budżetu Państwa. System PRM został stworzony by zapewnić dostęp do pomocy medycznej każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia, bez względu na to czy zamieszkuje dużą aglomerację czy małą miejscowość, co oznacza, że ZRM powinny być rozlokowane w taki sposób, aby zapewnić każdemu niezbędną pomoc w przewidzianych w ustawie o PRM czasach dotarcia. Dlatego też umowy na świadczenie usług przez ZRM uwzględniają stałe stawki ryczałtowe, czyli wypłata wynagrodzenia odbywa się za gotowość, a nie za faktyczną liczbę wyjazdów. Wojewoda będąc zobowiązanym ustawą do zaplanowania liczby i rozmieszczenia ZRM w sposób umożliwiający spełnienie minimalnych czasów dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia, nie może być ograniczany przez dysponenta środków finansowych.	Uwaga nieuwzględniona. System PRM jest finansowany na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W związku z tym elementy planu w tym zakresie powinny być uzgadniane z płatnikiem.
96.	Wojewoda Pomorski	Dodatkowa jednostka redakcyjna w art. 26 ustawy o PRM Propozycja: Przyznanie dyspozytorom medycznym zatrudnionym na podstawie umowy o pracę dodatków analogicznych jak dla pracowników wykonujących zawód medyczny w ZRM: 1) co najmniej 65 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej; 2) co najmniej 45 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy. Propozycja brzmienia przepisu: w art. 26 po ust. 1b dodaje się ust 1c o brzmieniu: „1c. Dodatek, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 ust. 1 przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny o których mowa w ust. 1” Uzasadnienie: Zgodnie z przepisem art. 27 ust 1a ustawy o PRM wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie	Uwaga nieuwzględniona. Nowelizacja art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) –zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”, polegająca na wprowadzeniu na stałe regulacji, która do lipca 2023 r. (w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii) obowiązywała na mocy art. 47austawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), nakładana podmioty lecznicze obowiązek wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, a więc analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 47austawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przepis ten swoim zakresem obejmował pracowników

		świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy o działalności leczniczej. Zatem dyspozytorzy medyczni udzielają świadczeń zdrowotnych i wykonują pracę w porze nocnej i dni świąteczne, podobnie jak pracownicy ZRM i SOR, ale z uwagi na to, że nie są zatrudnieni w podmiocie leczniczym, nie ma ustawowej możliwości zagwarantowania im ww. dodatków. Jednak z uwagi na charakter ich pracy środki budżetowe na finansowanie dyspozytorni medycznych przekazywane wojewodom powinny również uwzględniać wysokość takich dodatków.	wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), a więc osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych. Przedmiotowa regulacja nie miała zastosowania wobec osób niewykonujących zawodu medycznego ani też osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych. Procedowana obecnie zmiana przepisu art. 99 ustawy o działalności leczniczej przewidująca dodatki za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, obejmie jedynie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dodatki będą zatem przysługiwały tylko pracownikom i nie jest planowane zrównanie prawa do dodatków dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, niezależnie od formy zatrudnienia ani też rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do dodatków o osoby niewykonujące zawodu medycznego(np. piloci).
97.	Wojewoda Pomorski	Dodatkowa jednostka redakcyjna w art. 26 ustawy o PRM Propozycja: Wprowadzenie do ustawy o PRM zapisu mówiącego o tym, że wysokość najniższego wynagrodzenia za pracę dyspozytorów medycznych jest corocznie ustalana w akcie wykonawczym do ustawy o PRM lub podlega ogłoszeniu w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w drodze obwieszczenia Ministra Zdrowia. Wprowadzenie do ww. aktu wykonawczego zapisów dot. jednolitych w skali kraju zasad wynagradzania dyspozytorów medycznych, z uwzględnieniem najniższego wynagrodzenia na poziomie o minimum 15% wyższym niż wynagrodzenie zasadnicze (powiększone o 30% dodatki „wyjazdowe”, o których mowa w art. 99b ustawy o działalności leczniczej) ratowników medycznych pracujących w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne tj. wprowadzenie zapisów umożliwiających stałe, coroczne podwyższanie wynagrodzeń dyspozytorów medycznych i utrzymanie ich na poziomie o min. 15% wyższym od wynagrodzeń, jakie otrzymują ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu w zespołach ratownictwa medycznego oraz w szpitalnych oddziałach ratunkowych.Uzasadnienie: Wysokość wynagrodzenia dyspozytorów medycznych ma istotny wpływ na zapewnienie pełnej obsady stanowisk dyspozytorskich, zarówno w zakresie możliwości pozyskiwania nowych pracowników jak i utrzymania poziomu obecnie zatrudnionych. Obecnie obserwuje się stale rosnące minimalne wynagrodzenie personelu medycznego	Uwaga nieuwzględniona. Środki na wynagrodzenia dla dyspozytorni medycznych kalkulowane są na podstawie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych ujętych w wojewódzkich planach działania systemu (WPDS), przyjmując, że do obsady każdego stanowiska potrzeba 5 etatów (z wyłączeniem kierownika DM i jego zastępcy), a każda z tych osób zatrudniona jest na podstawie umowy o pracę (wyższe koszty zatrudnienia niż dla umów cywilnoprawnych). Środki na stanowiska funkcyjne (kierownik DM, główny dyspozytor medyczny i ich zastępcy) są kalkulowane na docelową liczbę dyspozytorni, czyli w przypadku województwa pomorskiego – na jedną. Co ważne, pomimo, iż zatrudnienie zastępcy kierownika DM jest fakultatywne, środki na ten cel otrzymują wszystkie dyspozytornie. Środki przekazywane są na 100% obsady dla każdej DM pomimo nie obsadzania przez nie wszystkich stanowisk dyspozytorów medycznych. Zgodnie z art. 27 ust. 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U z 2023 r. poz. 1541) wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, to ponieważ dyspozytorzy medyczni są zatrudnieni w urzędach wojewódzkich, udzielają oni świadczeń

		zatrudnionego w ochronie zdrowia, co skutkuje znaczną rotacją pracowników pomiędzy jednostkami systemu PRM oraz dyspozytorniami medycznymi. Kolejne nowelizacje ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych przewidują coroczne podnoszenie wynagrodzenia kadr medycznych. Utrzymanie różnic w tym zakresie powoduje w środowisku dyspozytorów medycznych poczucie nierównego traktowania. Zasadne jest zatem wprowadzenie ustawowego mechanizmu stałego podwyższania wynagrodzeń dyspozytorów medycznych i utrzymania ich na poziomie o min. 15% wyższym od wynagrodzeń, jakie otrzymują ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu w zespołach ratownictwa medycznego oraz w szpitalnych oddziałach ratunkowych. Wydaje się, że skala podwyżek dla tak małej grupy zawodowej (ok. 1130 etatów przeliczeniowych dyspozytorów medycznych w kraju do zapewnienia całodobowej obsady) nie będzie generowała wysokich kosztów, a z uwagi na rolę i wagę realizowanych zadań na tym stanowisku zasadne jest zapewnienie stabilności zatrudnienia. Dla porównania grupę zawodową ratowników medycznych w ZRM w kraju szacowano na 21 675 osób.	zdrowotnych poza podmiotem leczniczym. Dlatego regulacje odnoszące się do wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, a więc m. in.: - art. 95-99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie mają do nich zastosowania. Wynagrodzenia DM reguluje Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie zasad wynagradzania pracowników niebędących członkami korpusu służby cywilnej zatrudnionych w urzędach administracji rządowej i pracowników innych jednostek (Dz. U z 2023 r. poz. 467). Zadania wykonywane przez ratownika medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego nie są tożsame z zadaniami i czynnościami wykonywanymi w ramach zatrudnienia w zespołach ratownictwa medycznego czy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Ponadto każdy pracodawca – podmiot leczniczy, zatrudniający ratownika medycznego ma różne wewnętrzne regulacje i regulaminy wynagrodzeń mające wpływ na poziom zarobków poszczególnych grup zawodowych. Środki na wynagrodzenia planowane przez Ministerstwo Zdrowia dla dyspozytorów medycznych są corocznie zwiększane i planowane w oparciu o jednakowy algorytm dla wszystkich województw. Rozbieżności w wynagrodzeniach dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach w kraju wynikają tylko i wyłącznie z różnej polityki kadrowej prowadzonej w poszczególnych urzędach wojewódzkich. Taka sama praktyka ma miejsce wśród dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, gdzie stawki wynagrodzeń dla ratowników medycznych też nie są jednakowe, pomimo przekazywanego na podobnym poziomie finansowania.
98.	Wojewoda Pomorski	art. 26a ust. 1 i 2 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 20 lit. a i b projektu Propozycja: Należy utrzymać wymagania w zakresie doświadczenia zawodowego psychologów zatrudnianych w dyspozytorniach medycznych względem potrzeb tej grupy zawodowej i ich specyfiki pracy, a nie ujednolicać ich do wymagań obowiązujących na analogicznych stanowiskach w centrach powiadamiania ratunkowego. Należy uelastyczyć zasady zatrudniania i umożliwić pracę na ww. stanowiskach na podstawie umów cywilnoprawnych, które w niektórych województwach mogą spowodować zmniejszenie trudności w znalezieniu kandydatów do pracy w liczbie odpowiedniej do potrzeb. Uzasadnienie: Jednoczesne obniżenie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego psychologów, realizujących wsparcie psychologiczne na rzecz dyspozytorów medycznych wraz z umożliwieniem zatrudniania psychologów	Uwaga nieuwzględniona. Zasadne jest ujednolicenie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego dla psychologów zatrudnionych w dyspozytorniach medycznych i centrach powiadamiania ratunkowego.

		na podstawie umowy cywilnoprawnej jest zabiegiem, który pozornie może wpłynąć na znalezienie kandydatów do pracy w liczbie odpowiedniej do potrzeb. Powodem braku kandydatów może być również lokalizacja miejsca pracy, która nie jest atrakcyjna lub dogodna w dojeździe. Nie powinno się rezygnować z wymogu 5-letniego doświadczenia, niezbędnego dotychczas do pracy z dyspozytorami medycznymi, którzy są wymagającą grupą zawodową, ponieważ przynajmniej 5-letnie doświadczenie zapewnia odpowiednie przygotowanie, ugruntowanie i ukształtowanie w zawodzie psychologa, tak istotne do pracy polegającej na udzielaniu wsparcia osobom wykonującym zawód medyczny.	
99.	Wojewoda Pomorski	Dodatkowa jednostka redakcyjna w art. 29 ustawy o PRM Przyznanie wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego dodatków analogicznych jak dla pracowników wykonujących zawód medyczny w zespołach ratownictwa medycznego: 1) co najmniej 65 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej; 2) co najmniej 45 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy. Propozycja brzmienia przepisu: w art. 29 po ust. 4 dodaje się ust 4a o brzmieniu: „4a. Dodatek, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 ust. 1 przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny o których mowa w ust. 1” Uzasadnienie: Zgodnie z zapisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym WKRM musi posiadać następujące kwalifikacje: posiadać uprawnienia lekarza systemu lub uprawnienia ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu, którzy ukończyli studia drugiego stopnia i posiadają co najmniej 4-letnie doświadczenia w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. Powyższe wymogi powodują, że pozyskanie osób do pracy na tym stanowisku staje się coraz trudniejsze. Do zadań wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego należy: współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą, koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu spoza jednego rejonu operacyjnego, udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego, współpraca z innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego oraz krajowym koordynatorem ratownictwa medycznego, współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, monitorowanie zdarzeń, których skutki mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób. Ponadto w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych lub gdy w ocenie	Uwaga nieuwzględniona. Nowelizacja art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) – zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”, polegająca na wprowadzeniu na stałe regulacji, która do lipca 2023 r. (w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii) obowiązywała na mocy art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), nakładana podmioty lecznicze obowiązek wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, a więc analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przepis ten swoim zakresem obejmował pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), a więc osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych. Przedmiotowa regulacja nie miała zastosowania wobec osób niewykonujących zawodu medycznego ani też osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych. Procedowana obecnie zmiana przepisu art. 99 ustawy o działalności leczniczej przewidująca dodatki za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, obejmie jedynie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006

		wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, koordynator ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych podmiotów leczniczych, działających na obszarze danego województwa. Wojewoda w takiej sytuacji może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub może upoważnić wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do wydawania ww. decyzji. WKRM posiadają stosowne upoważnienie do wydawania ww. decyzji. Biorąc pod uwagę zadania jakie wykonują WKRM należy zauważyć, jak istotnym elementem systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jest ww. stanowisko.	r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dodatki będą zatem przysługiwały tylko pracownikom i nie jest planowane zrównanie prawa do dodatków dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, niezależnie od formy zatrudnienia ani też rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do dodatków o osoby niewykonyjące zawodu medycznego(np. piloci).
100.	Wojewoda Pomorski	Dodatkowa jednostka redakcyjna w art. 29 ustawy o PRM Propozycja: Wykonywanie zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, 1675 i 1972). Uzasadnienie: Dodanie zapisu dot. WKRM, analogicznego z zapisami dot. dyspozytorów medycznych w art. 27 ust 1a ustawy o PRM.	Uwaga uwzględniona. .
101.	Wojewoda Pomorski	art. 31 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM tj. art. 1 pkt 25 projektu Propozycja: art. 31 ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie: „1. Wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli działalności 1) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9, pod względem spełniania wymagań określonych w art. 15 ust. 1a oraz pod względem zgodności ze stanem faktycznym danych objętych rejestrem, o którym mowa w art.17 ust.3.” Uzasadnienie: Zgodnie z art. 31 ust. 1 pkt 1 obecnie Wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli działalności jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9, pod względem spełniania wymagań określonych w art. 15 ust. 1a. Tym samym obecnie kontrole nie mogą obejmować wszystkich danych ujętych w rejestrze np. - jednostka w rejestrze wskazuje większą liczbę ratowników niż niezbędna do zapewnienia czasu dotarcia, - art. 15 ust.1a nie odnosi się do wyposażenia jednostki. Obecnie bark jest podstawy prawnej do kontroli przez wojewodę wszystkich danych objętych rejestrem.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda ma możliwość pełnej kontroli jednostki współpracującej z systemem w zakresie wskazanych w art. 15 ust. 1 ustawy o PRM.
102.	Wojewoda Pomorski	Dodatkowa jednostka redakcyjna w art. 37 ustawy o PRM Propozycja: Przyznanie pilotom zawodowym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego dodatków analogicznych jak dla pracowników wykonujących zawód medyczny w zespołach ratownictwa medycznego:	Uwaga nieuwzględniona. Nowelizacja art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799)–zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”, polegająca na wprowadzeniu na stałe regulacji, która do lipca 2023 r. (w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub

		1) co najmniej 65 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej; 2) co najmniej 45 % stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy. Propozycja brzmienia przepisu: w art. 37 po ust. 2 dodaje się ust 3 o brzmieniu: „3. Dodatek, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 ust. 1 przysługuje także pilotom zawodowym o których mowa w ust. 1” Uzasadnienie: Personel medyczny wykonujący obowiązki w ramach Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego nie jest w stanie wykonywać ich samodzielnie, a jedynie w składzie całego zespołu składającego się (zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy o PRM) z co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. Piloci HEMS są integralnymi i niezbędnymi do bezpiecznego funkcjonowania członkami Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego. Czynnie i bezpośrednio uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ratujących ludzkie życie i zdrowie, oraz czas pracy członków Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego nie jest różnicowany w zależności od tego czy pracownik wykonuje zawód medyczny czy też nie. Piloci HEMS pracują i są gotowi do udzielania pomocy potrzebującym także w nocy, niedziele, święta i dni wolne od pracy, ponosząc w utrudnionych (szczególnie w nocy) warunkach jednoosobową i pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo załogi, pacjenta oraz osób postronnych.	stanu epidemii) obowiązywała na mocy art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), nakładana podmioty lecznicze obowiązek wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, a więc analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przepis ten swoim zakresem obejmował pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), a więc osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych. Przedmiotowa regulacja nie miała zastosowania wobec osób niewykonyjących zawodu medycznego ani też osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych. Procedowana obecnie zmiana przepisu art. 99 ustawy o działalności leczniczej przewidująca dodatki za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, obejmie jedynie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dodatki będą zatem przysługiwały tylko pracownikom i nie jest planowane zrównanie prawa do dodatków dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, niezależnie od formy zatrudnienia ani też rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do dodatków o osoby niewykonyjące zawodu medycznego(np. piloci).
103.	Wojewoda Pomorski	Dot. dodanego art. 38a ust. 3 pkt 2 ustawy o PRM art. 1 pkt 28 projektu Propozycja: 3. Kursy, o których mowa w ust. 1 i 2, prowadzą: 1) uczelnie, w których jest prowadzone kształcenie na kierunku lekarskim, 2) dysponenti jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, 3) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego Uzasadnienie: Uwaga dotycząca stylistyki: zamiana słowa „dysponentów” na „dysponenti:	Uwaga uwzględniona.
104.	Wojewoda Pomorski	Dotyczy dodanego art. 45b ustawy o PRM art. 1 pkt 31 projektu	Uwaga uwzględniona.

		Propozycja: Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu albo niewykonanie decyzji, o których mowa w art. 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy. Informacja o odmowie przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu albo o niewykonaniu decyzji, o których mowa w art. 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, jest przekazywana odpowiednio przez dysponenta jednostki albo przez krajowego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni o dnia udzielenia tej odmowy albo niewykonania decyzji. Uzasadnienie: Uwaga dotyczy dodania brakującego sformułowania „w art.” Przed wskazaniem nr art. 20a (dwukrotnie w ww. przepisie).	
105.	Wojewoda Pomorski	Dodatkowa jednostka redakcyjna w art. 12 projektu ustawy o zmianie ustawy o PRM oraz niektórych innych ustaw „Podstawowe trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret drugie, mogą być finansowane na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, nie wcześniej niż w terminie 3 miesięcy od zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu, o których mowa w art. 21 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, sporządzonych zgodnie z wymaganiami określonymi w art. 21 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.” Uzasadnienie: Z uwagi na konieczność pozyskania przez dysponentów ZRM odpowiedniej liczby personelu medycznego na potrzeby trzyosobowych ZRM konieczne jest ustalenie takiego terminu ich uruchomienia, aby dysponenci ZRM mieli czas na pozyskanie dodatkowej kadry medycznej.	Uwaga nieuwzględniona. Zmiana brzmienia dodawanego art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. a ustawy o PRM. Projekt nie określa minimalnej liczby trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.
106.	Wojewoda Pomorski	Dodatkowa jednostka redakcyjna w art. 12 projektu ustawy o zmianie ustawy o PRM oraz niektórych innych ustaw Propozycja: „Termin wejścia w życie wymogu w zakresie minimalnej liczby SOR, o którym mowa w art. 21 ust. 3 pkt 2 lit b zostanie określony w wojewódzkich planach działania systemu, o których mowa w art. 21 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1”. Uzasadnienie: W przypadku konieczności uruchomienia dodatkowych SOR w poszczególnych województwach konieczne będzie podjęcie szeregu działań to umożliwiających. Zatem czas potrzebny na uruchomienie dodatkowych SOR powinien być określany w wojewódzkich planach działania systemu w zależności od uwarunkowań występujących w poszczególnych województwach.	Uwaga nieuwzględniona. Termin przedłożenia nowych planów zostanie ustalony w projekcie na 31.03.2025 r. z kontraktowaniem od 1 lipca 2025 r. Przepis w ustawie dot. minimalnej liczby SOR nie koliduje ze stanem na dzień wejścia w życie ustawy. Liczba ta dotyczy zarówno istniejących, jak i planowanych do utworzenia nowych oddziałów.

107.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 1 ppkt e Propozycja: 9a) jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – jednostkę organizacyjną szpitala udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w zakresie (wymienić właściwe rodzaje świadczeń), wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1;” Uzasadnienie: Zasadne jest określenie jednorodnego dla całego kraju wykazu oddziałów, które będą uznane za jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Obecna sytuacja powoduje, że wykazy w poszczególnych województwach różnią się i każde z województw umieszcza tam oddziały, które uznaje za zasadne, brak jest jednorodności w tym obszarze. Wywołuje to duże problemy na styku województw, w których obowiązują różne wykazy z jednostkami organizacyjnymi szpitali (...) np. jeżeli oddziały laryngologiczne w jednym z województw zostały ujęte w wykazie, a w drugim nie, to zastosowanie przez zespoły ratownictwa medycznego art. 45 będzie możliwe tylko w jednym z tych województw.	Uwaga nieuwzględniona. W poszczególnych województwach może występować inne „zapotrzebowanie” na określony zakres świadczeń.
108.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 2 ppkt a Propozycja: w art. 15: a) w ust. 1a pkt 1–3 otrzymują brzmienie: (...) 2) dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia działania jednostki w czasie określonym w art. 17 ust 3 pkt 9” Uzasadnienie: Interpretacja tak brzmiącego zapisu budzi wiele wątpliwości. Jak przeliczyć liczbę ratowników niezbędnych do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. Liczba ratowników, a czas dotarcia na miejsce zdarzenia to dwa odrębne tematy i trudno znaleźć zależność pomiędzy nimi, a tym bardziej jakiś „przelicznik”.	Uwaga nieuwzględniona. Zakres kwalifikowanej pierwszej pomocy został określony w art. 14 i do wykonywania tych czynności powinien być zapewniony personel ratowniczy. Każdy ratownik jest uprawniony do udzielania takiej pomocy.
109.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 3 ppkt g Propozycja: ust. 5 pkt 3 wykreśla z rejestru jednostkę, w przypadku stwierdzenia niewykonania w terminie obowiązku, o którym mowa w ust. 4, po wezwaniu jednostki do aktualizacji danych. Uzasadnienie: Zapis „może wykreślić” będzie powodował trudności interpretacyjne, nie jest konkretny. Pozostawienie zapisu może budzić wątpliwości, w jakim przypadku zastosować zapis „może wykreślić” a jakim nie zastosować – skoro „może” ale „nie musi”.	Uwaga nieuwzględniona. Decyzja będzie należała do wojewody.
110.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 10 ppkt b Propozycja: W ust. 2: (...) pkt 13 otrzymuje brzmienie: „13) datę zawarcia, okres obowiązywania umów i ich aneksów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych zgodnie z art. 47, oraz numery tych umów, ich rodzaj i zakres, z	Uwaga nieuwzględniona. Treść pkt 13 zawiera datę zakończenia realizacji umów.

		uwzględnieniem kolejnych zmian. W przypadku rozwiązania umowy datę jej zakończenia.” Uzasadnienie: Bardziej czytelny zapis (szczególnie dla Oddziałów NFZ - jakie dane mają przekazać), biorąc pod uwagę, iż aneksy dla poszczególnych zakresów świadczeń są zawierane do tej samej umowy podstawowej najczęściej mającej charakter wieloletni i dodatkowo są zawierane w różnych terminach.	
111.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 16 ppkt a Propozycja: w art. 25a ust. 2 otrzymuje brzmienie: „2. W województwach liczących powyżej: 2) 4 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić dwie dodatkowe dyspozytornie medyczne;” Uzasadnienie: Zmiana przelicznika w pkt 2 na powyżej 4 mln ludności pozwoli na funkcjonowanie 3 dyspozytorni oprócz woj. mazowieckiego również w woj. śląskim. W sytuacji braku chętnych (obecnych dyspozytorów medycznych, jak i nowo zatrudnianych) do podejmowania pracy w centrum aglomeracji związanej z dojazdem z odległych części województwa zmiana ta nie pogłębi już istniejącego problemu z uzupełnianiem obsady DM. Należy zwrócić uwagę, że zgodnie z OSR „W dużych województwach, o największej liczbie ludności, w tym również osób niezameldowanych, obciążenie pracą dyspozytorów jest tak znaczne, że wymaga umożliwienia wojewodom utworzenia dodatkowych dyspozytorni. Ponadto dyspozytorzy medyczni podkreślają, że chcą utrzymać zatrudnienie bliżej miejsca zamieszkania, zamiast dojazdów do stolicy województwa.” Województwo śląskie w dotychczasowym brzmieniu przepisów miało możliwość utworzenia dwóch dyspozytorni, zatem w tym przypadku nic to dla naszego województwa nie zmienia. Niemniej jednak z uwagi na przytoczone w ocenie skutków regulacji argumenty wnioskujemy o zmianę zapisu w 25a ust. 2 pkt 2 zmniejszając przelicznik do 4 mln ludności, co pozwoli na utworzenie dwóch dodatkowych dyspozytorni w województwie mazowieckim jak i śląskim. Należy zauważyć, że w województwie śląskim do chwili obecnej funkcjonują trzy dyspozytornie medyczne i na dzień dzisiejszy wydaje się być to najbardziej optymalnym rozwiązaniem organizacyjnym.	Uwaga uwzględniona.
112.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 18 Propozycja: w art. 25c: a) ust. 1 otrzymuje brzmienie: „1. Wojewoda, przy pomocy SWD PRM, zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego	Uwaga częściowo uwzględniona – kwestia dotycząca rejestracji nagrań rozmów prowadzonych na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego została uregulowana poprzez zmianę brzmienia art. 24f, w którym uwzględniono informacje dotyczące tego, kto jest administratorem nagrań rozmów zarejestrowanych w SWD PRM, kto może je udostępniać i na jakich zasadach, a także kwestia nagrań rozmów w przypadku awarii PZŁ SWD PRM.

		– z wykorzystaniem dostępnych form łączności.”, b) po ust. 1 dodaje się ustęp 1a w brzmieniu: „1a. Wojewoda zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – z wykorzystaniem łączności awaryjnej w przypadku awarii SWD PRM.”, c) ust. 3 otrzymuje brzmienie: „Administrator SWD PRM niszczy nagrania, o których mowa w ust. 1 oraz 1a, po upływie terminu, o którym mowa w ust. 1 oraz 1a” Uzasadnienie: Zapis w art. 25c ust. 1 ma przybrać postać, w której znajduje się informacja o tym, że Wojewoda przy wykorzystaniu SWD PRM ma zapewnić rejestrowanie rozmów na wskazanych stanowiskach. Należy zaznaczyć, że taki zapis nie zawiera wszystkich dostępnych form łączności. Poza SWD PRM istnieją centrale awaryjne, które w czasie awarii SWD PRM są traktowane jako jedna z form przyjęcia zgłoszenia. Kolejną formą nieobjętą przez SWD PRM są wszelkie systemy łączności radiowej, które nie zostały jeszcze zintegrowane z PZŁ SWD PRM. Każda z tych form komunikacji posiada swoje rejestratory będące w posiadaniu Wojewody, który ma do nich dostęp i nimi zarządza. W sytuacji wystąpienia awarii SWD PRM uniemożliwiającej rejestrację i przechowywanie nagrań nie będą one dostępne za okres objęty awarią.	
113.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 27 lit. a Projekt ustawy zakłada tworzenie motocyklowych jednostek ratowniczych jako odrębnego rodzaju zespołów ratownictwa medycznego odzwierciedleniem czego będzie wpisanie takiej komórki organizacyjnej w księdze rejestrowej danego podmiotu leczniczego w rejestrze podmiotów leczniczych. Natomiast aktualne Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania wśród kodów charakteryzujących specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego (Część VIII kodu resortowego) nie zawiera kodu, który można by przypisać komórce organizacyjnej, której tworzenie zakłada projekt rozporządzenia. Z uwagi na powyższe tworzenie Motocyklowych jednostek ratowniczych nie będzie możliwe z przyczyn formalnych – nie będzie istniała możliwość ich rejestracji w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.	Uwaga poza zakresem regulacji. Po wejściu w życie ustawy zostaną podjęte prace w zakresie kodów resortowych.
114.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 28 Zgodnie z informacjami zawartymi w OSR „liczba specjalistów medycyny ratunkowej (1185 osób) wciąż pozostaje niewystarczająca w stosunku do potrzeb jednostek systemu PRM, a doskonalenie zawodowe i kształcenie podyplomowe lekarzy systemu i pielęgniarek systemu nie jest ukierunkowane	Uwaga nieuwzględniona. Zwiększenie środków na zadania zespołów ratownictwa medycznego i SOR stanowi istotny argument i zachętę do pracy w systemie dla lekarzy.

		na pogłębianie i aktualizowanie wiedzy z medycyny ratunkowej” oraz „w stosunku do osób udzielających świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, a więc w ZRM i w szpitalnych oddziałach ratunkowych wprowadza się obowiązek ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.” UWAGA: W związku z zauważalnym od wielu lat bardzo dużym problemem z zapewnieniem odpowiedniej liczby lekarzy w systemie PRM – można przypuszczać, że wprowadzenie obowiązku ukończenia dodatkowych kursów nie wpłynie na zwiększenie popularności pracy w jednostkach systemu. A wręcz przeciwnie może spowodować dodatkowy odpływ tych pracowników. Idea samego kursu jest jak najbardziej słuszną i wpływa na jakże pożądaną w tej dziedzinie medycyny poprawę jakości udzielanych świadczeń. Należy zatem zastanowić się jak można dodatkowo gratyfikować ukończenie takiego kursu (sama możliwość pracy w systemie PRM może okazać się niewystarczającą motywacją).	
115.	Wojewoda Śląski	Art. 1 pkt 28 Propozycja: po art. 38 dodaje się art. 38a w brzmieniu (...) 3. Kursy, o których mowa w ust. 1 i 2, prowadzą: (...) 2) dysponenci jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, Uzasadnienie: Nieprawidłowa deklinacja	Uwaga uwzględniona.
116.	Wojewoda Śląski	Art. 5 Propozycja: „W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu: „2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także członkom zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 36a ust. 1 oraz art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”. Uzasadnienie: Uwaga przedstawiana z uwagi na treść korespondencji Pana Janusza Sługockiego – Przewodniczącego Związku Zawodowego Pilotów HEMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego skierowanego do Wojewody Śląskiego, szczegółowe informacje w piśmie przekazującym niniejsze uwagi. DO ROZWAŻENIA WEDŁUG WŁAŚCIWOŚCI MINISTRA ZDROWIA	Uwaga nieuwzględniona. Art. 32 ust 1 pkt 2 ustawy o PRM mówi o zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa medycznego. Dodatki przysługiwać więc mają również członkom LZRM, wykonującym zawód medyczny (a więc wyłączając pilotów i kierowców). Podobnie w szpitalach przedmiotowy dodatek dotyczy wyłącznie osób wykonujących zawód medyczny.
117.	Wojewoda Śląski	Art. 14 Proponuje się usunięcie przepisu. Zapis ten nie koresponduje z zapisami art. 11, który zobowiązuje jednostki współpracujące do dostosowania do dnia 30 czerwca 2025 r. do wymagań w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą. Ponadto w zaproponowanej formie jest mało czytelny i nie współgra z uzasadnieniem, w którym wskazano, że rygor natychmiastowej wykonalności będzie miał zastosowanie w odniesieniu do nowych decyzji. Decyzjom już wydanym przed wejściem w życia nowelizacji nie	Uwaga nieuwzględniona. Do decyzji wydanych przed dniem wejścia w życie ustawy stosuje się przepisy dotychczasowe. Nowe przepisy, wprowadzone projektem, będą miały zastosowanie do nowych decyzji.

		da się nadać rygoru natychmiastowej wykonalności, zatem przepis art. 14 projektu jest raczej zbędny.	
118.	Wojewoda Śląski	art. 26b ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dodanie ust. 4: „4. Pierwsza umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna z dyspozytorem medycznym jest zawierana na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy” Uzasadnienie: Należy rozważyć uzupełnienie przepisów wzorem regulacji dotyczących operatorów numerów alarmowych (art. 8a ust. 3 ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego) i wskazać, że pierwsza umowa zawierana z osobą zatrudnianą na stanowisku DM lub WKRM jest zawierana na okres próbny 6 miesięcy. Takie rozwiązanie jest istotne z punktu widzenia pracodawcy, w przypadku negatywnego wyniku egzaminu lub gdy osoba nie sprawdzi się na stanowisku pracy, istnieje możliwość zakończenia zatrudnienia po okresie próbnym.	Uwaga nieuwzględniona. Po pierwsze obowiązuje postępowanie rekrutacyjne (włącznie z testami psychologicznymi), Po drugie, na okres do zaliczenia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku DM można zawrzeć umowę na czas określony na podstawie kodeksu pracy albo umowę cywilnoprawną.
119.	Wojewoda Śląski	Art. 27b ust. 9 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Propozycja: „9. Wojewoda, w terminie do dnia 15 października każdego roku, powiadamia KCMRM o liczbie uczestników, którzy zostaną w roku następnym skierowani na kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego oraz kurs doskonalący dla dyspozytora medycznego. 9a. W przypadku wystąpienia okoliczności powodujących zmianę liczby uczestników, o której mowa w ust. 9, wojewoda niezwłocznie informuje KCMRM o zaistniałych zmianach.” Uzasadnienie: W przepisach nie przewidziano możliwości zgłaszania dyspozytorów na kursy doskonalące, dlatego niezbędne jest uzupełnienie obecnej treści ust. 9. Ponadto proponuje się dodanie ust. 9a w zakresie kursów uprawniających możliwość zgłaszania raz w roku liczby uczestników może powodować utrudnienia w płynnym i bieżącym zatrudnianiu nowych DM i WKRM. Niezbędny jest mechanizm pozwalający na korektę dokonanego zgłoszenia (np. na dzień 15 października wojewoda posiada 100 % obsadę w dyspozytorni, więc nie zgłasza uczestników. Po tym terminie dwie osoby niespodziewanie rezygnują z pracy i następuje konieczność zatrudnienia nowych osób, wcześniej niemożliwa do przewidzenia).	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z art. 27b ust. 21 ustawy o PRM do kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego przepisy ust. 9-20 stosuje się odpowiednio.
120.	Wojewoda Śląski	Art. 27 b ust. 23 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Propozycja: „23. Zaświadczenia o ukończeniu kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit a-b, są przekazywane osobom, które odbyły kursy i zdały	Uwaga nieuwzględniona.

		egzamin z wynikiem pozytywnym, przez KCMRM w postaci elektronicznej i są ważne od dnia ich wydania bezterminowo, z zastrzeżeniem ust. 23a. 23a. W przypadku niewykonywania zadań dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego przez 2 lata, ponowne podjęcie tych zadań wymaga uzyskania nowego certyfikatu uprawniającego. 23b. Zaświadczenia o ukończeniu kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. c są przekazywane osobom, które odbyły kursy i zdały egzamin z wynikiem pozytywnym, przez KCMRM w postaci elektronicznej i są ważne przez okres 3 lat od dnia ich wydania.” Uzasadnienie: W świetle obecnie obowiązujących przepisów ustawy o PRM zaświadczenia o ukończeniu kursów, art. 27a ust. 2 pkt 7 ustawy są ważne przez okres 3 lat od dnia ich wydania, co oznacza konieczność cyklicznego odnawiania uprawnień (i jednoczesnego doskonalenia w przypadku DM) niezależnie od jakości świadczonej pracy. Proponuje się rozdzielenie kursów zarówno dla DM jak i WKRM na: a) uprawniające do pracy na stanowisku (jednorazowe, z bezterminowym certyfikatem z zastrzeżeniem, iż w przypadku niewykonywania zadań DM lub WKRM przez 2 lata, ponowne podjęcie tych zadań wymaga ponownego uzyskania certyfikatu). b) doskonalące (co 3 lata). Mając na względzie, że programy kursów uprawniających oraz doskonalących dla dyspozytorów medycznych są bardzo zbliżone odbywanie ich obu co trzy lata wydaje się być nieuzasadnione. Zaproponowane rozwiązanie bazuje na regulacjach przewidzianych dla operatorów numerów alarmowych, którzy również uzyskują certyfikat uprawniający do pracy, a następnie mają obowiązek cyklicznego odbywania określonych szkoleń (zgodnie z ustawą o systemie powiadamiania ratunkowego).	
121.	Wojewoda Świętokrzyski	art. 38a ust. 1 projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowi, że lekarze, o których mowa w art. 3 pkt 3 lit. c-f, są obowiązani do odbycia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Analogiczny zapis w ust. 2 dotyczy pielęgniarek, o których mowa w art. 3 pkt 6 lit. b-d. W ocenie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej okres 48 miesięcy jest zbyt krótki, gdyż wytyczne ERC (Europejskiej Rady Resuscytacji) zmieniają się co 5 lat.	Uwaga nieuwzględniona. Projektowane przepisy umożliwiają odbywanie kursów co 24 miesiące. Niemniej jednak okres 48 miesięcy, został dostosowany do okresu rozliczeniowego wynikającego z obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy. Z kolei przepis o kursach dla pielęgniarek został skonstruowany analogicznie jak przepis dla lekarzy.
122.	Wojewoda Świętokrzyski	art. 99 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej wprowadza zapis, że dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM. Konsultant wojewódzki wskazuje, że nie podano źródeł finansowania dodatków dla członków zespołów ratownictwa medycznego	Uwaga nieuwzględniona. W OSR już wskazano, że środki na wypłatę dodatków są w kalkulowane w stawkę na ryczałt dobowy ZRM P i S. Nie ma możliwości zaprezentowania odrębnie kwot przeznaczanych na wypłatę dodatków, ponieważ środki na ten cel zostały w kalkulowane w stawkę na ZRM i nie są wypłacane odrębnym strumieniem.

123.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	W ocenie opiniującego na rozważenie zasługuje dodanie po art. 17 art. 17a w brzmieniu: „art. 17a. 1. Wniosek, o którym mowa w art. 17 ust. 2 pkt 2, składa się w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego albo podpisu zaufanego. 2. Organ prowadzący rejestr sprawdza kompletność wniosku. 3. Po złożeniu wniosku, a przed dokonaniem wpisu wnioskodawca może złożyć korektę wniosku.” Celem proponowanej zmiany jest to, aby proces wpisu podmiotów do rejestru jednostek współpracujących z system państwowego ratownictwa medycznego odbywał się wyłącznie w oparciu o dedykowany system teleinformatyczny, który umożliwiać miałby także wezwanie podmiotu do uzupełnienia złożonego wniosku oraz generowanie projektu decyzji administracyjnej o wpisie lub wykreśleniu podmiotu z rejestru. Obecnie taka regulacja obowiązuje m.in. w odniesieniu do dokonania wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru. Wprowadzenie powyższych regulacji znacząco uprości postępowanie przed organem rejestrowym oraz usprawni pracę organu rejestrowego.	Uwaga nieuwzględniona. Wykracza poza zakres nowelizacji
124.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	W art. 1 pkt 10 projektowanej ustawy proponuje się przeredagowanie dodawanego ust. 1c w następujący sposób: „1c. Wojewoda niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od otrzymania informacji, o których mowa w ust. 1a i 1b, dokonuje właściwych wpisów, zmian lub wykreśleń w ewidencji, o której mowa w ust. 1, poprzez pobranie danych z księgi rejestrowej podmiotu leczniczego bezpośrednio z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz systemu teleinformatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia.” Uzupełnienie ww. regulacji w powyższym zakresie umożliwi wojewodzie dokonywanie modyfikacji wpisów w ewidencji centrów urazowych w oparciu o narzędzie pobrania danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz systemów teleinformatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia, co pozwoli sprawnie i bez zbędnej zwłoki wprowadzać i aktualizować wpisy w prowadzonej ewidencji w oparciu o dane pozyskiwane z NFZ. Aktualnie zmiana danych w ewidencji w związku z zawiadomieniem Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia wymaga ręcznego wprowadzania wszystkich danych cząstkowych do ewidencji, oddzielnie dla każdego podmiotu co jest czynnością bardzo czasochłonną. Aneksowanie zawartych umów przez Oddziały Wojewódzkie NFZ w odniesieniu do jednostek	Uwaga nieuwzględniona. Wykracza poza zakres nowelizacji.

		wpisanych wcześniej do ewidencji skutkuje wygenerowaniem przez NFZ bardzo dużej ilości danych, które następnie wojewoda jest zobowiązany do wprowadzenia fizycznego do ewidencji w ciągu 7 dni.	
125.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	W art. 1 pkt 19 projektowanej ustawy w celu zapewnienia spójności z ust. 7 części drugiej Oceny Skutków Regulacji rekomenduje się przededagowanie dodawanego w art. 26 ust. 1c w następujący sposób: „1c. Osoba, z którą zawarto umowę na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, w ciągu trzech miesięcy od zatrudnienia na stanowisku dyspozytora medycznego, jest obowiązana przedstawić podmiotowi, z którym zawarła tę umowę, zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na tym stanowisku.”; Dodatkowo na rozważenie zasługuje dodanie regulacji uprawniającej osoby, które pracowały jako dyspozytorzy medyczni w okresie trzech lat przed dniem 31 grudnia 2023 r., a miały przerwę w zatrudnieniu do zwolnienia z konieczności odbycia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. „ Osoby, które w okresie trzech lat przed dniem 31 grudnia 2023 r. pracowały na stanowisku dyspozytora medycznego są zwolnione z konieczności odbycia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.”	Uwaga uwzględniona .Skreślenie pkt 19 w dotychczasowym brzmieniu. Obowiązek ukończenia kursów dotyczy osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego po 1 stycznia 2024 r.
126.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	W art. 1 pkt 24 projektowanej ustawy w celu zapewnienia spójności z ust. 7 części drugiej Oceny Skutków Regulacji rekomenduje się przededagowanie dodawanego w art. 29 ust. 6a w następujący sposób: „6a. Osoba, z którą zawarto umowę na wykonywanie zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, w ciągu trzech miesięcy od zatrudnienia na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, jest obowiązana przedstawić wojewodzie zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na tym stanowisku.”. Dodatkowo na rozważenie zasługuje dodanie regulacji uprawniającej osoby, które pracowały na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w okresie trzech lat przed dniem 31 grudnia 2023 r., a miały przerwę w zatrudnieniu do zwolnienia z konieczności odbycia kursu uprawniającego do pracy na tym stanowisku. „ Osoby, które w okresie trzech lat przed dniem 31 grudnia 2023 pracowały na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego są zwolnione z konieczności odbycia kursu uprawniającego do pracy na tym stanowisku.”	Uwaga częściowo uwzględniona Nowozatrudnieni WKRM będą zobowiązani przed podjęciem wykonywania zadań na tym stanowisku do dostarczenia wojewodzie zaświadczenia o ukończeniu kursu uprawniającego. Nie przewiduje się zwolnienia z odbywania kursu dla osób, które nie pracowały na tym stanowisku na dzień 31 grudnia 2023 r.
127.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	W ocenie opiniującego zasadnym jest uzupełnienie regulacji zawartych w art. 1 pkt 26 projektowanej ustawy o wodne jednostki ratownicze w następujący sposób:	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie nie są planowane do odrębnego kontraktowania wodne jednostki ratownicze. Na akwenach wodnych funkcjonuje przede wszystkim ratownictwo wodne w ramach jednostek współpracujących z systemem.

		„26) w art. 32 w ust. 1 w pkt 2 po wyrazach „lotnicze zespoły ratownictwa” dodaje się wyrazy „medycznego oraz motocyklowe i wodne jednostki ratownicze””.	
128.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	Proponuje się wprowadzenie w ustawie zmienianej w art. 1 nowego typu zespołów ratownictwa medycznego – wodnych jednostek ratowniczych. Ten rodzaj zespołów docierać będzie do osób potrzebujących pomocy a znajdujących się na akwenach wodnych. Określenie składu wodnych jednostek ratowniczych ma na celu zapewnienie opieki nad poszkodowanym przez dwie osoby uprawnione do udzielania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne w trakcie realizacji wezwania przez ambulans wodny. W tym celu proponuje się w art. 36 ustawy zmienianej w art. 1 dodanie w ust. 1 pkt 4 w brzmieniu: a, 4) wodne zespoły ratownicze, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym oraz steromotorzystą.”	Uwaga nieuwzględniona. Na obecnym etapie nie są planowane do odrębnego kontraktowania wodne jednostki ratownicze. Na akwenach wodnych funkcjonuje przede wszystkim ratownictwo wodne w ramach jednostek współpracujących z systemem.
129.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	W art. 1 pkt 31 projektowanej ustawy zasadnym było przeredagowanie dodawanego art. 45c ust. 1 w następujący sposób: „Art. 45c. 1. W przypadku zgonu pacjenta w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej, a w przypadku jego braku w danej lokalizacji do prosektorium szpitala. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego sporządza kartę zgonu i wydaje ją zakładowi medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala.” Pozostawienie wyboru co do miejsca przekazania zwłok może spowodować trudności w przekazaniu zwłok z uwagi na równorzędność wskazanych lokalizacji. Należy określić konkretnie gdzie należy zwieźć zwłoki w specjalistycznym środku transportu sanitarnego.	Uwaga nieuwzględniona. Dyspozytor medyczny lub wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego powinien mieć możliwość wyboru i decydowania, dokąd będą wiezione zwłoki. Uzależnione jest to . m. in od odległości od miejsca zdarzenia, od miejsca, w którym aktualnie przebywa zespół, od zaplecza szpitalnego. Ustalenia zakładu medycyny sądowej jako pierwszego wyboru w każdym przypadku zgonu w ambulansie nie znajduje uzasadnienia. Regulacja dotyczy bardzo niszowych przypadków.
130.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	W ocenie opiniującego na rozważenie zasługuje przeredagowanie art. 5 projektowanej regulacji, tak aby dodatki objęły szerszą grupę osób, w tym pracowników medycznych zatrudnionych w Urzędach Wojewódzkich na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz członków zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 36a ust. 1 oraz art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. „Art. 5. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 i 3 w brzmieniu: „2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8	Uwaga nieuwzględniona. Nowelizacja art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) – zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”, polegająca na wprowadzeniu na stałe regulacji, która do lipca 2023 r. (w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii) obowiązywała na mocy art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), nakładana podmioty lecznicze obowiązek wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, a więc analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju

		września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz pracownikom zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w Urzędach Wojewódzkich. 3. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także członkom zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 36a ust. 1 oraz art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.””. Wprowadzenie dodatków w wysokości 45% i 65% wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej, z mocą od dnia 1 lipca 2023 r., zagwarantuje wypłatę tych dodatków dla pracowników medycznych zatrudnionych w Urzędach Wojewódzkich na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Umożliwi to zatrzymanie kadry medycznej w Urzędach na ww. stanowiskach. W odniesieniu do proponowanego ust. 3 wskazać należy, że personel medyczny wykonujący obowiązki w ramach Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego nie jest w stanie wykonywać ich samodzielnie, a jedynie w składzie całego zespołu składającego się zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym z co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarke systemu. Piloci HEMS czynnie i bezpośrednio uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ratujących ludzkie życie i zdrowie, realizując zadania także w nocy, niedziele, święta i dni wolne od pracy oraz ponoszą pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo załogi, pacjenta oraz osób postronnych. Nieuwzględnienie postulowanych zmian może negatywnie wpłynąć na kwestię zabezpieczenia dyżurów na stanowiskach dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego, a w ślad za tym, na dostępność do świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne dla mieszkańców województwa oraz służb ratunkowych.	stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przepis ten swoim zakresem obejmował pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), a więc osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych. Przedmiotowa regulacja nie miała zastosowania wobec osób niewykonyjących zawodu medycznego ani też osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych. Procedowana obecnie zmiana przepisu art. 99 ustawy o działalności leczniczej przewidująca dodatki za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, obejmie jedynie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dodatki będą zatem przysługiwały tylko pracownikom i nie jest planowane zrównanie prawa do dodatków dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, niezależnie od formy zatrudnienia ani też rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do dodatków o osoby niewykonyjące zawodu medycznego(np. piloci).
131.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt. 1 lit. a (dot. art. 3 punkt 3 lit. a i c) do rozważenia zmiana zapisów ustawy z uwzględnieniem lekarzy z I stopniem specjalizacji, którzy ukończyli kurs postępowania w stanach nagłych. Rozszerzenie definicji lekarza systemu, celem zwiększenia możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w jednostkach systemu PRM.	Uwaga uwzględniona
132.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt. 2 lit. a pkt. 2 (dot. art.15 ust. 1a pkt.2) Proponujemy wskazanie minimalnej liczby ratowników w gotowości operacyjnej Należy podkreślić, że wyrażenie "liczba niezbędna" jest nieprecyzyjne i powoduje, że w RJWPRM znajdują się "martwe" jednostki, które nie mają	Uwaga nieuwzględniona. Zakres kwalifikowanej pierwszej pomocy został określony w art. 14 ustawy o PRM i do wykonywania tych czynności powinien być zapewniony personel ratowniczy. Każdy ratownik jest uprawniony do udzielania takiej pomocy. Poza tym wojewoda ma prawo wykreślić z rejestru

		zasobów kadrowych lub kadry wskazane jako jednostki czynne np. WOPR. Zasadnym wydaje się być wskazanie minimalnej liczby ratowników, którzy będą w stanie skutecznie podjąć działania na miejscu zdarzenia. Propozycja: "2) dysponują ratownikami w liczbie co najmniej dwóch, celem zapewnienia czynności określonych w art. 14;"	jednostkę systemu, która nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a ustawy o PRM.
133.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt. 2 lit. a pkt. 3 (dot. art.15 ust. 1a pkt.3) Proponujemy doprecyzowanie nie tylko w zakresie czasu dotarcia ale również wyposażenia niezbędnego do zapewnienia czynności wykonywanych przez ratownika. Należy mieć na uwadze, że nie tylko czas dotarcia gra istotną rolę w podjęciu czynności na miejscu zdarzenia ale również wyposażenie jakie jednostka przekazuje do działań ratownikom. Wskazać należy, że ratownicy z odpowiednim sprzętem są w stanie sprawnie i efektywnie podjąć czynności na miejscu zdarzenia. Propozycja: "3) dysponują wyposażeniem i środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w pkt.1 oraz wyposażeniem koniecznym do zapewnienia czynności określonych w art.14".	Uwaga uwzględniona. Zmiana treści przepisu.
134.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt. 2 lit. b pkt. 2 (dot. art. 15 ust. 1b pkt. 2) Proponujemy rozszerzenie miejsca stacjonowania o miejsca lokalizacji sił i środków Należy mieć na uwadze iż są podmioty, które nie posiadają jednostek organizacyjnych, natomiast posiadają kilka miejsc stacjonowania np. WPOR, który posiada jedną siedzibę a obsługuje kilka kąpielisk, więc siły i środki są zgromadzone w kilku lokalizacjach. Propozycja: "2) warunki wymienione w ust. 1a stosuje się do każdej jednostki organizacyjnej odrębnie lub odrębnie dla miejsca lokalizacji sił i środków."	Uwaga uwzględniona.
135.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt.3 lit. c tiret drugi (dot. art. 17 ust. 3 pkt 1a) Proponujemy rozszerzenie miejsca stacjonowania o miejsca lokalizacji sił i środków Należy mieć na uwadze iż są podmioty, które nie posiadają jednostek organizacyjnych, natomiast posiadają kilka miejsc stacjonowania np. WPOR, który posiada jedną siedzibę a obsługuje kilka kąpielisk, więc siły i środki są zgromadzone w kilku lokalizacjach. Propozycja: "1a) adres miejsca stacjonowania jednostki współpracującej z systemem lub lokalizacji sił i środków, a w przypadku jednostki organizacyjnej jednostki współpracującej z systemem - adres miejsca jej stacjonowania."	Uwaga uwzględniona.
136.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt. 6 lit. b (dot. art. 21 ust. 3 pkt 2 tiret drugi) Rozważenie możliwości dodania zapisu o minimalnym wymogu zapewnienia ambulansów bariatrycznych. Dodatkowo, w zakresie zwiększenia liczby personelu i wprowadzenia tego rodzaju ZRM należy rozważyć różnicowanie w finansowaniu ZRM P i typu ZRM P bariatrycznych. W przypadku pozostawienia	Uwaga nieuwzględniona. Przede wszystkim należy zaznaczyć, że ambulanse bariatryczne są premiowane przez NFZ przy ocenie ofert na ratownictwo medyczne. W 2023 r. w kraju dostępnych było łącznie 130 ambulansów przystosowanych do bezpiecznego transportu pacjentów z otyłością olbrzymią. W porównaniu do 2020 r. jest to wzrost o 97 ambulansów. W 2023

		zapisu o konieczności utworzenia 3osobowych ZRM P problemem może być zabezpieczenie kadry medycznej koniecznej do utworzenia 3 osobowych ZRM. Istnieje realne ryzyko braków personelu medycznego niezbędnego do obsługi 3osobowych ZRM P. ZRM typu P sprawdzają się w codziennej praktyce. Proponowane rozwiązanie obciąża system, a w tym miejscu mogłby powstać inne , nowe ZRM P które poprawią czasy dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia i dodatkowo zawsze będą wsparciem dla pozostałych ZRM w przypadku takiej konieczności. W tym miejscu proponujemy wskazanie innego rodzaju ZRM tj. ZRM bariatryczne z jednoczesnym wskazaniem, że jeden ambulans przypada na 400 tys. mieszkańców. Z danych wynika, że w Polsce brakuje ZRM przystosowanych dla chorych na otyłość olbrzymią oraz innych chorób powodujących znaczący przysrost wagi. Bariatryczny ZRM powinien mieć zapewniony inny poziom finansowania. Potrzeba doposażenia systemu w tzw. ambulance bariatryczne wydaje się nieodzowna wobec alarmujących statystyk dotyczących liczebności osób otyłych w Polsce - według danych GUS z roku 2022 w Polsce z problemem nadmiernej masy ciała zmaga się 62 % mężczyzn i 46 % kobiet, zaś co piąty Polak jest otyły, a zjawisko to wciąż przybiera na sile. Z uwagi na konieczność zabezpieczenia świadczeń z rodzaju ratownictwa medycznego wobec wszystkich członków populacji, zatem również wobec osób chorych na otyłość znacznego stopnia należy rozważyć podjęcie działań zmierzających do poszerzenia katalogu rodzajów ZRM. Za zasadne należy uznać zróżnicowanie stawek ryczałtu dobowego w zależności od składu ZRM P. Jednocześnie zwrócić należy uwagę, że zarówno zróżnicowanie ilości obsady jak i wymogu posiadania ambulansu bariatrycznego celem wykorzystania ich odpowiednia do sytuacji np. obrażeń wielonarządowych, RKO bez urządzenia do kompresji klatki piersiowej, transportu matki z noworodkiem itd, wymagać będzie także zmiany przepisów wykonawczych w zakresie dysponowania najbliższego wolnego ZRM przez dyspozytora medycznego. a) Zastąpienie proponowanego zapisu następującą treścią: " na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców w województwie przypada nie mniej niż 1 ZRM bariatryczny podstawowy" oraz jednocześnie dodanie zapisu w art. 36 ust. 1 ustawy: "3) zespoły bariatryczne podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym."	r. wykonano łącznie 1043 wyjazdów do pacjentów z otyłością olbrzymią. W porównaniu do roku 2020 jest to wzrost o 804 wyjazdy. Wciąż jednak stanowi to zaledwie 0,03 % wszystkich wyjazdów ZRM. Zespoły wyposażone w karetki bariatryczne swojej codziennej działalności udzielają przede wszystkim świadczeń pacjentom innym niż osoby z otyłością olbrzymią i to stanowi podstawę ich funkcjonowania. Nie zachodzi więc potrzeba wydzielania tego typu zespołów na obecnym etapie prac.
137.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt. 9 (dot. dodawanego art. 22a ust. 2) Dodawany zapis może kolidować z zapisem art. 22 ustawy o PRM w zakresie kontraktowania świadczeń w zakresie ZRM i SOR w związku z brakiem czasu na aktualizację WPDS. W przypadku rozwiązania umowy z współrealizatorem umowy na świadczenia w rodzaju ratownictwo medyczne (ZRM) za zasadne wydaje się rozważenie wprowadzenia możliwości czasowego powierzenia tej	Uwaga nieuwzględniona. Obecnie obowiązujące umowy zawierają postanowienia o rozwiązaniu umowy (art. 136 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Do zadań NFZ należy przeprowadzenie stosownego postępowania, celem zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych.

		części umowy innemu współrealizatorowi do czasu aktualizacji WPDS przez Wojewodę. Wskazanie podmiotu odpowiedzialnego za ciągłość umowy i w tym wypadku najlepszym wyborem wydaje się być wskazanie Lidera umowy lub dysponenta ZRM, który w uzgodnieniu z Liderem umowy podejmie się realizacji świadczeń przed aktualizacją WPDS. W zakresie SOR jedyną możliwością jest funkcjonowanie w trybie izby przyjęć, do czasu aktualizacji WPDS. dodać ust. 3 w brzmieniu: " W przypadku rozwiązania umowy z dysponentem jednostki systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt. 1, szpitalny oddział ratunkowy zostanie przekwalifikowany na izbę przyjęć." dodać ust. 4 w brzmieniu: " W przypadku rozwiązania umowy z dysponentem jednostki systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt. 2 Lider umowy lub inny dysponent ZRM w uzgodnieniu z Liderem umowy, podejmuje się zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej." oraz ewentualne dostosowanie zapisów art. 22 ustawy o PRM	
138.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt. 11 (dot. art. 24 ust. 1 pkt. 3) Propozycja odejścia od różnicowania wartości mediany ze względu na miejsce zdarzenia. Proponuje się zróżnicowanie wartości mediany względem kodu pilności nadawanego przy przyjęciu zgłoszenia o zdarzeniu lub wprowadzenie jednolitej mediany dla mieszkańców w mieście i poza miastem. Zapisy regulujące zalecaną wartość mediany nie zostały zmienione od dnia powstania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, pomimo np. wprowadzenia kodów pilności wezwania, poszerzenia granic aglomeracji miejskich (rozrastanie się obszaru miast przy zachowaniu czasu dotarcia na poziomie 8 min.) czy zaludnieniu obszarów wcześniej niezamieszkałych. Różnicowanie wartości mediany pod względem miejsca zdarzenia (miasto powyżej 10 tys. mieszkańców, poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców), co w większości przypadków jest tożsame z miejscem zamieszkania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, dyskryminuje osoby zamieszkałe na obszarach wiejskich. Wobec powyższego zasadnym wydaje się wprowadzenie jednolitej mediany czasu dotarcia dla każdego wezwania lub zróżnicowanie jej pod kątem kodu pilności. W art 24 ust 1 pkt. 1 i 3 zastąpić sformułowania: "w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców" na "w kodzie pilności KOD 1" oraz "poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców" na "w kodzie pilności KOD 2" zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z dnia 19 sierpnia 2019 r.	Uwaga nieuwzględniona. Ustawa o PRM przewiduje wyliczanie wspólnej mediany dla wszystkich kodów pilności, a wartość tej mediany służy m. in. do oceny zabezpieczenia świadczeń ratowniczych. Analogiczna propozycja w poprzednim projekcie UD 396 nie zyskała poparcia.
139.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 1 pkt. 14 (dot. art. 24e ust. 3b) Pomimo udostępnienia raportów w module raportowym SWD PRM dla przedstawicieli upoważnionych NFZ, Dyrektorzy OW NFZ nadal powołując się na brak podstawy do przetwarzania danych, w związku z obecnym brzmieniem	Uwaga nieuwzględniona W projekcie zawarto przepis „3b. Narodowy Fundusz Zdrowia wykorzystuje dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, 7 i 8, do monitorowania, kontroli i rozliczania wykonania umów zawartych z dysponentami zespołów

		zapisów ustawy (art. 24b ust. 2) zwracają się do Wojewodów o dane z SWD PRM, dotyczących: odmów dla ZRM udzielanych świadczeń przez szpitale, danych w zakresie statusów ZRM, raportu wyjazdów NFZ oraz czasów oczekiwania na SOR i IP przez ZRM. Zasadnym wydaje się zmiana zapisów ustawy dających OW NFZ podstawę do przetwarzania ww. danych. ZW związku z faktem, że upoważnieni przedstawiciele OW NFZ mają dostęp do modułu raportowego od lipca 2023 r. należałoby zmienić lub dodać zapis jednoznacznie określający, że Dyrektor OW NFZ w celu prowadzenia monitorowania realizacji umowy może przetwarzać dane do monitorowania świadczeń bezpośrednio z udostępnionych przez KCMRM raportów. Rozważyć należy wprowadzenie uregulowania wskazującego, iż OW NFZ może samodzielnie posługiwać się danymi pozyskanymi z SWD PRM przez upoważnionego przedstawiciela OW NFZ, w celu monitorowania realizacji umowy w rodzaju ratownictwo medyczne. Zdodać ust. 2 w brzmieniu: " 2. Narodowy Fundusz Zdrowia wykorzystuje dane udostępnione przez KCMRM w systemie SWD PRM, do monitorowania, kontroli i rozliczania wykonania umów zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych."	ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych."; zmiana brzmienia jest nie konieczna z uwagi na art. 24e ust 2 wskazujący, że dane są udostępniane i przetwarzane przy użyciu SWD PRM. Natomiast ust 3 wskazuje na NFZ jako odbiorcę danych bez konieczności wnioskowania o nie.
140.	Wojewoda Wielkopolski	Art. 5 (dot. art.. 99 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej) Brak wskazania dodatku dla dyspozytorów medycznych spowoduje przepływ kadry dyspozytorskiej do ZRM co spowoduje znaczące braki w obsadzie dyspozytorskiej. Należy mieć na uwadze, że system PRM jest systemem połączonym, a liczba wykwalifikowanej kadry medycznej jest ograniczona. Aby wykonywać czynności dyspozytora medycznego należy mieć doświadczenie w ZRM lub oddziałach szpitalnych więc tym bardziej należy uwzględnić przedmiotowy dodatek dla dyspozytorów medycznych. W przypadku różnic płacowych dyspozytorzy medyczni płynnie przejdą na ZRM a nieobsadzone vacaty w dyspozytorskiej przyczynią się do pogłębienia problemu z obsadą dyspozytorską, zwłaszcza w dużych miastach. Należy podkreślić, że dyspozytorzy medyczni udzielają świadczeń opieki zdrowotnej i tym samym nie należy ich wykluczać z dodatkowego wynagrodzenia, zwłaszcza, że doświadczenie w systemie PRM lub na oddziałach jest czynnikiem warunkującym możliwość pracy na stanowisku dyspozytora medycznego, a w przypadku członka ZRM nie ma wymaganego doświadczenia.d" Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny: da) zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym."	Uwaga nieuwzględniona. Nowelizacja art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) –zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”, polegająca na wprowadzeniu na stałe regulacji, która do lipca 2023 r. (w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii) obowiązywała na mocy art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), nakładana podmiotowi lecznicze obowiązek wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, a więc analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przepis ten swoim zakresem obejmował pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), a więc osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych. Przedmiotowa regulacja nie miała zastosowania wobec osób

			niewykonujących zawodu medycznego ani też osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych. Procedowana obecnie zmiana przepisu art. 99 ustawy o działalności leczniczej przewidująca dodatki za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, obejmie jedynie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dodatki będą zatem przysługiwały tylko pracownikom i nie jest planowane zrównanie prawa do dodatków dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, niezależnie od formy zatrudnienia ani też rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do dodatków o osoby niewykonujące zawodu medycznego(np. piloci).
141.	Wojewoda Wielkopolski	art. 11 proponuje się skrócenie czasu dostosowania jednostek współpracujących z systemem do wymogów określonych w art.. 15 ust. 1a i 1b ustawy zmienianej w art. 1, do dnia zmiana na 31 marca 2025 r. Skrócenie czasu na dostosowanie się pozwoli na efektywniejsze wykorzystywanie jednostek współpracujących z systemem. W RJWPRM są wpisane jednostki, które mają wpisany np.. Cały obszar województwa jako teren działania. Dyspozytor medyczny w momencie wezwania jednostki do zdarzenia oraz kierując się obszarem działania nie ma możliwość efektywnego jej wykorzystania. Brak możliwości dostosowania się do realnego czasu dotarcia jakim jest proponowane 30 minut, powinno spowodować "wyczyszczenie" RJWPRM z jednostek, które nie są w stanie realnie wspomóc system PRM. Propozycja: "Jednostki współpracujące z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9 ustawy zmienianej w art. 1, dostosują się do dnia 31 marca 2025 r. do wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a i 1b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.	Uwaga nieuwzględniona. Proponowany czas jest zbyt krótki na wprowadzenie i przetworzenie przez UW wniosków o zmianie, co nie oznacza, że Wojewodowie i jednostki współpracujące mogą dokonać zmian, gdy w systemie będzie udostępniona taka możliwość. Proponowany termin jest terminem ostatecznym.
142.	Wojewoda Zachodniopomorski	art. 24a: • 1) Propozycja zapisów nie wskazuje kto odpowiada za systemy łączności na terenie województwa. 2) Kto finansuje utrzymanie funkcjonowania łączności radiowej 3) Brak zapewnienia finansowania na utworzenie nowego stanowiska pracy w zakresie nadzoru nad systemem łączności radiowej w województwie.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt nie przewiduje tworzenia nowego stanowiska pracy na potrzeby łączności radiowej. Za systemy łączności odpowiadają solidarnie wojewodowie oraz podmioty lecznicze, w tym dysponenci ZRM, a także LPR jako administrator SWD PRM i krajowy operator łączności radiowej na potrzeby systemu PRM. Wojewoda określa w WPDS sposób organizacji i działania łączności radiowej, w tym z wykorzystaniem przydzielonych numerów identyfikacyjnych zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorni medycznych, zapewniający sprawną komunikację między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, izbami przyjęć szpitali, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci, jednostkami organizacyjnymi

			szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz jednostkami współpracującymi z systemem.
143.		w art. 36: 2) zespoły podstawowe: a) dwuosobowe, w skład których wchodzi dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym, b) trzyosobowe, w skład których wchodzi dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym oraz kierowca: osoba po kursie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy lub pielęgniarką systemu lub ratownik medyczny;”	Uwaga nieuwzględniona. Zadaniem zespołów ratownictwa medycznego jest udzielanie medycznych czynności ratunkowych. Ustawa dopuszcza, aby w składzie zespołu ratownictwa medycznego znalazł się kierowca tylko w sytuacji wskazanej w art. 36 ust. 3 ustawy o PRM.
144.		Art. 45c. 1. W przypadku zgonu pacjenta w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala lub kostnicy. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego sporządza kartę zgonu i wydaje ją zakładowi medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala lub kostnicy.	Uwaga nieuwzględniona. Przewiduje się przewiezienie zwłok do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: zakładu medycyny sądowej albo do prosektorium szpitala. Takie rozwiązanie nie wydłuży czasu przekazania zwłok do właściwego podmiotu. Nie wydaje się zasadne przyjęcie modelu docelowego, który wskazywałby na przekazanie zwłok do „podmiotu” (w domniemaniu do zakładu pogrzebowego lub kostnicy). Podkreślić należy, że przekazanie zwłok do prosektorium szpitala skutkuje zastosowaniem procedur takich, jakby zgon nastąpił w szpitalu.
145.		Art. 45c. 3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, zakład medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala lub kostnica przekazuje kartę zgonu podmiotom, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576).	Uwaga nieuwzględniona. Przewiduje się przewiezienie zwłok do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala. Takie rozwiązanie nie wydłuży czasu przekazania zwłok do właściwego podmiotu. Nie wydaje się zasadne przyjęcie modelu docelowego, który wskazywałby na przekazanie zwłok do „podmiotu” (w domniemaniu do zakładu pogrzebowego lub kostnicy). Podkreślić należy, że przekazanie zwłok do prosektorium szpitala skutkuje zastosowaniem procedur takich, jakby zgon nastąpił w szpitalu. Jeśli mamy pacjent NN, kartę zgonu wystawia zakład medycyny sądowej albo prosektorium szpitala.
146.		Art. 45c. 5. Do usunięcia. Zapis powtarzający się z Art. 45c. ust. 1 i 2.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis ma na celu doprecyzowanie zasad transportowania zwłok, w sytuacji zgonu pacjenta w specjalistycznym środku transportu sanitarnego.
147.	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6) Propozycja zmiany: „6) pielęgniarka systemu to: a) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, lub	Uwaga nieuwzględniona. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, wymagają ukończenia kursu w zakresie

		b) posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz co najmniej 3 letni staż pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2 lub c) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego, które nabyły uprawnienia pielęgniarki systemu przed nowelizacją ustawy o PRM i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2. Definicja funkcjonująca dotychczas była wprowadzona w czasie, kiedy rozpoczynano szkolenia specjalizacyjne z pielęgniarstwa ratunkowego, co wiązało się z deficytem na rynku pracy pielęgniarek z tą specjalizacją. Obecnie nie ma przesłanek do zachowania poprzedniego brzmienia definicji. Należy utrzymać uprawnienia osób, które uzyskały kompetencje przed nowelizacją ustawy, tj. pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego.	postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy.
148.	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6) Proponuję dodać pkt 6a o treści: „6a. pielęgniarka po ukończeniu studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo rozpoczynająca pracę w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1 jest zobowiązana do ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w ciągu roku od rozpoczęcia pracy”. Definicja pielęgniarki systemu nie daje możliwości rozpoczęcia pracy w systemie pielęgniarki bezpośrednio po ukończonych studiach I stopnia, co może skutkować deficytem pielęgniarek systemu w kolejnych latach.	Uwaga nieuwzględniona. Charakter pracy w ZRM powoduje, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych muszą mieć odpowiednie przygotowanie i posiadać status lekarza systemu lub pielęgniarki systemu. Dla lekarzy i pielęgniarek tuż po studiach dopuszczono możliwość pracy w SOR, gdzie mogą nabrać doświadczenia w postępowaniu z pacjentami w stanie nagłym i rozpocząć odpowiednią specjalizację lub kurs.
149.	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6) Proponuję dodać pkt 6b o treści: „6b. pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych w systemie państwowego ratownictwa medycznego i poza systemem państwowego ratownictwa medycznego”. Kwalifikacje pielęgniarki systemu określone w art. 3 pkt 6 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, określone w § 4 rozporządzenia	Uwaga nieuwzględniona. Zakres medycznych czynności ratunkowych pielęgniarki systemu uregulowany w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497, z późn. zm.) odnosi się do czynności, które mogą być wykonywane wyłącznie w ZRM. Nie ma możliwości wykonywania MCR poza ZRM. Proponowane rozwiązanie wykracza poza zakres ustawy i ewentualna zmiana odnosi się do ww. rozporządzenia

		Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego pozwolą pielęgniarkom na realizację medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych, nie tylko w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, ale także tam, gdzie wykorzystanie nabytych bardzo wysokich kwalifikacji i doświadczenia zostanie wykorzystane. Tożsame kwalifikacje do realizacji medycznych czynności ratunkowych poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, zgodnie z ustawą o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym posiadają także ratownicy medyczni.	
150.	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	art. 1 pkt 2 lit. a (art. 15 lit. a pkt 2) Proponuję zmianę brzmienia pkt 2: „2. dysponują ratownikami, lub ratownikami medycznymi, lub pielęgniarkami systemu w liczbie niezbędnej do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia”. W jednostkach współpracujących z systemem PRM mogą pracować również pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni.	Uwaga nieuwzględniona. Warunkiem uzyskania statusu jednostki współpracującej z systemem nie może być posiadanie określonej liczby ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu. Istotą podejmowania czynności przez te jednostki jest kwalifikowana pierwsza pomoc, co oczywiście nie wyklucza możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych oraz pielęgniarki systemu w ramach tych jednostek.
151.	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	pkt 28) W pkt 28) projektu ustawy dotyczący dodania art. 38a ust. 3 pkt 1 proponuję dodanie nowej treści w brzmieniu: „3. Kursy, o których mowa w ust. 1 i 2 prowadzą: 1) uczelnie, w których prowadzone jest kształcenie na kierunku lekarskim i na studiach na kierunku pielęgniarstwo.” W przypadku kursu, o którym mowa w ust. 2 czyli dotyczącego pielęgniarek, brak uczelni wyższych kształcących na kierunku pielęgniarstwo jest dyskryminujący i nie znajduje uzasadnienia w ocenie skutków regulacji. Jednocześnie art. 39 ww. ustawy mówi: „Z systemem współdziałają uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej – w zakresie edukacji i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie medycyny ratunkowej, oceny jakości systemu oraz wytyczania kierunków jego rozwoju.” Wskazuje uczelnie medyczne bez zawężania do uczelni kształcących tylko lekarzy.	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie w art. 38a ust. 3.pkt 1 uczelni, w których prowadzone jest kształcenie na kierunku pielęgniarstwo
152.	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	pkt 28) W pkt 28) projektu ustawy dotyczący dodania art. 38a ust. 3 po punkcie 3) proponuję dodanie nowego punktu 4) o treści w brzmieniu: „4) Okręgowe izby pielęgniarek i położnych”.	Uwaga uwzględniona częściowo poprzez dodanie w art. 38a ust. 3. pkt 1 uczelni, w których prowadzone jest kształcenie na kierunku pielęgniarstwo

		Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 814) w art. 75 ust. 1 oraz art. 77 ust. 1 jako organizatorów kształcenia podyplomowego wskazuje: 1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze; 2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, zwanego dalej „rejestrem”, będącego rejestrem działalności regulowanej, czyli także okręgowe izby pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca prowadzenia kształcenia wpisane do rejestru Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pominięcie okręgowych izb pielęgniarek i położnych nie posiada merytorycznego uzasadnienia, zważywszy na fakt, iż okręgowe izby pielęgniarek i położnych realizują specjalizacje i kursy kwalifikacyjne we wszystkich dziedzinach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2024 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 r., poz. 1562), także w dziedzinach które są wyszczególnione w definicji pielęgniarki systemu: w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, pielęgniarstwa chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego.	
153.	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	pkt 28) W pkt 28) projektu ustawy dotyczący dodania art. 38a w ust. 6 proponuję nową treść: „6. Koszty kursów, o których mowa w ust. 1 i 2, ponosi dysponent jednostki, u którego lekarz albo pielęgniarka wykonuje zawód, lub podmiot prowadzący kurs. Koszty te mogą być również pokrywane w ramach dofinansowania pochodzącego ze środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, 1273, 1407, 1693 i 1872 oraz z 2024 r. poz. 858).”; Koszty kursów których ww. ustawa nakłada obowiązek ukończenia powinien ponosić dysponent jednostki.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis wzorowany na innych dotyczących kształcenia podyplomowego.
154.	Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego	art. 13 ust. 1 Konsekwencją wprowadzenia nowego brzmienia definicji pielęgniarki systemu zaproponowanej przez NRPIP jest następująca zmiana. „Lekarz systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3 lit. c f ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–c ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy	Uwaga nieuwzględniona. Konsekwencja nie uwzględnienia uwagi dotyczącej pielęgniarki systemu. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, nie wymagają ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy. Termin na odbycie kursu został przesunięty na koniec 2027 r.

		zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarki posiadające ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia przed nowelizacją ustawy o PRM są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. Programy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego zdecydowanie różnią się treściami od pozostałych dziedzin pielęgniarstwa, treści medycyny ratunkowej w poszczególnych programach specjalizacji jest znacząco niewiele.	
155.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dla woj. dolnośląskiego, opolskiego, warmińsko-mazurskiego	art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6) Pozostawienie tylko specjalizacji z pielęgniarstwa ratunkowego bez wymogu ukończenia kursu, o którym mowa w art. 38a ust. 2, dla pozostałych z zachowaniem wymogu ukończenia kursu oraz zachowanie pozostałych specjalizacji tylko dla pielęgniarek, które nabyły uprawnienia przed wejściem w życie nowelizowanej ustawy. Propozycja zmiany: „6) pielęgniarka systemu to: a) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, lub b) posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2, lub c) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia pielęgniarki systemu przed nowelizacją ustawy o PRM O- uzasadnienie: Definicja funkcjonująca dotychczas była wprowadzona w czasie, kiedy rozpoczynano szkolenia specjalizacyjne z pielęgniarstwa ratunkowego, co wiązało się z deficytem na rynku pracy pielęgniarek z tą specjalizacją. Obecnie nie ma przesłanek do zachowania poprzedniego brzmienia definicji. •Należy utrzymać uprawnienia osób, które uzyskały kompetencje przed nowelizacją ustawy, tj.	Uwaga nieuwzględniona. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, nie wymagają ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy.

		pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego	
156.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dla woj. dolnośląskiego, opolskiego, warmińsko-mazurskiego	art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6) Należy dodać zapis: pielęgniarka po ukończonych studiach I stopnia rozpoczynająca pracę w jednostkach systemu o których mowa w art 32 pkt 1 podpunkt 1 i pkt 2 jest zobowiązana do ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w ciągu roku od rozpoczęcia pracy Uzasadnienie: Definicja pielęgniarki systemu nie daje możliwości rozpoczęcia pracy w systemie pielęgniarce bezpośrednio po ukończonych studiach 1 stopnia co może skutkować deficytem pielęgniarek systemu w kolejnych latach	Uwaga nieuwzględniona. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, wymagają ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy.
157.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dla woj. dolnośląskiego, opolskiego, warmińsko-mazurskiego	art. 1 pkt 2a(art. 15 ust. 1a pkt 2) w ust. 1 a pkt. 1-3 otrzymują brzmienie 2. dysponują ratownikami, lub ratownikami medycznymi, lub pielęgniarkami systemu w liczbie niezbędnej do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia Uzasadnienie: w jednostkach współpracujących z systemem PRM mogą pracować również pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni	Uwaga nieuwzględniona. W ZRM muszą pracować lekarze systemu i pielęgniarki systemu. Charakter pracy w ZRM powoduje, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych muszą mieć odpowiednie przygotowanie. Dla lekarzy i pielęgniarek tuż po studiach dopuszczono możliwość pracy w SOR, gdzie mogą nabrać doświadczenia w postępowaniu z pacjentami w stanie nagłym i rozpocząć odpowiednią specjalizację lub kurs.
158.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dla woj. dolnośląskiego, opolskiego, warmińsko-mazurskiego	Art. 13.pkt 1 (...)i pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–d ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. Propozycja: pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarki posiadające ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia przed nowelizacją ustawy o PRM są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. cUzasadnienie: Programy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego zdecydowanie różnią się treściami od pozostałych dziedzin pielęgniarstwa,	Uwaga nieuwzględniona. Konsekwencja nie uwzględnienia uwagi dotyczącej pielęgniarki systemu. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, nie wymagają ukończenia dodatkowych kursów, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy. Termin na odbycie kursu został przesunięty na koniec 2027 r.

		treści medycyny ratunkowej w poszczególnych programach specjalizacji jest znacząco niewiele.	
159.	Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego dla woj. dolnośląskiego, opolskiego, warmińsko-mazurskiego	Art. 1 pkt 28(art. 38a, pkt 3) Należy jako podmiot prowadzący kursy dodać uczelnie, w których jest prowadzone kształcenie na kierunku pielęgniarstwie oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych posiadające Ośrodek Kształcenia Uzasadnienie: Umożliwienie kształcenia przez dodatkowe podmioty spełniające odpowiednie wymogi zwiększy dostępność kursu	Uwaga uwzględniona częściowo poprzez dodanie w art. 38a ust. 3. pkt 1 uczelni, w których prowadzone jest kształcenie na kierunku pielęgniarstwo.
160.	Krajowe Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 7 Uregulowanie osób dopuszczonych do przeprowadzania szkoleń/kursów/zajęć/ z zakresu pierwszej pomocy na podstawie art. 8 pkt 2 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Uzasadnienie: Aktualnie bardzo często zajęcia z pierwszej pomocy nie są prowadzone w sposób merytoryczny, prowadzący nie korzystają z aktualnej wiedzy medycznej/nie uaktualniają jej/nie wykorzystują standardów	Uwaga nieuwzględniona. Obecnie szkolenia z zakresu pierwszej pomocy, organizowane poza szkołą, tj. m.in. dla osób, które chcą nabyć wiedzę i umiejętności niezbędne do udzielania pierwszej pomocy osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, realizują podmioty w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Podmioty te w celu realizacji szkoleń powinny spełnić nałożone przepisami wymagania niezbędne do prowadzenia danej działalności, określone m.in. w ustawie z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2019 r., poz. 1292 ze zm.), ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r., poz. 1320 ze zm.). Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1632) zawiera przepisy regulujące m.in. kwestie związane z warunkami, organizacją i trybem prowadzenia kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych oraz rodzaje tych form i sposoby potwierdzania efektów kształcenia uzyskanych w wyniku ukończenia kształcenia realizowanego w poszczególnych formach pozaszkolnych, a także wzory dokumentów wydawanych po ukończeniu kształcenia. Podmioty prowadzące kształcenie ustawiczne w formach pozaszkolnych zapewniają: 1) kadre dydaktyczną posiadającą kwalifikacje zawodowe odpowiednie do rodzaju prowadzonego kształcenia; 2) odpowiednie pomieszczenia wyposażone w sprzęt i pomoce dydaktyczne umożliwiające prawidłową realizację kształcenia; 3) bezpieczne i higieniczne warunki pracy i nauki; 4) warunki organizacyjne i techniczne umożliwiające udział w kształceniu osobom niepełnosprawnym; 5) nadzór służący podnoszeniu jakości prowadzonego kształcenia. Biorąc pod uwagę powyższe, organizator szkolenia realizujący szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy powinien zapewnić kadre dydaktyczną posiadającą odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a także pomieszczenie wyposażone w sprzęt i pomoce dydaktyczne, które umożliwią uczestnikom kursu zdobycie niezbędnej wiedzy i umiejętności do udzielania pierwszej pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednakże powyższe rozporządzenie w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych nie określa szczegółowych kwalifikacji, jakie powinna posiadać kadra dydaktyczna. Mając

			na uwadze powyższe, w opinii MZ, organizator szkolenia realizujący szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy poza szkołą, powinien zapewnić kadrę dydaktyczną posiadającą takie same kwalifikacje zawodowe, jak te, które są przewidziane dla nauczania pierwszej pomocy w ramach systemu oświaty. Zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 882) są to: 1) lekarz systemu, 2) pielęgniarka systemu, 3) ratownik medyczny.
161.	Krajowe Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 21 ust. 3 pkt.2 a) Do Art. 6 pk 1. 6) do punktu a) dopisać możliwość kierowania pojazdem uprzywilejowanym/Zespołem Ratownictwa Medycznego o dopuszczalnej masie całkowitej nieprzekraczającej 4250 kg Uzasadnienie: Zmiana punktu ustawy ułatwi obsadzenie ZRM przez kierowców ratowników medycznych	Uwaga nieuwzględniona. Właściwa obsada zespołu ratownictwa medycznego jest zadaniem dysponenta jednostki.
162.	Krajowe Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 36 pkt.1 ust. 2 W skład zespołu podstawowego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem Uzasadnienie: dążenia do obsadzenia 3 osób uprawnionych do wykonywania MCR każdego ZRM typ P w Polsce. Takie rozwiązanie odciążą pracę ratowników medycznych. Wiele źródeł/badań naukowych/ oraz przede wszystkim inne Systemy Ratownictwa Medycznego na świecie pracują w systemach 3 osobowych. Dodatkowo umożliwi to wdrożenie oraz nabranie doświadczenia przez nowo zatrudnionych pracowników	Uwaga nieuwzględniona. Ustawa wprowadza podział ZRM P na 2 i 3 – osobowe. Ich liczbę i rozmieszczenie będzie ustalał wojewoda, w porozumieniu z dysponentami i OW NFZ. Ze względu na brak odpowiedniej liczby pielęgniarek i ratowników medycznych nie ma możliwości przekształcenia wszystkich podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w trzyosobowe zespoły.
163.	Krajowe Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 16 Ustawa o Działalności Leczniczej Dopisać obowiązek wypłacenia należnych dodatków z art. 99 wraz z odsetkami od 01.07.2023 r. dla dysponentów którzy zaniechali wypłacania przywołanych dodatków oraz nie wypłacania wstecznego dla tych którzy zachowali ciągłość wypłacania po 01.01.2023 i 01.07.2023 r. Brak nakazy wypłacania wstecznego powoduje stratę finansową dla ratowników medycznych którzy tych dodatków nie otrzymywali od 01.01.2023 r. również wymaga doprecyzowania wypłacenie z odsetkami za okres od 01.01.2023 r. do czasu rozpoczęcia wypłacania	Uwaga nieuwzględniona. Projektowany przepis jest podstawą do wypłacenia dodatków od 1 lipca 2023 r. Przed tym czasem istniała podstawa prawna do wypłacania dodatków – art. 47 a ustawy o ch. zakaźnych
164.	Krajowe Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art.99 b Ustawa o Działalności Leczniczej art. 99b. Dodatek przysługujący pracownikom jednostek systemu państwowe ratownictwo medyczne zgodne z artykułem 32 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym dopisać oraz ratownikom medycznym zatrudnionym w SOR/IP przysługuje dodatek w wysokości 20% pensji zasadniczej/podstawy wynagrodzenia oraz do każdej godziny pracy ratownikom medycznym zatrudnionym w oparciu o UCPI,UZ. Uzasadnienie: Brak uprawnomocnienia dodatku dla ratowników medycznych zatrudnionych w szpitalnych SOR/IP doprowadzi do dużej dysproporcji	Uwaga nieuwzględniona. Dodatki 45 i 65 % już przysługują ratownikom medycznym w SOR i IP. Projekt zakłada ich wypłatę również członkom ZRM wykonującym zawód medyczny. Natomiast nie przewiduje prawa do ww. dodatków dla osób nie wykonujących zawodu medycznego w jednostkach systemu PRM, zatrudnionych na innych umowach niż umowa o pracę czy poza podmiotem leczniczym (np. dyspozytornie medyczne) .

		wynagrodzeń pomiędzy jednostkami systemu co może doprowadzić do braków obsadach w SOR/IP	
165.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 ustawy o zmianie ustawy o PRM – nowy przepis Zasadnym jest wprowadzenia ustawowej definicji członka załogi HEMS (Zespołu Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego; HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service) oraz misji HEMS. Powyższe wynika z faktu, że czynności które są wykonywane podczas codziennej pracy przez ratownika medycznego i pielęgniarkę systemu w bardzo niewielkim stopniu są tożsame z pracą w zespołach naziemnych. Rozpoczynając od najtrudniejszych medycznych czynności ratunkowych, których intensyfikacja w lotniczych zespołach ratownictwa medycznego jest największa, poprzez bardzo szeroką część operacyjno-lotniczą. Procedury z zakresu operacyjno-lotniczego, które wykonywane są to m.in. pomoc pilotowi w nawigacji oraz obsłudze urządzeń pokładowych śmigłowca, realizacja procedur związanych z lotem, obsługą statku powietrznego oraz procedurami awaryjnymi. Dodanie nowych definicji w art. 3 ustawy o PRM a w konsekwencji zmiana art. 37 ust. 1 ustawy o PRMoProponuje dodanie nowych definicji ustawowych w art. 3 ustawy o PRM:o„Członek załogi HEMS - członek personelu specjalistycznego udzielający świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych osobom w stanie zagrożenia zdrowia lub życia podczas realizacji misji HEMS. Jego nadrzędnym zadaniem jest pomoc pilotowi w zakresie operacyjnym, niezbędnym do realizacji misji HEMS przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego. Członkiem załogi HEMS może być ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu posiadający minimum 3 letnie doświadczenie w systemie PRM, którzy zgodnie z rozporządzeniem Komisji (UE) nr 965/2012 z dnia 5 października 2012 r. ustanawiające wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do operacji lotniczych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008:M- posiadają niezbędne kwalifikacje i umiejętności,M- ukończyli specjalistyczne przeszkolenie operacyjno-lotnicze z wynikiem pozytywnym,M- posiadają aktualne uprawnienia wynikające z regularnych sprawdzianów naziemnych i w locie oraz ciągłość praktyki operacyjnej”; M„Misja HEMS - lot śmigłowcem wykonywany zgodnie zatwierdzeniem HEMS, w celu udzielenia pomocy medycznej w nagłej potrzebie, kiedy zasadnicze znaczenie ma bezzwłoczny i szybki transport: a) personelu medycznego; b) środków medycznych (sprzętu, krwi, organów, leków); lub c) chorych lub rannych oraz innych osób, których to bezpośrednio dotyczyM 2. Art. 37 ust. 1 otrzymuje brzmienie:M„1. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz członka załogi HEMS”.	Uwaga nieuwzględniona. Przedstawione argumenty nie dają podstaw do tworzenia nowej grupy zawodowej i nie przewiduje się zmian w tym zakresie.

166.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 pkt 1) lit. h ustawy o zmianie ustawy o PRM Zaproponowana zmiana zmienia definicję Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) w ten sposób, że jej elementem składowym, obok obecnie tego, co rozumiemy jako SWD PRM, będzie Podsystem Zintegrowanej łączności (PZŁ). Tym samym, w porównaniu do stanu obecnego, przez SWD nie będziemy już rozumieć samego systemu teleinformatycznego umożliwiającego przyjmowanie zgłoszeń (z pozostałymi funkcjonalnościami), ale ten system plus PZŁ – i dopiero te dwa systemy łącznie będą składały się na definicję SWD. Takie rozwiązanie jest prawidłowe – SWD powinien być rozumiany łącznie z PZŁ, jako jeden funkcjonalny system. Ustawa, wprowadzając zgodnie z zamierzeniem definicję PZŁ, jednocześnie więc określa ten podsystem jako element SWD. Istotność jej więc sprowadza się do tego, że po nowelizacji system, który obecnie rozumiemy jako SWD zgodnie z ustawą, będzie tylko elementem definicji, zaś o samym SWD będziemy mówić dopiero w połączeniu z PZŁ. Niezależnie od powyższego, wydaje się, że wprowadzenie PZŁ do definicji SWD jako jego elementu, a nie oddzielnego systemu, może rodzić trudności na poziomie semantyki przyjętego w ustawie katalogu pojęć. Skoro bowiem przez PZŁ SWD PRM rozumiemy podsystem SWD (a więc innego systemu), to należałoby rozumieć go jako system powiązany z SWD, ale jednak odrębny. System, który jest podsystemem systemu określonego jako SWD, nie powinien więc jednocześnie definiowany jako sam SWD. O ile samo to rozwiązanie może nie budzić wątpliwości, należałoby przeanalizować je przez pryzmat pozostałych przepisów ustawy o PRM, dotyczących SWD – dla przykładu, zgodnie z art. 24a ust. 2 ustawy o PRM, utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie województwa zapewnia wojewoda. W rozumieniu nowych przepisów, te obowiązki realizowałby wojewoda również w odniesieniu do PZŁ, finansując je ze swojej części budżetu (ust. 3 pkt 2). W konsekwencji wprowadzonej zmiany zasadnym zdaje się również weryfikacja postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie systemu wspomagania dowodzenia państwowego ratownictwa medycznego (Dz.U. z 2019 r. poz. 1310), wydanego na podstawie art. 24g ustawy o PRM, w którym Minister Zdrowia określa m.in. minimalne funkcjonalności SWD, sposób utrzymania i zarządzania systemem – w obecnej jego treści dla przykładu § 7 rozporządzenia wskazuje na współpracę SWD PRM z podsystemem zintegrowanej łączności – wydaje się, że takie sformułowanie należałoby zmienić, skoro PZŁ stanowić będzie część definicji SWD.	Uwaga uwzględniona - zmiana art. 24a ust. 2 i art. 27a ust. 2. Zmiany w ustawie przekładają się w konsekwencji na zmianę aktów wykonawczych.
167.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 pkt 14) lit. a ustawy o zmianie ustawy o PRM W ocenie LPR, wprowadzana propozycja jest niezasadna i dodatkowo utrudni podmiotom zobowiązanym do udostępniania danych z SWD PRM realizację swoich obowiązków. Należy przede wszystkim zauważyć, że wprowadzane do przepisu podmioty, posiadają już uprawnienie do dostępu do wszystkich	Uwaga nieuwzględniona. W art. 24 b ust 2 wskazany katalog danych dotyczy informacji związanych z realizacją zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego oraz realizacją zdarzenia przez ZRM, w którym zawarte są dane szczególnie wrażliwe. W art. 24e ust. 3 uporządkowany i zaktualizowany został katalog podmiotów uprawnionych do

		danych przetwarzanych w SWD PRM na podstawie art. 24b ust. 2 ustawy o PRM. Dodawanie tych podmiotów w obrębie ustawy ponownie, zgodnie z propozycją, zdubluje to uprawnienie i jednocześnie je ograniczy – propozycja zakłada bowiem, że organy te nie będą posiadały uprawnienia do dostępu do danych o których mowa w ust. 2 pkt 6, co w sposób oczywisty kolidować będzie z uprawnieniem wynikającym z art. 24b ust. 2 ustawy o PRM. Proponowana zmiana tym samym z jednej strony powieli normę art. 24b ust. 2 ustawy o PRM a z drugiej, skutkować będzie wątpliwościami interpretacyjnymi po stronie podmiotów zobowiązanych do udostępniania danych przetwarzanych w SWD. LPR proponuje odstąpienie od wprowadzenia zmiany z jednoczesnym uporządkowaniem katalogu podmiotów uprawnionych do danych na podstawie zmienianego przepisu, poprzez usunięcie w art. 24e w ust. 3 pkt 1 ustawy o PRM – Narodowego Funduszu Zdrowia, który posiada dostęp do wszystkich danych przetwarzanych w SWD PRM na podstawie art. 24b ust. 2 ustawy o PRM, w związku z czym formułowanie dodatkowej podstawy prawnej w tym zakresie jest niezasadne. Dodatkowo LPR proponuje wprowadzenie zapisów dotyczących konkretnych danych, które mają być udostępniane z SWD PRM podmiotom uprawnionym do wnioskowania o udostępnienie danych.	otrzymania innych danych, o których mowa w ust. 2 tego przepisu. Dane te obejmują dane osobowe świadczeniobiorców oraz dane osobowe osób wykonujących zadania na różnych stanowiskach w systemie PRM, inaczej użytkowników systemu SWD PRM. Należy zauważyć, że katalog danych wymienionych w art. 24e ust. 2 dotyczy innej grupy danych i powiązanie osób obsługujących dane zdarzenia lub mających dostęp do dokumentacji medycznej z pacjentem i są niezbędne do przekazania wymienionym podmiotom w przypadku prowadzonego przez nie postępowania.
168.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 pkt 15) oraz Art. 1 pkt 18) ustawy o zmianie ustawy o PRM Uchylenie art. 24f ustawy o PRM, określającego zasady przechowywania i rejestrowania nagrań, związane jest z jednoczesną modyfikacją art. 25c ustawy o PRM. Obecnie, art. 24f ustawy o PRM odnosi się do nagrań rejestrowanych w SWD PRM, natomiast art. 25c do nagrań rejestrowanych z wykorzystaniem łączności radiowej. Nowelizacja proponuje scalenie obu tych przepisów w jeden, odnoszący się wyłącznie do nagrań rejestrowanych w SWD PRM. Sztywne wskazanie w przepisie okresu przechowywania nagrań należy ocenić pozytywnie – obecny przepis, posługujący się wyrażeniem „co najmniej” koliduje z zasadą niszczenia nagrań po upływie tego terminu. Wyraźne i jednoznaczne określenie terminu 3-letniego nie będzie tym samym budzić wątpliwości, kiedy nagrania powinny zostać zniszczone. O scaleniu obu przepisów skutkuje nałożeniem obowiązku rejestrowania i przechowywania nagrań na wojewodę. To ten podmiot będzie odpowiedzialny za ich przechowywanie, co kłóci się z propozycją obciążenia obowiązkiem niszczenia nagrań administratora SWD. Skoro bowiem mocą ustawy nakazujemy wojewodzie przechowywać nagrania przez okres 3 lat, wojewoda powinien mieć jednocześnie możliwość wywiązania się z tego obowiązku, niszcząc nagrania po upływie tego okresu. To zadanie natomiast ma wykonywać podmiot inny – administrator SWD. Powyższe rozwiązanie może prowadzić do sytuacji, w których po upływie 3-letniego okresu przechowywania, na skutek braku działania po stronie administratora SWD, wojewoda będzie	Uwaga uwzględniona – zmiana brzmienia art. 24f – kwestia dotycząca rejestracji nagrań rozmów prowadzonych na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego została uregulowana poprzez zmianę brzmienia art. 24f, w którym uwzględniono informacje dotyczące tego, kto jest administratorem nagrań rozmów zarejestrowanych w SWD PRM, kto może je udostępniać i na jakich zasadach, a także kwestia nagrań rozmów w przypadku awarii PZŁ SWD PRM.

		przechowywał nagrania po upływie tego okresu, nie posiadając do tego legitymacji prawnej i naruszając omawianą normę. W związku z powyższym, w ocenie LPR w wyniku noweli omawianego przepisu i scalenia go z aktualną treścią art. 24f, powinno zostać zachowane dotychczasowe brzmienie uchylanego artykułu w zakresie wskazania, że rejestrowanie i przechowywanie nagrań zapewniane jest przez SWD PRM. Powyższa propozycja będzie spójna z obowiązkiem niszczenia nagrań po upływie okresu ich przechowywania a także odzwierciedli faktyczny proces ich rejestracji i przechowywania – obowiązek ten w istocie nie jest realizowany przez wojewodę, tylko przez administratora systemu. Dodatkowo, celem doprecyzowania zakresu obowiązywania przepisu, w ocenie LPR zasadnym jest wskazanie, że dotyczy on nagrań rozmów z wykorzystaniem dostępnych form łączności innych niż formy łączności realizowane przy wykorzystaniu SWD PRM. Zmiana treści na: 18) w art. 25c ustawy o PRM: a) ust. 1 otrzymuje brzmienie: „1. W ramach SWD PRM zapewnia się rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: m1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – z wykorzystaniem form łączności realizowanych przez SWD PRM.” W związku z powyższym zasadnym będzie także unormowanie kwestii rejestrowania i przechowywania nagrań poza systemem SWD poprzez dodanie w art. 25c ustawy o PRM ust. 1a: „1a. Poza systemem SWD wojewoda zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów”.	
169.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 pkt 18) lit. a ustawy o zmianie ustawy o PRM Zapis dotyczy nagrań wytworzonych w ramach SWD PRM. Wojewoda nie ma narzędzi ani możliwości rejestrowania nagrań i ich usuwania. Nagrania docelowo gromadzone są na zasobach centralnych.	Uwaga uwzględniona – zmienione brzmienie art. 24f.
170.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 ustawy o zmianie ustawy o PRM Dodanie pkt 3) do art. 26 ust. 1 ustawy o PRM Celem zmiany jest zachowanie ciągłości wykonywania obowiązków dyspozytora medycznego przez osoby zajmujące się monitorowaniem zdarzeń i szkoleniem dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego Dodanie pkt 3) do art. 26 ust. 1 ustawy o PRM: „3) w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na stanowisku dyżurnego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz stanowisku instruktora Centrum Szkoleniowego Ratownictwa	Uwaga nieuwzględniona. Ustawa o PRM ustanawia jedynie KCMRM jako jednostkę organizacyjną LPR i zadania, jakie ma ono pełnić. Ustawa nie określa struktury organizacyjnej KCMRM i nie wyróżnia w nim Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego ani Centrum Szkoleniowego KCMRM. Należy to do regulacji wewnętrznych LPR.

		Medycznego w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego”	
171.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 ustawy o zmianie ustawy o PRM Dodanie ust. 1c do art. 26 ustawy o PRM Uwzględnienie Centrum Operacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego (CO LPR) w systemie równoważnego czasu pracy, w którym jest dopuszczalne przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 24 godzin (w 3 miesięcznym okresie rozliczeniowym), jak w przypadku dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, wynika z doregulowania i wpisania do porządku prawnego specjalnego rodzaju dyspozytorni medycznej - Centrum Operacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, w którym w trybie całodobowym świadczą pracę dyspozytorzy medyczni oraz dyspozytorzy lotniczy. Dodanie ust. 1c do art. 26 ustawy o PRM w brzmieniu: „1c. Do pracowników zatrudnionych w Centrum Operacyjnym, o którym mowa w art. 26d, stosuje się ust. 1b”.	Uwaga uwzględniona. Zmieniono art. 26 ust. 1b ustawy o PRM
172.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 ustawy o zmianie ustawy o PRM - Modyfikacja zapisów w ustawie o PRM Modyfikacja zapisu art. 27b ust. 9 ustawy o PRM Celem zmiany jest usprawnienie procesu rejestracji uczestników na kursy prowadzone przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Zmiana treści na: „9. Do dnia 30 listopada KCMRM udostępnia i przekazuje Wojewodom informację z wykazem terminów kursów oraz liczbą dostępnych miejsc w roku następnym.” W konsekwencji zasadnym będzie uchylene art. 27b ust. 10 ustawy o PRM, zgodnie z którym: „Do dnia 20 listopada każdego roku KCMRM informuje wojewodę, o którym mowa w ust. 9, o terminie kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego w roku kolejnym”.	Uwaga nieuwzględniona. Zasadnym jest, aby wojewoda wskazywał KCMRM liczbę dyspozytorów, którzy zostaną skierowani na szkolenie. Na podstawie tych informacji KCMRM organizuje stosowne kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.
173.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 ustawy o zmianie ustawy o PRM - Modyfikacja zapisów w ustawie o PRM Modyfikacja zapisu art. 27b ust. 18 pkt 1) ustawy o PRM Celem zmiany jest usprawnienie procesu powoływania komisji egzaminacyjnej na egzaminy prowadzone przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego w związku z problemem pozyskania lekarzy systemu jako przewodniczącego egzaminów. Zmiana treści na: „1) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej lub wskazanego przez niego lekarza systemu lub ratownika medycznego lub pielęgniarkę/rza systemu jako przewodniczącego.”	Uwaga uwzględniona
174.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 ustawy o zmianie ustawy o PRM - Modyfikacja zapisów w ustawie o PRM Modyfikacja zapisu art. 26 ust. 2b pkt 2) ustawy o PRM Celem zmiany jest zachowanie ciągłości wykonywania obowiązków dyspozytora medycznego przez osoby zajmujące się monitorowaniem zdarzeń	Uwaga nieuwzględniona. Praca na dyspozytorni medycznej polega na realizacji innych zadań niż praca w charakterze dyżurnego centrum monitorowania ratownictwa medycznego, instruktora centrum szkoleniowego ratownictwa medycznego w Krajowym Centrum

		i szkoleniem dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Modyfikacja pkt 2: „2) przez okres co najmniej 3 lat w okresie ostatnich 4 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego, dyżurnego centrum monitorowania ratownictwa medycznego, instruktora centrum szkoleniowego ratownictwa medycznego w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego lub na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego”	Monitorowania Ratownictwa Medycznego lub na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
175.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 ustawy o zmianie ustawy o PRM - Modyfikacja zapisów w ustawie o PRM Modyfikacja zapisu Art. 26 ust. 2c pkt 2) ustawy o PRM Uzasadnienie: Zachowanie ciągłości wykonywania zawodu dyspozytora medycznego przez osoby zajmujące się monitorowaniem zdarzeń i szkoleniem dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Modyfikacja pkt 2: „2) przez okres co najmniej 2 lat w okresie ostatnich 3 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego, dyżurnego centrum monitorowania ratownictwa medycznego, instruktora centrum szkoleniowego ratownictwa medycznego w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego lub na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego”	Uwaga nieuwzględniona. Praca na dyspozytorni medycznej polega na realizacji innych zadań niż praca w charakterze dyżurnego centrum monitorowania ratownictwa medycznego, instruktora centrum szkoleniowego ratownictwa medycznego w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego lub na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
176.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 1 ustawy o zmianie ustawy o PRM – nowy przepis Dodanie pkt 9) do art. 27 ust. 1 ustawy o PRM Celem zmiany jest usprawnienie wymiany informacji pomiędzy dyspozytorami medycznymi a Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Dodanie do art. 27 ust. 1 ustawy o PRM pkt 9): „9) współpraca oraz wymiana informacji z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego”	Uwaga uwzględniona.
177.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 4 i 15 ustawy o zmianie ustawy o PRM Zgodnie z proponowanym art. 4 ustawy o zmianie ustawy o PRM odnoszącym się do zmiany ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 i 854) w art. 95d w ust. 2 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu: „1a) zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;”. Jednocześnie przewidziano przepis przejściowy (art. 15 ustawy o zmianie ustawy o PRM), zgodnie z którym zmiana ta stosowana będzie do wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji złożonych po dniu wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o PRM. Odnosząc się do powyższej regulacji należy podnieść, że wyłączenie LPR jedynie w zakresie lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, powoduje, że w pozostałym zakresie będzie zobowiązane do	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 4 (obecnie art. 3): „W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(Dz. U. z 2024 r. poz. 146 i 854) w art. 95d ust. 2: 1) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu: „1a) zespołu ratownictwa medycznego;”; 2) po pkt 1 dodaje się pkt 1b w brzmieniu: „1b) dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia;”; 3) uchyla się punkt 2.”.

		uzyskiwania oceny celowości inwestycji (OCI) w tym inwestycji dotyczących: Organizacji Obsługowej (zajmującej się m.in. obsługą techniczną statków powietrznych), sprzętu IT, Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Konieczność uzyskiwania OCI dla wszystkich inwestycji powyżej 2 mln zł (nie wyłączonych z tego obowiązku w ramach ww. regulacji) wręcz zablokuje możliwość przyznawania LPR jakichkolwiek środków inwestycyjnych, bowiem wypełniając Formularz Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia w zakresie kryteriów oceny inwestycji uzyskując 22,61 pkt., gdzie 950 pkt. stanowi minimalny próg do uzyskania pozytywnej opinii. Kryteria zawarte w formularzu w żaden sposób nie przystają do działalności prowadzonej przez LPR. Należy zaznaczyć, że działalność LPR, w tym inwestycyjna, finansowana jest na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, a nie na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co mogłoby tłumaczyć brzmienie kryteriów zawartych w ww. formularzu. Jednocześnie należy wskazać, że zgodnie z art. 139a zd. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się OCI, może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. Art. 139a ustawy został wprowadzony na podstawie ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r. poz. 2345), co stanowiło kolejny krok do racjonalizacji wydatków inwestycyjnych w ochronie zdrowia. Zgodnie z uzasadnieniem do projektu tej ustawy (IX kadencja, druk sejm. nr 563; https://www.sejm.gov.pl/Sejm9.nsf/druk.xsp?nr=563), jej celem jest „eliminacja zjawiska nadpodaży usług medycznych, a także dostosowanie inwestycji w sektorze zdrowia do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa oraz umożliwienie świadczeniodawcy perspektywicznego rozwoju zgodnego z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi”. Ustawa w sposób istotny wiąże możliwość uzyskania kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ) od uprzedniego uzyskania pozytywnej OCI oraz dopuszcza wsparcie ze środków publicznych tylko tych przedsięwzięć inwestycyjnych, które odpowiadają istniejącym i prognozowanym potrzebom zdrowotnym na danym obszarze. LPR nie zawiera z NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, lecz działa w oparciu o dotacje podmiotowe i celowe, przyznawane przez Skarb Państwa – Ministra Zdrowia, w oparciu o PRM. Ponadto należy zwrócić uwagę, że LPR jest jedynym podmiotem realizującym zadania z zakresu lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczego transportu sanitarnego w	
--	--	---	--

		polskim systemie opieki zdrowotnej. Realizacja tych zadań nie byłaby też możliwa bez inwestycji związanych z działalnością LPR w pozostałym zakresie w tym inwestycji dotyczących: Organizacji Obsługowej (zajmującej się m.in. obsługą techniczną statków powietrznych), sprzętu IT itd. OZatem racjonalny prawodawca nie mógłby wymagać przedstawiania OCI (mając na uwadze powyżej przedstawione uzasadnienie) wobec jedyne podmiotu w kraju. Zaproponowana regulacja usankcjonuje konieczność uzyskiwania przez LPR OCI dla inwestycji planowanych do realizacji w ramach Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego w trybie określonym przepisami ustawy o świadczeniach opieki a których wartość szacunkowa przekracza kwotę 2 mln zł. Tym samym w istocie nie będą one mogły być realizowane - z uwagi na konieczność uzyskania OCI. Zgodnie z art. 24a ust. 1 i 2 ustawy o PRM, minister właściwy do spraw zdrowia nadzoruje System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (pkt 1), zwany dalej "SWD PRM"; określa kierunki rozwoju SWD PRM (pkt 2); jest administratorem SWD PRM (pkt 3); jest podmiotem odpowiedzialnym za rozbudowę i modyfikacje SWD PRM (pkt 4). Wojewoda zapewnia utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie województwa. Natomiast zgodnie z art. 24a ust. 4 ustawy, zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 3 (administrowanie SWD PRM) i 4 (rozbudowa i modyfikacja SWD PRM), minister właściwy do spraw zdrowia powierza dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Jednocześnie zgodnie z art. 24a ust. 7 ustawy minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje zakupu sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych. Powyższe zadania są realizowane przez KCMRM, będące komórką organizacyjną LPR. Uzyskiwanie przez LPR oceny celowości inwestycji związanych z administrowaniem SWD PRM, rozbudową i modyfikacją SWD PRM w trybie ustawy o świadczeniach prowadzi do wniosku, że Minister Zdrowia będzie opiniował inwestycje związane z jego ustawowymi zadaniami a które w istocie zostały powierzone do realizacji przez LPR. W konsekwencji będzie to inwestycja realizowana zgodnie z ustawą PRM przez Ministra Zdrowia. Przykładem inwestycji o której mowa wyżej, jest planowane do realizacji w roku bieżącym zadanie wymiany konsol dyspozytorskich na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych przyjmujących oraz na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, zlokalizowanych w dyspozytorniach medycznych wszystkich urzędów	
--	--	--	--

		wojewódzkich na terenie kraju. Gwarancja na konsule upływa pod koniec roku, w związku z czym niezbędna jest ich wymiana. Zadanie to, przewidziane w art. 24a ust. 7 ustawy PRM, realizowane było przez LPR na podstawie udzielonego przez Ministra Zdrowia pełnomocnictwa (które obecnie wygasło w związku ze zmianą na stanowisku dyrektora LPR) – nie jest to więc inwestycja podejmowana samodzielnie przez podmiot leczniczy, którą należałoby rozpatrywać na gruncie wskazanych przepisów ustawy o świadczeniach, lecz jej podjęcie stanowi wykonanie przez LPR zadania ustawowego Ministra Zdrowia, dokonywane w granicach udzielonego upoważnienia. Tym samym, w ocenie LPR, wszelkie ryzyka związane z brakiem zastosowania w tym przypadku przepisów ustawy o świadczeniach, jak brak racjonalnych przesłanek do realizacji inwestycji czy nieodpowiednie zaadresowanie potrzeb zdrowotnych skutkujące nadpodażą na lokalnym rynku usług potrzeb zdrowotnych, nie będą mogły w rozpatrywanej sytuacji zaistnieć. Ponadto LPR wykonuje obecnie obowiązki wynikające z administrowania System zarządzający Trybami Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR), o którym mowa w art. 33a ust. 4 ustawy o PRM oraz wykonuje obowiązki administratora danych przetwarzanych w TOPSOR. Mając na uwadze powyższe, a w szczególności szeroki i złożony realizowany zakres zadań przez LPR, w celu wyeliminowania wątpliwości w zakresie tego jaki inwestycje zwolnione są z OCI zasadnym jest wyłączenie podmiotowe LPR z konieczności uzyskiwania OCI. Na marginesie i niezależnie od powyższego, należy także zauważyć, że zgodnie z art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy PRM, ZRM i LZRM są jednostkami wchodzącymi w skład podmiotów leczniczych – tym samym, same nie są podmiotami leczniczymi w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej. Zgodnie z art. 95d ust. 1 w zw. z art. 95e ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach, do składania wniosków zobowiązane są podmioty wykonujące działalność leczniczą (podmioty lecznicze), w związku z czym, wyłączenie powinno dotyczyć tych podmiotów, a nie ich jednostek organizacyjnych – a więc dysponentów ZRM i dysponenta LZRM. Proponuję dodanie w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 95d w ust. 2 nowego pkt 7 w brzmieniu: „p,7) zadań realizowanych przez dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia”.	
178.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 5 i 16 ustawy o zmianie ustawy o PRM Zaproponowana zmiana w art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), przewiduje stworzenie podstawy prawnej do wypłaty dodatków w wysokości 45% i 65% wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze	Uwaga nieuwzględniona. Nowelizacja art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) – zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”, polegająca na wprowadzeniu na stałe regulacji, która do lipca 2023 r. (w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii) obowiązywała na mocy art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z

	nocnej dla członków zespołów ratownictwa medycznego - z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 2023 r. Zasadnym jest rozszerzenie kręgu uprawnionych o pracowników zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w Lotniczym Zespole Ratownictwa Medycznego oraz Samolotowym Zespole Transportowym. Powyższe wynika z faktu, że pracownicy, którzy nie wykonują zawodu medycznego, realizują jednak zadania wspólnie z pracownikami wykonującymi zawód medyczny, a bez ich pracy udzielenie pomocy nie byłoby możliwe. Do grupy tych pracowników należą piloci w Lotniczych Zespołach Ratownictwa Medycznego oraz piloci w Samolotowym Zespole Transportowym. W przypadku grupy zawodowej pilotów należy pamiętać o sytuacji, która wystąpiła w LPR w momencie nieuwzględnienia jej w wypłacanym, jedynie dla pracowników wykonujących zawód medyczny, dodatku w związku ze zwalczaniem pandemii COVID-19. W przypadku dyspozytorów lotniczych również występuje duża presja nad włączeniem ich do kręgu uprawnionych do otrzymywania dodatku za pracę w porze nocnej oraz w niedzielę i święta. Ta grupa zawodowa realizuje zadania, w centrum operacyjnym LPR, wspólnie z dyspozytorami medycznymi, w warunkach pracy zmianowej. Celem zachowania jednolitości systemowej proponowanych zmian zasadnym jest przyznanie dodatków od dnia 1 lipca 2023 r. Należy mieć też na uwadze, że zgodnie z art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), pracownicy wykonujący zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139) zatrudnieni w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń przez całą dobę, w tym personel medyczny zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), otrzymali prawo do dodatków za pracę w porze nocnej, w niedzielę i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, o których mowa w art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2022 r. poz. 633, z późn. zm.). Obecnie obowiązek wypłaty tego dodatku w związku z ustaniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii został zakończony – z dniem 1 lipca 2023 r. W związku z czym LPR nie wypłacał przedmiotowego dodatku od dnia 1 lipca 2023 r. dla ww. osób wykonujących zawód medyczny. Wymaga podkreślenia, że wypłacanie tego dodatku jedynie pracownikom medycznym bez jednoznacznej podstawy prawnej mogło też narazić Lotnicze Pogotowie Ratunkowe na zarzuty nierównego traktowania innych grup zawodowych. Projektowana ustawa o zmianie ustawy o PRM w art. 5 zmienia art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, poprzez	2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), nakłada na podmioty lecznicze obowiązek wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedzielę i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, a więc analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 47a ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przepis ten swoim zakresem obejmował pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), a więc osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych. Przedmiotowa regulacja nie miała zastosowania wobec członków LZTS czy też osób niewykonujących zawodu medycznego (pilotów) ani też osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych. Procedowana obecnie zmiana przepisu art. 99 ustawy o działalności leczniczej przewidująca dodatki za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedzielę i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, obejmie jedynie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dodatki będą zatem przysługiwały tylko członkom LZRM wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym na podstawie umów o pracę.
--	---	---

		oznaczenie dotychczasowej treści jako ust. 1 i dodanie ust. 2 w brzmieniu: r „2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”. rW związku z czym proponuję dodanie nowego ust. 3 i 4 w art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej w następującym brzmieniu: r„3. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także pracownikom zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w lotniczym zespole ratownictwa medycznego, a który nie przysługuje im na podstawie ust. 2. a4. Przepis ust. 3 stosuje się do pracowników zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w lotniczym zespole transportu sanitarnego, w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.”; aW konsekwencji art. 16 ust. 1 ustawa o zmianie ustawy o PRM powinien otrzymać brzmienie: a„ Art. 16. 1. Przepis art. 99 ust. 2 - 4 ustawy zmienianej w art. 5, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do wynagrodzeń należnych od dnia 1 lipca 2023 r.”.	
179.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Nowy art. Dot. zmiany ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2024 r. poz. 281) Uwaga o charakterze ogólnym: Umożliwienie przetaczania krwi lub jej składników przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych w trakcie transportów międzyszpitalnych realizowanych przez zespoły lotniczego transportu sanitarnego. Zasadnym jest wprowadzenie stosownych przepisów, które rozszerzałyby możliwości terapeutyczne w zakresie przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych w trakcie transportów międzyszpitalnych realizowanych przez zespoły lotniczego transportu sanitarnego (transporty ratownicze pacjentów w stanie ciężkim w celu zapewnienia im specjalistycznych, czy też wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych ratujących zdrowie i życie). jObecnie dochodzi do sytuacji, w wyniku której nie ma możliwości kontynuacji transfuzji w trakcie transportu międzyszpitalnego (realizowanego przez LPR) w przypadku, kiedy została ona już rozpoczęta w szpitalu zlecającym transport. W przypadkach lotniczych transportów międzyszpitalnych brak odpowiednich uregulowań prawnych powoduje nieuzasadnione medycznie przerwanie przetaczania oraz konieczność utylizacji niewykorzystanej krwi lub jej składników. Kontynuacja rozpoczętego przetoczenia w trakcie transportu wykonywanego przez LPR umożliwia zachowanie ciągłości leczenia. Wymaga podkreślenia, że podanie krwi lub jej składników stanowi jeden z kluczowych	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem przedmiotowym nowelizacji.

		elementów leczenia pacjentów w ciężkim lub bardzo ciężkim stanie ogólnym, co w znacznym stopniu zwiększa rokowania przeżycia dla tych chorych. Zasady funkcjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i zespołów lotniczego transportu sanitarnego zapewniają sprawowanie bezpośredniego i osobistego nadzoru nad przetoczeniem przez lekarza, bowiem w skład lotniczego zespołu ratownictwa medycznego lub lotniczego zespołu transportu sanitarnego zawsze wchodzi lekarz zobligowany, w każdym przypadku transportu pacjenta, do sprawowania nad nim osobistej opieki. Powyższe umożliwia również szybkie zastosowanie odpowiedniego leczenia w przypadku niepożądanego zdarzenia poprzetoczeniowego. Wiele zagranicznych podmiotów będących dysponentami lotniczych i naziemnych zespołów ratownictwa medycznego dysponuje możliwością przetaczania krwi lub preparatów krwiopochodnych, nie tylko w trakcie transportów międzyszpitalnych, ale również bezpośrednio w miejscu zdarzenia (wypadku, zachorowania). Przykładowymi podmiotami w tym zakresie są: 1. Australia's Ambulance Victoria (Australia) 2. London's Air Ambulance (Wielka Brytania) 3. Päijät-Häme EMS (Finlandia) 4. Luftambulansetjenesten HF (Norwegia) 5. Norsk Luftambulanse (Norwegia) 6. New South Wales (NSW) (Australia) 7. Akutlaegehelikopter (Dania) 8. Magyar Légimentő Nonprofit Kft. (Węgry) 9. National 'Service d'Aide Médicale Urgente' – SAMU (Francja) 10. Ponad 121 dysponentów naziemnych i lotniczych zespołów ratownictwa medycznego w USA (stan na 09.2023) w ramach ogólnokrajowego programu dot. dostępności krwi i preparatów krwiopochodnych na etapie przedszpitalnym 11. Greater Sydney Area HEMS (Australia) 12. HEMS we Włoszech – 4 dysponentów. Rozszerzenie możliwości terapeutycznych LPR o przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych spotkało się z pozytywną opinią konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Przedmiotowa zmiana stanowić będzie pierwszy etap wdrożenia w LPR docelowych rozwiązań, polegających na możliwości stosowania krwi i preparatów krwiopochodnych również podczas realizacji medycznych czynności ratunkowych w miejscu zdarzenia. Wymaga podkreślenia, że proponowany pierwszy etap wdrożenia nie będzie się wiązał z ponoszeniem kosztów. Należy nadmienić, że zmiany w powyższym zakresie zostały zawarte w procedowanym projekcie ustawy o krwiodawstwie i krwiolecznictwie.	
--	--	---	--

		Prowadzone prace legislacyjne były procedowane do etapu uzgodnień, opiniowania i konsultacji publicznych, pod numerem UC 117 (https://legislacja.gov.pl/projekt/12370103) w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów. Jednakże, w związku z zakończeniem kadencji Rządu i powołaniem nowej Rady Ministrów oraz obowiązującą zasadą dyskontynuacji prac, prace legislacyjne dotyczące ww. projektu zostały zakończone. Ww. projekt ustawy zakładał umożliwienie przetaczania krwi lub jej składników przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego w przypadkach wymagających pilnej transfuzji (wstrząs krwotoczny w przebiegu ciężkich obrażeń ciała lub krwotoków innego pochodzenia) oraz w trakcie transportów międzyszpitalnych realizowanych przez zespoły lotniczego transportu sanitarnego. Poniżej wskazane zmiany w ustawie z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2024 r. poz. 281).	
180.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Nowy art. dot. zmiany ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2024 r. poz. 281) LPR wnioskuje o wprowadzenie zapisów, które rozszerzają katalog podmiotów, które mogą dokonywać przetaczania krwi lub jej składników. W art. 21 w ust. 1 po pkt 2 proponuję wprowadzić pkt 3 w brzmieniu: „3) lekarz wykonujący zawód w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i samolotowego zespołu transportowego w ramach transportu sanitarnego.”.	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem nowelizacji.
181.	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Nowy art. dot. zmiany ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. z 2024 r. poz. 281) Aktualny stan prawny, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 października 2017 r. w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Dz. U. z 2023 r. poz. 1742) nie pozwala na przetaczanie krwi i jej składników poza jednostkami udzielającymi całodobowych i stacjonarnych świadczeń zdrowotnych. W związku z czym szczegółowe zasady realizacji czynności związanych z przetoczeniem krwi i jej składników przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego i samolotowy zespół transportowy w ramach transportu sanitarnego powinny być określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W konsekwencji zasadnym jest zmiana delegacji do ww. rozporządzenia. W art. 21 ust. 8 po pkt 1 powinno się dodać pkt 1a w brzmieniu: „1a) zasady realizacji czynności związanych z przetoczeniem krwi i jej składnikami przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego i samolotowy zespół transportowy w ramach transportu sanitarnego;”	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem nowelizacji.

182.	Naczelna Rada Lekarska	Samorząd lekarski od wielu miesięcy jest informowany o problemach związanych z modelem funkcjonowania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i podziela pogląd, że należy poczynić starania, aby usprawnić działanie systemu PRM. Głównym tematem sygnalizowanym samorządowi lekarskiemu był problem z zapewnieniem obsady lekarskiej w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego, w których - zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym - powinien być lekarz systemu. Przedstawiony do konsultacji publicznych projekt nowelizacji ustawy ma na celu uporządkowanie i usprawnienie działania Systemu Ratownictwa Medycznego oraz Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, w ocenie samorządu lekarskiego nie zawiera on jednak szczegółowych rozwiązań dotyczących likwidacji deficytu kadry lekarskiej. W tym celu należy przeprowadzić rzetelną ocenę wielu czynników organizacyjnych, prawnych, finansowych z uwzględnieniem specyfiki wykonywanej pracy lekarza systemu. Wśród przyczyn organizacyjnych wpływających na istnienie niedoborów lekarzy w zespołach ratownictwa medycznego typu S można wskazać, że System Wspomagania Dowodzenia (dalej: SWD PRM) nie rozróżnia funkcjonalnego podziału na zespoły specjalistyczne oraz podstawowe. Niezależnie od typu wezwania czy kodu pilności, SWD PRM sugeruje dysponowanie najbliższego dostępnego zespołu ratownictwa medycznego według danych z GPS. Niejednokrotnie zespół ratownictwa medycznego typu S jest kierowany tylko dlatego, że znajduje się nieco bliżej miejsca wezwania lub dłużej przebywa na statusie „gotowy w bazie” - bez uwzględnienia zasadności użycia tej jednostki. Powoduje to nieoptymalne wykorzystanie zasobów kadrowych. Zespoły ratownictwa medycznego typu S są więc często dysponowane do zdarzeń niewymagających wsparcia ze strony lekarza systemu. To z jednej strony wpływa na atrakcyjność pracy i tym samym na obsadę lekarską, ponieważ tego rodzaju praca nie jest adekwatna do umiejętności i kwalifikacji osób będących specjalistami w zakresie medycyny stanów nagłych, a z drugiej redukuje liczbę zespołów S gotowych do zadysponowania w danym momencie. Jednym z czynników, które mogłyby wpłynąć na poprawę sytuacji kadrowej, byłoby dookreślenie wskazań do dysponowania zespołów specjalistycznych poprzez ograniczenie ich do najbardziej poważnych stanów i zdarzeń wymagających udziału lekarza systemu, takich jak np. zdarzenia mnogie i masowe, urazy wielonarządowe z naciskiem na urazy czaszkowo-mózgowe, głębokie niewydolności narządowe czy sytuacje, w których w ocenie kierownika ZRM typu P potrzebne jest wsparcie ze strony lekarza systemu. Na obsadę zespołów ratownictwa medycznego typu S niekorzystnie wpływa także swego rodzaju przedłużający się „okres przejściowy”, w którym za brak lekarza nie są nakładane kary	Na chwilę obecną nie planuje się zmian w zakresie zadań specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. Wątpliwości budzi możliwość „skatalogowania” przypadków, do których miałyby wyjeżdżać specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego. Zniesienie kar umownych jest rozwiązaniem tymczasowymi będzie obowiązywało do połowy 2025 r.
------	------------------------	---	--

		umowne, a zespół ratownictwa medycznego, mimo braku z nim lekarza, nadal funkcjonuje jako zespół typu S. Samorząd lekarski wielokrotnie wskazywał, że zniesienie kar umownych za brak lekarza był w okresie po epidemii koronawirusa rozwiązaniem słusznym i koniecznym, ale musi pozostać tylko rozwiązaniem doraźnym, należy natomiast jak najszybciej doprowadzić do tego, aby dysponenti dokonali pełnego obsadzenia zespołów ratownictwa medycznego typu S lekarzami systemu.	
183.	Naczelna Rada Lekarska	Wątpliwości Prezydium NRL wywołuje też dodanie do art. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym punktu 3b mówiącego o tym, że za lekarza systemu uważa się lekarza, który od minimum 2 lat odbywa szkolenie specjalizacyjne i uzyskał potwierdzenie od kierownika specjalizacji posiadania wiedzy i umiejętności umożliwiających wykonywanie zadań lekarza systemu. Specjaliście będącemu kierownikiem specjalizacji lekarza w warunkach szpitalnych trudno będzie ocenić, czy jego specjalizant jest gotowy do pracy jako lekarz systemu. Należy więc zaproponować zapis, że za lekarza systemu uważa się lekarza, który od minimum 2 lat odbywa szkolenie specjalizacyjne."	Uwaga nieuwzględniona.
184.	Naczelna Rada Lekarska	Zastrzeżenia Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej budzi projektowany art. 3 pkt. 3 lit. c-f w związku z art. 38a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który będzie nakładać na lekarzy systemu (z wyłączeniem lekarzy posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej albo lekarza po drugim roku specjalizacji w jednej z tych dziedzin, lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie intensywnej terapii albo lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie) obowiązek odbycia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Niedopełnienie obowiązku odbycia kursu skutkować będzie brakiem możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Po pierwsze, wątpliwości budzi nakładanie na lekarzy specjalistów posiadających specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, neurologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, obowiązku odbycia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Po drugie, nakładanie na lekarzy obowiązku cyklicznego ponawiania tego samego kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego co 48 miesięcy jest nieuzasadnione, zwłaszcza jeśli w międzyczasie osoby te nieprzerwanie pracowały w systemie PRM. Należy przyjąć, że lekarz, który ukończył ten kurs, nabył już wystarczających kwalifikacji do wykonywania zawodu w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Po trzecie doprecyzowania wymaga, jaki rodzaj kursu to miałby być i celowe byłoby też doprecyzowanie na szczeblu ustawowym zasad jego akredytowania.	Uwaga nieuwzględniona. Lekarze są obowiązani do uczestniczenia w kursach w ramach doskonalenia zawodowego. Okres 48 miesięcy, został dostosowany do tego okresu. Podkreślić należy, że wytyczne Europejskiej Rady resuscytacji podlegają aktualizacji, co wiąże się z nowymi rozwiązaniami przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia. Podnoszenie i aktualizacja umiejętności jest w interesie lekarzy jak i pacjentów.

		Do tego sprzeciw budzi, że koszt tego szkolenia prawdopodobnie będzie musiał pokrywać lekarz z własnych środków, ponieważ ustawa nie wprowadza obowiązku finansowania go przez pracodawcę. Po trzecie, nieuzasadnione jest nakładanie obowiązku odbycia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na lekarzy systemu, którzy weszli do systemu PRM przed projektowaną nowelizacją ustawy – lekarze ci, pracując w systemie PRM, sprawdzili się już jako wykwalifikowany personel i nie ma potrzeby odbywania przez nich kursu.	
185.	Naczelna Rada Lekarska	Zastrzeżenia budzi zmiana art. 21 ust. 3 pkt 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w której przewiduje się wprowadzenie normy jedynie 1 specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego na 10 zespołów podstawowych, co spowoduje dalsze obciążenie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, które już w chwili obecnej są niewydolne.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis został wprowadzony ustawą z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972) i obowiązuje od 26 września 2023 r.
186.	Naczelna Rada Lekarska	W projekcie ustawy nadal nie wprowadzono normy przeliczeniowej liczby zespołów ratownictwa medycznego na liczbę mieszkańców w danym obszarze, jak to ma miejsce w art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym dla szpitalnych oddziałów ratunkowych, gdzie przyjęto, że jeden SOR zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Odnosząc się do kwestii regulacji liczby SOR w stosunku do liczby mieszkańców Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej wskazuje, że również i ta zmiana budzi wątpliwości w zakresie, w jakim nie jest powiązana z właściwą obsadą lekarską SOR i liczbą łóżek na SOR oraz wystarczającą liczbą wolnych łóżek na pozostałych oddziałach, gdzie w praktyce często występuje kolizja w zakresie pierwszeństwa przyjęcia z pacjentami planowymi.	Uwaga nieuwzględniona. Liczba zespołów ratownictwa medycznego jest powiązana z ich rozmieszczeniem zapewniającym czasy dojazdu określone w art. 24 ustawy o PRM. Natomiast obecny projekt wskazuje na minimalną liczbę SOR określając parametr liczby ludności oraz czasu dojazdu do SOR. Stanowisko NRL nie zawiera propozycji rozwiązań.
187.	Naczelna Rada Lekarska	Zmiana dotycząca tzw. motocyklowych jednostek ratowniczych (art. 21 ust. 3 pkt 2 i art. 36 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym) nie znajduje racjonalnych podstaw w obecnym systemie PRM, który już cierpi na wyraźne braki kadrowe. Utworzenie dodatkowych jednostek motocyklowych, które mają pracować jedynie w sezonie wiosenno-letnim, wygeneruje dodatkowe koszty oraz spowoduje albo przesunięcie części personelu do tych jednostek ze standardowych zespołów ratownictwa medycznego, albo doprowadzi to sytuacji, w której jednostki motocyklowe pozostaną nieobsadzone, a zakupiony sprzęt nie będzie w pełni wykorzystany. Dodatkowo należy zauważyć, że do jednostek systemu dodano motocyklowe jednostki ratownicze, natomiast nie uwzględnia się w projekcie ustawy wodnych zespołów ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt określa maksymalną liczbę motocyklowych jednostek ratowniczych. Od decyzji wojewody zależy ustalenie ich liczby w wojewódzkim planie działania systemu, co się odbywa w porozumieniu z dysponentem oraz OW NFZ.
188.	Naczelna Rada Lekarska	Prezydium Naczelnej Rady Lekarskiej zgłasza zastrzeżenia także do projektowanego art. 45a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym,	Uwaga nieuwzględniona. Decyzję o skierowaniu pacjenta do konkretnego szpitala podejmuje kierownik zespołu ratownictwa medycznego, dyspozytor

	który stanowi, że maksymalny czas na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego do szpitala, gdzie działa szpitalny oddział ratunkowy, lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala. Realizacja tego obowiązku przez szpital będzie sankcjonowana nałożeniem kary umownej lub rozwiązaniem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Taki zapis może skutkować uszczupleniem roli szpitalnego oddziału ratunkowego, w którym zapewnia się zgodną z wiedzą medyczną pomoc w stanach nagłych. Wymuszenie przez zapis ustawowy przyjęcia pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w określonym czasie - do 15 minut może negatywnie wpływać na prawa innych pacjentów, którzy w świetle wiedzy medycznej mogą wymagać pilniejszego zaopatrzenia. Ponadto projektowany art. 45b ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Wymusza stosowanie kary umownej w oderwaniu do okoliczności, które przemawiały za odmową przyjęcia pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego na oddział szpitala. Dodatkowo projekt nowelizacji nie określa, jak czas 15 minut na przyjęcie pacjenta i przez kogo jest liczony i co dokładnie oznacza „przyjęcie pacjenta”. WProponuje się zatem dodanie do projektowanego art. 45a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym przepisów, które wskazywałyby na możliwość odmowy udzielenia świadczenia medycznego w przypadku, gdy dana jednostka szpitalna z przyczyn szczególnych nie jest w stanie udzielić pomocy właściwej pacjentowi, a przewiezienie pacjenta w trybie natychmiastowym do innej jednostki może bezpośrednio wpłynąć na zmniejszenie ryzyka następstw pogorszenia stanu zdrowia. Jako dopuszczalne przyczyny odmowy można wskazać np. brak pracowni hemodynamiki u pacjenta z podejrzeniem ostrych stanów sercowych, brak funkcjonującej tomografii komputerowej i teleradiologii w przypadku pacjentów z podejrzeniem udaru, czy nieprawidłową kwalifikację pacjenta i potrzebę przeprowadzenia diagnostyki pierwszorazowej w warunkach SOR lub innej, wyspecjalizowanej jednostki. Oczywiście odmowa przyjęcia pacjenta nie dotyczy pacjentów, których stan nie pozwala na dalsze transportowanie. Odmowa musiałaby być uzasadniona pisemnie stanem klinicznym pacjenta, a zespół ratownictwa medycznego musiałby dostać dokładne wytyczne, gdzie pacjent ma zostać przekierowany i konieczność przekierowania pacjenta musiałaby być ustalona przez lekarza jednostki szpitalnej z lekarzem dyżurnym oddziału docelowego. Odmowa przyjęcia pacjenta przez personel jednostki wyspecjalizowanej może być też w pewnych wypadkach podyktowana stanem wyższej konieczności i dobrem pacjenta, obecnie zdarza się, że lekarz, działając w imię wyższej konieczności i dobra pacjenta, postępuje niezgodnie ze sztywnymi normami prawnymi. zCzas	medyczny lub wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego. Podkreślić należy, że zespoły ratownictwa medycznego udzielają świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Na podstawie art. 27 ust. 1 pkt 6 ustawy o PRM zadaniem dyspozytora medycznego jest powiadomienie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W art. 45a dookreślono SWD PRM.
--	--	--

		na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalach powinien ponadto zostać wydłużony do 30 minut.	
189.	Naczelna Rada Lekarska	Dodanie art. 45c ust. 2 do ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, który przewiduje, że w przypadku martwego urodzenia dziecka w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, spowoduje, że podmioty prowadzące te szpitale będą ponosiły koszty związane z obsługą i przechowaniem zwłok – ustawa lub chociaż załączone do niej uzasadnienie powinny wyraźnie przewidywać mechanizm, w jakim koszty te zostaną w całości sfinansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ponadto należy doprecyzować kwestię, w jaki sposób szpital powinien zaewidencjonować przyjęcie zwłok martwo urodzonego dziecka przywiezionego do szpitala, w szczególności czy powstaje dla takiej sytuacji w szpitalu dokumentacja medyczna.	Uwaga nieuwzględniona. Przyjęcie zwłok dziecka martwo urodzonego powoduje podjęcie procedury przez szpital, takiej samej jak gdyby urodzenie nastąpiło w tym szpitalu. Zespół ratownictwa medycznego nie ma możliwości zebrania wszystkich danych, o których mowa w art. 53 i art. 54 ustawy Prawo o aktach stanu cywilnego.
190.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	art. 1 pkt 1 lit. c) Propozycja zmiany: „6) pielęgniarka systemu to: a) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, lub b) posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz co najmniej 3 letni staż pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2 lub c) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia pielęgniarki systemu przed nowelizacją ustawy o PRM i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2.iUzasadnienie: Definicja funkcjonująca dotychczas była wprowadzona w czasie, kiedy rozpoczynano szkolenia specjalizacyjne z pielęgniarstwa ratunkowego, co wiązało się z deficytem na rynku pracy pielęgniarek z tą specjalizacją. Obecnie nie ma przesłanek do zachowania poprzedniego brzmienia definicji. Należy utrzymać uprawnienia osób, które uzyskały kompetencje przed nowelizacją ustawy, tj. pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego,	Uwaga nieuwzględniona. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, nie wymagają ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy.

		pediatrycznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego.	
191.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	art. 1 pkt 1 lit. c) Proponuję dodać pkt 6a o treści: „6a. pielęgniarka po ukończeniu studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo rozpoczynająca pracę w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1 jest zobowiązana do ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w ciągu roku od rozpoczęcia pracy”. Uzasadnienie: Definicja pielęgniarki systemu nie daje możliwości rozpoczęcia pracy w systemie pielęgniarsce bezpośrednio po ukończonych studiach I stopnia, co może skutkować deficytem pielęgniarek systemu w kolejnych latach. Należy podkreślić, iż pielęgniarki po ukończeniu studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo posiadają szeroką wiedzę i umiejętności w poszczególnych dziedzinach medycyny i pielęgniarstwa b, w tym m.in. anestezjologii i pielęgniarstwa w zagrożeniu życia, pediatrii i pielęgniarstwa pediatrycznego, chorób wewnętrznych i pielęgniarstwa internistycznego, chirurgii i pielęgniarstwa chirurgicznego, medycyny ratunkowej.	Uwaga nieuwzględniona. Charakter pracy w jednostkach systemu PRM powoduje, że osoby udzielające świadczeń zdrowotnych muszą mieć odpowiednie przygotowanie. Podobne rozwiązania przyjęto w odniesieniu do lekarzy, zaś ratownicy medyczni przez cały okres studiów są przygotowywani do świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
192.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	art. 1 pkt 1 lit. c) Proponuję dodać pkt 6b o treści: „6b. pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi kompetencjami, w systemie państwowego ratownictwa medycznego i poza systemem państwowego ratownictwa medycznego”. Uzasadnienie: Kwalifikacje pielęgniarki systemu określone w art. 3 pkt 6 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, określone w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego pozwolą pielęgniarkom na realizację medycznych czynności ratunkowych i innych świadczeń zdrowotnych zgodnie z posiadanymi kompetencjami, nie tylko w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, ale także tam, gdzie wykorzystanie nabytych bardzo wysokich kwalifikacji i doświadczenia zostanie wykorzystane. Tożsame kwalifikacje do realizacji medycznych czynności ratunkowych poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, zgodnie z ustawą o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym posiadają także ratownicy medyczni.	Uwaga nieuwzględniona. Zakres czynności uregulowany jest w stosownym rozporządzeniu. Proponowane rozwiązanie wykracza poza zakres ustawy i ewentualna zmiana odnosi się do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497, z późn. zm.).
193.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	art. 1 pkt 2 lit. a) Proponuję zmianę brzmienia pkt 2:	Uwaga nieuwzględniona. Warunkiem uzyskania statusu jednostki współpracującej z systemem nie może być posiadanie określonej liczby

		„2. dysponują ratownikami, lub ratownikami medycznymi, lub pielęgniarkami systemu w liczbie niezbędnej do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia”. W jednostkach współpracujących z systemem PRM mogą pracować również pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni.	ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu. Istotą podejmowania czynności przez te jednostki jest kwalifikowana pierwsza pomoc, co oczywiście nie wyklucza możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych oraz pielęgniarki systemu w ramach tych jednostek.
194.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	art. 1 pkt 28 W pkt 28) projektu ustawy dotyczący dodania art. 38a ust. 3 pkt 1 proponuję dodanie nowej treści w brzmieniu: „3. Kursy, o których mowa w ust. 1 i 2 prowadzą: 1) uczelnie, w których prowadzone jest kształcenie na kierunku lekarskim i na kierunku pielęgniarstwo.” Uzasadnienie: W przypadku kursu, o którym mowa w ust. 2, czyli dotyczącego pielęgniarek, bezwzględnie należy dopisać uczelnie które prowadzą studia na kierunku pielęgniarstwo, gdyż posiadają wysoko wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną oraz zaawansowaną infrastrukturę pozwalającą osiągnięcie efektów uczenia się. Jednocześnie art. 39 ww. ustawy wskazuje: „Z systemem współdziałają uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej – w zakresie edukacji i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie medycyny ratunkowej, oceny jakości systemu oraz wytyczania kierunków jego rozwoju”. Ww. zapis wskazuje na uczelnie medyczne, który nie zamyka katalogu kierunków wyłącznie do wydziałów lekarskich.	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie w art. 38a ust. 3. pkt 1 uczelni, w których prowadzone jest kształcenie na kierunku pielęgniarstwo
195.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	art. 1 pkt 28 W pkt 28) projektu ustawy dotyczący dodania art. 38a ust. 3 po punkcie 3) proponuję dodanie nowego punktu 4) o treści w brzmieniu: „4) Okręgowe izby pielęgniarek i położnych”. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 814) w art. 75 ust. 1 oraz art. 77 ust. 1 jako organizatorów kształcenia podyplomowego wskazuje: 1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze; 2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, zwanego dalej „rejestrem”, będącego rejestrem działalności regulowanej, czyli także okręgowe izby pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca prowadzenia kształcenia wpisane do rejestru Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pominięcie okręgowych izb pielęgniarek i położnych nie posiada merytorycznego uzasadnienia, zważywszy na fakt, iż okręgowe izby pielęgniarek i położnych realizują specjalizacje i kursy kwalifikacyjne we wszystkich dziedzinach	Uwaga nieuwzględniona.

		określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2024 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 r., poz. 1562), także w dziedzinach które są wyszczególnione w definicji pielęgniarki systemu: w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, pielęgniarstwa chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego.	
196.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	art. 1 pkt 28) W pkt 28) projektu ustawy dotyczący dodania art. 38a w ust. 6 proponuję nową treść: „6. Koszty kursów, o których mowa w ust. 1 i 2, ponosi dysponent jednostki, u którego lekarz albo pielęgniarka wykonuje zawód, lub podmiot prowadzący kurs. Koszty te mogą być również pokrywane w ramach dofinansowania pochodzącego ze środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, 1273, 1407, 1693 i 1872 oraz z 2024 r. poz. 858).”; Uzasadnienie: Koszty kursów których ww. ustawa nakłada obowiązek ukończenia powinien ponosić dysponent jednostki.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis wzorowany na analogicznych rozwiązaniach dotyczących kosztów kształcenia podyplomowego w innych zakresach
197.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	art. 13 ust. 1 Konsekwencją wprowadzenia nowego brzmienia definicji pielęgniarki systemu zaproponowanej przez NRPiP jest następująca zmiana. „Lekarz systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3 lit. c–f ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–c ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. „Uzasadnienie: Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego, a także pielęgniarki posiadające ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego, które nabyły uprawnienia przed nowelizacją ustawy o PRM są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. Programy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego zdecydowanie	Uwaga nieuwzględniona. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, nie wymagają ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy. Termin na odbycie kursu został przesunięty na koniec 2027 r.

		różnią się treściami od pozostałych dziedzin pielęgniarstwa, treści medycyny ratunkowej w poszczególnych programach specjalizacji jest znacząco niewiele.	
198.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Zgodnie z art. 18 projektu ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Ustawa ta przewiduje szereg zmian w wojewódzkich planach działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, co będzie miało bezpośrednie przełożenie na realizowane obecnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Przewidywana jest bowiem zmiana zasad planowania ilości zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), wprowadzenie nowych rodzajów ZRM, co będzie skutkowało potrzebą wprowadzenia nowych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej objętych procedurą konkursową, czy zmiana liczby rejonów operacyjnych, która uzależniona jest od liczby dyspozytorni medycznych funkcjonujących na terenie województwa. W celu realizacji powyższego niezbędne będą również zmiany aktów regulujących kwestie dotyczące świadczeń gwarantowanych w zakresie ratownictwa medycznego, dokumentacji medycznej, umundurowania członków ZRM, czy kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Niezbędne będzie również przedstawienie, przez Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, wyceny kosztów funkcjonowania nowych jednostek systemu – określenie wysokości ryczałtów. Zaproponowane zmiany wymagają również, po stronie NFZ, dostosowania systemów informatycznych oraz przepisów niezbędnych do właściwego przeprowadzenia postępowań	Uwaga uwzględniona poprzez zapis o kontraktowaniu nowych rodzajów zespołów ratownictwa medycznego od 1 lipca 2025 r. Wojewodowie będą zobowiązani złożyć Ministrowi Zdrowia plany sporządzone wg nowych przepisów – do dnia 31 marca 2025 r.

		konkursowych oraz realizacji umowy. W art. 12 ust. 1 projektu przewidziano, że „województwie w terminie 60 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy przekażą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia aktualizacje wojewódzkich planów działania systemu, sporządzone zgodnie z wymaganiami określonymi w art. 21 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą”. Zgodnie z art. 22 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 652), zwanej dalej „ustawą PRM”, zatwierdzony plan stanowi podstawę do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ (OW NFZ) umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Zastosowanie projektowanych przepisów doprowadzi do sytuacji w której zawarte na dłuższy okres umowy będą musiały zostać wypowiedziane - za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia. Natomiast OW NFZ, w których termin obowiązywania obecnie realizowanych umów kończy się z dniem 31 grudnia 2024 r. powinny mieć czas na odpowiednie, terminowe przeprowadzenie postępowań konkursowych – proces ten trwa około dwóch miesięcy. Zachodzi więc uzasadniona obawa, że NFZ nie będzie miał czasu na terminową realizację czynności związanych z ogłoszeniem i rozstrzygnięciem postępowań konkursowych. Biorąc pod uwagę proces legislacyjny projektowanej ustawy, przygotowanie przez wojewodów aktualizacji Planów oraz konieczność dostosowania przepisów i systemu informatycznego NFZ, istnieje ryzyko niedochowanie terminu realizacji wprowadzonych zmian do końca 2024 r. Biorąc pod uwagę zasadnym jest wprowadzenie odpowiednich przepisów przejściowych oraz określenie terminu wejścia w życie ustawy, tak aby umożliwiającym sporządzenie zgodnie z wytycznymi zawartymi w projektowanym akcie, wojewódzkich planów działania systemu PRM, zapewniających czas na dostosowanie wszystkich niezbędnych aktów wykonawczych oraz przygotowanie i przeprowadzenie procedury konkursowej.	
199.	Narodowy Fundusz Zdrowia	W zakresie art. 1 pkt 1 projektu: 1) proponuję doprecyzowanie w nowelizowanym art. 3 pkt 3 lit. b ustawy o PRM pojęcia „lekarz po drugim roku specjalizacji”, poprzez wskazanie czy wymogiem jest kontynuowanie specjalizacji i co w sytuacji, gdy lekarz nie kontynuuje po drugim roku specjalizacji bądź rozpoczął inną specjalizację. Z doświadczeń kontrolnych NFZ wynika, że w szpitalnych oddziałach ratunkowych pracują lekarze po drugim roku specjalizacji, jednakże z różnych przyczyn specjalizacja nie jest przez nich kontynuowana. Należy więc doprecyzować, czy w takiej sytuacji można będzie uznać lekarza za lekarza systemu w rozumieniu ustawy o PRM;i 2) odnosząc się do zmiany w zakresie art. 3 pkt 6 ustawy o PRP należy wyjaśnić, że za „pielęgniarkę systemu” w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego uznano wyłącznie pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty w dziedzinie	1) Uwaga nieuwzględniona. W art. 3 pkt 3a i 3b zdefiniowano odpowiednio „lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego” oraz „lekarza po drugim roku specjalizacji”. 2) Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia , w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562) obecnie nie jest prowadzona specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego.

		pielęgniarstwa kardiologicznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38 ust. 2, podczas gdy, w stosunku do dziedziny pielęgniarstwa chirurgicznego i pediatrycznego za pielęgniarkę systemu uznano również pielęgniarkę będącą w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. W uzasadnieniu projektu ustawy nie wyjaśniono przyczyn tego rozróżnienia. W opinii NFZ za pielęgniarkę systemu powinno uznać się również pielęgniarkę w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego. W aktualnie obowiązującej ustawie, pielęgniarka w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego jest stawiana na równi z pielęgniarką w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego i pediatrycznego.	
200.	Narodowy Fundusz Zdrowia	W zakresie art. 1 pkt 6 projektu: 1) proponuję nadanie art. 1 pkt 6 lit. b projektu dotyczącemu art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a tiret drugie ustawy o PRM następującego brzmienia: „- na każde rozpoczęte 10 podstawowych dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 lit. a, przypada nie mniej niż 1 podstawowy trzyosobowy zespół ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 lit. b,” Propozycja zmniejszenia liczby trzyosobowych ZRM podyktowana jest występującymi już obecnie na obszarze wielu województw problemami z zabezpieczeniem personelu medycznego do realizacji świadczeń (ratownicy medyczni, pielęgniarki systemu). Wejście w życie takiego obowiązku może doprowadzić do pogłębienia się trudności z zabezpieczeniem odpowiedniej liczby personelu medycznego i braku możliwości zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Proponuję zatem rozważenie wprowadzenia obowiązku utworzenia nie mniej niż 1 podstawowego trzyosobowego zespołu ratownictwa medycznego na każde rozpoczęte 10 podstawowych dwuosobowych zespołów. Pozostałe zmiany, w porównaniu do zaproponowanego brzmienia mają charakter legislacyjny (uwzględniają zastosowane w art. 36 ust. 1 pkt 2 oznaczenie jednostek redakcyjnych). 2) proponuję nadanie art. 1 pkt 6 lit. b projektu dotyczącemu art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a tiret trzecie ustawy o PRM następującego brzmienia: „- na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców w województwie nie może przypadać więcej niż jedna motocyklowa jednostka ratownicza, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 3, a czas działania tej jednostki mieści się w okresie od 1 maja do 30 września w roku kalendarzowym i nie przekracza 12 godz. w ciągu jednej doby.” Zaproponowane w projekcie brzmienie przepisu może sugerować obowiązek uruchomienia na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców w województwie jednej motocyklowej jednostki ratowniczej, nawet w przypadku kiedy nie ma zapotrzebowania na uruchomienie tego typu zespołu;	1) Uwaga uwzględniona poprzez skreślenie przepisu dotyczącego minimalnej liczby trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego. 2) Uwaga nieuwzględniona. Projektowany przepis wskazuje maksymalną liczbę motocyklowych jednostek ratowniczych, jednocześnie nie określając ich minimalnej liczby. 3) Uwaga nieuwzględniona. Parametr 45 minut wpisuje się w tzw. „standard złotej godziny”.

		3) wątpliwości budzi nowelizowany art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b ustawy o PRP – projekt wprowadza kryteria dotyczące wpisania szpitalnego oddziału ratunkowego do wojewódzkiego planu działania systemu. Z uwagi na brak korelacji pomiędzy obszarami działania zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) a miejscami udzielania świadczeń szpitalnych oddziałów ratunkowych, które są uzależnione od lokalizacji szpitali w których się znajdują, wnioskujemy o wykreślenie drugiego ze wskazanych parametrów. Ponadto ZRM mogą transportować pacjenta z miejsca zdarzenia nie tylko do SOR, ale również innych jednostek organizacyjnych szpitala zgodnie z ustawą o PRM. Ponadto parametr czasu dojazdu trudny jest do określenia/zbadania podczas planowania ilości i rozmieszczenia SOR na terenie województwa. Celem uniknięcia potencjalnych problemów interpretacyjnych i praktycznych proponuję nadanie przepisowi następującego brzmienia: „b) szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców,”.	
201.	Narodowy Fundusz Zdrowia	W zakresie art. 1 pkt 9 projektu proponuję nadanie dodawanemu art. 22a następującego brzmienia: „Art. 22a. 1. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o stwierdzonych nieprawidłowościach związanych z realizacją umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty lecznicze, w których skład wchodzi jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1. 2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o rozwiązaniu umowy, o której mowa w ust. 1, w terminie 14 dni od dnia jej wypowiedzenia, który następnie dokonuje zmian w planie.”. Projektowany przepis dotyczy jednostek systemu – ZRM oraz SOR w związku z czym odnoszenie się w nim do pojęcia dysponenta jednostki jest błędne. Dysponentem jednostki, zgodnie z obowiązującymi przepisami jest jedynie podmiot leczniczy, w którego skład wchodzi zespoły ratownictwa medycznego. Zaproponowane przez NFZ brzmienie ma na celu: 1) doprecyzowanie, której umowy przepis dotyczy, poprzez ogólne wskazanie podmiotów leczniczych w skład których wchodzi jednostki systemu, 2) rezygnację z terminu w którym OW NFZ miałyby informować o nieprawidłowościach, tj. określenia „w terminie 14 dni od dnia powzięcia informacji o tych nieprawidłowościach” – OW NFZ powinny informować wojewodę o stwierdzonych nieprawidłowościach nie zaś o „powzięciu informacji”. „Powzięcie informacji o nieprawidłowościach” wymaga zawsze od OW NFZ postępowania wyjaśniającego, bądź też przeprowadzenia czynności kontrolnych. Informacje powinny być przekazywane przez OW NFZ niezwłocznie. Wskazanie jednoznacznego terminu może znacznie zaburzać	Uwaga częściowo uwzględniona.

		pracę OW NFZ oraz uniemożliwić przekazywanie rzetelnych danych,c3) wykreślenie projektowanego ust. 2 – zbędnym wydaje się bowiem dookreślanie elementów w związku z brakiem realizacji których OW NFZ może wypowiedzieć umowę – możliwość oraz przyczyny wypowiedzenia realizowanej umowy wynikają z innych przepisów prawa.cPonadto świadczeniodawca ma obowiązek, przez cały okres realizowania umowy, wykonywać ją zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym również warunkami wymaganymi od Świadczeniodawców (o których np. była mowa w projektowanym ust. 2. Ponadto uwzględniając, że zgodnie z obowiązującymi przepisami każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia – w związku z niniejszym zasadnym wydaje się preredagowanie projektowanego ust. 3 i wskazanie, że OW NFZ informuje wojewodę o rozwiązaniu umowy (dacie jej rozwiązania) w terminie 14 dni od daty jej wypowiedzenia. Wydaje się, że takie brzmienie umożliwi zmiany prowadzonych przez wojewodę rejestrów i planu tak, aby zawarte tam informacje były aktualne. Odnosząc się do procedowanych zmian zasadnym wydaje się również usankcjonowanie dostępu wojewodów do TOPSOR (analogicznie do dostępu, jaki ma NFZ do SWD PRM).	
202.	Narodowy Fundusz Zdrowia	W zakresie art. 1 pkt 10 projektu w dodawanym art. 23a ust. 1a i 1b proponuję wydłużenie z 7 na 14 dni terminu na przekazanie przez NFZ wojewodzie danych dotyczących zawarcia/zmiany lub zakończenia realizacji umowy zawartej z podmiotami leczniczymi posiadającymi szpitalne oddziały ratunkowe, centra urazowe, centra urazowe dla dzieci lub jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Uwzględniając zakres realizowanych zadań przez OW NFZ dotrzymanie 7-dniowego terminu na przekazanie wymaganych danych będzie niemożliwe.	Uwaga nieuwzględniona. Biorąc pod uwagę, że wojewódzki plan działania systemu jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i umów na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe, zasadne jest niezwłoczne powiadomienie wojewody o zawartej bądź zakończonej umowie.
203.	Narodowy Fundusz Zdrowia	W zakresie art. 1 pkt 14 lit b projektu proponuję modyfikację dodawanego w art. 24e ust. 3b, poprzez nadanie tej jednostce redakcyjnej następującego brzmienia: „3b. Narodowy Fundusz Zdrowia wykorzystuje dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, 7 i 8, do monitorowania i kontrolowania wykonania umów zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.” Uzasadniając propozycję należy wyjaśnić, że NFZ zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne i monitoruje, kontroluje oraz rozlicza wykonanie niniejszych umów na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 i 858), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1194, z późn. zm.)	Uwaga uwzględniona.

		oraz ww. umowy m.in. za pomocą posiadanych systemów służących świadczeniodawcom do sprawozdawania wymaganych rozporządzeniem danych. Zatem, niewłaściwym wydaje się wskazanie, że NFZ wykorzystuje system SWD PRM do rozliczania zawartych umów. Zgodnie z obowiązującymi przepisami NFZ ma obowiązek gromadzenia danych o realizowanych świadczeniach, a zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym. Nakładanie na NFZ obowiązku monitorowania, kontrolowania oraz rozliczania za pomocą SWD PRM w sytuacji, gdy NFZ nie pełni nadzoru nad jednostkami systemu w zakresie prawidłowego uzupełniania danych w SWD PRM, a w efekcie nie ma wpływu na jakość i rzetelność umieszczonych przez użytkowników systemu SWD PRM danych, a także nie może tego w żaden sposób egzekwować/korygować wydaje się niewłaściwe. Dane zawarte w SWD PRM wykorzystywane są przez OW NFZ pomocniczo w celu monitorowania realizowanych umów.	
204.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Przewidziana w art. 1 pkt 26 projektu zmiana art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM polega na dodaniu motocyklowych jednostek ratowniczych jako jednego z rodzajów zespołów ratownictwa medycznego. W ocenie NFZ zasadnym jest doprecyzowanie kwestii wyposażenia motoambulansu, a także doprecyzowanie zadań i zasad współpracy tego rodzaju ZRM z pozostałym „kołowymi” ZRM. Ponadto problematyczną kwestią pozostają zasady prowadzenia dokumentacji jednego zdarzenia, do którego zostanie zadysponowany zespół motocyklowy i „kołowy” (jedno zlecenie wyjazdu, czy wiele – dublowanie świadczeń). Do dookreślenia pozostają również kwestie związane z umundurowaniem oraz uprawnieniami do kierowania pojazdem uprzywilejowanym, jakim będzie jednostka motocyklowa. Uwzględniają zawarte w uzasadnieniu do projektu informacje, iż „Motocykl ratunkowy prowadzony będzie przez osobę uprawnioną do medycznych czynności ratunkowych, wyposażoną w niezbędne leki i wyroby medyczne, a także w sprzęt do obsługi Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego” oraz zgodnie z ustawą o PRM, iż „Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.”, a także mając na uwadze fakt, że zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy o PRM „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, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.” jednoznaczne określenie powyższych kwestii	Uwaga częściowo uwzględniona. Wymagania dla MJR będą ustalone w rozporządzeniu „koszykowym” i w zarządzeniu Prezesa NFZ – podobnie, jak ma to miejsce obecnie w odniesieniu do reszty ZRM. Jeśli dwa ZRM są wysłane do jednego zdarzenia – liczy się to jako dwa świadczenia. Obecnie również zdarza się, że do jednego pacjenta wyjeżdża bądź wylatuje więcej niż 1 ZRM – każdy z nich otrzymuje KZW i każdy wykazuje udzielone świadczenie. ZRM transportuje pacjenta do szpitala gdy są wskazania i jest taka możliwość. MJR nie będzie miała takiej możliwości. Ustawa została uzupełniona o zapis, że do MJR nie odnosi się obowiązek transportowania pacjenta do szpitala.

		wydaje się niezbędne. Do rozważenia pozostaje również umocowanie ustawowe motocyklowej jednostki ratowniczej raczej jako jednostki współpracującej z zespołami „kołowymi” i nie traktowanie jej jako pełnoprawnego zespołu ratownictwa medycznego.	
205.	Narodowy Fundusz Zdrowia	W zakresie w art. 1 pkt 27 projektu: 1) W związku z proponowaną w art. 1 pkt 27 lit b projektu zmianą polegającą na dodaniu w art. 36 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM, proponuję uzupełnić w słowniczku zawartym w art. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym definicję osoby uprawnionej do wykonywania medycznych czynności ratunkowych albo analogicznie do dotychczasowego brzmienia art. 36 ust. 1 pkt 1, a także nadanie art. 36 ust. 1 pkt 3 następującego brzmienia: „3) motocyklowe jednostki ratownicze, w skład których wchodzi co najmniej jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych: lekarz systemu lub pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny”; 2) proponuję nadanie zmienianemu w art. 1 pkt 27 lit b projektu art. 36 ust. 3 ustawy o PRM następującego brzmienia: „3. W skład zespołów, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2023 r. poz. 622, 1123, 1234, 1312, 1560 i 1872).” Brzmienie niniejszego przepisu wskazane w projekcie jest tożsame z brzmieniem obecnie obowiązującym. W związku z czym zasadna jest jego zmiana poprzez doszczegółowienie w skład jakich ZRM może dodatkowo wchodzić kierowca.	Uwaga uwzględniona
206.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Wątpliwości budzi § 1 ust. 1 pkt 30 projektu modyfikujący dotychczasowy art. 45a ustawy o PRM. Sugeruję więc rozważenie jego usunięcie lub doprecyzowanie, tak aby z jego brzmienia jednoznacznie wynikało, co należy rozumieć pod pojęciem „przybycia zespołu do szpitala” oraz „czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach”. Pozostawienie zaproponowanego w projekcie brzmienia może spowodować, że wprowadzana zmiana nie będzie skuteczna. Aktualnie nieprecyzyjne określenie tych pojęć skutkuje trudnościami w ocenie prawidłowości funkcjonowania i współdziałaniu jednostek systemu i w ocenie niniejszych czasów. Wobec powyższego proponuję nadanie przepisowi następującego brzmienia: „Art. 45a. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od zespołu ratownictwa medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala.”. Niezależnie od powyższego należy zauważyć, że uregulowania wymaga kwestia dotycząca przekazania pacjenta do SOR. W sytuacji kontroli długiego czasu oczekiwania ZRM na przekazanie pacjenta w SOR, istnieją trudności w ustaleniu faktycznego czasu przybycia do SOR z czasem przekazania pacjenta. W systemach informatycznych brak jest punktu	Propozycja NFZ jest tożsama z aktualnym brzmieniem przepisu.

		stycznego między ZRM a SOR. ZRM mają udokumentowany czas przybycia do SOR w SWDPRM, natomiast po stronie szpitala pierwszym elementem kontaktu pacjenta z SOR jest pobrany bilet, który w imieniu pacjenta powinien pobrać członek ZRM. W systemie szpitalnym TOPSOR zarejestrowany czas pobrania biletu jest taki sam albo minutę wcześniej niż rejestracja pacjenta, co można rozumieć, iż natychmiast doszło do przekazania pacjenta. W rzeczywistości istnieją duże rozbieżności pomiędzy czasem przybycia ZRM a czasem rejestracji w SOR. Proponuję więc uzupełnienie przepisu dodając frazę „a w przypadku przekazania pacjenta do SOR, od momentu pobrania biletu z automatu biletowego TOPSOR (należy udokumentować numer pobranego biletu)”. Dokumentowanie numeru pobranego przez członka ZRM w imieniu pacjenta, pozwoliłoby na wiarygodną weryfikację czasu, jaki upływa od przybycia ZRM do SOR i pobrania biletu a rejestracją i przekazaniem pacjenta.	
207.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Odnosząc się do proponowanej w art. 1 ust. 1 pkt 30 projektu zmiany w zakresie dodawanego art. 45b, wyjaśniam, że o ocenie NFZ nie ma potrzeby regulowania obowiązku przekazywania, przez dysponenta jednostki, informacji o odmowach przyjęcia pacjentów przez podmioty leczniczy skoro dane dot. odmów są elementem informacji zbieranych w SWD PRM oraz aktualnie pozyskiwanych w trybie zbiorczym (miesięcznym) od dysponentów ZRM lub z urzędów wojewódzkich NFZ. Ponadto wnoszę o wykreślenie proponowanego, niniejszym przepisem, nałożenia na OW NFZ obowiązku nakładania kar na podmioty lecznicze w związku z niewykonaniem decyzji o których mowa w art. 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a. Decyzje, o których mowa powyżej, mogą we wstępnej fazie być przekazywane w inny sposób niż pisemny, nie muszą zawierać uzasadnienia, a ustawa przewiduje możliwość odwołania odpowiednio do wojewody lub ministra właściwego ds. zdrowia. Nałożenie na podstawie takiej decyzji, której NFZ nie jest stroną, kary umownej, bez obowiązku przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego, będzie działaniem spornym, narażonym na zażalenia podmiotów i skargi do sądów wojewódzkich. Kara pieniężna za niewykonanie decyzji administracyjnej powinna być nałożona na podmiot przez organ, który taką decyzję wydał. Koordynator ma możliwość skorzystania z art. 189b ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego i nałożenia sankcji o charakterze pieniężnym. O ile obecnie w przypadku przekazania do NFZ informacji o odmowie przyjęcia pacjenta prowadzone jest przez Fundusz postępowanie wyjaśniające często skutkujące zastosowaniem kary umownej to w przypadku przekazania informacji o niewykonaniu decyzji nasuwają się pytania natury formalnej co do dalszego sposobu postępowania przez Fundusz. Projektowany art. 45b nie reguluje tej kwestii, i jeśli zapadnie decyzja o pozostawieniu tego przepisu w konsultowanym kształcie, to wymaga on doprecyzowania. Ewentualnie, sugeruję nadanie art. 45b następującego brzmienia: „Art. 45b. Odmowa	Uwaga nieuwzględniona. Informacja o odmowie przyjęcia powinna być przekazywana w terminie 7 dni od dnia udzielenia tej odmowy albo niewykonania decyzji. Zaś wskazany przez NFZ sposób otrzymywania informacji jest opóźniony (pozyskiwanie w trybie miesięcznym). Nakładanie kar wynika z projektu, więc będzie to uregulowane w ustawie, zaś kara będzie mogła być nałożona, po ewentualnym zakończeniu postępowania odwoławczego od decyzji.

		przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy”.	
208.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	W art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6) proponujemy następujące zmiany: „6) pielęgniarka systemu to: a) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, lub b) posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz co najmniej 3 letni staż pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2 lub c) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia pielęgniarki systemu przed nowelizacją ustawy o PRM i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2.”iDefinicja funkcjonująca dotychczas była wprowadzona w czasie, kiedy rozpoczynano szkolenia specjalizacyjne z pielęgniarstwa ratunkowego, co wiązało się z deficytem na rynku pracy pielęgniarek z tą specjalizacją. Obecnie nie ma przesłanek do zachowania poprzedniego brzmienia definicji. Należy utrzymać uprawnienia osób, które uzyskały kompetencje przed nowelizacją ustawy, tj. pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego.	Uwaga nieuwzględniona. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, nie wymagają ukończenia, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy.
209.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Dalej, w tym samym artykule, proponujemy po punkcie 6 dodanie kolejnego punktu 6a o treści: „6a. pielęgniarka po ukończeniu studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo rozpoczynająca pracę w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1 jest zobowiązana do ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w ciągu roku od rozpoczęcia pracy”. Definicja pielęgniarki systemu nie daje możliwości rozpoczęcia pracy w systemie pielęgniarki bezpośrednio po ukończonych studiach I stopnia, co może skutkować deficytem pielęgniarek systemu w kolejnych latach.	Uwaga nieuwzględniona. Pielęgniarki i lekarze po studiach (do czasu uzyskania tytułu lekarza systemu i pielęgniarki systemu) będą mogli zdobywać doświadczenie w SOR. Natomiast praca w ZRM wymaga podejmowania samodzielnych decyzji i tutaj wymaga się kwalifikacji właściwych dla pielęgniarki systemu lub lekarza systemu.

210.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Następnie, w tym samym artykule, proponujemy po punkcie 6a dodanie kolejnego punktu 6b o treści: „6b. pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych w systemie państwowego ratownictwa medycznego i poza systemem państwowego ratownictwa medycznego”. Kwalifikacje pielęgniarki systemu określone w art. 3 pkt 6 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, określone w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego pozwolą pielęgniarkom na realizację medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych, nie tylko w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, ale także tam, gdzie wykorzystanie nabytych bardzo wysokich kwalifikacji i doświadczenia zostanie wykorzystane. Tożsame kwalifikacje do realizacji medycznych czynności ratunkowych poza systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, zgodnie z ustawą o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie zawodowym posiadają także ratownicy medyczni.	Uwaga nieuwzględniona. Zakres czynności uregulowany jest w stosownym rozporządzeniu. Proponowane rozwiązanie wykracza poza zakres ustawy i ewentualna zmiana odnosi się do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. poz. 497, z późn. zm.).
211.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	W art. 1 pkt 2 lit. a (art. 15 lit. a pkt 2) proponujemy zmianę brzmienia pkt 2: „2. dysponują ratownikami, lub ratownikami medycznymi, lub pielęgniarkami systemu w liczbie niezbędnej do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia”. W jednostkach współpracujących z systemem PRM mogą pracować również pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni.	Uwaga nieuwzględniona. Warunkiem uzyskania statusu jednostki współpracującej z systemem nie może być posiadanie określonej liczby ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu. Istotą podejmowania czynności przez tę jednostkę jest kwalifikowana pierwsza pomoc, co oczywiście nie wyklucza możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych oraz pielęgniarki systemu w ramach tych jednostek.
212.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	W pkt 28) projektu ustawy dotyczący dodania art. 38a ust. 3 pkt 1 proponuję dodanie nowej treści w brzmieniu: „3. Kursy, o których mowa w ust. 1 i 2 prowadzą: 1) uczelnie, w których prowadzone jest kształcenie na kierunku lekarskim i na studiach na kierunku pielęgniarstwo.” W przypadku kursu, o którym mowa w ust. 2 czyli dotyczącego pielęgniarek, brak uczelni wyższych kształcących na kierunku pielęgniarstwo jest dyskryminujący i nie znajduje uzasadnienia w ocenie skutków regulacji. Jednocześnie art. 39 ww. ustawy mówi: „Z systemem współdziałają uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej – w zakresie edukacji i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie medycyny ratunkowej, oceny jakości systemu oraz wytyczania	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie w art. 38a ust. 3. pkt 1 uczelni, w których prowadzone jest kształcenie na kierunku pielęgniarstwo

		kierunków jego rozwoju.” Wskazuje uczelnie medyczne bez zawężania do uczelni kształcących tylko lekarzy.	
213.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	W pkt 28) projektu ustawy dotyczący dodania art. 38a ust. 3 po punkcie 3) proponuję dodanie nowego punktu 4) o treści w brzmieniu: „4) Okręgowe izby pielęgniarek i położnych”. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2024 r., poz. 814) w art. 75 ust. 1 oraz art. 77 ust. 1 jako organizatorów kształcenia podyplomowego wskazuje: 1) uczelnie, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz podmioty lecznicze; 2) inne podmioty po uzyskaniu wpisu do właściwego rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe, zwanego dalej „rejestrem”, będącego rejestrem działalności regulowanej, czyli także okręgowe izby pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca prowadzenia kształcenia wpisane do rejestru Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Pominięcie okręgowych izb pielęgniarek i położnych nie posiada merytorycznego uzasadnienia, zważywszy na fakt, iż okręgowe izby pielęgniarek i położnych realizują specjalizacje i kursy kwalifikacyjne we wszystkich dziedzinach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2024 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. z 2013 r., poz. 1562), także w dziedzinach które są wyszczególnione w definicji pielęgniarki systemu: w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, pielęgniarstwa chirurgicznego, kardiologicznego, pediatrycznego.	Uwaga nieuwzględniona
214.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	W pkt 28) projektu ustawy dotyczący dodania art. 38a w ust. 6 proponuję nową treść: „6. Koszty kursów, o których mowa w ust. 1 i 2, ponosi dysponent jednostki, u którego lekarz albo pielęgniarka wykonuje zawód, lub podmiot prowadzący kurs. Koszty te mogą być również pokrywane w ramach dofinansowania pochodzącego ze środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, 1273, 1407, 1693 i 1872 oraz z 2024 r. poz. 858).”; Koszty kursów których ww. ustawa nakłada obowiązek ukończenia powinien ponosić dysponent jednostki.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis wzorowany na analogicznych rozwiązaniach dotyczących kształcenia podyplomowego (np. ratowników medycznych).
215.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Konsekwencją wprowadzenia nowego brzmienia definicji pielęgniarki systemu zaproponowanej przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych jest następująca zmiana: „Lekarz systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3 lit. c–f ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i pielęgniarka systemu, o której	Uwaga nieuwzględniona. Konsekwencja nie uwzględnienia uwagi dotyczącej pielęgniarki systemu. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, nie wymagają ukończenia dodatkowych kursów, kursu w zakresie

		mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–c ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2.”aPielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarki posiadające ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia przed nowelizacją ustawy o PRM są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2.kProgramy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego zdecydowanie różnią się treściami od pozostałych dziedzin pielęgniarstwa, treści medycyny ratunkowej w poszczególnych programach specjalizacji jest znacząco niewiele.	postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy. Termin na odbycie kursu został przesunięty na koniec 2027 r.
216.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art.1 pkt 7doprecyzowanie osób uprawnionych do prowadzenia zajęć/szkoleń/kursów/seminariów/pogadanek/prezentacji z zakresu pierwszej pomocy zgodnie z art.8 pk.2 Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Uzasadnienie: coraz więcej osób niezwiązanych z ratownictwem medycznym, medycyną w ogóle prowadzi zajęcia w sposób niekoniecznie zgodny z najnowszą wiedzą oraz aktualnymi wytycznymi/standardami wiodących światowych instytucji z zakresu pierwszej pomocy/ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Obecnie szkolenia z zakresu pierwszej pomocy, organizowane poza szkołą, tj. m.in. dla osób, które chcą nabyć wiedzę i umiejętności niezbędne do udzielania pierwszej pomocy osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, realizują podmioty w ramach prowadzonej działalności gospodarczej. Podmioty te w celu realizacji szkoleń powinny spełnić nałożone przepisami wymagania niezbędne do prowadzenia danej działalności, określone m.in. w ustawie z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców, w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 sierpnia 2017 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych zawiera przepisy regulujące m.in. kwestie związane z warunkami, organizacją i trybem prowadzenia kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych oraz rodzaje tych form i sposoby potwierdzania efektów kształcenia uzyskanych w wyniku ukończenia kształcenia realizowanego w poszczególnych formach pozaszkolnych, a także wzory dokumentów wydawanych po ukończeniu kształcenia. Podmioty prowadzące kształcenie ustawiczne w formach pozaszkolnych zapewniają: 1) kadrę dydaktyczną posiadającą kwalifikacje zawodowe odpowiednie do rodzaju prowadzonego kształcenia; 2) odpowiednie pomieszczenia wyposażone w sprzęt i pomoce dydaktyczne umożliwiające prawidłową realizację kształcenia; 3) bezpieczne i higieniczne warunki pracy i nauki; 4) warunki organizacyjne i techniczne umożliwiające udział w kształceniu osobom niepełnosprawnym; 5) nadzór służący

			podnoszeniu jakości prowadzonego kształcenia. Biorąc pod uwagę powyższe, organizator szkolenia realizujący szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy powinien zapewnić kadre dydaktyczną posiadającą odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a także pomieszczenie wyposażone w sprzęt i pomoce dydaktyczne, które umożliwią uczestnikom kursu zdobycie niezbędnej wiedzy i umiejętności do udzielania pierwszej pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Jednakże powyższe rozporządzenie w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych nie określa szczegółowych kwalifikacji, jakie powinna posiadać kadra dydaktyczna. Mając na uwadze powyższe, w opinii MZ, organizator szkolenia realizujący szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy poza szkołą, powinien zapewnić kadre dydaktyczną posiadającą takie same kwalifikacje zawodowe, jak te, które są przewidziane dla nauczania pierwszej pomocy w ramach systemu oświaty. Zgodnie z art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym są to: 1) lekarz systemu, 2) pielęgniarka systemu, 3) ratownik medyczny.
217.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art.3 Rozszerzenie art. 3 ustawy o PRM o definicję: a) Członek załogi HEMS - członek personelu specjalistycznego udzielający świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych osobom w stanie zagrożenia zdrowia lub życia podczas realizacji misji HEMS. Jego nadrzędnym zadaniem jest pomoc pilotowi w zakresie operacyjnym, niezbędnym do realizacji misji HEMS przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego. Członkiem załogi HEMS może być ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu posiadający minimum 3 letnie doświadczenie w systemie PRM, którzy zgodnie z rozporządzeniem KE 965/2012:s- posiadają niezbędne kwalifikacje i umiejętności s- ukończyli specjalistyczne przeszkolenie operacyjno-lotnicze z wynikiem pozytywnym - posiadają aktualne uprawnienia wynikające z regularnych sprawdzianów naziemnych i w locie oraz ciągłość praktyki operacyjnej b) Misja HEMS - lot śmigłowcem wykonywany zgodnie zatwierdzeniem HEMS, w celu udzielenia pomocy medycznej w nagłej potrzebie, kiedy zasadnicze znaczenie ma bezzwłoczny i szybki transport: a) personelu medycznego; b) środków medycznych (sprzętu, krwi, organów, leków); lub c) chorych lub rannych oraz innych osób, których to bezpośrednio dotyczy 2. Art. 37 pkt. 1 otrzymuje brzmienie: Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz członka załogi HEMS Uzasadnienie: w myśl przepisów europejskich (part 965/2012 dla chętnych) regulujących pracę HEMS funkcja CzaH'a jest szczegółowo opisana i Ratownicy są faktycznie zatrudnieni na takim stanowisku,, wykonują specyficzne	Uwaga nieuwzględniona. Przedstawione argumenty nie dają podstaw do tworzenia nowej grupy zawodowej i nie przewiduje się zmian w tym zakresie.

		"czynności operacyjne" - dopiero później są medykami i w dużej części wykonują zupełnie inną pracę niż w ZRM.	
218.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art.20 ust.1 pkt 4 i 5 w ust. 1: – pkt 4 otrzymuje brzmienie: „4) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek pod względem medycznym, zgodności z prawem oraz wykorzystania środków przeznaczonych na działalność podstawową -ZRM;”, – dodaje się pkt 5 w brzmieniu: „5) może przeprowadzać kontrolę dyspozytorni medycznych pod względem medycznym, zgodności z prawem oraz wykorzystania środków przeznaczonych na działalność podstawową -DM Uzasadnienie: aktualnie nagminnie staje się wykorzystywanie środków przeznaczonych na działalność podstawową zespół ratownictwa medycznego oraz dyspozytorni medycznych na cele niezgodne z przeznaczeniem szczególnie przez dysponentów szpitalnych	Uwaga nieuwzględniona. Kontrola dotyczy wszystkich aspektów działalności dysponentów jednostek oraz dyspozytorni medycznych pod względem zgodności z prawem, w tym wydatkowania środków zgodnie z przepisami. Nie zmienia to jednak faktu, że podmioty lecznicze i urzędy wojewódzkie są samodzielne w gospodarowaniu otrzymanymi środkami publicznymi, o ile ich wydatkowanie jest zgodne z przepisami i klasyfikacją budżetową.
219.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art.21 ust.3 pkt.2 a) W ust. 3 pkt. 3 a) dodać lub zamiast na każde rozpoczęte 10 zespołów RM podstawowych utworzyć trzyosobowy ZRM typu P dodać 2 kolejne zespoły podstawowe dwuosobowe zwiększając ogólny stan ilościowy ZRM - motocykl lub quad w zależności od charakterystyki terenu Uzasadnienie: rozważenia wymaga zasadność tworzenia zespołów trzyosobowych za którymi oczywiście przemawiają konkretne argumenty, jednakże w perspektywie ilości wyjazdów potrzeba analizy czy bardziej optymalnym rozwiązaniem zwiększyć ilość zespołów podstawowych co może się przełożyć na lepszą jakość żadnych świadczeń na przykład w sytuacji stanów ciężkich gdzie można dysponować od razu 2 zespoły które będą dostępne, istnieje konkretna obawa że nie będzie to w żaden sposób zwiększenie ilości zespołów trzyosobowych tylko zamiana zespołów S-działających aktualnie bez lekarza-istniejących na takie same tylko o standardzie zespołu P przy sporej oszczędności ze strony budżetu SPRM. Środki pozostałe po zmianie standardu S na P można przeznaczyć na tworzenie dodatkowych zespołów dwuosobowych.	Uwaga uwzględniona. Projekt daje możliwość utworzenia trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, bez określenia ich minimalnej liczby.
220.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	art. 25a ust. 2 w art. 25a ust. 2 otrzymuje brzmienie: „2. W województwach liczących powyżej: 1) 3 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić jedną dodatkową dyspozytornię medyczną w oparciu o realne wyliczenia ilości mieszkańców(zameldowani+przebywający: pracownicy,studenci,turyści) na danych terenie 2) 5 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić dwie dodatkowe dyspozytornie medyczne w oparciu o realne wyliczenia ilości mieszkańców(zameldowani+przebywający: pracownicy,studenci,turyści) na danych terenie	Uwaga nieuwzględniona. Nie ma rejestrów publicznych obejmujących grupy populacyjne wymienione w uwadze. Natomiast liczba stanowisk w DM może być dostosowana przez wojewodę do obciążenia stanowisk. Art. 21 ust. 3b ustawy o PRM: "Po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń jest możliwe dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10 lit. a tiret drugie, do aktualnych potrzeb systemu".

		Uzasadnienie: aktualnie ilość stanowisk dyspozytorskich oraz ilość zespół ratownictwa medycznego jest wyliczana nie ze stanu faktycznego mieszkańców przebywających na danym terenie tylko ze stanu mieszkańców zameldowanych na danym terenie co powoduje niedoszacowanie stanowisk dyspozytorskich tak samo jak powoduje niedoszacowanie ilości zespołów ratownictwa medycznego, zwiększenie ilości dyspozytorni w żadne sposób nie zmniejszy aktualnie obserwowanego braku obsad.	
221.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art.26 b Dodać pkt.3 Wynagrodzenie zasadnicze dyspozytorów medycznych jest ustalone jako dwukrotność kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski". Uzasadnienie: Ustalenie zasad wynagrodzenia dyspozytorów medycznych spowoduje ujednolicenie w całym kraju wynagrodzenia osób wykonujących ten zawód. Ustalenie wysokości wynagrodzenia dyspozytorów medycznych na proponowanym współczynniku jest adekwatne do stawianych im zadań i wykonywanych obowiązków. Dyspozytornie medyczne w całym kraju borykają się z problemami kadrowymi zatem uważamy za konieczne dostosowanie ich wynagrodzeń do aktualnych standardów rynkowych. Wzrost wynagrodzeń uatrakcyjni zawód dyspozytora medycznego jednocześnie zapewni wzrost obsady stanowisk a tym samym zwiększenie bezpieczeństwa obywateli.	Wynagrodzenie dyspozytorów (zatrudnionych na umowach o pracę) reguluje rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie zasad wynagradzania pracowników niebędących członkami korpusu służby cywilnej zatrudnionych w urzędach administracji rządowej i pracowników innych jednostek
222.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art.32 art.32 pkt.3 str.45 3. Do członków zespołów ratownictwa medycznego dodać zgodnie z art.2 pkt.2 2) ZRM w tym LPR,SOR,IP 3)DM Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym może być stosowany system równoważnego czasu pracy, w którym jest dopuszczalne przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 24 godzin, w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 1-3 miesięcy. Przepisy art. 135 § 2 i 3 oraz art. 136 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy stosuje się odpowiednio. 4. Przepisu ust. 3 nie stosuje się do członka zespołu ratownictwa medycznego będącego osobą kierującą pojazdem uprzywilejowanym w ruchu drogowym.- wykreślić pkt.4 pomimo jasno sprecyzowanych zapisów prawnych dysponenti oraz dyrektorzy są niechętni do wprowadzenia 24 godzinnego systemu czasu pracy który z odpowiednim i rozważnym zastosowaniem może ułatwić planowanie czasu pracy oraz wypoczynek pracowników wymienionych w artykule przywołanym. Doprecyzowanie zapisów będzie jasną wskazówką dla pracodawcy o możliwości wprowadzenia tego przepisu zgodnie z jego założeniem, odnosząc się do pkt.4 ratownik medyczny z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów	Uwaga nieuwzględniona. Pozostawanie na dyżurze w gotowości do wyjazdu ambulansem stanowi ciągłość pracy.

		uprzywilejowanych nie prowadzi ambulansu w sposób ciągły powodując złamanie przepisów o ciągłości pracy ustawy o czasie pracy kierowców. Dodatkowo zachodzą tutaj warunki szczególne prowadzenie akcji medycznej-ratowanie ludzkiego życia.	
223.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	art.38 po art. 38 dodaje się art. 38a w brzmieniu: „Art. 38a. 1. Lekarze, o których mowa w art. 3 pkt 3 lit. a–f, są obowiązani do odbycia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. 2. Pielęgniarki, o których mowa w art. 3 pkt 6 lit. a-d, są obowiązane do odbycia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Uzasadnienie: Ratownicy medyczni od początku istnienia ustawy posiadają obowiązek doskonalenia zawodowego w trybie pięcioletnim a lekarze oraz pielęgniarki systemu takim obowiązkiem doskonalenia weryfikowanym, jeżeli chodzi o pracę w SPRM nie są objęci, w związku z tym zasadnym wydaje się wprowadzenie dla każdej grupy zawodowej poza ratownikami medycznymi którzy już taki obowiązek posiadają ustawicznego obowiązku aktualizowania najnowszej wiedzy medycznej poprzez odbywania wspomnianych kursów Stanów nagłych nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy. Profit: rzetelny i okresowe aktualizacje wiedzy medycznej co pozwoli na działanie ze zgodnie z najnowszymi standardami i wytycznymi.	Uwaga nieuwzględniona. Umiejętności i wiedza lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo lekarzy po drugim roku specjalizacji w jednej z tych dziedzin, który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, lub lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie intensywnej terapii albo lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie nie wymaga ukończenia kursu, o którym mowa w art. 38a ust. 1. Podobnie sytuacja ma miejsce w przypadku pielęgniarki posiadającej tytuł specjalisty lub będącej w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Należy wskazać, że lekarze mają obowiązek doskonalenia zawodowego wynikający z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.
224.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art.45 a w Art. 45a. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od zespołu ratownictwa medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala.”; dopisać w przypadku pacjentów w bezpośrednim stanie zagrożenia życia (Triage kolor czerwony i pomarańczowy), pozostali w zależności od możliwości SOR nie dłużej niż 30 minut zachowując czasy zgodne z zaleceniami wynikającymi z TOPSOR Proponowane rozwiązanie jest dopuszczanie tylko i wyłącznie w sytuacji zwiększenia ilości szpitalnych oddziałów ratunkowych, izb przyjęć działających na zasadach SOR oraz posiadających umowę na działanie w SPRM oraz zwiększenie i doprecyzowanie zapisów o minimalnej obsadzie personelu SOR/IP. Przy zmianie art.45a wymagana jest zmiana w tym zakresie w przepisach dotyczących funkcjonowania SOR/TOPSOR	Uwaga nieuwzględniona. Triage oraz nadawanie priorytetów to już procedury SOR, wynikające z § 6 ust 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
225.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art.5 Ustawa o Działalności Leczniczej W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu: „2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także	Uwaga nieuwzględniona. Dyspozytornie medyczne nie są podmiotami leczniczymi i nie stosują się do nich przepisy ustawy o działalności leczniczej.

		pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, pkt. 3 oraz art. 29 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym bez względu na rodzaj umowy Uzasadnienie: nie doprecyzowanie przepisu o stanowiska dyspozytor medyczny i wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego którzy są pracownikami medycznymi zatrudnionymi w strukturach Urzędów wojewódzkich powoduje niewypłacanie wskazanych w artykule dodatków pracownikom którzy pracują w systemie zmianowym (dziennym, nocnym i świątecznym). Brak doprecyzowania wypłacania dodatków pracownikom zatrudnionym w oparciu o umowy cywilnoprawne wykluczy z możliwości negocjacji podwyższania stawek godzinowych o przywołane dodatki.	
226.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art. 16 Ustawa o Działalności Leczniczej dopisać obowiązek wypłacenie należnych dodatków z art. 99 wraz z odsetkami od 1.07.2023 dla dysponentów którzy zaniechali wypłacania przywołanych dodatków oraz nie wypłacania wstecznego dla tych którzy zachowali ciągłość wypłacania po 01.01.2023 i 01.07.2023. Uzasadnienie: Brak nakazu wypłacania wstecznego może spowodować stratę finansową dla ratowników medycznych którzy tych dodatków nie otrzymywali od 01.01.2023 roku również wymaga doprecyzowania wypłacenie z odsetkami za okres od 01.01.2023 do czasu rozpoczęcia wypłacania	Uwaga nieuwzględniona. Projektowany przepis jest podstawą do wypłacenia dodatków od 1 lipca 2023 r.
227.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art. 99 b Ustawa o Działalności Leczniczej art. 99b. Dodatek przysługujący pracownikom jednostek systemu państwowe ratownictwo medyczne zgodnie z artykułem 32 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym dopisać oraz ratownikom medycznym zatrudnionym w SOR/IP przysługuje dodatek w wysokości 20% pensji zasadniczej/podstawy wynagrodzenia oraz do każdej godziny pracy ratownikom medycznym zatrudnionym w oparciu o UCPI, UZ. Uzasadnienie: Brak uprawnomocnienia dodatku dla ratowników medycznych zatrudnionych w szpitalnych w SOR/IP doprowadzi do dużej dysproporcji wynagrodzeń pomiędzy jednostkami systemu co może doprowadzić do braków obsadach w SOR/IP	Uwaga nieuwzględniona. Pracownikom SOR/IP przysługuje już obecnie dodatek 65 i 45 % na mocy art. 99 ustawy o działalności leczniczej.
228.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art. 6 Ustawa o kierujących pojazdami W art. 6 pkt. 1 6) w pkt. a) po słowie motocykla dodać pojazdem uprzywilejowanym/Zespołem Ratownictwa Medycznego Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne o ile łączna dopuszczalna masa całkowita Zespołu Ratownictwa Medycznego nie przekracza 4250 kg Uzasadnienie: Zmiana tego zapisu spowoduje ułatwienie obsadzenia stanowiska medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych oraz możliwość łatwiejszego nabywania przez	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem regulacji

		dysponentów samochodów dla zespołu ratownictwa medycznego są na granicy DMC 3,5 t,	
229.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art.38 Ustawa o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych Art. 38. Ratownik medyczny może wykonywać zawód: 1) w ramach umowy o pracę; 2) w ramach stosunku służbowego; 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej; dodać 4) w ramach Indywidualnej Praktyki Zawodowej 5) w ramach porozumienia o wolontariacie. Uzasadnienie: wpisanie do ustawy o zawodzie i samorządzie ratowników medycznych punktu o możliwości otwierania Indywidualnej Praktyki Zawodowej po utworzeniu struktur samorządu ułatwi w przyszłości, bez konieczności zmian prawnych otwieranie tego typu działalności ratownikom medycznym, co doprowadzi finalnie do nadzoru nad wykonywaniem zawodu ratownika Medycznego w IPZ poza systemem państwa ratownictwo medyczne. Równocześnie umożliwi w razie konieczności nabywanie produktów medycznych i leków zgodnych z rozporządzeniem o udzielaniu medycznych części ratunkowych w ramach IPZ.	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzenie praktyk ind. ratowników medycznych może być rozważone dopiero po ukonstytuowaniu się samorządu RM, wprowadzeniu rejestru RM i pod warunkiem zmiany szeregu przepisów m. in. ustawy o PRM, o zawodzie RM, ustawy o działalności leczniczej i innych.
230.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Ustawa o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych W art.2 lub w przepisach przejściowych wpisać delegację dla Ministra właściwego do spraw Zdrowia oraz Ministra właściwego do spraw Szkolnictwa Wyższego o rozpoczęciu prac nad stworzeniem studiów pomostowych uwzględniających różnice programowe w trybie rocznym lub półtorarocznym umożliwiające uzyskanie tytułu licencjata i podjęcie studiów magisterskich na kierunku ratownictwo medyczne dla ratowników medycznych którzy ukończyli dwuletnie studium medyczne. Uzasadnienie: Bardzo duża liczba ratowników medycznych uzyskała tytuł ratownika medycznego przed 2013 rokiem po ukończeniu studium medycznego. Ratownicy Ci nie podejmowali studiów licencjackich na kierunku ratownictwo medyczne, gdyż ich ukończenie nie nadawało im nowych uprawnień. A uzyskany przez nich tytuł ratownika medycznego jest równoważny z tytułem licencjata. Stworzenie drugiego stopnia studiów dla ratowników medycznych i uzyskanie tytułu magistra, postawi ratowników medycznych po studium w sytuacji czy iść na studia licencjackie dające im już wcześniej uzyskany tytuł i potem kontynuować studia na stopniu magisterskim (nadanie wyższych uprawnień ratownikowi ze stopniem mgr?) Czy może da to im poczucie niższości gdyż wtedy gdy rozpoczynali naukę studia licencjackie nie istniały i dziś mogą się czuć gorsi. Studia pomostowe czyli szybka ścieżka do	Uwaga nieuwzględniona. Należy podkreślić, iż ustawa o zawodzie RM nadaje takie same uprawnienia zawodowe osobom, które ukończyły szkołę policealną, jak i studia wyższe, choć nie zrównuje ich poziomu wykształcenia. Nie jest zasadne umożliwienie uzyskania tytułu zawodowego licencjata ratownictwa medycznego w sposób inny niż w wyniku ukończenia studiów I stopnia na kierunku ratownictwo medyczne prowadzonych zgodnie z zobowiązującymi przepisami. W przedmiotowej uwadze wskazano błędnie, iż uzyskanie tytułu ratownika medycznego po ukończeniu studium medycznego jest równoważne z tytułem licencjata.

		uzyskania tytułu licencjata może wyeliminować te dysproporcje i dać doświadczonym ratownikom możliwość uzyskania tytułu magistra.	
231.	Polski Czerwony Krzyż	Proponujemy, by art. 3 pkt 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2024.652 t.j. z dnia 2024.04.29) dalej jako: ustawa o brzmieniu: Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają: (...) 2) kwalifikowana pierwsza pomoc – czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, o którym mowa w art. 13 ust. 1; zastąpić zapisem o treści: Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają: (...) 2) kwalifikowana pierwsza pomoc - zespół czynności podejmowanych wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, o którym mowa w art. 13 ust. 1 przekraczający zakres pierwszej pomocy, w tym z wykorzystaniem produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z aktualną wiedzą ratowniczą; Uzasadnienie: Zmieniając definicję pierwszej pomocy, rozszerzając ją o stosowanie leków, warto również zadbać o adekwatne dostosowanie definicji kwalifikowanej pierwszej pomocy. Proponowane przez PCK rozwiązanie przewiduje nadanie ratownikom po kursie kwalifikowanej pierwszej pomocy dodatkowego uprawnienia, które jest reakcją na rozwój ustawowej definicji pierwszej pomocy. Przekazanie ratownikom kwalifikowanej pierwszej pomocy uprawnienia do podawania leków znajdujących się na miejscu zdarzenia pozwoli na wykorzystanie wyrobów leczniczych które nie należą do osoby poszkodowanej, a mogłyby wpłynąć korzystnie na jej stan zdrowia. Pierwszym zabezpieczeniem ustawowym tego rozwiązania jest wymóg ukończenia kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy, w ramach którego ratownicy zdobywają wiedzę konieczną do skutecznego reagowania w stanach zagrożenia życia lub zdrowia. Drugim ograniczeniem jest konieczność dopuszczenia leku do obrotu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Trzecim zabezpieczeniem jest utworzenie wymogu oparcia działań o “aktualną wiedzę ratowniczą”. Termin ten celowo został wprowadzony jako termin nieostry. Zalecamy aby nie definiować czym jest “aktualna wiedza ratownicza”, ponieważ w dobie ciągłego rozwoju wytycznych ratowniczych, będzie to niemożliwe. Natomiast utworzenie wymogu działania zgodnie z “aktualną wiedzą ratowniczą” nakłada na ratownika obowiązek posiadania zaplecza wiedzy odnośnie swoich działań. Zabezpieczy to osoby poszkodowane przed niewykwalifikowanym podaniem wyrobu leczniczego dostępnego na miejscu zdarzenia, ponieważ aby takowy podać, ratownik zgodnie z wymogiem oparcia swoich działań na “aktualnej wiedzy ratowniczej”, musi uprzednio znać działanie tego leku.	Uwaga nieuwzględniona. Udzielanie kpp przez ratownika po kursie nie wyklucza podawania przez niego leków dostępnych na miejscu zdarzenia, co ratownik może wykonać jak każdy innych świadek zdarzenia w ramach pierwszej pomocy.

232.	Polski Czerwony Krzyż	Proponujemy, by w art. 3 pkt 7 ustawy o brzmieniu: Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają: (...) 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 z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych, w rozumieniu art. 1 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.2)), oraz produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; zastąpić zapisem o treści: Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają: (...) 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 z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych, w rozumieniu art. 1 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.2)), oraz produktów leczniczych będących w posiadaniu ratowanej osoby lub wydawanych bez przepisu lekarza, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;Uzasadnienie: 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 z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych, w rozumieniu art. 1 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nUstawodawca słusznie planuje rozszerzyć definicję pierwszej pomocy. Jednak proponowana definicja niesie ze sobą niebezpieczeństwo przekazania rozległego uprawnienia w niewykwalifikowane ręce, ponieważ aktualnie proponowana definicja oznacza de facto przyzwolenie na stosowanie pełnego katalogu produktów leczniczych, w tym np. leków narkotycznych. Ostatnie lata pokazują konieczność wprowadzenia do pierwszej pomocy użycia produktów leczniczych, również tych dostępnych	Uwaga nieuwzględniona. Zawężenie możliwości podawania leków tylko do tych, które są w posiadaniu ratowanej osoby wykluczy możliwość wykorzystania leków dostępnych na miejscu zdarzenia, jednak będących w posiadaniu innych osób. W czasie udzielania pierwszej pomocy nie ma czasu na dochodzenie, kto jest posiadaczem leku, tylko czy jest możliwość jego użycia, czy nie.
------	-----------------------	--	---

		na receptę, ponieważ w przypadku osób przyjmujących je na stałe, mogą one okazać się czynnikiem prowadzącym do poprawy stanu zdrowia osoby poszkodowanej. Niestety ustawodawca w swojej definicji wskazał na produkty lecznicze “dostępne na miejscu” bez wskazania przynależności tych produktów. Stosując wykładnię językową można dojść do wniosku, że osoby udzielające pierwszej pomocy zyskują uprawnienie do podania dowolnego leku znajdującego się na miejscu zdarzenia. Osoby niewykwalifikowane nie mogą otrzymać tak poważnego uprawnienia, bez nałożenia konkretnych granic. Ustawodawca powinien przyjąć, że generalny odbiorca tworzonej normy nie posiada wiedzy wymaganej do umiejętnego stosowania leków. Dlatego proponujemy ograniczenie zakresu pierwszej pomocy do produktów leczniczych “będących w posiadaniu ratowanej osoby”. Racjonalnym jest założenie, że stan posiadania konkretnego leku przez osobę poszkodowaną, może wskazywać na jego stałe przyjmowanie. Likwiduje to tym samym zagrożenie podania poszkodowanemu leku, który może wpłynąć na pogorszenie stanu zdrowia przez jego nieumiejętne podanie. Ważnym aspektem proponowanej przez nas zmiany jest również realizacja celu ustawodawcy podanego w uzasadnieniu projektu.	
233.	Polski Czerwony Krzyż	Proponujemy, by w art. 15 ust. 1 ustawy o brzmieniu: Art. 15. 1. Jednostkami współpracującymi z systemem są: (...) rozszerzyć katalog podmiotów enumeratywnie wymienionych jako jednostki współpracujące z systemem dodając po pkt 8) pkt 9) o treści: Art. 15. 1. Jednostkami współpracującymi z systemem są: (...) 9) jednostki ratownicze Polskiego Czerwonego Krzyża, powołane na podstawie art. 2. Ustawy o Polskim Czerwonym Krzyżu, Uzasadnienie: Polski Czerwony Krzyż jako jedyna organizacja społeczna działa na podstawie ustawy – tj. ustawy z dnia 16 listopada 1964 roku o Polskim Czerwonym Krzyżu (Dz. U. Nr 41, poz. 276, z późn. zm.) Równolegle działalność PCK reguluje Statut PCK zatwierdzony rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 20 września 2011 r. (Dz. U. z 2011 r., Nr 217, poz. 1284). Ustawodawca w ustawie o Polskim Czerwonym Krzyżu w art. 2 o brzmieniu: „Polski Czerwony Krzyż działa na podstawie niniejszej ustawy jako organizacja służąca dobrowolnie pomocą społecznej służbie zdrowia i służbie zdrowia Sił Zbrojnych” wprost zobowiązuje Polski Czerwony Krzyż do realizacji zadań tożsamyh z przypisanymi do jednostek wspierających system PRM. Dodatkowo Rada Ministrów Statucie Polskiego Czerwonego Krzyża literalnie zobowiązuje Polski Czerwony Krzyż do działań w obszarze ratownictwa (§ 9, pkt 8 Statutu PCK)). Prowadzi to do wniosku, że enumeratywne wymienianie jednostek ratowniczych Polskiego Czerwonego Krzyża jako jednostek wspierających system PRM jest	Uwaga nieuwzględniona. Jednostki PCK mogą być jednostkami współpracującymi z systemem PRM, o ile zostaną wpisane do rejestru tych jednostek.

		konsekwencją obowiązku narzuconego na Polski Czerwony Krzyż przez ustawodawcę oraz Radę Ministrów, na równi z wymienionymi w pkt 1-8 jednostkami, które działają w większości również na mocy aktów prawnych w randze Ustawy.	
234.	Polski Czerwony Krzyż	Proponujemy, by w art. 15 ust. 1a pkt 1 Projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych z dn.19 czerwca 2024r. dalej jako: projekt ustawy o brzmieniu: Art. 15. 1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 3-7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem że: 1) zapewniają czas dotarcia na miejsce zdarzenia jednostki współpracującej z systemem na terenie jej działania nie przekraczający 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego; zastąpić zapisem o treści: Art. 15. 1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 3-7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem że: 1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od potwierdzenia przez jednostkę współpracującą z systemem przyjęcia zawiadomienia o powołaniu w stan gotowości przez dyspozytora medycznego; Uzasadnienie: Ratio legis zmian dokonywanych w art. 15 ust.1a ustawy o PRM wskazane w uzasadnieniu projektu ustawy to konkretyzacja zadań jednostek współpracujących z systemem. Intencją ustawodawcy jest dostosowanie ustawy do współczesnych realiów i potrzeb ochrony zdrowia, na podstawie doświadczeń uzyskanych podczas epidemii COVID-19. Niestety proponowane rozwiązanie może doprowadzić do usunięcia z rejestru znacznej ilości jednostek współpracujących z systemem, co może być tragiczne w skutkach. Wiele z jednostek współpracujących z systemem pełni rolę ratowniczą w charakterze ochotniczym. Oznacza to, że członkowie wspomnianych jednostek w toku codziennego funkcjonowania, pełnią swoje zadania w charakterze innym niż ratowniczy. Funkcja ratownicza takich członków jest przez nich sprawowana dopiero w ramach konieczności. W momencie wpłynięcia zgłoszenia z charakteru wsparcia systemu PRM, dane jednostki mogą nie dysponować natychmiastowo siłami i środkami koniecznymi do dotarcia na miejsce w wymagane 30 minut. Zgodnie z zapisami ustawy, nie spełniając tej przesłanki, takie formacje straciłyby podstawę prawną do działania jako jednostki współpracujące z systemem. Problematyka ta może dotknąć np. jednostek organizacyjnych policji, które w danym momencie mogą nie dysponować dostępnym patrolem do obsługi zdarzenia medycznego. Należy mieć świadomość, że utrzymanie zapisu o czasie dotarcia nie większym niż 30 minut od dysponowania wykluczy co do zasady jakiegokolwiek jednostki ratownictwa ochotniczego funkcjonujące w średnich i dużych miastach,	Uwaga uwzględniona poprzez zapis o zapewnieniu gotowości do działań ratowniczych w czasie 30 minut od przekazania zgłoszenia przez dyspozytora medycznego.

		ponieważ albo musiałyby realizować całodobowo przez cały rok dyżury (co kłóci się z ideą ratownictwa ochotniczego, które reaguje na wezwanie), albo należy przyjąć, że ratownicy ochotnicy nie są realnie w stanie dotrzeć do siedziby jednostki, ponieważ w czasie dotarcia do jednostki poruszają się po mieście jako zwykli obywatele, więc muszą przestrzegać wszelkich przepisów ruchu drogowego, a w realiach dużych i średnich miast, nawet dotarcie we wskazaną lokalizację w czasie 30 minut stanowi wyzwanie organizacyjno-logistyczne. Proponowana zmiana nie przewiduje również możliwości odmowy przyjęcia wezwania przez jednostkę współpracującą z systemem. Taką możliwość przewiduje m.in. Krajowy System Ratowniczo Gaśniczy dla podlegających mu jednostek Ochotniczych Straży Pożarnej. Jest tak, ponieważ niemożliwym jest enumeratywne nazwanie przesłanek, stanowiących o tymczasowej niemożliwości podjęcia działania. Przykładów hipotetycznych sytuacji może być wiele, poczynając od awarii pojazdu ratowniczego, poprzez koncentrację sił i środków na innym zdarzeniu. Dlatego należy wprowadzić prostą i jasną dyrektywę, umożliwiającą jednostce współpracującej odmowę wezwania. Przytoczony w uzasadnieniu przykład epidemii COVID-19 wskazuje również na sytuacje w ramach których występuje zapotrzebowanie na jednostki współpracujące z systemem. Wystąpienie konieczności wsparcia systemu jest oparte na analizie aktualnego stanu wydolności podmiotów systemu PRM. Oznacza to, że zanim zapadnie decyzja, o przekazaniu zdarzenia do obsługi przez jednostkę współpracującą z systemem, dyspozytor medyczny będzie posiadał uprzednią świadomość, utrzymującego się przeciążenia zespołów ratownictwa medycznego. Opierając swoje wnioskowanie na wspomnianej świadomości, dyspozytor medyczny powinien móc podjąć decyzję, powołania w stan gotowości, jednostki współpracującej z systemem, zanim faktyczne zdarzenie medyczne wystąpi. Przewidziany zapas czasu na osiągnięcie gotowości operacyjnej, zapewni jednostce wspierającej system, możliwość postawienia w stan pogotowia, sił i środków koniecznych do dotarcia na miejsce zdarzenia, w wymagane przez ustawodawcę 30 minut. Proponowany przez nas trzydziestominutowy czas na osiągnięcie gotowości operacyjnej jest oparty na doświadczeniach pracy z jednostkami ochotniczymi. Jednostka utrzymując swoje wyposażenie oraz systemy łączności w ciągłym pogotowiu ciągle mierzy się z jednym problemem. Jest nim bezpieczne dotarcie członków podmiotu na miejsce stacjonowania, tak aby mogli przejąć sprzęt ratowniczy i osiągnąć pełną gotowość operacyjną. Podany trzydziestominutowy zakres czasowy ma charakter instrukcyjny, co oznacza, że jednostki współpracujące z systemem mogą zgłosić gotowość operacyjną w czasie krótszym lub wręcz natychmiastowo po powołaniu w taki stan przez dyspozytora medycznego. Problematyka postawienia w stan gotowości operacyjnej jednostek współpracujących z systemem, zasługuje naszym	
--	--	---	--

		zdaniem na szerszą regulację. Jednak należy również uniknąć skomplikowanego charakteru legislacyjnego, jakim jest ustawowe określenie norm. Zakres ten niesie za sobą przesłanki pozwalające na regulację poprzez rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia. Nie byłoby to pierwsze rozporządzenie wymagane do realizacji założeń ustawy o PRM, co jest dodatkowym argumentem przemawiającym za wybraniem takiego rozwiązania. Kwestia sugestii współpracy w tym zakresie z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych jest motywowana faktem, że ustawodawca definiuje takie formacje jak policja czy państwowa straż pożarna, jako jednostki współpracujące z systemem. Ze względu na ich podległość hierarchiczną ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, zaleca się aby to w porozumieniu z nim powstało wspomniane rozporządzenie.	
235.	Polski Czerwony Krzyż	Proponujemy, by w art. 15 ust. 1a pkt 2 projektu ustawy o brzmieniu: Art. 15. 1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 3-7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem że: 2) dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w pkt 1; zastąpić zapisem o treści: Art. 15. 1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 3-7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem że: 2) będąc w stanie gotowości operacyjnej dysponują ratownikami, lub ratownikami medycznymi lub pielęgniarzami/pielęgniarkami lub lekarzami w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości i zapewniają czas dotarcia na miejsce zdarzenia jednostki współpracującej z systemem na terenie jej działania nie przekraczający 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego, z wyłączeniem sytuacji, kiedy jednostka jest dysponowana do zdarzenia w dużej odległości od miejsca stacjonowania; Uzasadnienie: W wielu jednostkach wspierających, oprócz ratowników działają również osoby posiadające wykształcenie medyczne takie jak ratownik medyczny, pielęgniarz/pielęgniarka oraz lekarz. Dodanie proponowanego zapisu wprost wskazuje na możliwość zapewnienia gotowości operacyjnej również dzięki takim osobom.	Uwaga uwzględniona w zakresie rozszerzenia katalogu personelu. W zakresie czasu gotowości do działań ratowniczych - zapis o zapewnieniu gotowości do działań ratowniczych w czasie do 30 minut od przekazania zgłoszenia przez dyspozytora medycznego.
236.	Polski Czerwony Krzyż	Proponujemy, by w art. 15 ust. 1a pkt 3 o brzmieniu: Art. 15. 1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 3-7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem że: 3) dysponują wyposażeniem i środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w pkt 1. zastąpić zapisem o treści:	Uwaga uwzględniona częściowo poprzez zamianę czasu dotarcia na miejsce zdarzenia na czas osiągnięcia gotowości do działań ratowniczych.

		Art. 15. 1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 3-7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem że: 3) dysponują wyposażeniem i środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w pkt 2. Uzasadnienie: W ślad i w konsekwencji wcześniej proponowanych zmian.	
237.	Polski Czerwony Krzyż	Proponujemy, by w art. 15 ust. 3 ustawy o brzmieniu: Art. 15 ust. 3. Jednostki współpracujące z systemem udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. zastąpić zapisem o treści: Art. 15 ust. 3. 1) Ratownicy w jednostki współpracujących z systemem udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. 2) Lekarz, ratownik medyczny, pielęgniarz/pielęgniarka, w ramach jednostek współpracujących z systemem, które posiadają możliwości sprzętowe, udzielają świadczeń zdrowotnych osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Uzasadnienie: W wielu jednostkach wspierających, oprócz ratowników działają również osoby posiadające wykształcenie medyczne takie jak ratownik medyczny, pielęgniarz/pielęgniarka oraz lekarz. Przykładem takich jednostek są np. jednostki tworzące System Ratownictwa PCK, gdzie osób ze wskazanym wykształceniem działających w jednostkach wspierających jest ponad 150, w tym ponad 20 lekarzy. Dodanie proponowanego zapisu umożliwia tym osobom (o ile jednostka wspierająca posiada odpowiednie wyposażenie) udzielanie pomocy na poziomie posiadanych kwalifikacji zawodowych.	Uwaga nieuwzględniona. Istotą jednostek współpracujących z systemem jest zatrudnienie ratowników i udzielenie kwalifikowanej pierwszej pomocy. W przypadku zatrudnienia przez jednostkę współpracującą z systemem lekarza, pielęgniarki lub ratownika medycznego, osoby te mogą udzielać świadczeń zdrowotnych, co wynika z innych ustaw np. ustawa o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, art. 15 ust. 4 ustawy o PRM.
238.	Polski Czerwony Krzyż	Proponujemy, by w art. 15 ust. 4 ustawy o brzmieniu: Art. 15 ust. 4. W jednostkach współpracujących z systemem, o których mowa w ust. 1 pkt 1–8, osoba będąca ratownikiem medycznym może udzielać w tych jednostkach świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 pkt 2 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. zastąpić zapisem o treści: Art. 15 ust. 4. W jednostkach współpracujących z systemem, o których mowa w ust. 1 pkt 1–9, osoba będąca ratownikiem medycznym może udzielać w tych jednostkach świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 34 pkt	Uwaga nieuwzględniona. Nie ma uzasadnienia do rozszerzania świadczeń ratownika medycznego w PCK poza świadczenia wynikające z rozporządzenia MZ wydanego na podstawie art. 34 pkt 2 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.

		2 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego Uzasadnienie: Proponowana zmiana jest konsekwencją wcześniejszej propozycji uwzględniającej szczególną i umocowaną ustawowo rolę i obowiązkami Polskiego Czerwonego Krzyża w zakresie wspierania systemu ochrony zdrowia, a co za tym idzie systemu PRM.	
239.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	w art. 15: a) w ust. 1a pkt 1–3 otrzymują brzmienie: 1) zapewniają czas dotarcia na miejsce zdarzenia jednostki współpracującej z systemem na terenie jej działania nie przekraczający 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego; 2) dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w pkt 1 Przereagować liczba ratowników nie może stanowić parametru odnoszącego się do czasu dotarcia na miejsce zdarzenia	Uwaga nieuwzględniona. Przepis został przereagowany na „zapewnienie gotowości do działań ratowniczych”. Aby zapewnić tę gotowość, jednostka musi posiadać odpowiednią liczbę ratowników, wyposażenie, środki łączności i środki transportu.
240.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	w art. 20: a) w ust. 1: – pkt 4 otrzymuje brzmienie: „4) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek pod względem medycznym oraz zgodności z prawem;”, zapis nieprecyzyjny w zakresie kontroli medycznej. Nie wskazano czy: dotyczy ona udzielania świadczeń przez pracowników/kontrahentów Dysponenta, nie wskazano kryteriów oceny, podmiotu oceniającego, trybu odwołania od oceny, ewentualnych sankcji za ocenę negatywną itp. ponad to doprecyzowania wymaga zapis „zgodności z prawem”. Proponujemy zapis „kontroli przyjętych rozwiązań organizacyjnych pod kątem ich zgodności z prawem” Ponadto zapis niepełny w zakresie podmiotów podlegających kontroli - brakuje w nim dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Dysponent jako podmiot nie realizuje bezpośrednio świadczeń zdrowotnych tylko organizuje warunki, środki i sprzęt umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom/kontrahentom Ponadto należy uzupełnić listę podmiotów podlegających kontroli o dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Doprecyzowanie zakresu kontroli jest w projektowanym art. 20 ust. 1a-d.
241.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	w art. 20: 1d. Czynności wymienione w ust. 1c mogą być realizowane wyłącznie przez osobę wykonującą zawód medyczny zapis zbyt ogólny, niegwarantujący rzetelności oceny - doprecyzować przez wskazanie kompetencji / doświadczenia jakich oczekuje się od osoby kontrolującej	Uwaga nieuwzględniona. W przepisach kontrolnych np. ustawie o działalności leczniczej jest również mowa o osobach wykonujących zawód medyczny. Nie jest zasadne ani możliwe wskazanie kompetencji osoby, w ramach ustawy, do każdego rodzaju kontroli.

		warto wskazać dodatkowe kryteria jakie powinna spełniać osoba wykonująca zawód medyczny tj doświadczenie kliniczne / naukowe / administracyjne; dziedzinę i rodzaj zawodu medycznego jaki może mieć zastosowanie w medycynie ratunkowej	
242.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	Art. 21 b, pkt 2 na każde rozpoczęte 10 podstawowych dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret pierwsze, przypadają nie mniej niż 3 podstawowe trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret drugie Doprecyzować kryteria dysponowania 3-osobowych ZRM p Nie jest jasne, jaki jest cel/sens tworzenia 3-osobowych zrm i jakie byłyby kryteria ich dysponowania – czy „z kolejki” czy do szczególnych wezwań. Jeżeli uznano konieczność tworzenia 3 osobowych zrm P, to należy je wprowadzić powszechnie	Zmiana przepisu. Projekt zakłada możliwość utworzenia trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, bez określenia ich liczby.
243.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	w art. 24a: a) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu: „3a. Wojewodowie i dysponenti zespołów ratownictwa medycznego są obowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa, z Podsystemem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego.”, brak określenia zakresu odpowiedzialności i zobowiązania wojewody i dysponenta - doprecyzować przez wpisanie zakresu odpowiedzialności aktualne brzmienie zapisu jest nieprecyzyjne i może prowadzić do nakładania się zobowiązań, obowiązków i kosztów związanych z zapewnieniem integracji systemów i przerzucaniem odpowiedzialności między tymi podmiotami za realizację zadania	Uwaga nieuwzględniona. Każdy ze wskazanych podmiotów zobowiązany jest do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej w zakresie zgodnym z realizowanymi przez siebie zadaniami. Aby doszło do skutecznej korespondencji radiowej dyspozytornia medyczna powinna mieć odpowiedni sprzęt zintegrowany z PZŁ SWD PRM i ZRM również powinien posiadać sprzęt zintegrowany z PZŁ SWD PRM. Wojewoda odpowiada za sprzęt i realizację zadań po stronie dyspozytorni medycznych, natomiast dysponent odpowiada za sprzęt i realizację zadań po stronie ZRM. Integracja systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa, z Podsystemem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego jest procesem i zmienia się w czasie. Środki na ten cel są pozyskiwane z różnych źródeł, ponieważ utrzymanie łączności radiowej na terenie województwa w systemie PRM jest zadaniem wspólnym wojewodów, podmiotów leczniczych, w tym dysponentów ZRM oraz LPR jako administratora SWD PRM i krajowego operatora łączności radiowej w systemie PRM. Zakup urządzeń radiowych ma być także finansowany w ramach programu Feniks.
244.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	w art. 31: dodaje się ust. 3 w brzmieniu: „3. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny uprawniona jest do obserwacji czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz dokonywania oceny uzyskanej dokumentacji medycznej.” zapis zbyt ogólny, niegwarantujący rzetelności oceny - doprecyzować przez wskazanie kompetencji / doświadczenia jakich oczekuje się od osoby kontrolującej	Uwaga nieuwzględniona. W przepisach kontrolnych np. ustawie o działalności leczniczej jest również mowa o osobach wykonujących zawód medyczny. Nie jest zasadne ani możliwe wskazanie kompetencji osoby, w ramach ustawy, do każdego rodzaju kontroli.

		warto wskazać dodatkowe kryteria jakie powinna spełniać osoba wykonująca zawód medyczny tj doświadczenie kliniczne / naukowe / administracyjne; dziedzinę i rodzaj zawodu medycznego jaki może mieć zastosowanie w medycynie ratunkowej	
245.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	Art. 36 a, ust 1: dodaje się pkt 3 w brzmieniu: „3) motocyklowe jednostki ratownicze, w skład których wchodzi co najmniej jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Przeredagować poprzez wprowadzenie zapisu „... w skład których wchodzi 2 osoby uprawnione Idea motocyklowych jednostek ratowniczych oparta jest na konieczności jak najszybszego dotarcia do pacjenta w miejscach, w których dotarcie ambulansu kołowego może być znacznie opóźnione co może mieć wpływ na stan i przeżywalność pacjenta. Dotyczy to stanów ciężkich z zatrzymaniem krążenia łącznie. Jednoosobowa załoga motocykla nie jest w stanie skutecznie realizować działań ratowniczych na poziomie, który umożliwiają sprzęt i leki będące w dyspozycji takiego zespołu. Bez wprowadzenia do załogi drugiego ratownika inwestycje w motocyklowe ZRM będą miały ograniczoną efektywność	Uwaga nieuwzględniona. Projekt określa minimalny skład, co nie oznacza, że nie ma możliwości tworzenia składu osobowego, w skład którego wchodzi więcej niż jedna osoba.
246.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	w art. 36: ust. 3 otrzymuje brzmienie: „3. W skład zespołów, o których mowa w ust. 1, wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2023 r. poz. 622, 1123, 1234, 1312, 1560 i 1872).”, w odniesieniu do punktu 2 tegoż samego art. przeredagować przez zmianę nazwy zespołów lub wprowadzić dla ratowników medycznych obowiązek zdobycia stosownych uprawnień lub preferencje finansowe za ich posiadanie w przypadku kiedy w ZRM nazwanym Zespołem podstawowym dwuosobowym nie będzie osoby uprawnionej zarówno do wykonywania medycznych czynności ratunkowych jak i prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego to zostanie on uzupełniony o kierowcę stając się Zespołem podstawowym dwuosobowym z trzema osobami. Tożsame rozumowanie należy przyjąć dla ZRM P trzyosobowego gdzie będzie Zespołem podstawowym trzyosobowym z czterema osobami.	Uwaga nieuwzględniona. To wynika z treści art. 36 ust. 1 i ust. 3 ustawy o PRM.
247.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	w art. 36 c) dodaje się ust. 6 w brzmieniu: „6. Kierownikiem motocyklowej jednostki ratowniczej, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest osoba wskazana przez dysponenta tej jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu.”;	Uwaga uwzględniona.

		przeredagować przez dodanie zapisu: „lekarzem systemu” aktualne brzmienie zapisu wyklucza funkcjonowanie zespołów motocyklowych z lekarzem w składzie	
248.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	po art. 38 dodaje się art. 38a w brzmieniu: 3. Kursy, o których mowa w ust. 1 i 2, prowadzą: ... 2) dysponentów jednostek błąd gramatyczny - powinno być „Dysponenci jednostek	Uwaga uwzględniona.
249.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	art. 45a otrzymuje brzmienie: „Art. 45a. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od zespołu ratownictwa medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala.”; Przeredagować wpisując konsekwencje przekroczenia przez szpital 15 min. czasu na przyjęcie pacjenta Zapis nie uwzględnia sytuacji transportu pacjentów przemieszczanych na prośbę KAM z wykorzystaniem środków transportu w dyspozycji Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego. Propozycja modyfikacji zapisu: po wyrazie „medycznego” dopisać :” lub przemieszczanych środkami transportu w dyspozycji Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego Brak określonych sankcji za przekroczenie przez szpital 15 min. czasu na przyjęcie pacjenta czyni zapis nieskutecznym W zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych zdarza się konieczność wykorzystania, na prośbę Kierującego Akcją Medyczną, środków transportu będących w dyspozycji Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego do przemieszczania pacjentów. Z uwagi na konieczność odtworzenia gotowości operacyjnej podmiotów KSRG czas przyjęcia pacjentów powinien być taki sam, jak dla PRM.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis analogiczny jak art. 24 ustawy o PRM. Ponadto przepisy art. 44 i nast. odnoszą się do jednostek systemu, nie zaś jednostek współpracujących z systemem. Istotą jest jak najszybsze zwolnienie zespołu ratownictwa medycznego poprzez przekazanie pacjenta do szpitala.
250.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	Art. 45c. 1. W przypadku zgonu pacjenta w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego sporządza kartę zgonu i wydaje ją zakładowi medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala zapis niezgodny z ustawą o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Przeredagować przez dopisanie W przypadku braku okoliczności uniemożliwiających sporządzenie karty zgonu, Kierownik zespołu ratownictwa medycznego sporządza kartę zgonu i wydaje ją zakładowi medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala W przypadku braku okoliczności uniemożliwiających sporządzenie karty zgonu czyli - brak wiedzy o personaliach osoby zmarłej,	Uwaga uwzględniona.

		- brak wykluczenia udziału osób trzecich w śmierci - samobójstwo Zapis nie uwzględnia działań ratowniczych w zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych – mnogich i masowych, w których występuje znaczny deficyt zasobów PRM. Propozycja dopisania ust.8: W zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych, o charakterze masowym w których występuje znaczny deficyt zasobów w przypadku zgonu pacjenta w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się, na wniosek Kierującego akcją medyczną do miejsca składowania zwłok na miejscu zdarzenia przekazując je osobie nadzorującej, a personel zrm niezwłocznie włącza się do prowadzonych działań ratowniczych. W zdarzeniach ze znacznym deficytem zasobów PRM na miejscu zdarzenia niedopuszczalne jest wykorzystanie zrm do transportu zwłok do wyznaczonych miejsc, zamiast niezwłocznego włączenia zrm do dalszych prowadzonych na miejscu zdarzenia działań ratowniczych	
251.	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	Art. 45c 2. W przypadku martwego urodzenia dziecka w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Szpital, do którego przewieziono zwłoki martwo urodzonego dziecka, sporządza i przekazuje kartę martwego urodzenia zgodnie z art. 53 i art. 54 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1378 i 1615). przeredagować przez wskazanie podmiotu wystawiającego kartę martwego urodzenia bo Szpital jako zwyczajowa nazwa budynku nie ma właściwości pozwalających na sporządzenie aktu stanu cywilnego, wpisać osobę odpowiedzialną za sporządzenie dokumentacji	Uwaga nieuwzględniona. Przyjęcie zwłok dziecka martwo urodzonego powoduje podjęcie procedury przez szpital, tak jakby urodzenie nastąpiło w tym szpitalu. Zespół ratownictwa medycznego nie ma możliwości zebrania wszystkich danych, o których mowa w art. 53 i art. 54 ustawy Prawo o aktach stanu cywilnego.
252.	Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego woj. małopolskie	art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6) Pozostawienie tylko specjalizacji z pielęgniarstwa ratunkowego bez wymogu ukończenia kursu, o którym mowa w art. 38a ust. 2, dla pozostałych z zachowaniem wymogu ukończenia kursu oraz zachowanie pozostałych specjalizacji tylko dla pielęgniarek, które nabyły uprawnienia przed wejściem w życie nowelizowanej ustawy. Propozycja zmiany: „6) pielęgniarka systemu to: a) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, lub b) posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2, lub	Uwaga nieuwzględniona. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, nie wymagają ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy.

		c) pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub będąca w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia pielęgniarki systemu przed nowelizacją ustawy o PRM. Uzasadnienie: Definicja funkcjonująca dotychczas była wprowadzona w czasie, kiedy rozpoczynano szkolenia specjalizacyjne z pielęgniarstwa ratunkowego, co wiązało się z deficytem na rynku pracy pielęgniarek z tą specjalizacją. Obecnie nie ma przesłanek do zachowania poprzedniego brzmienia definicji. •Należy utrzymać uprawnienia osób, które uzyskały kompetencje przed nowelizacją ustawy, tj. pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego	
253.	Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego woj. małopolskie	art. 1 pkt 1c (art. 3 pkt 6) Należy dodać zapis: pielęgniarka po ukończonych studiach I stopnia rozpoczynająca pracę w jednostkach systemu o których mowa w art 32 pkt 1 podpunkt 1 i pkt 2 jest zobowiązana do ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego w ciągu roku od rozpoczęcia pracy. Uzasadnienie: Definicja pielęgniarki systemu nie daje możliwości rozpoczęcia pracy w systemie pielęgniarki bezpośrednio po ukończonych studiach 1 stopnia co może skutkować deficytem pielęgniarek systemu w kolejnych latach	Uwaga nieuwzględniona. . Pielęgniarki i lekarze po studiach (do czasu uzyskania tytułu lekarza systemu i pielęgniarki systemu) będą mogli zdobywać doświadczenie w SOR. Natomiast praca w ZRM wymaga podejmowania samodzielnych decyzji i tutaj wymaga się kwalifikacji właściwych dla PS i LS.
254.	Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego woj. małopolskie	art. 1 pkt 2a(art. 15 ust. 1a pkt 2) Uwaga: w ust. 1 a pkt. 1-3 otrzymują brzmienie 2. dysponują ratownikami, lub ratownikami medycznymi, lub pielęgniarkami systemu w liczbie niezbędnej do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia Uzasadnienie: W jednostkach współpracujących z systemem PRM mogą pracować również pielęgniarki systemu i ratownicy medyczni.	Uwaga nieuwzględniona. Warunkiem uzyskania statusu jednostki współpracującej z systemem nie może być posiadanie określonej liczby ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu. Istotą podejmowania czynności przez te jednostki jest kwalifikowana pierwsza pomoc, co oczywiście nie wyklucza możliwości udzielania świadczeń przez ratowników medycznych oraz pielęgniarki systemu w ramach tych jednostek.
255.	Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa	Art. 13.pkt 1 Uwaga: i pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–d ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu	Uwaga nieuwzględniona. Konsekwencja nie uwzględnienia uwagi dotyczącej pielęgniarki systemu. Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego oraz w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, w ocenie MZ, nie wymagają ukończenia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Podobnie przepisy

	ratunkowego woj. małopolskie	nadany niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. Uzasadnienie: Pielęgniarki posiadające tytuł specjalisty lub będące w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, a także pielęgniarki posiadające ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego, pediatricznego, które nabyły uprawnienia przed nowelizacją ustawy o PRM są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. Uzasadnienie: Programy szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego zdecydowanie różnią się treściami od pozostałych dziedzin pielęgniarstwa, treści medycyny ratunkowej w poszczególnych programach specjalizacji jest znacząco niewiele.	zostały skonstruowane w odniesieniu do lekarzy. Termin na odbycie kursu został przesunięty na koniec 2027 r.
256.	Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego Konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego woj. małopolskie	Art. 1 pkt 28(art. 38a, pkt 3) Uwaga: Należy jako podmiot prowadzący kursy dodać uczelnie, w których jest prowadzone kształcenie na kierunku pielęgniarstwie oraz Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych posiadające Ośrodek Kształcenia Uzasadnienie: Umożliwienie kształcenia przez dodatkowe podmioty spełniające odpowiednie wymogi zwiększy dostępność kursu.	Uwaga uwzględniona częściowo – dodano uczelnie prowadzące kształcenie na kierunku pielęgniarstwie.
257.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 1 lit c (dotyczy art. 3 pkt 6 ustawy o PRM) W ocenie PTRM, przed ukończeniem specjalizacji, a zwłaszcza na początku jej trwania pielęgniarka nie ma odpowiednich kompetencji do pracy jako pielęgniarka systemu. Pacjent nie może sobie wybrać pracowników wykonujących zawód medyczny w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego/życia, nie może sobie wybrać kto do niego przyjedzie ambulansem, a zatem nie można dopuścić, że przyjadą do niego osoby nie w pełni kompetentne. W tej sytuacji pomoc medyczna mogłaby być udzielona nie w pełni, a co za tym idzie stanowi to bezpośrednie zagrożenie życia i/lub zdrowia dla pacjenta. Nawet zakładając, że w ZRM jest jeszcze druga osoba wykonująca medycynę, to nigdzie nie jest zabronione, aby w danym składzie ZRM były dwie specjalizujące się pielęgniarki, a to sprawia, że takie składy zespołów są możliwe. Proponowana zmiana – usunięcie z definicji zapisu, że pielęgniarką systemu może być pielęgniarka w trakcie specjalizowania się, spowodowana jest tym, że dopóki pielęgniarka nie ukończy specjalizacji to nie ma gwarancji, że zdobyła one wymaganą wiedzę i umiejętności. Sam fakt podjęcia specjalizacji nie może dawać uprawnień do pracy w jednostkach	Uwaga nieuwzględniona. Założenie, że pielęgniarki będące w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, nie są przygotowane do podejmowania medycznych czynności ratunkowych jest nieuprawnione. Należy wskazać, że pielęgniarki te posiadają wykształcenie pielęgniarstwie i podjęły dalszą naukę, celem zdobycia dodatkowej wiedzy i umiejętności w określonych dziedzinach.

		systemu, zwłaszcza do pełnienia funkcji kierownika zespołu ratownictwa medycznego. Obecnie specjalizacje pielęgniarские trwają od 15 do 20 miesięcy. Ponadto proponujemy usunięcie z definicji pielęgniarки systemu następujących specjalizacji: chirurgicznej, kardiologicznej i pediatrycznej. Zespoły ratownictwa medycznego nie są podzielone pod względem „profilu pacjenta”. Obecnie każdy ZRM ma za zadanie objąć opieką medyczną każdego pacjenta bez względu na jego wiek czy schorzenie. W programie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego nie są zawarte choroby i sytuacje nagłe u dorosłych. W efektach kształcenia określone są jedynie umiejętności i wiedza dotycząca dzieci. Należy nadto zwrócić uwagę, że w ramach specjalizacji pediatrycznej oraz chirurgicznej pielęgniarка nie nabywa kompetencji do interpretacji zapisu EKG. Ponadto w programie szkolenia specjalizacyjnego z pielęgniarstwa pediatrycznego, chirurgicznego, kardiologicznego nie znajdują się np. takie zabiegi jak kardiowersja, stymulacja przezskórna, konikopunkcja, odbarczenie odmy czy założenie dojścia doszpikowego, które są niezbędne w podejmowanych działaniach zespołu ratownictwa medycznego. Jeżeli nawet by założyć, że pielęgniarки z tymi specjalizacjami miałyby ukończyć kurs stanów nagłych to można by dopuścić również inne specjalizacje pielęgniarские. Mając na uwadze powyższe PTRM proponuje zmianę definicji „pielęgniarki systemu”: 6) pielęgniarка systemu: a) pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, lub b) pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezyjologicznego i intensywnej opieki, oraz co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć lub w zespole ratownictwa medycznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2, lub c) pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2;”.	
258.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 1 lit h (dotyczy art. 3 pkt 15 ustawy o PRM) Przyjęta w projekcie ustawy nowa definicja SWD PRM uzupełniona o zapisy dotyczące PZŁ SWD PRM, wskazuje że SWD PRM jest to system na który składa się system teleinformatyczny i PZŁ SWD PRM. W ocenie PTRM nowe brzmienie definicji SWD PRM jest niekompletne, ponieważ z całej grupy elementów składowych został wyróżniony jedynie PZŁ SWD PRM. W ocenie PTRM należy nowe brzmienie definicji SWD PRM co najmniej uzupełnić o zapis grupujący pozostałe podsystemy SWD PRM oraz niezbędną infrastrukturę techniczną w tym łączą jakie są wykorzystywane na potrzeby SWD PRM. SWD PRM nie umożliwia przyjmowania zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania	Uwaga nieuwzględniona. Przyjęta definicja określa system SWD PRM, który jest jednym systemem teleinformatycznym, natomiast wymaga wyróżnienia w nim warstwy telekomunikacyjnej łączności głosowej w postaci PZŁ SWD PRM. Wspomniana w uwadze infrastruktura techniczna nie stanowi części SWD PRM, ale jest wykorzystywana przez ten system lub z nim współpracuje.

		ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, w przypadku gdy dysponujemy jedynie systemem informatycznym oraz PZŁ SWD PRM. Aby wymienione funkcjonalności były dostępne dla użytkowników należy posiadać poza systemem teleinformatycznym i PZŁ SWD PRM również pozostałe podsystemy SWD PRM, niezbędną infrastrukturę techniczną w tym łączy jakie są wykorzystywane na potrzeby SWD PRM. Mając na uwadze powyższe, jednocześnie rozumiejąc potrzebę uregulowania PZŁ SWD PRM na gruncie zapisów ustawy proponujemy po literze: „b” dodać literę: „c” i „d” w następującym brzmieniu: „c) inne podsystemy wykorzystywane na potrzeby funkcjonowania systemu teleinformatycznego, o którym mowa w lit a oraz Podsystemu Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz d) niezbędna infrastruktura techniczna w tym łączy jakie są wykorzystywane na potrzeby funkcjonowania systemu teleinformatycznego, o którym mowa w lit a oraz Podsystemu Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego.”;	
259.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 2 lit. a (dotyczy art. 15 ust. 1a pkt 3 ustawy o PRM) Ponownie projekt ustawy zmieniający brzmienie art. 15 ust. 1a pkt 3 nie definiuje i nie precyzuje o jakie środki łączności chodzi. W ocenie PTRM należy doprecyzować o jakie środki łączności chodzi w taki sposób aby był możliwy skuteczny i bezproblemowy kontakt pomiędzy jednostkami współpracującymi a jednostkami systemu PRM i dyspozytorniami medycznymi.	Uwaga nieuwzględniona. Środki łączności mają zapewnić skuteczne powiadomienie danej jednostki o zdarzeniu.
260.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Dotyczy art. 14 ustawy o PRM) Projekt ustawy ponownie nie przywrócił w art. 14 pkt 9 zapisu związanego z realizacją wstępnej segregacji medycznej przez ratownika. Podczas jednej z nowelizacji ustawy o PRM zapis w brzmieniu: „9) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43 ust. 2.”, został usunięty. Usunięcie z katalogu czynności jakie może wykonać ratownik jest błędem merytorycznym, ponieważ praktycznie w każdym postępowaniu w którym ratownik jest na miejscu zdarzenia jako pierwszy dokonywana jest przez niego wstępna segregacja medyczna. Jest to szczególnie istotna czynności w sytuacji wystąpienia zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych. Mają na uwadze	Uwaga nieuwzględniona. Art 14 pkt 9 został usunięty, ponieważ odwoływał się do uchylonego art. 43 ustawy o PRM, który z kolei odnosił się do standardów w ZRM (a więc nie dotyczył ratowników kpp) Natomiast o segregacji (nie – medycznej) prowadzonej przez ratowników w ramach systemu KSRG mówi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie szczegółowej organizacji krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego. Ilekroć w ww. rozporządzeniu jest mowa o: - segregacji poszkodowanych - należy przez to rozumieć proces wyznaczania priorytetów leczniczo-transportowych realizowany w zdarzeniach mnogich i masowych;

		powyższe PTRM proponuje w art. 14 po pkt 8 dodać pkt 9 w brzmieniu: „w,9) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej.”.	- segregacji pierwotnej - należy przez to rozumieć segregację poszkodowanych realizowaną niezwłocznie po przybyciu na miejsce zdarzenia podmiotu ratowniczego; - segregacji wtórnej - należy przez to rozumieć segregację poszkodowanych realizowaną po wdrożeniu medycznych czynności ratunkowych wobec osób poszkodowanych o najwyższym priorytecie.
261.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 3 lit a (dotyczy art. 17 ust. 1 ustawy o PRM) Proponowane nowe brzmienie art. 17 ust. 1, które w miejsce prowadzonego dotychczas w postaci elektronicznej rejestru jednostek współpracujących z systemem wprowadza prowadzenie rejestru w systemie teleinformatycznym - czy obecne rozwiązanie (rejestr jednostek współpracujących z systemem) to coś więcej niż prosta ewidencja z bazą danych, która w projekcie ustawy urosła aż do systemu teleinformatycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Rejestr jednostek współpracujących z systemem jest rejestrem zawierającym dane określone w art. 17 ust. 3 ustawy o PRM. Uwaga nie zawiera propozycji rozwiązań.
262.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 3 lit a (dotyczy art. 17 ust. 6 ustawy o PRM) Projekt ustawy nie poprawia obecnej relacji pomiędzy rejestrem a SWD PRM. W art. 17 ust. 6 dalej pozostał zapis mówiący jedynie o udostępnieniu danych z rejestru dyspozytorom medycznym, wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego oraz krajowemu koordynatorowi ratownictwa medycznego. W ocenie PTRM w związku z funkcjonowaniem już od wielu lat SWD PRM dane z rejestru powinny być w sposób automatyczny przekazywane do SWD PRM i tam wykorzystywane przez użytkowników tego systemu w szczególności w Module Dyspozytora, WKRM oraz Module Mapowym. Obecne rozwiązanie jest całkowicie niefunkcjonalne i nie spełnia swojego oczekiwania przy codziennej pracy dyspozytora medycznego i WKRM. Wobec powyższego proponuje się nowe brzmienie art. 17 ust. 6: p„6) Administrator rejestru przekazuje dane, o których mowa w ust. 3, do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, o którym mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”.	Uwaga nieuwzględniona. Docelowo w proponowanym w uwadze zakresie dane z rejestrów, o których mowa w art. 17 i 23 a ustawy o PRM mają być przekazywane do SWD PRM. Współpraca będzie się odbywała na poziomie systemów, a nie instytucji.
263.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 4 lit a (dotyczy art. 19 ustawy o PRM) Dodany art. 19 ust. 3 w brzmieniu zawarty w projekcie odnoszącym się do kwestii realizacji zadania nadzoru nad system na terenie kraju przez Ministra Zdrowia z wykorzystaniem SWD PRM stanowi zawężenie odpowiedzialności Ministra Zdrowia za realizację tego zadania. Cały systemy PRM nie jest dostępny w SWD PRM. Część jego obszarów funkcjonuje poza SWD PRM. Tym samym Minister Zdrowia do realizacji zadania nadzoru nad systemem PRM nie jest w stanie wykorzystać SWD PRM w tych obszarach, które funkcjonują poza SWD PRM. Podobnie sytuacja przedstawia się po stronie Wojewody, który na potrzeby realizacji zadania planowania, organizowania, koordynowania oraz nadzoru nad systemem PRM, na terenie województwa ma wykorzystywać SWD PRM. Jednym z obszarów, który nie występuje obecnie w SWD PRM to zadanie planowania (WPDS). Podobnie jak w przypadku Ministra Zdrowia nie ma	Uwaga nieuwzględniona. Przepis daje Ministrowi Zdrowia możliwość wykorzystywania SWD PRM do sprawowania nadzoru nad systemem PRM. Nie wynika z niego zawężenie uprawnień i obowiązków Ministra, o których mowa w uwadze. Propozycja przepisu o wykorzystaniu „innych narzędzi, metod i środków” jest nieprecyzyjna..

		możliwości realizacji wspomnianych powyżej zadań z wykorzystaniem SWD PRM ponieważ część obszarów nie występuje obecnie w SWD PRM. Zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia kierunek jest słuszny ale powinien uwzględniać również stan faktyczny jaki występuje na terenie kraju w tym w poszczególnych województwach. Mając na uwadze powyższe PTRM proponuję się dodanie po art. 19 ust. 3 ustępu 4 w brzmieniu: „4. W przypadku gdy dany obszar lub część systemu nie funkcjonuje w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego minister właściwy do spraw zdrowia do realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1, oraz wojewoda do realizacji zadań, o których mowa w ust. 2, wykorzystują inne narzędzia, metody i środki.”.	
264.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 6 lit b (dotyczy art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a ustawy o PRM) Przy tworzeniu WPDS przez Wojewodę w obszarze liczby i rozmieszczenia ZRM poza parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art. 24 ustawy o PRM oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, w ocenie PTRM niezbędnie koniecznym jest dodanie dodatkowego parametru jakim czas transportu przez ZRM osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z miejsca zdarzenia do podmiotu leczniczego celem kontynuacji udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach szpitalnych. W tym miejscu należy przywołać zasadę tzw. „złotej godziny”, w której osoba będąca w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego od momentu zdarzenia powinna się znaleźć w podmiocie leczniczym i uzyskać specjalistyczne świadczenia zdrowotne w warunkach szpitalnych. Kwestia ta jest szczególnie ważna i w ostatnim czasie pomijana. W związku z przedłożoną do konsultacji nowelizacją wprowadzającą dwu i trzy osobowe podstawowe ZRM jak również dalszą likwidację specjalistycznych ZRM, które w zdecydowanej większości swoje miejsca wyczekiwania mają w lokalizacji miast i bliskiej odległości podmiotów leczniczych, w ocenie PTRM niezbędnie konieczne jest uzupełnienie kryteriów jakimi ma się posłużyć Wojewoda przy tworzeniu WPDS i określaniu liczby i rozmieszczenia ZRM. Mając powyższe na uwadze PTRM proponuję zmianę proponowanego w projekcie brzmienia art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a: „a) zespołów ratownictwa medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art. 24, czas transportu przez zespoły ratownictwa medycznego osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z miejsca zdarzenia do podmiotu leczniczego, lokalizacji: specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, dwu i trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, motocyklowych jednostek ratowniczych oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, przyjmując, że: – na każde rozpoczęte 10 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2, przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, – na każde rozpoczęte 10	Uwaga nieuwzględniona. W propozycji nie przedstawiono, ile powinien wynosić czas dojazdu z miejsca zdarzenia do szpitala. Ponadto ZRM transportują pacjenta do różnych szpitali, nie tylko najbliższych położonych, ale właściwych ze względu na rodzaj schorzenia bądź urazu. W czasie, gdy taki ZRM jest zajęty, do zdarzenia wyjeżdża inny wolny zespół i dla kolejnego pacjenta jest istotne w jakim czasie on otrzyma pomoc od tego zespołu. Dlatego parametr mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla oceny liczby i rozmieszczenia ZRM jest kluczowy. Czas dojazdu z miejsca zdarzenia do SOR, który ma wynosić do 45 minut został uwzględniony przy planowaniu liczby i rozmieszczenia oddziałów ratunkowych.

		podstawowych dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret pierwsze, przypadają nie mniej niż 3 podstawowe trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret drugie, – na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców w województwie przypada nie więcej niż jedna motocyklowa jednostka ratownicza, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 3, a czas działania tej jednostki mieści się w okresie od 1 maja do 30 września w roku kalendarzowym i nie przekracza 12 godzin w ciągu jednej doby, – lokalizacja miejsc wyczekiwania trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret drugie to miejsca, które mają najdłuższy czas transportu osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego lub izby przyjęć lub jednostki organizacyjnej wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych dla ratownictwa medycznego,”	
265.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 6 lit b (dotyczy art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a tiret pierwszy ustawy o PRM) PTRM proponuje całkowitą rezygnację z funkcjonujących obecnie specjalistycznych ZRM w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Obecne problemy z dostępnością chętnych lekarzy do pracy w ZRM pokazują jak trudno jest zapewnić obsadę specjalistycznych ZRM. Dziś dysponenci najczęściej obsadzają te zespoły trzema ratownikami medycznymi i/lub pielęgniarkami systemu. Zatem istnieje świadomość związana z brakiem możliwości zapewnienia kadry lekarskiej w ZRM. Wymuszanie zapisem ustawowym konieczności zapewnienia odpowiedniej liczby zespołów specjalistycznych nie sprawi, że pojawi się chęć do podjęcia pracy w ZRM przez lekarza. Wygeneruje to niemożliwe do spełnienia wymagania, a to w następstwie spowoduje nałożenie kar na dysponentów i tworzenia kolejnych przepisów umożliwiających zamianę lekarza ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu.	Uwaga nieuwzględniona. Na chwilę obecną nie planuje się likwidacji specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. Lekarz systemu ma zdecydowanie większe uprawnienia niż ratownik medyczny czy pielęgniarka systemu do udzielania świadczeń osobom w stanie nagłym. W zespołach ratownictwa medycznego pracuje obecnie około 1300 lekarzy systemu, z czego wg danych NFZ specjaliści medycyny ratunkowej stanowią grupę 330 osób. Ministerstwo Zdrowia czyni wszelkie starania, aby zatrzymać lekarzy w sektorze pozaszpitalnym systemu PRM.
266.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 6 lit b (dotyczy art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a ustawy o PRM) PTRM proponuje dodać zapis określający liczbę zespołów ratownictwa medycznego (bez określania podziału na podstawowe i specjalistyczne) przypadającą na określną liczbę mieszkańców. Podobnie jak w przypadku określenia liczby motocyklowych jednostek ratowniczych. Obecnie brak jest takiego wymogu ustawowego co sprawia, że aktualna liczba ZRM nie jest wystarczająca, aby zapewnić wymagania dotyczące czasu dotarcia ZRM opisane w art. 24 ustawy o PRM.	Uwaga nieuwzględniona. Istotnym parametrem rozmieszczenia zespołów ratownictwa medycznego jest czas dojazdu na miejsce zdarzenia. Nie jest zasadne kierowanie się kryterium ludnościowym, gdyż teren kraju ma bardzo zróżnicowaną gęstość zaludnienia. Zarówno gęstość zaludnienia jak i liczba mieszkańców przekładają na liczbę wyjazdów, czas dojazdu oraz czas trwania akcji medycznej, co z kolei przekłada się na medianę ZRM. Tak więc mediana czasu dotarcia oraz liczba wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia to podstawowe parametry, którymi powinni się kierować wojewodowie, NFZ i MZ przy podejmowaniu decyzji o dostawianiu bądź alokacji zespołów.

267.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 6 lit b (dotyczy art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a ustawy o PRM) PTRM proponuje aby liczba 3 osobowych ZRM stanowiła 50% wszystkich podstawowych ZRM. Standard prawidłowego wykonywania medycznych czynności ratunkowych w tym niektórych procedur np. resuscytacji krążeniowo – oddechowej, jak również zasady bezpieczeństwa i higieny pracy związane z przenoszeniem ciężarów, wskazują jednoznacznie, że zespoły dwuosobowe są niewystarczające. Stąd propozycja 50 % jest pierwszym krokiem wprowadzającym element jakościowy, oraz bezpieczeństwa wykonywania procedur w zespołach ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt daje możliwość utworzenia trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego bez określenia minimalnej ich liczby.
268.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 7 lit b (dotyczy art. 21a ust. 2 pkt 2 zdanie drugie ustawy o PRM) Nowe brzmienie art. 21a w ust. 2 zdanie drugie nadal nie rozwiązuje problemu przekazywania danych zawierających harmonogram funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego poza SWD PRM. Takie postępowanie utrudnia pracę wszystkim użytkownikom SWD PRM i wymaga realizacji procesu przekazywania danych w sposób wymagający dodatkowej pracy po stronie podmiotów funkcjonujących w systemie PRM, którzy do codziennej pracy wykorzystują SWD PRM w którym brak jest przedmiotowych danych. W ocenie PTRM dane zawierające harmonogram funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego powinny być przekazywane przez Wojewodę do SWD PRM taka aby mógł z nich skorzystać w szybki sposób dyspozytor medyczny wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego lub dysponent ZRM. Dalsze podtrzymywanie archaicznego rozwiązania i funkcjonowania ww. harmonogramów poza SWD PRM jest bezcelowe i wydłuża czas potrzebny na podjęcie decyzji przez użytkowników SWD PRM. Mając na uwadze powyższe proponuję zmianę brzmienia art. 21a w ust. 2 zdanie drugie na następujące: „Wojewoda udostępnia dane z harmonogramu do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, o którym mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym na potrzeby wykorzystania przez krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyspozytorni medycznej i dysponentom zespołów ratownictwa medycznego działającym w województwie.”;	Uwaga nieuwzględniona. Przy ewentualnych pracach nad rozbudową systemów informatycznych będących w kompetencji MZ propozycja zostanie poddana analizie.
269.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 10 (dotyczy art. 23b ustawy o PRM) Przekazana do uzgodnień nowelizacji ustawy o PRM nie rozwiązuje problemu nie przekazywania danych o których mowa w art. 23 a ustawy o PRM do SWD PRM. Obecnie zgodnie z zapisami art. 23b ustawy o PRM Wojewoda przekazuje	Uwaga nieuwzględniona. Docelowo w proponowanym w uwadze zakresie dane z rejestrów, o których mowa w art. 17 i 23 a ustawy o PRM mają być przekazywane do SWD PRM. Współpraca będzie się odbywała na poziomie systemów, a nie instytucji.

		do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia dane, o których mowa w art. 17 i art. 23a. Dane zawarte w ewidencji SOR, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa powinny być przekazywane do SWD PRM na potrzeby wykorzystania przez użytkowników SWD PRM. Jest to kolejny obszar systemu PRM, który utrzymuje trzy równoległe byty związane z danymi SOR, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa – pierwszy to dane u Wojewody, drugie to dane w SWD PRM a trzecie to dane w CEZ. Powyższe rozwiązanie należy jak najszybciej zmodyfikować i uporządkować tak aby każda strona uczestnicząca w systemie PRM korzystała z danych referencyjnych utrzymywanych przez jednego administratora. Mając na uwadze powyższe proponuję się w art. 23b dotychczasową treść oznaczyć jako ust. 1 i dodać ust. 2 w brzmieniu: „2. Wojewoda przekazuje do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, o którym mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym dane, o których mowa w art. 17 i art. 23a.”.	
270.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 12 lit. a (dotyczy art. 24a ustawy o PRM) Zaproponowane dodanie do art. 24a nowego ust. 3a zobowiązującego Wojewodów i dysponentów ZRM do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa, z Podsystemem Zintegrowanej łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego jest słuszna i idzie w dobrym kierunku. Ani w uzasadnieniu ani w OSR nie znajdujemy informacji w zakresie obecnego etapu integracji oraz planu na pełną integrację we wszystkich województwach. W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że PZŁ SWD PRM już w sierpniu 2022 roku umożliwił integrację z systemami łączności radiowej wykorzystywanymi w systemie PRM. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że zadanie integracji jest bardzo trudne i wymaga przygotowania szczegółowego planu realizacji. Zadanie to niesie również koszty po stronie Wojewodów i dysponentów ZRM. Mają na uwadze powyższe PTRM wnosi o: 1) uzupełnienie uzasadnienia o zapisy dotyczące obecnego etapu integracji, planu na integrację w tych województwach w których to zadanie będzie realizowane; 2) uzupełnienie OSR w zakresie kosztów integracji oraz źródeł jego finansowania.	Uwaga nieuwzględniona. Integracja systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa, z Podsystemem Zintegrowanej łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego jest procesem i zmienia się w czasie. Środki na ten cel są pozyskiwane z różnych źródeł, ponieważ utrzymanie łączności radiowej na terenie województwa w systemie PRM jest zadaniem wspólnym wojewodów, podmiotów leczniczych, w tym dysponentów ZRM oraz LPR jako administratora SWD PRM i krajowego operatora łączności radiowej w systemie PRM. Zakup urządzeń radiowych ma być także finansowany w ramach programu Feniks.
271.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 16 (dotyczy art. 25a ustawy o PRM) Całkowicie niezrozumiałe są zapisy zawarte w art. 25a ust. 2, który wstrzymuje dotychczasową wieloletnią koncentrację dyspozytorni medycznych i umożliwia	Uwaga nieuwzględniona. Umożliwienie funkcjonowania większej liczby dyspozytorni medycznych w województwach o większej liczbie mieszkańców ma również umożliwić łatwiejsze zatrudnienie dyspozytorów medycznych.

		funkcjonowanie ich większej liczby niż zakładał projekt ich koncentracji, pomimo notorycznie występujących braków obsad w zdecydowanej większości dyspozytorni medycznych.	Dyspozytornie te będą znajdowały się bliżej miejsca zamieszkania potencjalnych dyspozytorów medycznych.
272.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 18 (dotyczy art. 25c ustawy o PRM) W nowym brzmieniu art. 25c ust. 1 skazano, że Wojewoda, przy pomocy SWD PRM, zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – z wykorzystaniem dostępnych form łączności. Wskazać należy, że funkcjonalności oraz zasoby odpowiedzialne za nagrywanie i przechowywanie nagrań występują w Podsystemie Zintegrowanej łączności SWD PRM. W związku z wyróżnieniem w słowniczku PZŁ SWD PRM zasadnym jest precyzyjne wskazanie tego podsystemu jako elementu SWD PRM odpowiedzialnego za nagrywanie i przechowywanie ww. rozmów. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że w treści uzasadnienia prawidłowo wskazano na PZŁ SWD PRM. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na następujący fragment zapisu występujący w art. 25 c ust. 1: „...– z wykorzystaniem dostępnych form łączności.” W ocenie PTRM należy ten zapis doprecyzować, ponieważ administrator centralny SWD PRM może nie mieć technicznych możliwości rejestracji nagrań rozmów realizowanych poza rozwiązanymi udostępnionymi dyspozytorom medycznym i wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego na ich stanowiskach pracy. Mając na uwadze powyższe PTRM proponuje następujące brzmienie art. 25c ust. 1: „1. Wojewoda, przy pomocy Podsystemu Zintegrowanej łączności SWD PRM, zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – z wykorzystaniem udostępnionych przez administratora SWD PRM form łączności.”.	Uwaga uwzględniona w zmienianym art. 24f, w którym uwzględniono informacje dotyczące tego, kto jest administratorem nagrań rozmów zarejestrowanych w SWD PRM, kto może je udostępniać i na jakich zasadach, a także kwestia nagrań rozmów w przypadku awarii PZŁ SWD PRM.
273.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 27 (dotyczy art. 36 ust. 2 ustawy o PRM) Projekt ustawy w związku z dodaniem nowego rodzaju zespołów ratownictwa medycznych – motocyklowych jednostek ratowniczych nie zawiera zapisów dotyczących wymagań jakie ma spełniać pojazd jaki będzie wykorzystywany na potrzeby motocyklowej jednostki ratowniczej. Dodatkowo obecny zapis art. 36 ust. 2 ustawy o PRM, który wskazuje, że zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, jest od wielu lat niewystarczający i już wielokrotnie kwestia ta już była podnoszona. Dodatkowo mając na uwadze wprowadzenie możliwości realizacji przez ratowników medycznych zapisów zawartych w art. 35 ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie	Uwaga nieuwzględniona. Motocyklowa jednostka ratownicza będzie jednym z rodzajów zespołów ratownictwa medycznego. Jednostka ta udziela medycznych czynności ratunkowych. Zespoły te wyposażone będą w leki oraz możliwy sprzęt do umieszczenia na motocyklu do podejmowania medycznych czynności ratunkowych. Wymagania dla ZRM ustalone są w rozporządzeniu „koszykowym” oraz w zarządzeniu Prezesa NFZ.

		ratowników medycznych, zgodnie z którym ratownik medyczny ma obowiązek wykonywać zawód zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością, wymaga wprowadzenia zmian w obszarze minimalnego wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego. Mając na uwadze powyższe PTRM proponuję usunięcie obecnego art. ust. 2 i dodanie po projektowanym ust. 6 ust. 7 w brzmieniu: „7. Minister właściwy do spraw zdrowia w oparciu o cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane określi, w drodze rozporządzenia: 1) minimalne wymagania dla specjalistycznego środka transportu sanitarnego wykorzystywanego przez zespoły ratownictwa medycznego, 2) minimalne wymagania dotyczące wyposażenia medycznego specjalistycznego środka transportu sanitarnego wykorzystywanego przez zespoły ratownictwa medycznego, 3) minimalne wymagania techniczne dotyczące wyposażania specjalistycznego środka transportu sanitarnego wykorzystywanego przez zespoły ratownictwa medycznego na potrzeby obsługi SWD PRM i łączności – uwzględniając wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz rodzaje zespołów ratownictwa medycznego.”.	
274.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 1 pkt 30 (dotyczy art. 45a ustawy o PRM) W proponowanym zapisie brak jest zdefiniowana „przyjęcia pacjenta” oraz „przybycia zespołu do szpitala” co daje dużą dowolność w interpretacji danego przepisu. Proponujemy, aby opisać powyższe definicje. Jednocześnie jest brak konsekwencji za ewentualne niewypełnienie tego ustawowego zapisu co może sprawić, że nie będzie on respektowany. Proponujemy określić konsekwencje przekroczenia tego czasu.	Uwaga uwzględniona częściowo. Czas przybycia zespołu do szpitala ma być ustalony na podstawie SWD. Czas przyjęcia pacjenta jest odnotowywany na podstawie przepisów o dok. medycznej.
275.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	(Dotyczy art. 39 ustawy o PRM) W związku z uchwaleniem ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187), niezbędnie koniecznym jest zmiana brzmienia art. 39 rozszerzająca obecny katalog podmiotów i organizacji współpracujących z systemem o stowarzyszenia ratowników medycznych o zasięgu ogólnokrajowym prowadzącym działalność w zakresie ratownictwa medycznego. Wobec powyższego proponuję się zmianę brzmienia art. 39 na następujące: „Art. 39 Z systemem współdziałają: a) uczelnie medyczne; a2) placówki kształcenia ustawicznego dorosłych; 3) stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej – w zakresie edukacji i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie medycyny ratunkowej, oceny jakości systemu oraz wytyczania kierunków jego rozwoju;	Uwaga nieuwzględniona. Nie jest planowana zmiana przepisu. Przepis dotyczy podmiotów prowadzących działalność w zakresie edukacji (m. in. stowarzyszeń lekarskich o zasięgu ogólnokrajowym prowadzących działalność w zakresie medycyny ratunkowej). Nie jest zasadne rozszerzanie tego katalogu o stowarzyszenia ratowników medycznych, podobnie jak ma to miejsce w przypadku pielęgniarek.

		4) stowarzyszenia ratowników medycznych o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie ratownictwa medycznego – w zakresie edukacji i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie ratownictwa medycznego, oceny jakości systemu oraz wytyczania kierunków jego rozwoju.”.	
276.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 2 Proponuje się uzupełnienie zapisów art. 2 projektu ustawy zmieniającego zapisy ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576) o zapisy, poprawiające błąd jaki dziś występuje w obowiązującym art. 11 ust. 1 pkt 2. Treść zapisu art. 11 ust. 1 pkt 2 odwołuje się do akcji medycznej: „...której mowa w art. 41 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.” Prawidłowe odwołanie powinno dotyczyć art. 40 a nie art. 41 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.	Uwaga uwzględniona.
277.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 8 Proponuje się uzupełnienie zapisów art. 8 projektu ustawy zmieniającego zapisy ustawy z dnia z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187) o zapis doprecyzowujący udzielania świadczeń opieki zdrowotnej innych niż medyczne czynności ratunkowe oraz świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego w sytuacji gdy nie jest dostępny lekarz, pacjent jest w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a zwłoka w udzieleniu przez ratownika medycznego świadczeń opieki zdrowotnej innych niż medyczne czynności ratunkowe oraz świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe do czasu przybycia lekarza mogłaby pogorszyć stan pacjenta. Mają na uwadze powyższe oraz dotychczasową obszerną korespondencję PTRM z MZ w powyższej sprawie proponujemy w ustawie z dnia z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych w art. 52 po ust. 2 dodać 3 – 5 w brzmieniu: a,„3. W przypadku gdy w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej innych niż medyczne czynności ratunkowe oraz świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe nie jest dostępny lekarz, pacjent jest w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, a zwłoka w udzieleniu przez ratownika medycznego świadczeń opieki zdrowotnej innych niż medyczne czynności ratunkowe oraz świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe do czasu przybycia lekarza mogłaby pogorszyć stan pacjenta, ratownik medyczny jest zobowiązany do niezwłocznego udzielenia pacjentowi świadczeń opieki zdrowotnej innych niż medyczne czynności ratunkowe oraz świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe bez zlecenia, o którym	Uwaga nieuwzględniona. Stanowisko MZ w omawianym zakresie jest znane PTRM.

		mowa w ust. 2. a4. Okoliczności, o których mowa w ust. 3, ratownik medyczny odnotowuje odpowiednio w karcie indywidualnej ratownika medycznego albo dokumentacji medycznej pacjenta i niezwłocznie powiadamia lekarza. 5. Kierownik podmiotu leczniczego, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799), przy realizacji zapisów art. 23 ust. 1 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej uwzględnia sposób postępowania ratownika medycznego w sytuacji opisanej w ust. 3.”.	
278.	Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych	Art. 8 Proponuje się uzupełnienie zapisów art. 8 projektu ustawy zmieniającego zapisy ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187) o zapis dotyczący zgody na udzielanie medycznych czynności ratunkowych w przypadkach szczególnych gdy przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny pacjenta (np. chorzy małoletni, ubezwłasnowolnieni) nie wyrażają zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego w tym w szczególności medycznych czynności ratunkowych i transportu do podmiotu leczniczego. Mogą oni taką decyzją działać na niekorzyść pacjenta. W ustawie o zawodzie lekarza jest zapis zobowiązujący lekarza w sytuacji gdy przedstawiciel ustawowy lub opiekun faktyczny nie wyraża zgody na leczenie pacjenta, do zasięgnięcia opinii sądu opiekuńczego. W ramach działań zespołów ratownictwa medycznego są to sytuacje nagłe, poważnie zagrażające zdrowiu i/lub życiu. Wielokrotnie medyczne czynności ratunkowe muszą być podjęte natychmiast i nie ma możliwości zasięgnięcia opinii sądu opiekuńczego. W/w Ustawa w art. 34 pkt. 7 przewiduje jednak podobną sytuację i zezwala na wykonanie czynności medycznych bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody sądu opiekuńczego gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia Mają na uwadze powyższe proponujemy w art. 57 po ust. 2 dodać ust. 3 - 6 w brzmieniu: „3. Ratownik medyczny może wykonać medyczne czynności ratunkowe bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta, opiekuna faktycznego bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby osobie będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. 4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 ratownik medyczny ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu pełniącego funkcję kierownika innego zespołu ratownictwa medycznego. 5. O udzieleniu medycznych czynności ratunkowych, w przypadku o którym mowa w ust. 3 ratownik medyczny	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem nowelizacji ustawy. Zmiana odnosi się do wykonywania zawodu przez ratownika medycznego poza systemem PRM.

		niezwłocznie zawiadamia kierownika podmiotu leczniczego będącego dysponentem zespołów ratownictwa medycznego. 6. Okoliczności, o których mowa w ust. 3-5 ratownik medyczny odnotowuje wraz z uzasadnieniem w karcie medycznych czynności ratunkowych.”.	
279.	Porozumienie Zielonogórskie Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia	W związku z dość częstym pozostawianiem przez zespoły ratownictwa medycznego zwłok pacjentów bez wystawienia karty zgonu proponujemy dodatkowy zapis projektu: “w art. 41 ust. 4 dodaje się pkt 7) w brzmieniu: 7) Ustalenie zgonu i jego przyczyny w sytuacji określonej w art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 21 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych.”	Uwaga nieuwzględniona. Obowiązek wystawiania karty zgonu wynika z art. 11 ust. 1 pkt 2 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Dublowanie przepisów jest sprzeczne z zasadami techniki prawodawczej.
280.		Karta czynności ratunkowych powinna być gromadzona w IKP - należy tak zmienić zapisy prawa, aby po akcji ratunkowej do SIM trafiało nie tylko zdarzenie medyczne, ale również jego dokumentacja. To pozwoli na lepszą jakość opieki medycznej nad pacjentem.	Uwaga wyjaśniona. Właśnie tak ma być docelowo. KMCR docelowo będzie udostępniana do IKP.
281.	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W Art. 1. pkt. 1 ppkt c) pkt 7) otrzymuje nowe brzmienie: 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 apteczki pierwszej pomocy, automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) oraz produktów dostępnych na miejscu zdarzenia;”. Uzasadnienie: Zmiana dotyczy wprowadzanie w słowniku pojęć dotyczącego pierwszej pomocy informacji na temat wykorzystania apteczki pierwszej pomocy, automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED). W proponowanym zapisie w projekcie wskazane odniesienia do aktów prawnych wspólnotowych, nie odnoszą się w żaden sposób do sytuacji dotyczącej pierwszej pomocy: - Art. 1 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, stanowi we wskazanym w treści aktu załączniku nr XVI o WYKAZIE GRUP PRODUKTÓW NIEMAJĄCYCH PRZEWIDZIANEGO ZASTOSOWANIA MEDYCZNEGO, O KTÓRYCH MOWA W ART. 1 UST. 2, które w opisanych punktach w żaden sposób nie odnoszą się do czynności z tym związanych (udzielanie pierwszej pomocy) – jego ulokowanie tutaj w definicji jest BEZZASADNE! - rozporządzenie (WE) nr 178/2002 dotyczy produktów żywnościowych; - rozporządzenie (WE) nr 1223/2009 – dotyczy produktów kosmetycznych. W obu przypadkach powoływanie się na zapisy tych aktów jest BEZZASADNE! - oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.2) – dotyczy wprowadzenia do obrotu wyrobów medycznych, które w większości odnoszą się do leczenia zamkniętego lub opartego na inwazyjnym działaniu w tkankę ludzką w celach leczniczych lub	Uwaga nieuwzględniona. Zaproponowana definicja pierwszej pomocy umożliwia wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych oraz produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu. Tym samym w ramach pierwszej pomocy istnieje możliwość wykorzystania m. in. AED.

		badawczych. Lokowanie tego odniesienia jest BEZZASADNE oraz wprowadzające niepotrzebny chaos. Przepis ten powinien być prosty w swojej zasadzie i zrozumiały dla przeciętnego obywatela, który miałby udzielać pierwszej pomocy. Termin apteczki w warunkach proponowanej zmiany jest wystarczający i zrozumiały powszechnie. Definicja apteczki pierwszej pomocy jest opisana w następnym proponowanym pkt.	
282.	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	Po pkt 7 dodaje się pkt 7a-7c w brzmieniu: „7a) Apteczka Pierwszej Pomocy – stacjonarny lub przenośny, podręczny pojemnik z zestawem podstawowych środków opatrunkowych i przyborów służących do udzielania pierwszej pomocy, w rozumieniu przepisów ustawy 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974) 7b) Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny (AED) – urządzenie automatyczne lub półautomatyczne służące do analizy rytmu serca, wsparcia procesu resuscytacyjnego oraz defibrylacji energią elektryczną prądu stałego w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia wzbudzaną na żądanie przez obsługującą ją osobę; 7c) Program Publicznego Dostępu do Defibrylatorów (PAD) – program profilaktyczny, realizowany przez Ministra Zdrowia na terenie kraju w celu zwiększenia bezpieczeństwa populacji, w ramach którego wydawane są zalecenia do ulokowania urządzenia w danej lokalizacji;” Uzasadnienie: W pkt 7a-c) zdefiniowano apteczkę pierwszej pomocy, automatyczny defibrylator zewnętrzny (AED) i program dostępu do defibrylatora (PAD). Są to nieodzowne rzeczy funkcjonujące w obecnej terminologii medycznej w przypadku nauczania osób niezwiązanych z medycyną (laików) zagadnień pierwszej pomocy. Zdefiniowanie tych sformułowań, pozwala na ich wprowadzanie w Art. 4 ustawy, które to znajdują się w dalszej części uwag. Do tej pory żadne prawodawstwo nie usystematyzowało tych określeń i żadne przepisy nie wdrażają stosowanie urządzenia AED. Zatem jest konieczne by w tej ustawie to określenie miało swoje miejsce z uwago na zastosowanie tych urządzeń w pierwszej pomocy wraz z standaryzowaniem apteczek pierwszej pomocy, których żaden przepis prawa nie określa składu i jej konkretnego umieszczenia. Jedynie istnieją przepisy wynikające z art. 2091 § 1 Ustawy Kodeks pracy o zorganizowaniu systemu pierwszej pomocy wskazują oznakowanie miejsc ulokowania apteczki. To samo dotyczy zapisów dotyczących Programu Powszechnego Dostępu do Defibrylatora (Public Acces Defibrylator), w których są uwarunkowania określające zasadność ulokowania urządzenia w zależności od czynników, które dotyczą liczebności przebywających osób na danym terenie, obiekcie czy miejscu pracy oraz ilości sytuacji z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK) w ostatnich 5 latach. Takie zapisy na pewno wzmocnią poziom bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce i uporządkują działania obywatelskie w tym zakresie.	Uwaga nieuwzględniona.

		Minister Zdrowia, jest wręcz zobowiązany do realizacji takiego programu zdrowotnego, który ma pogłębić wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy, wykorzystania do tego celu apteczki pierwszej pomocy i automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) w ramach wspomnianego programu profilaktycznego, który jest w rzeczy samej programem zdrowotnym i wpisuje się w zakres działań Zdrowia Publicznego.	
283.	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W art. 1 pkt 2 otrzymuje nowe brzmienie, dalsze punkty otrzymują numerację kolejną: 2) art. 4 otrzymuje nowe brzmienie: „Art. 4. Kto zauważy osobę znajdującą się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności, ma obowiązek: 1) niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu: a) podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub b) centrum powiadamiania ratunkowego; 2) udzielenia pierwszej pomocy, chyba że spowoduje to narażenie osoby udzielającej pierwszej pomocy lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo uszczerbku na zdrowiu; 3) udzielenia pierwszej pomocy z wykorzystaniem: a) apteczki pierwszej pomocy; b) automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) w sytuacji gdy jest dostępne; - i postępowanie zgodnie z instrukcjami do przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, chyba że spowoduje to narażenie osoby udzielającej pierwszej pomocy lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo uszczerbku na zdrowiu. 4) Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia: a) standard wyposażenia apteczki pierwszej pomocy uwzględniając jej skład i wyposażenie; b) typy apteczek pierwszej pomocy w zależności od ich funkcjonalności i rodzaju działalności (w zakładach pracy, zakładach produkcyjnych, placach budowy, handlu, szkół i placówek szkolnictwa wyższego, administracji, komunikacji publicznej, transportu indywidualnego i zbiorowego, turystyki), uwzględniając: - miejsce ich rozlokowania oraz łatwości w dostępie; - rodzaj działalności zakładu pracy, - występujących zagrożeń, - oraz ilości zabezpieczanych osób;	Uwaga nieuwzględniona. Obecnie obowiązujące przepisy nakładają obowiązek udzielenia pomocy m. in. poprzez powiadomienie odpowiednich służb. Nie jest zasadne opisywanie szczegółowego postępowania w tym zakresie. Może to bowiem wyrzucić na świadków zdarzenia efekt mrozący.

		c) typy apteczek pierwszej pomocy indywidualnych, uwzględniając: - pojazdy motocyklowe, z ograniczoną ilością miejsca i zawartością dostosowaną do podstawowych urazów komunikacyjnych, - pojazdy samochodowe, z zawartością dostosowaną do opatrywania ran powstałych w trakcie wypadków drogowych, prac w terenie lub podczas pieszych wycieczek; - zakłady pracy zatrudniające do 1000 pracowników; - zakłady pracy zatrudniające powyżej 1000 pracowników. 5) Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia: a) standard wyposażenia automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), b) miejsce rozlokowania automatycznego defibrylatora zewnętrznego w zakładach pracy, zakładach produkcyjnych, placach budowy, handlu, szkół i placówek szkolnictwa wyższego, administracji, komunikacji publicznej; - uwzględniając zapisy Programu Publicznego Dostępu do Defibrylatorów (PAD), w celu zwiększenia bezpieczeństwa danej populacji.” Uzasadnienie: Konieczność wprowadzenia do ustawy obowiązku udzielania pierwszej pomocy. W chwili obecnej obowiązek taki jest nałożony w kilku aktach prawnych w tym: 1) Art. 162 Kodeksu Karnego; 2) Art. 44 ust. 2 pkt 1 Prawo o ruchu drogowym; 3) Art. 93 Kodeksu wykroczeń. W chwili obecnej ustawa wymaga jedynie aby świadek zdarzenia poinformował o tym fakcie odpowiednie podmioty wskazane w ustawie o PRM. Należy do Art. 4 wprowadzić obowiązek udzielania pierwszej pomocy z użyciem apteczki pierwszej pomocy, automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) z uwzględnieniem bezpieczeństwa osoby udzielającej pomocy. Dalsze zapisy ustawy wprowadzają standaryzację wyposażenia apteczek – w chwili obecnej BRAK jakichkolwiek przepisów prawa o standardzie wyposażenia apteczek w środki medyczne. W krajach UE, dominuje standaryzacja według Niemieckiego Instytutu Normalizacji (DIN), który określa skład apteczek i ich wymagania jakościowe podyktowane osobnymi normami. Rodzaje norm DINy1. DIN 13167 Norma określa skład apteczki pierwszej pomocy dla motocykli. Ze względu na ograniczoną ilość miejsca zawartość jest mniejsza niż apteczki samochodowej i dostosowana do podstawowych urazów komunikacyjnych. 2. DIN 13164 Norma określa skład apteczki stosowanej w pojazdach samochodowych. Dostosowany został do opatrywania ran powstałych w trakcie wypadków drogowych ale również w trakcie prac w terenie lub podczas pieszych wycieczek co tłumaczy opieranie się na tej normie również w ustalaniu składu apteczek innych niż samochodowe,	
--	--	---	--

		3. DIN 13157 Norma (tzw. przemysłowa) określa ilość i rodzaj opatrunków i akcesoriów niezbędnych przy udzielaniu pierwszej pomocy na terenie budowy, zakładu pracy, biura, szkoły itp. Ze względu na większą ilość czynników ryzyka (np. oparzenia), dużą ilość zabezpieczanych osób a z drugiej strony brak ograniczenia miejsca (jak w przypadku apteczek samochodowych) skład jest znacznie bogatszy. 4. DIN 13169 Norma ta stanowi praktycznie zdublowanie składu wg DIN 13157 (oprócz nożyczek i instrukcji). Apteczka z takim składem przeznaczona jest do zabezpieczenia większej ilości osób. 5. DIN 13157 PLUS Norma ta oznacza, że skład apteczny został wyposażony w więcej elementów niż wymaga norma. Najczęściej producenci dołączają do wyposażenia apteczki np. maseczka do sztucznego oddychania, chusteczki dezynfekujące lub inne środki. Apteczka dedykowana jest do obiektów handlowych. Standaryzacja również powinna dotyczyć automatycznych defibrylatorów zewnętrznych, ich wyposażenia, miejsc rozlokowania z uwzględnieniem zapisów wynikających z Programu Powszechnego Dostępu do Defibrylatora (PAD).	
284.	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W art. 1 pkt 3-5 otrzymuje nowe brzmienie, dotychczasowe pkt 3-5) otrzymują numerację kolejną: 3) w art. 13: a) po ust. 1c dodaje się kolejny ust. 1d „1c. Starszym Ratownikiem może być osoba: 1) posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych; 2) posiadającą co najmniej 6 letnie doświadczenie w jednostkach współpracujących z systemem; 3) posiadająca ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy stopnia 2, zwanego dalej „kursem stopnia 2”, i uzyskaniu tytułu starszego ratownika; 4) której stan zdrowia pozwala na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy.” b) zmienia się ust. 8 w brzmieniu „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 dla ratowników oraz kwalifikowanej pierwszej pomocy stopnia 2 dla starszych ratowników.	Uwaga nieuwzględniona. Zakres kwalifikowanej pierwszej pomocy został określony w ustawie o PRM. Tworzenie stopni ratowniczych nie znajduje uzasadnienia. Dotyczy to jednostek współpracujących z systemem PRM, które znajdują się w różnych strukturach.

		2) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs, mając na celu zapewnienie odpowiedniego jej poziomu; 3) sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kursy, skład, tryb powoływania i odwoływania komisji egzaminacyjnej, okres ważności oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika lub starszego ratownika, mając na celu uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności zdobytych podczas kursu.” 4) w art. 14 treść umieszcza się w ust. 1, dodaje się ust. 2 w brzmieniu: „1.Zakres czynności wykonywanych przez ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy obejmuje: 1) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzryładową i przrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego; 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran; 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć; 4) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem; 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, 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; 9a) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43a ust. 2. 2. Zakres czynności wykonywanych przez starszego ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy obejmuje: 1) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzryładową i przrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego; 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran; 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć; 4) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem; 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 6) stosowanie tlenoterapii biernej i czynnej; 7) badania następujących parametrów: a) poziomu glikemii w arterializowanej krwi włóściskowej za pomocą glukometru; b) poziomu wysycenia tlenu we krwi za pomocą pulsoksymetru;	
--	--	--	--

		c) wartości ciśnienia tętniczego krwi za pomocą aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego (elektroniczny naramienny, pneumatyczny zegarowy); d) osłuchiwanie klatki piersiowej za pomocą stetoskopu w celu potwierdzenia lub wykluczenia niewydolności oddechowej lub krążeniowej; 8) wykorzystanie w stanie nagłego zagrożenia życia ampułkostrzykawki z lekiem: a) adrenaliny – w sytuacji stwierdzenia reakcji anafilaktycznej; b) glukagonu – w sytuacji stwierdzenia hipoglikemii; 9) ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 10) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 11) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43a ust. 2.” 5) w art. 16 ust. 1 otrzymuje nowe brzmienie: „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, starszego ratownika oraz aktualizację wiedzy w tym zakresie.” Uzasadnienie: W art. 13 Dodaje się ustęp 1c określający stopień wyższy w kwalifikowanej pierwszej pomocy: „starszego ratownika”. Sytuacja podyktowana faktem tym, iż należy podnieść standard nieniesionej kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP) poprzez dodanie osoby z bardziej szczegółowym wykształceniem oraz poszerzonymi czynnościami, o których mowa w art. 14 ust. 2. W art. 14 ust. 1 dodaje się odwołanie w pkt. 9a do art. 43a ust.2, który w obecnie funkcjonującej ustawie został wykreślony jako art. 43, a w niniejszych propozycjach przywrócony jako art. 43a. W ust. 2 rozszerza się zakres czynności Starszego Ratownika o badania diagnostyczne z wykorzystaniem sprzętu: e- glukometru; e- pulsoksymetru; - ciśnieniomierza; - stetoskopu. Wychodząc naprzeciw możliwościom jakie towarzyszą bieżącej sytuacji epidemiologicznej, poprzez dodanie osoby z tytułem Starszego Ratownika zapewnić większy standard świadczeń w wykonywaniu kwalifikowanej pierwszej pomocy, przez dodanie również dwóch leków w ampułkostrzykawkach: - adrenalinę; - glukagon. Należy dodać, iż te leki obecnie są podawane przez nauczycieli w szkołach czy rodziców u dzieci, u których są stwierdzone powyższe schorzenia (alergia czy cukrzyca) bez specjalnego przeszkolenia – jedynie pouczone przez lekarza	
--	--	--	--

		pierwszego kontaktu. W proponowanym zakresie czynności starszego ratownika, mówimy o kursie, w którym zostaną ujęte te elementy poszerzające zakres kompetencji ratownika z kwalifikowaną pierwszą pomocą, zarówno w części teoretycznej jak i praktycznej. W art. 16 ust 1 uzupełnia się redakcyjnie stopień „Starszego Ratownika”, który w formacjach podległych ministrom właściwym do spraw wewnętrznych i obrony narodowej, również będzie mógł zdobyć dodatkowe uprawnienia.	
285.	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W artykule 1 pkt 6 ppkt b, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian: b) w ust. 3: – pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia: a) zespołów ratownictwa medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art. 24, oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, przyjmując, że: – na każde rozpoczęte 10 zaawansowanych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2, przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1, – na każde rozpoczęte 10 zaawansowanych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2, przypadają nie mniej niż 3 podstawowe zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt, – na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców w województwie przypada nie więcej niż jedna motocyklowa jednostka ratownicza, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 4, a czas działania tej jednostki mieści się w okresie od 1 maja do 30 września w roku kalendarzowym i nie przekracza 12 godzin w ciągu jednej doby, b) szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut, c) centrów urazowych, kierując się kryterium określonym w art. 39b pkt 1, d) centrów urazowych dla dzieci, kierując się kryterium określonym w art. 39f pkt 1, e) jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”, ”	Uwaga nieuwzględniona. Projekt zakłada inne rozwiązania w zakresie rodzajów i składu ZRM. Nie jest planowana zmiana odnosząca się do podstawowych zespołów ratownictwa medycznego poprzez umieszczenie ratownika w składzie osobowym ww. zespołu. Zespoły ratownictwa medycznego udzielają świadczeń zdrowotnych, do których udzielania nie jest uprawniony ratownik.

		Uzasadnienie: W proponowanym zapisie sugerujemy aby liczebność zespołów określona była według rozgraniczającej ją nazewnictwie, tak by uniknąć niepotrzebnych pomyłek i chaosu organizacyjnego. Zespoły Ratownictwa Medycznego dzielimy na: - Specjalistyczne - trzyosobowe w składzie z lekarzem; - Zaawansowane - dwuosobowe, bez lekarza (obecny zespół Podstawowy); - Podstawowe - trzyosobowe, bez lekarza z jednym lub dwoma Ratownikami Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy (KPP), w zależności od możliwości dysponenta lub jednostek współpracujących z systemem PRM. Jednostki współpracujące z systemem posiadają już pojazdy o standardzie wyposażenia obecnego zespołu Podstawowego, w składach osobowych obecni są również Ratownicy Medyczni (wypełniający Kartę Indywidualna Ratownika Medycznego) oraz ratownicy po Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy. Zapis ten oraz odniesienia do art. 36, mówiącego o jednostkach systemu – ma umożliwić również zatrudnienie lub odbycie praktyki zawodowej lub w ramach umowy wolontariatu studentów kierunku ratownictwo medyczne nie posiadających kwalifikacji Ratownika Medycznego lub Ratowników Medycznych nie posiadających Prawa Wykonywania Zawodu (PWZ) Ratownika Medycznego. Co obecnie niestety jest bardzo dużym problemem dysponentów, z uwagi na GRAK możliwości zatrudniania absolwentów kierunku ratownictwo medyczne. Dopóki nie powstanie samorząd zawodowy, który będzie wydawał PWZ Ratownikom Medycznym – należy taką możliwość ułatwić dysponentom przez wprowadzenie rozszerzonych typów ZRM.	
286.	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W artykule 1 pkt 27, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian: 27) w art. 36: a) w ust. 1: – pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) zespoły zaawansowane dwuosobowe, w skład których wchodzi dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym, – dodaje się pkt 3 i 4 w brzmieniu: „3) zespoły podstawowe trzyosobowe, w skład których wchodzi: a) dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym oraz ratownik kwalifikowanej pierwszej pomocy; b) jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym oraz dwóch ratowników kwalifikowanej pierwszej pomocy;	Uwaga nieuwzględniona. Projekt zakłada inne rozwiązania w zakresie rodzajów i składu ZRM. Nie jest planowana zmiana odnosząca się do podstawowych zespołów ratownictwa medycznego poprzez umieszczenie ratownika w składzie osobowym ww. zespołu. Zespoły ratownictwa medycznego udzielają świadczeń zdrowotnych, do których udzielania nie jest uprawniony ratownik.

		„4) motocyklowe jednostki ratownicze, w skład których wchodzi co najmniej jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych.”; b) ust. 3 otrzymuje brzmienie: „3. W skład zespołów, o których mowa w ust. 1, wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2023 r. poz. 622, 1123, 1234, 1312, 1560 i 1872).”; c) dodaje się ust. 6 w brzmieniu: „6. Kierownikiem motocyklowej jednostki ratowniczej, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest osoba wskazana przez dysponenta tej jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarzką systemu.”; – dodaje się pkt d) w brzmieniu: d) dodaje się ustęp 7 w brzmieniu: „7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standard: 1) wyposażenia ambulansu z uwzględnieniem zabudowy przedziału medycznego, warunków technicznych dla środka transportu drogowego dla zespołów: a) Specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1 typu C furgon lub kontener; b) Zaawansowanego, o którym mowa w ust. 1 pkt. 2 – typu C furgon lub kontener; c) Podstawowego, o którym mowa w ust. 1 pkt. 3 – typu B lub C furgon lub kontener; 2) wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego i zespołów jednostek współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego tworzących zespoły podstawowe, w sprzęt i wyroby medyczne oraz produkty lecznicze ze szczególnym uwzględnieniem zestawów do określonej terapii, - uwzględniając rodzaje zespołów ratownictwa medycznego oraz kierując się zakresem medycznych czynności ratunkowych, świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, do których uprawniony jest ratownik medyczny oraz pielęgniarz systemu.” Uzasadnienie: Z uwagi na proponowany w oryginale zapis dotyczący wprowadzenia trzyosobowych zespołów podstawowych, które to mogą wprowadzać chaos organizacyjny (brak stosownego oznakowania takiego zespołu). Z uwagi na brak przepisów, które miałyby wiążąco wskazać w jaki sposób mają być wprowadzane i finansowane zespoły trzyosobowe z osobami mogącymi wykonywać medyczne czynności ratunkowe (np.: trzech ratowników medycznych) i w zgodzie z rozporządzeniem dotyczącym kar za brak lekarza w zespołach specjalistycznych, którego to może zastąpić na bazie	
--	--	--	--

		tego przepisu pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Proponuje się by owe ominięcie ustawowego obowiązku rozszerzyć o powyższe trzy typy zespołów ratownictwa medycznego (we wcześniejszej uwadze zostały wyjaśnione przyczyny tej propozycji). Ponieważ w chwili obecnej funkcjonują trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego, bez lekarza ale widniejące w systemie jako zespół specjalistyczny. Proponuje się stworzenie trzech typów zespołów: -o- Specjalistyczne - trzyosobowe w składzie z lekarzem; -o- Zaawansowane - dwuosobowe, bez lekarza (obecny zespół Podstawowy); - Podstawowe - trzyosobowe, bez lekarza z jednym lub dwoma Ratownikami Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy (KPP), w zależności od możliwości dysponenta lub jednostek współpracujących z systemem PRM. Jest to rozwiązanie porządkujące i wskazujące na dany typ zespołu. Na pewno do czasu utworzenia specjalizacji z zakresu intensywnej terapii dla Ratownika Medycznego lub planowanych studiów II stopnia z ratownictwa medycznego, takie rozwiązanie będzie przejściowe (mowa o BRAKU LEKARZA w zespole S), gdzie zespół specjalistyczny można podzielić na dwie kategorie: a) zespoły specjalistyczne - działające w systemie dotarcia na spotkanie (rendez-vois) – zespół dwuosobowy; b) zespoły specjalistyczne - działające jako Mobilna Intensywna Terapia (MIT) – zespół trzyosobowy; W obu przypadkach kierownikiem zespołu byłby ratownik medyczny z odpowiednim przygotowaniem (kursy specjalistyczne. Kwalifikacyjne, specjalizacja lub studia II stopnia z ratownictwa medycznego) lub Pielęgniarka Systemu. W proponowanym natomiast brzmieniu ustępu 7, wprowadza się standaryzację zabudowy i wyposażenia pojazdu specjalistycznego oraz wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem zestawów do poszczególnych terapii. W chwili obecnej nie prowadzi się w medycynie ratunkowej pozaszpitalnej żadnych mierników jakości. Standaryzacja wyposażenia oraz działanie według określonych protokołów postępowania jest jednym z wymogów do oceny jakości świadczonych usług w ratownictwie przedszpitalnym, o których też stanowią dyrektywy unijne. Niestety ustawa dotycząca jakości skupia się jedynie na podmiotach prowadzących zamknięte leczenie szpitalne, co w tym przypadku jest sporym niedociągnięciem – ponieważ nie można ocenić jakości medycznych czynności ratunkowych bez rejestrowania i monitorowania jakości prowadzonych działań w tym zakresie przez personel medyczny, przedszpitalnie.	
287.	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W artykule 1 pkt 28, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian: 28) Art. 38 otrzymuje nowe brzmienie:	Uwaga nieuwzględniona. Oznakowanie odnosi się wyłącznie do jednostek systemu i nie może być używane przez jednostki współpracujące z systemem.

		„1. Oznaczenia systemu używają jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, jednostki współpracujące z systemem, tworzące zespoły podstawowe Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 39. 2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) wzór graficzny: a) systemu, będący jego oznaczeniem; b) Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, z uwzględnieniem wchodzących w jego skład korpusów, 2) sposób nadawania numerów identyfikacyjnych (kryptonimów) i kanałów radiowych oraz częstotliwości dla: a) jednostek systemu, b) Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego, Głównego Dyspozytora Medycznego, Kierującego Akcją Medyczną, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe w tym: - osobę przeprowadzającą segregację medyczną – zwaną „Oficerem Segregacji Medycznej lub Oficerem Triage”, - osobę koordynującą punkt medyczny – zwaną „Oficerem Koordynującym Punkt Medyczny”, - osobę kierującą transportem – zwaną „Oficerem Kierującym Transportem”; d) jednostek korpusów Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, osób wykonujących świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe oraz kwalifikowaną pierwszą pomoc. 3) sposób oznakowania: a) jednostek systemu, b) Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego, Głównego Wojewódzkiego Dyspozytora Ratownictwa Medycznego, Mobilnego Centrum Koordynacji, Koordynatora Zdarzeń Masowych, Kierującego Akcją Medyczną, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe w tym: - osobę przeprowadzającą segregację medyczną – zwaną „Oficerem Segregacji Medycznej lub Oficerem Triage”, - osobę koordynującą punkt medyczny – zwaną „Oficerem Koordynującym Punkt Medyczny”, - osobę kierującą transportem – zwaną „Oficerem Kierującym Transportem”; c) korpusów Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, osób wykonujących świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe oraz kwalifikowaną pierwszą pomoc. 4) wymagania w zakresie umundurowania: a) członków zespołu ratownictwa medycznego – umundurowania systemowego; b) członków zespołu ratownictwa medycznego – umundurowania galowego; c) członków korpusu Ochotniczego Ratownictwa Medycznego;	
--	--	---	--

		- uwzględniając zapewnienie możliwości rozpoznania stopnia zawodowego, rodzaju funkcji i zadań wykonywanych w systemie przez oznaczone osoby i jednostki. 5) sposób oznakowania ambulansów zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1: a) specjalistycznych, b) zaawansowanych, c) podstawowych. 6) oznakowanie, o którym mowa w pkt. 5 zawiera: a) rodzaje, kolorystykę, ilość i umiejscowienie pasów odblaskowych; b) kolorystykę ambulansu; c) oznaczenia dysponenta Państwowego Ratownictwa Medycznego; d) oznaczenia jednostek korpusów Ochotniczego Ratownictwa Medycznego; e) kryptonim operacyjny zespołu nadany w SWD PRM - uwzględniając rodzaj zespołu ratownictwa medycznego.” Uzasadnienie: Do przepisów dotyczących oznaczenia systemu, należy dodać również jednostki współpracujące z systemem i tworzące zespoły podstawowe w postaci Ochotniczego Ratownictwa Medycznego i tworzących je korpusy, o których mowa szczegółowo w proponowanym do zmiany art. 39. Wprowadza się też oznaczenia dla Wojewódzkiego Koordynatora ratownictwa Medycznego. Głównego Dyspozytora Medycznego, Kierującego Akcją Medyczną oraz wprowadza się funkcje wynikające z prowadzenia zdarzenia mnogiego lub masowego na miejscu zdarzenia: - osobę przeprowadzającą segregację medyczną – zwaną „Oficerem Segregacji Medycznej lub Oficerem Triage”, - osobę koordynującą punkt medyczny – zwaną „Oficerem Koordynującym Punkt Medyczny”, - osobę kierującą transportem – zwaną „Oficerem Kierującym Transportem”. Niestety BRAK tych oznaczeń w systemie powoduje organizacyjny chaos, który od samego początku prowadzenia akcji medycznej w zdarzeniu mnogim lub masowym – wymaga odpowiedniej koordynacji i kierowania oraz współpracy z podmiotami zadysponowanymi do miejsca zdarzenia. Podmioty te używają również kamizelkę odblaskowych z wyszczególnionymi funkcjami. Często bywa, że jest kilku koordynujących z danej służby, a BRAK oznaczenia osób wykonujących poszczególne czynności wydłuża proces segregacji, udzielania pomocy najbardziej poszkodowanym oraz opóźnia dostarczenie tychże rannych osób do odpowiedniej jednostki szpitalnej. Uniemożliwia to również ocenę prowadzonych działań pod względem jakości oraz skuteczności – co wymaga aby aplikacja mobilna SWD PRM, którą dysponuje kierownik zespołu w urządzeniu przenośnym – otrzymała stosowne usprawnienia do prowadzenia takich działań. cProponuje się również w tym zapisie wprowadzenie	
--	--	---	--

		umundurowania systemowego do działań w terenie oraz galowego do udziału w uroczystościach publicznych lub o charakterze zawodowym (Dzień Ratownika Medycznego, Ratownictwa Medycznego etc.). Proponuje się odpowiednie oznakowanie ambulansów odpowiedniego typu oraz ich kolorystykę z umiejscowieniem pasów odblaskowych i kryptonimów z SWD PRM.	
288.	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W artykule 1 pkt 29, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian: 29) Art. 39 otrzymuje nowe brzmienie: „1. Z systemem współdziałają uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej – w zakresie edukacji i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie medycyny ratunkowej, oceny jakości systemu oraz wytyczania kierunków jego rozwoju oraz instytucje i organizacje pozarządowe, których cele statutowe określają charakter naukowo-badawczy i wspierający rozwój ratownictwa medycznego.a2. W ramach Ochotniczego Ratownictwa Medycznego funkcjonują następujące korpusy:a1) korpus Uniwersytecki; 2) korpus Medyczny; 3) korpus Ratowniczy; 4) korpus Wspierający, 3. Uczelnie medyczne, o których mowa w ust. 1, mogą tworzyć podstawowe zespoły ratownictwa medycznego działające w ramach korpusu Uniwersyteckiego Ochotniczego Ratownictwa Medycznego - zapewniając kadrę dydaktyczną osób będącymi ratownikiem medycznym z odpowiednim doświadczeniem zawodowym, wchodzące w skład takiego zespołu wykonując zadania kierownika zespołu. 4. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, w ramach umów między uczelniami medycznymi, o których mowa w ust. 1 lub z własnej inicjatywy mogą tworzyć podstawowe zespoły ratownictwa medycznego działające w ramach korpusu Medycznego Ochotniczego Ratownictwa Medycznego - zapewniając kadrę dydaktyczną osób będącymi ratownikiem medycznym z odpowiednim doświadczeniem zawodowym, wchodzące w skład takiego zespołu wykonując zadania kierownika zespołu. 5. Jednostki ratownicze realizujące cele statutowe w zakresie ratownictwa górskiego, wodnego oraz podmioty społeczne, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt. 9, wpisane do Rejestru Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, mogą tworzyć podstawowe zespoły ratownictwa medycznego działające w ramach korpusu Ratowniczego	Uwaga nieuwzględniona. Nie są planowane zmiany w tym zakresie. Nie zakłada się funkcjonowania jednostek ratownictwa medycznego w strukturach ochotniczych.

		Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, w tym również Ratownicze Oddziały Specjalne (Rescue Task Forces). 6. Jednostki ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia życia podlegające ministrowi właściwemu do spraw obrony narodowej, spraw wewnętrznych, transportu oraz jednostki, o których mowa w art. 15 ust.1 pkt. 8, wpisane do Rejestru Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, mogą tworzyć podstawowe zespoły ratownictwa medycznego działające w ramach korpusu Wspierającego Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, w tym również Grupy Ewakuacji Medycznej. 7. Finansowanie jednostek korpusu odbywa się w ramach działalności własnej jednostki tworzącej zespół, bądź z dotacji celowej ministra właściwego. 8. Nadzór nad jednostkami korpusu Ochotniczego Ratownictwa Medycznego oraz prowadzenie rejestru tych jednostek, stanowi i prowadzi wojewoda. 9. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw obrony narodowej, spraw wewnętrznych, spraw transportu, określi w drodze rozporządzenia: 1) tryb i sposób powoływania korpusów Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, 2) zasady współpracy i współdziałania z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, 3) dysponowania przez Dyspozytora Medycznego w ramach systemu SWD PRM, 4) skład zespołu i wyposażenie pojazdu specjalistycznego na podstawie wymagań określonych w art. 36 ust. 7, 5) oznaczeń systemu na podstawie art. 38 oraz 6) zakres medycznych czynności ratunkowych lub innych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez ratownika medycznego i ratownika kwalifikowanej pierwszej pomocy w oparciu o standardy postępowania, o których mowa w art. 43a.” Uzasadnienie: Proponowane zmiany w tym art. Tworzą Ochotnicze Ratownictwo Medyczne, w ramach którego działają uczelnie medyczne kształcące studentów na kierunku ratownictwo medyczne. Możliwość tworzenia podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wynika z charakteru działalności edukacyjnej (w przypadku uczelni medycznych i dysponentów kształcących zawodowo studentów ratownictwa medycznego w ramach praktyki zawodowej) lub ustawowych założeń związanych z charakterem działania (grupy ochotnicze działające w trybie 24 godzinnego dyżuru w terenach wodnych, górskich itp.) oraz wynikających z pełnienia służby w ramach danej formacji (podmioty podległe ministrom ds. obrony narodowej, spraw wewnętrznych czy transportu). Proponowane korpusy współpracowałyby	
--	--	---	--

		z systemem, zapewniając w swoim składzie jednego lub dwóch ratowników medycznych lub adekwatna ilość pielęgniarek systemu, będących kierownikami takiego zespołu. W przypadku korpusu Medycznego tworzone zespoły Podstawowe, dają możliwość dysponentowi zatrudnienia lub przyjęcia w ramach wolontariatu osoby będące Ratownikami Medycznymi bez PWZ (wyjaśnienie tej kwestii omówione było w uwadze dotyczącej Art. 1 pkt 6) ppkt b)). Ważne w tym zapisie również jest odniesienie się do proponowanego przywrócenia zapisu wykreślonego z art. 43, a przywracanego w art., 43, dotyczącym standardów postępowania (opisane zostaną w dalszych uwagach).	
289.	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	W artykule 1 pkt 29, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian, a proponowany pkt 30 otrzymuje numerację kolejną. 30) dodaje się art. 43a w brzmieniu: „Art. 43a 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Krajowej Rady Ratowników Medycznych oraz organizacji pozarządowych, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowo-lekarskimi albo towarzystwami naukowymi albo fundacjami o zasięgu ogólnokrajowym wpisanymi do Krajowego Rejestru Sądowego, ogłasza, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania w formie Protokołów Postępowania Przedszpitalnego (PPP) dla: 1) zespołu ratownictwa medycznego: a) Specjalistycznego; b) Zaawansowanego; c) Podstawowego; d) Lotniczego. 2) Kierującego Akcją Medyczną (KAM); 3) osoby przeprowadzającej segregację medyczną; 4) osoby koordynującej punkt medyczny; 5) osoby kierującej transportem medycznym; - zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem zakresu medycznych czynności ratunkowych, innych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez ratownika medycznego oraz ratownika kwalifikowanej pierwszej pomocy. 2. Protokoły Postępowania Przedszpitalnego są aktualizowane przez Ministra właściwego do spraw zdrowia w formie rozporządzenia po zasięgnięciu opinii organów, o których mowa w ust. 1, z każdą ogłoszoną zmianą dotyczącą postępowań w stanach nagłego zagrożenia życia przez Międzynarodowy Komitet Łącznikowy ds. Resuscytacji (ILCOR) oraz instytucje, które mają wpływ w zakresie wyznaczania standardów postępowania w ratownictwie medycznym w tym postępowanie z pacjentami urazowymi, pediatrycznymi,	Uwaga nieuwzględniona. Nie jest zasadne tworzenie standardów postępowania dla poszczególnych zespołów ratownictwa medycznego. Nie jest możliwe określenie każdego przypadku, do którego wyjeżdża zespół. Decyzję w tym zakresie podejmuje dyspozytor medyczny, kierując się obowiązującym algorytmem, doświadczeniem i wiedzą medyczną, które są wymagane na tym stanowisku.

		sytuacjami szczególnymi oraz w zdarzeniach o charakterze mnogich lub masowych.”Uzasadnienie: Konieczne jest z punktu widzenia wprowadzenia trzech typów zespołów oraz zaangażowania do działań jednostek współpracujących z systemem, standardów postępowania an miejscu zdarzenia. Ponieważ Ratownicy kwalifikowanej Pierwszej Pomocy (KPP) są szkoleni na podstawie procedur wydanych przez Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, które to dla Ratowników KPP są wiążące. Obecnie od 2021 zostały te procedury zaktualizowane pod nazwą "Zasady organizacji ratownictwa medycznego w KSRG", w których to opisane są następujące rzeczy: 1. Procedury KPPg2. Segregacja poszkodowanych w zdarzeniach masowychg3. Sprzęt ratownictw medycznego (ramowe standardy wyposażenia)g4. Organizacja i nadzór ratownictwa medycznego w KSRGg5. Zasady postępowania przy narażeniu ratowników KSRGgna materiał potencjalnie zakaźny 6. Ramowy plan dezynfekcji sprzętu używanego podczas działań ratowniczych po kontakcie z materiałem potencjalnie infekcyjnym. 7. Rekomendowane zasady współpracy z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego 8. Współpraca z Zespołami Lotniczego Pogotowia Ratunkowego 9. Izolowane zdarzenia ratownictwa medycznego + schemat 10. Odstąpienie od medycznych działań ratowniczych (MDR) 11. Stosowanie przymusu bezpośredniego przez funkcjonariuszy PSP Zasady wraz z załącznikami w linku poniżej: https://www.gov.pl/web/kgpsp/wykaz-wazniejszych-zasad-obowiazujacych-w-ksrg?fbclid=IwAR283JKH7FyxV1Mc2wVvA8c0NHe6IlzEA4M9zn4OeWK1vG5JU FxmpN8cp6c Kolejną istotną zmianą jest wprowadzenie poprzez rozporządzenie owych standardów nazwanych Protokołami Postępowania Przedszpitalnego (PPP), w których to mają być wskazane sposoby postępowania w formie algorytmów dla poszczególnych wykonawców danych czynności, w tym dla wszystkich typów zespołów oraz: - Kierującego Akcją Medyczną (KAM); - osoby przeprowadzającej segregację medyczną; - osoby koordynującej punkt medyczny; - osoby kierującej transportem medycznym; Ważne by aktualizacja tych procedur odbywała się co kilka lat z uwzględnieniem aktualizacji postępowania w przypadku stanów nagłych, zatrzymania krążenia oraz pacjentów urazowych i pediatrycznych, a także	
--	--	---	--

		sytuacji szczególnych wynikających z charakteru zdarzenia (przemoc domowa itp.).	
290.	Stacja Ratownictwa Medycznego w Chełmie	Art. 1 pkt 30 projektu – Art. 45 a Brak definicji „czas przyjęcia pacjenta”. Rozbieżność pomiędzy czasem wykazywanym w SWD PRM a TOP SOR Propozycja: Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od ZRM wynosi nie więcej niż 15 minut w SWD PRM, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala do chwili opuszczenia SOR.	Uwaga uwzględniona. Przepis będzie dotyczył czasu zarejestrowanego w SWD PRM.
291.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 3., pkt 3. lit. a-f., pkt 3a. i 3b., pkt 6. lit. a-d.: Założenia są słuszne, natomiast należy poddać pod rozagę czy czas jaki pozostawiono do realizacji kursu tj. 31 grudnia 2026 r. jest wystarczający biorąc pod uwagę fakt: - braku aktów wykonawczych dotyczących programów i organizatorów kursów, - dużej ilości personelu lekarskiego i pielęgniarskiego do przeszkolenia, - ryzyka odejść z oddziałów osób niechętnych szkoleniu, co pogłębi i tak istotne braki kadrowe. Warto również zauważyć, że obowiązek doskonalenia zawodowego nie dotyczy lekarzy i pielęgniarek posiadających specjalizację ratunkową i „anestezjologiczną”. Nasuwa się zatem pytanie -Skąd przekonanie, że osoby, które uzyskały kwalifikacje np. 10-20 lat temu wiedzę swą aktualizowały/ podnosiły swoje kwalifikacje?	Uwaga nieuwzględniona. Na chwilę obecną zakłada się okres 3 lat na uzupełnienie kursu (Termin na odbycie kursu został przesunięty na koniec 2027 r.). Rolą pracodawcy jest stwarzanie warunków do doskonalenia zawodowego personelu medycznego oraz systemu zachęt – zwłaszcza, jeśli pracodawca ma podejrzenia, że dana osoba nie dysponuje już aktualną wiedzą medyczną i umiejętnościami.
292.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy w art. 3 a) pkt 3 otrzymuje brzmienie: „3) lekarz systemu: a) lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo lekarza po drugim roku specjalizacji w jednej z tych dziedzin, który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie Warunkiem kwalifikacyjnym lekarza sytemu jest między innymi lekarz po drugim roku specjalizacji anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej , który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, zaś w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie Świadczeń Gwarantowanych – szpital - § 1. 6) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który: b) ukończył pierwszy rok specjalizacji – w przypadku specjalizacji w innych niż wymienione w lit. a i c dziedzinach medycyny oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę, Dopuszczenie lekarza po I roku specjalizacji w w/w dziedzinach z zgodą kierownika specjalizacji zwiększy zasoby lekarzy systemu, większe prawdopodobieństwa oczekiwanego zabezpieczenia pracy w SOR.	Uwaga nieuwzględniona. Zbytnie złagodzenie wymagań.
293.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 13. 1. Lekarz systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3 lit. c–f ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–d ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym	Uwaga nieuwzględniona. Kurs postępowania z osobami w stanie nagłym dotyczyć będzie lekarzy systemu w SOR i ZRM. Z obowiązku ukończenia kursu zwolnieni zostaną specjaliści MR oraz AiIT oraz osoby szkolące się w tych dziedzinach. Niezależnie jednak od powyższego, lekarze mają obowiązek

		niniejszą ustawą, zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadawanym niniejszą ustawą, z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2. Wydaje się zasadna aktualizacja wiedzy. Taka aktualizacja wiedzy i umiejętności powinna dotyczyć wszystkich, w tym osób spełniających warunek bezwzględny lekarza, pielęgniarki systemu lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo lekarza po drugim roku specjalizacji w jednej z tych dziedzin, który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie. Ponadto, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie SOR w SOR; mogą pracować lekarze, których RMZ nie określa lekarzami systemu. Kadra ta zostaje wyłączona.	doskonalenia zawodowego, wynikające z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyści i dotyczy on również lekarzy (nie systemu) zatrudnionych w SOR. Rolą pracodawcy jest stworzenie warunków do realizacji tego obowiązku. Termin na odbycie kursu został przesunięty na koniec 2027 r.
294.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 15. ust. 1a. pkt 1–2.: Należałoby przeredagować treść zawartą w podanym art. liczba ratowników nie może stanowić parametru odnoszącego się do czasu dotarcia na miejsce zdarzenia.	Uwaga nieuwzględniona. Liczba ratowników musi umożliwiać zapewnienie gotowości do działań ratowniczych. Jest to istotny parametr podjęcia działań ratowniczych.
295.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 20. ust. 1. pkt 4.: Wskazany art. jest nieprecyzyjny w zakresie kontroli medycznej. Nie wskazano w nim czy dotyczy on udzielania świadczeń przez pracowników/kontrahentów Dysponenta, jak również nie wskazano kryteriów oceny, podmiotu oceniającego, trybu odwołania od oceny, ewentualnych sankcji za ocenę negatywną itp. Ponadto doprecyzowania wymaga zapis „zgodności z prawem”. Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu proponuje zapis „kontroli przyjętych rozwiązań organizacyjnych pod kątem ich zgodności z prawem”. ŚZapis w przytoczonym art. jest niepełny w zakresie podmiotów podlegających kontroli - brakuje w nim - Dysponenta Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego. Dysponent jako podmiot nie realizuje bezpośrednio świadczeń zdrowotnych tylko organizuje warunki, środki i sprzęt umożliwiający udzielanie świadczeń zdrowotnych swoim pracownikom/kontrahentom. Należałoby również uzupełnić listę podmiotów podlegających kontroli o Dysponenta Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Do kontroli stosuje się przepisy działu VI ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisy wydane na podstawie art. 122 ust. 6 tej ustawy oraz przepisy art. 5 ust. 1 i 2, art. 9, art. 13 oraz rozdziału 2, 4 i 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (art. 20 ust. 1a-d).
296.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 20. ust. 1d.: Zapis jest zbyt ogólny, nie gwarantujący rzetelności oceny. Należy doprecyzować przez wskazanie kompetencji/doświadczenia jakich oczekuje się od osoby kontrolującej. Warto wskazać dodatkowe kryteria jakie powinna spełniać osoba wykonująca zawód medyczny tj. doświadczenie kliniczne/naukowe/administracyjne, czy też dziedzinę i rodzaj zawodu medycznego jaki może mieć zastosowanie w medycynie ratunkowej.	Uwaga nieuwzględniona. W przepisach kontrolnych np. ustawie o działalności leczniczej jest również mowa o osobach wykonujących zawód medyczny. Nie jest zasadne ani możliwe wskazanie kompetencji osoby, w ramach ustawy, do każdego rodzaju kontroli.

297.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 21. ust. 3. lit. b.: Należy postawić pytanie – na ile zapis odniesie się do rzeczywistej liczebności obszarów zabezpieczanych przez SOR-y, a nie do danych statystycznych całych województw? Wymaga to zmian w rozmieszczeniu Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, i powstania nowych SOR-ów, by uzyskać wymagany obszar zabezpieczenia, czyli nie większy niż 200 tysięcy mieszkańców.	Uwaga nieuwzględniona. Dotychczas nie było parametrów określających utworzenie SOR. Liczba ludności oraz czas dojazdu z miejsca zdarzenia ma zapewnić tzw. „złotą godzinę”.
298.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 24a.: W tym art. jest brak określenia zakresu odpowiedzialności i zobowiązania Wojewody i Dysponenta. Należy doprecyzować przez wpisanie zakresu odpowiedzialności. Aktualne brzmienie zapisu jest nieprecyzyjne i może prowadzić do nakładania się zobowiązań, obowiązków i kosztów związanych z zapewnieniem integracji systemów i przetrzucaniem odpowiedzialności między tymi podmiotami za realizację zadania.	Uwaga nieuwzględniona. Każdy ze wskazanych podmiotów zobowiązany jest do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej w zakresie zgodnym z realizowanymi przez siebie zadaniami. Aby doszło do skutecznej korespondencji radiowej zarówno dyspozytornia medyczna jak i ZRM powinni posiadać odpowiedni sprzęt zintegrowany z PZŁ SWD PRM. Wojewoda odpowiada za sprzęt i realizację zadań po stronie dyspozytorni medycznej, natomiast dysponent odpowiada za sprzęt i realizację zadań po stronie ZRM. Integracja systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa, z Podsystemem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego jest procesem i zmienia się w czasie. Środki na ten cel są pozyskiwane z różnych źródeł, ponieważ utrzymanie łączności radiowej na terenie województwa w systemie PRM jest zadaniem wspólnym wojewodów, podmiotów leczniczych, w tym dysponentów ZRM oraz LPR jako administratora SWD PRM i krajowego operatora łączności radiowej w systemie PRM. Zakup urządzeń radiowych ma być także finansowany w ramach programu Feniks.
299.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 31. lit. b.: Zapis jest zbyt ogólny, nie gwarantuje rzetelności oceny. Należy doprecyzować przez wskazanie kompetencji/doświadczenia jakich oczekuje się od osoby kontrolującej. Warto również wskazać dodatkowe kryteria jakie powinna spełniać osoba wykonująca zawód medyczny tj. doświadczenie kliniczne/naukowe/administracyjne, dziedzinę i rodzaj zawodu medycznego jaki może mieć zastosowanie w medycynie ratunkowej.	Uwaga nieuwzględniona. W przepisach kontrolnych np. ustawie o działalności leczniczej jest również mowa o osobach wykonujących zawód medyczny. Chodzi tu o wgląd do dokumentacji medycznej, którego nie mają osoby bez wykształcenia medycznego. Nie jest zasadne ani możliwe wskazanie kompetencji osoby kontrolującej, w ramach ustawy, do każdego rodzaju kontroli.
300.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 36.: Wspomniany art. należałoby przeredagować przez zmianę nazwy zespołów. W przypadku kiedy w Zespole Ratownictwa Medycznego nazwanego Zespołem Podstawowym dwuosobowym nie będzie osoby uprawnionej zarówno do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, jak i prowadzenia pojazdu uprzywilejowanego, to zostanie on uzupełniony o kierowcę. W takiej sytuacji stają się Zespołem Podstawowym dwuosobowym z trzema osobami. Tożsame rozumowanie należy przyjąć dla Zespołu Ratownictwa Medycznego Podstawowego trzyosobowego gdzie będzie Zespołem Podstawowym trzyosobowym z czterema osobami.	Uwaga nieuwzględniona. Rodzaje zespołów ratownictwa medycznego są uzależnione od składu osobowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód medyczny.
301.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy § 12. 1) Minimalne zasoby kadrowe oddziału stanowią:	Uwaga nieuwzględniona. Lekarze mają obowiązek doskonalenia zawodowego, a proponowany przepis definiuje zakres tego szkolenia.

		lekarze w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym do spełnienia warunków dotyczących czasu oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem w poszczególnych kategoriach pilności, przy czym co najmniej jeden lekarz przebywający stale w oddziale będący lekarzem systemu. Nakaz takiego szkolenia do konkretnej daty ograniczy jedną możliwość tej grupie lekarzy pracy w SOR co dla Pracodawcy i zabezpieczenia SOR będzie olbrzymim problem alokacji kadry. w art. 21: na każde rozpoczęte 10 podstawowych dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret pierwsze, przypadają nie mniej niż 3 podstawowe trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret drugie, Co będzie warunkowało interwencję 3 osobowego zespołu a co 2 osobowego. Czy jednostka systemu Dyspozytornia będzie kierować dany zespół, czy zasada czasu dotarcia.	Uwaga dotycząca trzyosobowych zespołów ratownictwa medycznego została częściowo uwzględniona poprzez skreślenie przepisu dotyczącego minimalnej liczby trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.
302.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 45 lit. a. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od zespołu ratownictwa medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala.”; W miejscowościach, których jest jeden SOR czas przekazania może być dłuższy i uzależniony jest od natężenia napływu pacjenta. Pacjent samodzielnie zgłaszający się do SOR nie musi być klinicznie w lepszym stanie niż przywieziony przez Zespół. Czas jest monitorowany a jego przekroczenie ma sankcje nieprawidłowości/kary.	Uwaga nieuwzględniona. Istotą przepisu jest umożliwienie zespołom ratownictwa medycznego powrotu do miejsca wyczekiwania i podjęcie kolejnych medycznych czynności ratunkowych.
303.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dotyczy art. 45 lit. c. W przypadku zgonu pacjenta w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego sporządza kartę zgonu i wydaje ją zakładowi medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala W przypadku martwego urodzenia dziecka w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Szpital, do którego przewieziono zwłoki martwo urodzonego dziecka, sporządza i przekazuje kartę martwego urodzenia zgodnie z art. 53 i art. 54 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach	Uwaga nieuwzględniona. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego nie ma możliwości wypełnienia wszystkich danych w karcie martwego urodzenia. Wiedzę i doświadczenie w tym zakresie posiada lekarz odpowiedniej specjalizacji.

		stanu cywilnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1378 i 1615) Zgon osoby dorosłej w środku transport ZRM może być przekazany do Prosektorium, a dziecka do szpitala. W sytuacji zamknięcia dużej ilości oddziałów ginekologiczno-położniczych czas dotarcia i zablokowania zespołu może mieć wpływ na drożność systemu ZPRM. Ponadto, brak wytycznych co z zwłokami, jakie zadania przypisane są lekarzowi specjalności ginekologicznej lub też SOR.	
304.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 1 lit. b projektu - Art. 3 po pkt 3 dodaje się pkt 3a i 3b w brzmieniu: "3b) lekarz po drugim roku specjalizacji – lekarza, który od minimum 2 lat odbywa szkolenie specjalizacyjne i uzyskał potwierdzenie od kierownika specjalizacji posiadania wiedzy i umiejętności umożliwiających wykonywanie zadań lekarza systemu" Proponowany zapis będzie trudny w realizacji. Trudno kierownikowi specjalizacji (w pewnych specjalnościach) potwierdzić "posiadania wiedzy i umiejętności umożliwiających wykonywanie zadań lekarza systemu". Proponowany zapis: "3b) lekarz po drugim roku specjalizacji – lekarza, który od minimum 2 lat odbywa szkolenie specjalizacyjne."	Uwaga nieuwzględniona. Samodzielne udzielanie świadczeń przez lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, w tym pełnienie dyżuru medycznego, jest obwarowane ustawowym obowiązkiem uzyskania akceptacji kierownika specjalizacji w każdej dziedzinie, w której szkolenie odbywa dany lekarz, bowiem co do zasady lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne pracuje pod kierunkiem i nadzorem kierownika specjalizacji (art. 16iust. 1a i ust. 5, art. 16m ust. 1,ust. 7 pkt 2-4, art. 16oaust. 1 pkt 2 i 3 oraz ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia o zawodach lekarza i lekarza dentystry). Dlatego przywołanie w przepisach lekarza w trakcie specjalizacji wiąże się z koniecznością uzyskania akceptacji kierownika specjalizacji do samodzielnego udzielania świadczeń zdrowotnych. Ponadto, niezależnie od powyższego formułując definicję lekarza systemu należy również brać pod uwagę wiedzę i doświadczenie lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne, bowiem do specjalizacji może przystąpić zarówno lekarz bez doświadczenia zawodowego po świeżo odbytym stażu podyplomowym, jak i też może przystąpić lekarz z ugruntowaną wiedzą leczenia pacjentów, w tym w stanach nagłych legitymujący się już I lub II stopniem specjalizacji lub tytułem specjalisty w innej dziedzinie medycyny.
305.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 1) lit a) – definicja lekarza systemu Należy wykreślić wyrazy „II stopnia” w literach a), c), których brzmienie jest zmieniane projektowaną ustawą Zawężenie definicji lekarza systemu do lekarzy posiadających specjalizację II stopnia spowoduje wyeliminowanie z systemu PRM znacznej liczby lekarzy, posiadających specjalizację I stopnia, co jest niezgodne z zamiarem Ustawodawcy dotyczącym rozszerzenia definicji i spowoduje efekt odwrotny od zamierzonego. Dotychczasowe przepisy dopuszczają do pracy w systemie PRM specjalistów I stopnia. Należy wykreślić wyrazy „II stopnia” w literach a), c), których brzmienie jest zmieniane projektowaną ustawą.	Uwaga uwzględniona.
306.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 6 projektu - Art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a Przepis stanowi m.in., że wojewódzki plan działania systemu określa liczbę i rozmieszczenie ZRM funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia na obszarze województwa z uwzględnieniem parametrów czasu dotarcia określonymi w art. 24, oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania. Zastosowanie spójnika „oraz” powoduje koniunkcję w rozumieniu i praktyce interpretacyjnej	Uwaga nieuwzględniona. Przy określaniu liczby i rozmieszczenia zespołów ratownictwa medycznego wojewodowie uwzględniają wiele kryteriów, a do podstawowych należą czasy dojazdu i liczba zdarzeń, do których były dysponowane zespoły. Tym samym, to właśnie m. in. w obszarze dużych aglomeracji zastosowanie może znaleźć przede wszystkim liczba zdarzeń. Niemniej jednak te dwa parametry są ze sobą skorelowane. Duże obciążenie

		tego przepisu – a zatem na decyzję o utworzeniu nowych ZRM w istniejących obszarach operacyjnych działania dysponentów ZRM wpływa zarówno kryterium czasu dotarcia jak również liczba zdarzeń. Taka praktyka interpretacyjna przepisu ustawy częstokroć wpływa jednak na brak możliwości utworzenia dodatkowych ZRM w dużych aglomeracjach miejskich, w których odnotowuje się dużą liczbę zdarzeń medycznych, gdy jednocześnie spełniane są kryteria czasu dotarcia ZRM z uwagi na krótki dystans przejazdu karetki do miejsca wezwania. Racjonalne ustalenie liczby i rozmieszczenia ZRM na obszarze województwa nie może być w głównej mierze podyktowane kryteriami parametru czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. W świetle obowiązujących regulacji, wnioski o utworzenie nowych ZRM w obszarach dużych aglomeracji miejskich w praktyce stają się niemożliwe – właśnie z uwagi na spełnianie kryterium czasu dotarcia. Tymczasem powoduje to istotne przeciążenie członków ZRM działających w tych obszarach, w których liczba wezwań jest największa w województwie. Częstokroć zespoły są dysponowane seryjnie już chwilę po zakończeniu danego zlecenia, co powoduje przedłużenie ciągłego czasu pracy, bez możliwości powrotu ZRM do miejsca stacjonowania. Stanowi to istotny niekorzystny czynnik wpływający na jakość działania ZRM, ryzyko powstania błędu, czy podnoszenia przez organizacje związkowe zarzutu przekroczenia kodeksowo przewidzianych norm czasu pracy ciągłej, uprawniających do skorzystania z przerwy. Tworzenie ZRM w „przylegających” obszarach operacyjnych o mniejszej liczbie wezwań nie rozwiązuje problemu – bo w największej liczbie przypadków dyspozytorzy kierują się zasadą dysponowania najbliższej położonego ZRM względem miejsca zdarzenia. W praktyce spotykane są sytuacje, w których przyjęte wezwanie „oczekuje” na zwolnienie ZRM w danym obszarze operacyjnym – co jest tłumaczone względami praktycznymi logistyki przesuwania ZRM między określonymi obszarami. Przyjęcie proponowanego założenia umożliwi Wojewodom dokonywanie takich zmian w wojewódzkim planie działania systemu, które na podstawie dokonanej analizy pozwolą przyjąć optymalne rozwiązania względem zarówno potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności, ale również ergonomii pracy członków ZRM. Zastąpienie spójnika „oraz” spójnikiem „lub” w brzmieniu projektowanej zmiany przepisu: „a) zespołów ratownictwa medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art.24 lub liczbą zdarzeń w obszarze działania przyjmując, że (...)”	ZRM wpływa również na czas dojazdu, gdyż może dojść do sytuacji braku dostępności ZRM i kolejowania zgłoszeń. Tym samym liczba zdarzeń jest parametrem uwzględnianym pośrednio lub bezpośrednio przy ustalaniu liczby i rozlokowania nowych ZRM.
307.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 6 projektu - Art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a tiret drugie Propozycja zapisu obecnie brzmi: „na każde rozpoczęte 10 podstawowych dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret pierwsze, przypadają nie mniej niż 3 podstawowe trzyosobowe	Uwaga uwzględniona. Przepis dotyczący liczby trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego został skreślony.

		zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret drugie,” W bieżącej sytuacji (w zakresie finansowym, kadrowym) - wysoce prawdopodobne są trudności z pozyskaniem personelu medycznego. Ponadto zmiana musiałaby wiązać się ze zmianą wyceny za gotowość dla zespołów trzyosobowych. Tworzenie zespołów 3 osobowych ma merytoryczne uzasadnienie w co najmniej dwóch przypadkach: jako zespoły „szkoleniowe” w przypadku przyjmowania do pracy ratowników medycznych którzy nie posiadają jeszcze wystarczającego doświadczenia do samodzielnej pracy oraz w miejscach stacjonowania ZRM gdzie czas dotarcia do pacjenta i przewóz do szpitala są odpowiednio długie – w takich miejscach ewentualne oczekiwanie na wsparcie drugiego ZRM czy innej jednostki wspierającej system w celu udzielania wsparcia pierwszemu zespołowi jest często rażąco długie i w takich sytuacjach 3 osobowe zespoły P są merytorycznie uzasadnione. Dysponent powinien wnioskować na podstawie analizy charakterystyki rejonu operacyjnego i lokalnych potrzeb o tworzenie zespołów trzy osobowych bez ustalania minimalnej ich liczby. Ustawa powinna dopuszczać tworzenie takich jednostek jednak nie jako obowiązkowe, a na podstawie wspólnej analizy Urzędu Wojewódzkiego jako odpowiedzialnego za organizację systemu PRM na danym terenie z uwzględnieniem opinii dysponenta ZRM lub na wniosek samego dysponenta. Utrzymanie także zespołów S z możliwością zastąpienia lekarza trzecią osobą uprawnioną do wykonywania mcr.	
308.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 6 projektu - Art. 21 ust. 3 pkt 2 lit a tiret trzecie Konieczność ustalenia standardu wyposażenia tego rodzaju jednostek, a także zakresu medycznych czynności ratunkowych udzielanych w takim przypadku jednoosobowo. Brak uregulowania dotyczącego standardu wyposażenia jednostek motocyklowych i zakresu podejmowanych medycznych czynności ratunkowych może prowadzić do niekorzystnych dla dysponentów rozstrzygnięć względem ewentualnych roszczeń związanych z udzieloną pomocą. W drodze rozporządzenia powinien zostać określony standard wyposażenia jednostek motocyklowych oraz zakres medycznych czynności ratunkowych udzielanych jednoosobowo.	Uwaga nieuwzględniona. Motocyklowa jednostka ratownicza będzie jednym z rodzajów zespołów ratownictwa medycznego. Jednostka ta udziela medycznych czynności ratunkowych. Zespoły te wyposażone będą w leki, wyroby medyczne, środki łączności, a ich asortyment i liczba zostaną określone w zarządzeniu prezesa NFZ,
309.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 6 lit. b projektu - Art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b Art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b "- szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut."	Uwaga nieuwzględniona. Zapis spowoduje likwidację SOR w miastach i powiatach poniżej 150 tys. mieszkańców,

		Proponowany zapis jest bardzo potrzebny, ale ze względów praktycznych proponowana modyfikacja zapisu. Proponowany zapis: "Art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. b - szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar zamieszkały przez 150 tys. do 250 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 60 minut."	
310.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 8 projektu - Art. 22 ust. 2 W art. 22 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu: „2. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, o której mowa w ust. 1.”; W sytuacji, kiedy dyspozytornie medyczne zostały przekazane do urzędów wojewódzkich, niezasadne jest przy ogłoszeniu przez NFZ konkursu na ratownictwo medyczne na dany rejon operacyjny, który koreluje z działalnością danej dyspozytorni medycznej. W związku z tym tworzy się „sztuczny twór” jakim jest współrealizacja umowy lub podwykonastwo, tym bardziej że podmioty muszą mieć minimalny kapitał państwowy, określony w ustawie o PRM. Rozwiązaniem tej sytuacji jest podpisanie przez każdy pomiot leczniczy umowy (po konkursie) bezpośrednio z płatnikiem.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis obowiązuje w dotychczasowym brzmieniu. Zmiana polega na przeniesieniu przepisu do części ustawy o PRM obejmującej planowanie i kontraktowanie i daje możliwość (nie obowiązek) wspólnego ubiegania się o zawarcie umowy z NFZ. Art. 49 ust. 2 ustawy o PRM nakazujące NFZ zawieranie umowy na rejon operacyjny nie obowiązuje od 1 stycznia 2023.
311.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 9 projektu - Art. 22a Obecny projekt brzmi: po art. 22 dodaje się art. 22a w brzmieniu: „Art. 22a. 1. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem przez dysponenta jednostki umowy, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1 lub pkt 2, w terminie 14 dni od dnia powzięcia informacji o tych nieprawidłowościach. 2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może rozwiązać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z dysponentem jednostki, o której mowa w art. 32 ust. 1:" Proponowane zapisy dotyczą sytuacji gdy Narodowy Fundusz Zdrowia rozwiąże umowę z dysponentem czy szpitalnym oddziałem ratunkowym - wojewoda wykreśla jednostki z rejestru. Zapis nie określa jednak kwestii, kto ma przejąć realizację świadczeń, kto odpowiada za zapewnienie pomocy medycznej.	Uwaga nieuwzględniona. Świadczeniodawca ma obowiązek, przez cały okres realizowania umowy, wykonywać ją zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym również warunkami wymaganymi od Świadczeniodawców. Obowiązkiem NFZ jest zapewnienie dostępności do świadczeń ratowniczych. Ponadto uwzględniając, że zgodnie z obowiązującymi przepisami każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.
312.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 12 projektu - Art. 24a Obecny projekt zapisu brzmi: w art. 24a: po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu: „3a. Wojewodowie i dysponenci zespołów ratownictwa medycznego są obowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa, z Podsystemem Zintegrowanej łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego.”	Uwaga nieuwzględniona. Każdy ze wskazanych podmiotów zobowiązany jest do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej w zakresie zgodnym z realizowanymi przez siebie zadaniami. Aby doszło do skutecznej korespondencji radiowej zarówno dyspozytornia medyczna jak i ZRM powinni posiadać odpowiedni sprzęt zintegrowany z PZŁ SWD PRM. Wojewoda odpowiada za sprzęt i realizację zadań po stronie dyspozytorni medycznej, natomiast dysponent odpowiada za sprzęt i realizację zadań po stronie ZRM.

		Dyspozytornie medyczne od kilku lat znajdują się w jurysdykcji urzędów wojewódzkich. W związku z powyższym za łączność radiową odpowiada wojewoda. Oczywiście w porozumieniu z dysponentami, co się dzieje obecnie. Natomiast tak brzmiący zapis, będzie interpretowany, iż ewentualne zobowiązania finansowe będą musieli ponosić również dysponenti ratownictwa medycznego. Proponowany zapis: "Wojewodowie są obowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa, z Podsystemem Zintegrowanej łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego w porozumieniu z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego."	Integracja systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa, z Podsystemem Zintegrowanej łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego jest procesem i zmienia się w czasie. Środki na ten cel są pozyskiwane z różnych źródeł, ponieważ utrzymanie łączności radiowej na terenie województwa w systemie PRM jest zadaniem wspólnym wojewodów, podmiotów leczniczych, w tym dysponentów ZRM oraz LPR jako administratora SWD PRM i krajowego operatora łączności radiowej w systemie PRM. Zakup urządzeń radiowych ma być także finansowany w ramach programu Feniks.
313.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 16 projektu - Art. 25a ust. 2 w art. 25a ust. 2 otrzymuje brzmienie: „2. W województwach liczących powyżej: 1) 3 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić jedną dodatkową dyspozytornię medyczną; 2) 5 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić dwie dodatkowe dyspozytornie medyczne.”; Co do propozycji tworzenia dodatkowych dyspozytorni medycznych, to uważamy za dobry kierunek, ale proponujemy, aby w woj. śląskim, małopolskim i wielkopolskim (powyżej 3 mln mieszkańców) określić minimalną ilość dyspozytorni medycznych na dwie. Teoretycznie może się okazać, że w podobnych województwach pod względem ilości mieszkańców w jednym województwie będzie 1 dyspozytornia medyczna, a w drugim 3. Należy też określić minimalną ilość dyspozytorni medycznych w woj. mazowieckim – proponujemy na 3. Propozycja nowego brzmienia zapisu: „2. W województwach liczących powyżej: 1) 3 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić jedną dodatkową dyspozytornię medyczną. Ilość dyspozytorni medycznych nie może być mniejsza niż dwie; 2) 5 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić dwie dodatkowe dyspozytornie medyczne. Ilość dyspozytorni medycznych nie może być mniejsza niż trzy."	Uwaga częściowo uwzględniona. Dodatkowe 2 dyspozytornie medyczne zostaną utworzone w województwach powyżej 4 mln mieszkańców.
314.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 27 projektu - Art. 36 ust. 1 Art. 36 ust. 1 pkt 1 - zespół specjalistyczny Wprowadzenie możliwości funkcjonowania zespołu S w składzie co najmniej trzech osób uprawnionych - lekarz systemu, pielęgniarka systemu i ratownik medyczny. Proponowany zapis: " Art. 36 [Rodzaje zespołów ratownictwa medycznego] 1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na: 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące lekarzem systemu, pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym."	Uwaga nieuwzględniona. W specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego należy uwzględnić lekarza. Zaproponowana uwaga zmierza do utworzenia zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie w składzie osobowym bez lekarza.

315.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 28 projektu - Art. 38a Wycofanie obowiązku cyklicznych kursów dla lekarzy i pielęgniarek pracujących w zespołach ratownictwa medycznego. Utrzymanie tego zapisu spowoduje wycofanie się z dyżurów lekarzy. Czy lekarze i pielęgniarki pracujące na SOR będą także zobowiązani do odbywania cyklicznych kursów z zakresu medycznych czynności ratunkowych, czy są dyskryminowane te zawody tylko w zespołach ratownictwa medycznego? Jaki jest cel? Głównym osiągnięciem tego zapisu będzie zniechęcenie lekarzy i pielęgniarek (którzy już mają ustawowy obowiązek samokształcenia) do pracy w ZRM. To z kolei spowoduje odejście z pogotowia wielu doświadczonych pracowników, od których ratownicy medyczni, szczególnie z mniejszym doświadczeniem powinni się uczyć. To znaczy pogorszy to jakość świadczeń pogotowia ratunkowego. Nie można pozwolić ratownikowi medycznemu bezpośrednio po ukończeniu studiów pełnić obowiązki kierownika zrm, a u doświadczonych lekarzy i pielęgniarek uzależniać to od dodatkowych kursów. Takie postępowanie nosi znamiona nierównego traktowania. Wycofanie obowiązku cyklicznych kursów dla lekarzy i pielęgniarek pracujących w zespołach ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Lekarze mają obowiązek doskonalenia zawodowego w cyklach 48 miesięcznych.
316.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 28 projektu - Art. 38a ust. 5 Dysponent jednostki jest obowiązany do kontroli realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1 i 2, oraz art. 74 ust. 1 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187). W ustawie brak zapisów co w przypadku niedopełnienia obowiązku doskonalenia ratowników medycznych. Należy jasno określić jakie konsekwencje poniesie ratownik w chwili nie dopełnienia obowiązku. Wskazać unormowania prawne w przypadku nie wypełnienia obowiązku przez ratowników medycznych.	Uwaga nieuwzględniona. Konsekwencje w tym zakresie pozostają do decyzji dysponenta ZRM, który powinien ocenić czy dany ratownik medyczny wciąż dysponuje aktualną wiedzą i doświadczeniem – tak, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom i uniknąć odpowiedzialności za ew. błędy w sztuce popełnione przez takiego ratownika.
317.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 30 projektu - Art. 45 a „Art. 45a. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od zespołu ratownictwa medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala.” " Ustawa nie określa jasno co oznacza określenie „czas na przyjęcie pacjenta” – moment zarejestrowania pacjenta w systemie TOP SOR , czy np. realne przełożenie pacjenta na łóżko szpitalne. Już teraz widzimy duże rozbieżności pomiędzy czasami w systemie TOP SOR - czas przyjęcia pacjenta, a czas w systemie SWD – status „przekazanie pacjenta”. Brak uszczegółowienia zapisów Art. 45a spowoduje, że albo zapis pozostanie „martwy” albo będzie prowadził do szeregu niepotrzebnych konfliktów na ZRM / SOR, dysponent ZRM / szpital.	Uwaga uwzględniona. Poprzez wskazanie w art. 45a SWD PRM.

318.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 31 projektu - Art. 45 b "Art. 45b. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu albo niewykonanie decyzji, o których mowa 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy. Informacja o odmowie przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu albo o niewykonaniu decyzji, o których mowa 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, jest przekazywana odpowiednio przez dysponenta jednostki albo przez krajowego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni o dnia udzielenia tej odmowy albo niewykonania decyzji."bSkoro została uruchomiona procedura odmowy przyjęcia pacjenta przez szpital i powinien zostać o tym fakcie poinformowany koordynator to niech spoczywa ten obowiązek do końca na koordynatorze wojewódzkim czy krajowym który będzie jak najbardziej zorientowany w sprawie.. b"Art. 45b. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu albo niewykonanie decyzji, o których mowa 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy. Informacja o odmowie przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu albo o niewykonaniu decyzji, o których mowa 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, jest przekazywana przez wojewódzkiego lub krajowego koordynatora ratownictwa medycznego do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni o dnia udzielenia tej odmowy albo niewykonania decyzji."	Uwaga nieuwzględniona. W projekcie wskazuje się na odmowę przyjęcia pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego również bez wydania stosownej decyzji.
319.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 1 pkt 31 projektu - Art. 45 c Nie we wszystkich przypadkach możliwe jest, aby kierownik zespołu ratownictwa medycznego sporządził i wydał kartę zgonu zakładowi medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala. Z uwagi na złożoność przypadków jakie w praktyce mogą napotkać ZRM bardziej uzasadnione wydaje się wprowadzenie prostej zasady, że w przypadku transportu zwłok do zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala nie wydaje się karty zgonu lecz kartę medycznych czynności ratunkowych (wówczas należałoby dodatkowo rozszerzyć w ustawie o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odpowiednio katalog podmiotów uprawnionych do wydania dokumentacji medycznej o zakłady medycyny sądowej uczelni	Uwaga uwzględniona.

		medycznych i prosektoria szpitala). W zależności od dalszych decyzji np. względem przeprowadzenia sekcji zwłok, kartę zgonu sporządzałyby uprawnione osoby z ramienia zakładu medycyny sądowej uczelni medycznych lub prosektorium szpitala.cW przypadkach zgonu w specjalistycznym środku transportu sanitarnego ZRM osoby, w stosunku do której istnieje podejrzenie popełnienia przestępstwa lub osoby o nieustalonej tożsamości, lub gdy nie ustalono przyczyny zgonu – a racjonalne przesłanki wymagałyby jej ustalenia, kartę zgonu powinno się wystawić po przeprowadzeniu sekcji zwłok.cRezygnacja z treści dotyczącej sporządzenia i wydania karty zgonu zakładom medycyny sądowej lub prosektorium szpitala na rzecz wydania tym podmiotom karty medycznych czynności ratunkowych.	
320.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 45c. 1. W przypadku zgonu pacjenta w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego sporządza kartę zgonu i wydaje ją zakładowi medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala. Na chwilę obecną w przypadku zgonu w specjalistycznym środku transportu dysponenti ZRM posiadali umowy z różnymi firmami uprawnionymi do przechowywania zwłok. Wynika to z odległości od szpitali. Projekt ustawy zakłada, że zwłoki będą transportowane tylko do zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej lub prosektorium szpitala co wyklucza dotychczasowe zasady. Czy mowa jest o przewiezieniu do szpitala, do którego kierowany był pacjent? Co ze zgonami w transporcie sanitarnym przewożącym pacjentów np. z domu do poradni?nWarto do zapisów umowy dopisać dotychczasowe rozwiązanie.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt ustawy odnosi się do zespołów ratownictwa medycznego i w tym zakresie uregulowanie znajduje transport zwłok osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego. Przewiduje się przewiezienie zwłok do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala. Takie rozwiązanie nie wydłuży czasu przekazania zwłok do właściwego podmiotu. Nie wydaje się zasadne przyjęcie modelu docelowego, który wskazywałby na przekazanie zwłok do „podmiotu” (w domniemaniu do zakładu pogrzebowego). Podkreślić należy, że przekazanie zwłok do prosektorium szpitala skutkuje zastosowaniem procedur takich, jakby zgon nastąpił w szpitalu.
321.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	W projektowanym zapisie art. 45c należy przewidzieć sytuację zgonu, w karetce, w stosunku do którego nie wyklucza się udziału osób trzecich, lub zgonu osoby o nieustalonej tożsamości. W obydwu wskazanych przypadkach postępowanie powinno być odmienne – zwłoki powinny zostać przekazane wezwanemu przez Policję na miejsce akcji medycznej lekarzowi sądowemu, celem ustalenia okoliczności zgonu, bądź tożsamości denata. Konieczne jest ustalenie sposobu postępowania ze zwłokami osób, których zgon nastąpił w specjalistycznym środku transportu sanitarnego, lecz nie jest możliwe wykluczenie udziału osób trzecich, lub ustalenie tożsamości denata Wyodrębnienie jednostki redakcyjnej ustawy, regulującej sposób postępowania w wymienionych przypadkach	Uwaga nieuwzględniona. W przypadku udziału osób trzecich zastosowanie znajdzie art. 11 ust. 8 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych. Natomiast w zakresie NN projekt został uzupełniony.
322.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Uwaga: w ocenie skutków regulacji podana kwota 1766,27 zł (1766,27÷24 godz. = 73,59 zł) jednego stanowiska obsady w trzyosobowym ZRM jest niewystarczająca/ za niska. Przy obecnych oczekiwaniach personelu	Uwaga nieuwzględniona. Kwota 1832,84 zł na dobę to różnica w stawkach na zespół podstawowy 3- i 2-osobowy, wyliczonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i

		medycznego zatrudnionego w ramach umów cywilno-prawnych kwota ta jest niewystarczająca, a tym bardziej jest za niska przy zatrudnieniu w ramach umowy o pacę.	Taryfikacji i obowiązujących po 1 lipca 2024 r. Ponadto chociaż stawka na podstawowy zespół ratownictwa medycznego wyliczona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zakłada średnią obsadę w liczbie 2,4 osoby, to jednak ponad 90% zespołów podstawowych jeździ w składzie dwuosobowym.
323.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 2 projektu - Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych Dodanie do art. 2 projektu ustawy zmiany treści art. 11 ust. 1 pkt 2) ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych, tj. w art. 11 ust.1 pkt.2) zastępuje się wyrazy „w trakcie akcji medycznej” wyrazami „w trakcie wykonywania medycznych czynności ratunkowych” ZRM często wysyłane są do zgonów, w których nie są podejmowane żadne czynności ratunkowe, a więc nie jest możliwe ustalenie przyczyny zgonu. Obowiązek wystawienia karty zgonu przez kierownika ZRM w sytuacji, gdy zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej, tj. od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego powoduje nieporozumienia, dodatkowe obciążenie ZRM i wymaga zmiany.	Uwaga nieuwzględniona. ZRM jest zawsze dysponowany do osoby żywej. Jeśli nawet okazuje się na miejscu zdarzenia, że pacjent zmarł przed przybyciem ZRM, to ZRM w celu udokumentowania zgonu pacjenta wykonuje badanie przedmiotowe oraz np. EKG. Są to medyczne czynności ratunkowe ujęte w <i>Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego</i>. Wprowadzenie proponowanej zmiany obarcza kierowników ZRM koniecznością wystawiania każdorazowo karty zgonu (nie dotyczy sytuacji opisanych w odrębnych przepisach).
324.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	Art. 2 projektu - Ustawa o cmentarzach i chowaniu zmarłych Dodanie do art. 2 projektu ustawy zmiany treści art. 11 ustawy o cmentarzach i chowaniu zmarłych poprzez uchylenie art. 11 ust. 3e Karta zgonu, złożona z trzech części w tym dla potrzeb statystyki publicznej jest wypełniana i wydawana w całości w jednym egzemplarzu uprawnionym podmiotom, które przedkładają ją w urzędzie stanu cywilnego (dalej: USC). USC przekazuje wypełnioną część trzecią do potrzeb statystyki publicznej. Wobec powyższego brak jest uzasadnienia dublowania tej samej czynności przez USC oraz podmioty lecznicze. Dodatkowo system udostępniony ZRM jest niedostosowany pod kątem technicznym i nie daje sprawnej możliwości przekazywania karty zgonu - części trzeciej przez ZRM do statystyki publicznej. Jest to dodatkowe obciążenie ZRM i wymaga zmiany.	Uwaga nieuwzględniona. Proponowana zmiana wykracza poza zakres merytoryczny projektu ustawy. Należy zauważyć, że zmieniana ustawa reguluje zagadnienia związane z państwowym ratownictwem medycznym, zaś przepis do którego została zgłoszona uwaga obejmuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą. Niemniej jednak w Ministerstwie Zdrowia będą prowadzone prace mające na celu całościowe uregulowanie zagadnień związanych ze stwierdzaniem, rejestrowaniem i dokumentowaniem zgonu i w ramach tych prac przeprowadzona będzie również analiza zasadności zgłoszonej uwagi.
325.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOZ	"Prowadzone prace legislacyjne wymagają pilnego uregulowania statusu prawa wykonywania zawodu absolwentów studiów pierwszego stopnia na kierunku ratownictwo medyczne. Zgodnie z postanowieniami art. 2 ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (tekst jedn. Dz.U.2023 późn. 2187), zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która m.in. posiada prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego. W przepisach przejściowych i końcowych tejże ustawy wskazano w art. 218 ust. 1, że „osoby, które w dniu wejścia w życie ustawy spełniają łącznie warunki określone w art. 2 pkt 1-4 stają się ratownikami medycznymi w rozumieniu ustawy i przysługuje im prawo wykonywania zawodu” z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 tego artykułu, w którym mowa, że w takich przypadkach wykonywanie zawodu ratownika medycznego, bez uzyskania dokumentu	Uwaga nieuwzględniona. Zakres odnosi się do ustawy o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych.

		„prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego” oraz wpisu do rejestru, o którym mowa w art. 137 możliwe jest w okresie 2 lat od wejścia w życie ustawy, tj. od 21 czerwca 2023 r. Tymczasem po 21 czerwca 2023 uczelnie posiadające uprawnienia do prowadzenia studiów pierwszego stopnia na kierunku ratownictwo medyczne promowały absolwentów tego kierunku. Ich status prawny dotyczący prawa wykonywania zawodu dotychczas nie znalazł uregulowania. nDysponenci zespołów ratownictwa medycznego oczekują stosownej regulacji na poziomie ustawy, określających status zawodowy absolwentów na rynku pracy i możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych m.in. w zespołach ratownictwa medycznego.” nProponowane jest wprowadzenie analogicznego zapisu jak przypadku art. 218 dotyczącego statusu ratowników medycznych w dniu wejścia w życie postanowień ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych.	
326.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Rozszerzenie art. 3 ustawy o PRM o definicję: a) Członek załogi HEMS - <i>członek personelu specjalistycznego udzielający świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych osobom w stanie zagrożenia zdrowia lub życia podczas realizacji misji HEMS. Jego nadrzędnym zadaniem jest pomoc pilotowi w zakresie operacyjnym, niezbędnym do realizacji misji HEMS przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego. Członkiem załogi HEMS może być ratownik medyczny lub pielęgniarz systemu posiadający minimum 3 letnie doświadczenie w systemie PRM, którzy zgodnie z rozporządzeniem KE nr 965/2012 z 5 października 2012 r. :</i> • <i>posiadają niezbędne kwalifikacje i umiejętności</i> • <i>ukończyli specjalistyczne przeszkolenie operacyjno-lotnicze z wynikiem pozytywnym</i> • <i>posiadają aktualne uprawnienia wynikające z regularnych sprawdzianów naziemnych i w locie oraz ciągłość praktyki operacyjnej</i> b) Misja HEMS - <i>lot śmigłowcem wykonywany zgodnie zatwierdzeniem HEMS, w celu udzielenia pomocy medycznej w nagłej potrzebie, kiedy zasadnicze znaczenie ma bezzwłoczny i szybki transport: a) personelu medycznego; b) środków medycznych (sprzętu, krwi, organów, leków); lub c) chorych lub rannych oraz innych osób, których to bezpośrednio dotyczy</i>	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzenie postulowanych zmian, motywowanych w dużej mierze aspektami finansowymi, doprowadziłoby do niepotrzebnych animozji w ramach, de facto, tej samej grupy zawodowej. Przedstawione argumenty nie dają podstaw do tworzenia nowej grupy zawodowej i nie przewiduje się zmian w tym zakresie.
327.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art. 37 pkt. 1 otrzymuje brzmienie: <i>Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz członka załogi HEMS</i> UZASADNIENIE	Uwaga nieuwzględniona. Przedstawione argumenty nie dają podstaw do tworzenia nowej grupy zawodowej i nie przewiduje się zmian w tym zakresie.

		Nadrzędne przepisy europejskie regulujące funkcjonowanie HEMS szczegółowo opisują definicję oraz funkcję personelu specjalistycznego - członka załogi HEMS. Wymagania oraz obowiązki są konkretnie określone i wynikają wprost z rozporządzenia Komisji Unii Europejskiej (UE) nr 965/2012 z 5 października 2012 r. Nadrzędnym zadaniem członka załogi HEMS jest pomoc pilotowi w zakresie operacyjno-lotniczym, niezbędnym do realizacji misji HEMS. Nie jest możliwa jej realizacja bez dwóch osób wykonujących czynności operacyjne (pilot/członek załogi HEMS). W dalszej części misji udzielane są świadczenia zdrowotne jako ratownik medyczny lub pielęgniarz systemu. Wykonywane czynności podczas codziennej pracy w bardzo niewielkim stopniu tożsame są z pracą wykonywaną w zespołach naziemnych. Procedury z zakresu operacyjno-lotniczego, wykonuje się tylko w jednej jednostce systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym. Wewnątrzzakładowe dokumenty takie jak: Instrukcja Operacyjna, Instrukcja Medyczna, Standaryzacja Czynności Załogi HEMS w sposób szczegółowy opisują wszystkie zagadnienia związane z członkiem załogi HEMS. Wszystkie wyżej wspomniane procedury i czynności są wymagane przez polskie i europejskie normy prawne, bez których ratownicy medyczni lub pielęgniarze systemu nie są stanie pełnić zadań operacyjnych w śmigłowcach i wynikają wprost z dokumentu: „Rozporządzenie Komisji (UE) nr 965/2012 z 5 października 2012 r. ustanawiające wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do operacji lotniczych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008”: dZałącznik I - Definicja nr 60dZałącznik III - Podczęść TC - PERSONEL SPECJALISTYCZNY W OPERACJACH HEMS, HHO LUB NVISdZałącznik IV - Podczęść A / SEKCJA I / CAT.GEN.MPA.100 Obowiązki członka załogi, Załącznik V - Podczęść J - OPERACJE ŚMIGŁOWCOWYCH SŁUŻB RATOWNICTWA MEDYCZNEGO / SPA.HEMS.130 Wymagania dotyczące załogi - pkt e oraz f	
328.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art. 5. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu: <i>Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także członkom zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 36a ust. 1 oraz art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”.</i> UZASADNIENIE Piloci HEMS są integralnymi i niezbędnymi do bezpiecznego funkcjonowania członkami Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego. Czynnie i bezpośrednio uczestniczą w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ratujących	Uwaga nieuwzględniona. Art. 32 ust 1 pkt 2 ustawy o PRM mówi o zespołach ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołach ratownictwa medycznego. Dodatki przysługiwać więc mają również członkom LZRM, wykonującym zawód medyczny (a więc wyłączając pilotów i kierowców). Podobnie w szpitalach przedmiotowy dodatek dotyczy wyłącznie osób wykonujących zawód medyczny

		ludzkie zdrowie i życie. Jako piloci HEMS pracują i są gotowi do udzielania pomocy potrzebującym także w nocy, niedziele, święta i dni wolne od pracy, ponosząc w utrudnionych (szczególnie w nocy) warunkach jednoosobową i pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo załogi, pacjenta oraz osób postronnych. Personel medyczny wykonujący obowiązki w ramach Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego nie jest w stanie zgodnie z rozporządzeniem Komisji Unii Europejskiej (UE) nr 965/2012 z 5 października 2012 r. wykonywać ich samodzielnie, a jedynie w składzie całego zespołu składającego się co najmniej z dwóch osób wykonujących czynności operacyjne (pilot/członek załogi HEMS).	
329.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art.20 ust.1 pkt 4 i 5 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym w ust. 1: – pkt 4 otrzymuje brzmienie: „4) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek pod względem medycznym, zgodności z prawem oraz wykorzystania środków przeznaczonych na działalność podstawową -ZRM;”, – dodaje się pkt 5 w brzmieniu: „5) może przeprowadzać kontrolę dyspozytorni medycznych pod względem medycznym, zgodności z prawem oraz wykorzystania środków przeznaczonych na działalność podstawową -DM Aktualnie nagminne staje się wykorzystywanie środków przeznaczonych na działalność podstawową zespół ratownictwa medycznego oraz dyspozytorni medycznych na cele niezgodne z przeznaczeniem szczególnie przez dysponentów szpitalnych zasadne zatem jest “naznaczenie” środków	Uwaga nieuwzględniona. Przepis stanowisko o kontroli „zgodności z prawem”, co obejmuje również prawidłowość wydatkowania środków finansowych.
330.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art.21 ust.3 pkt.2 a) Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym W ust. 3 pkt. 3 a) dodać lub zamiast na każde rozpoczęte 10 zespołów RM podstawowych utworzyć trzyosobowy ZRM typu P dodać 2 kolejne zespoły podstawowe dwuosobowe zwiększając ogólny stan ilościowy ZRM - motocykl lub quad w zależności od charakterystyki terenu rozważenia wymaga zasadność tworzenia zespołów trzyosobowych za którymi oczywiście przemawiają konkretne argumenty jednakże w perspektywie ilości i ogromu wyjazdów potrzeba analizy czy nie lepszym rozwiązaniem będzie wybranie dołożyć kolejne zespoły podstawowe co może się przełożyć na lepszą jakość udzielanych świadczeń np.w sytuacji stanów ciężkich gdzie można dysponować od razu 2 zespoły które będą dostępne, istnieje konkretna obawa że nie będzie to w żaden sposób zwiększenie ilości zespołów trzyosobowych tylko zamiana zespołów S-działających aktualnie bez lekarza-istniejących na takie same tylko o standardzie zespołu P przy sporej oszczędności ze strony budżetu SPRM. Środki pozostałe po zmianie standardu S na P można przeznaczyć na tworzenie dodatkowych zespołów dwuosobowych.	Uwaga uwzględniona. Zmiana przepisów. W projekt zakłada możliwość wprowadzenia zespołów podstawowych trzyosobowych, bez określenia ich minimalnej liczby.
331.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego	art. 25a ust. 2 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym aktualnie ilość stanowisk dyspozytorskich oraz ilość zespół ratownictwa medycznego jest wyliczana nie ze stanu faktycznego mieszkańców	Uwaga nieuwzględniona.

	Pogotowia Ratunkowego	przebywających na danym terenie tylko ze stanu mieszkańców zameldowanych na danym terenie co powoduje niedoszacowanie stanowisk dyspozytorskich tak samo jak powoduje niedoszacowanie ilości zespołów ratownictwa medycznego	
332.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art.26 b Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dodać pkt.3 Wynagrodzenie zasadnicze dyspozytorów medycznych jest ustalone jako dwukrotność kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski". Ustalenie zasad wynagrodzenia dyspozytorów medycznych spowoduje ujednolicenie w całym kraju wynagrodzenia osób wykonujących ten zawód. Ustalenie wysokości wynagrodzenia dyspozytorów medycznych na proponowanym współczynniku jest adekwatne do stawianych im zadań i wykonywanych obowiązków. Dyspozytornie medyczne w całym kraju borykają się z problemami kadrowymi zatem uważamy za konieczne dostosowanie ich wynagrodzeń do aktualnych standardów rynkowych. Wzrost wynagrodzeń uatrakcyjni zawód dyspozytora medycznego jednocześnie zapewni wzrost obsady stanowisk a tym samym zwiększenie bezpieczeństwa obywateli.	Środki na wynagrodzenia dla dyspozytorni medycznych kalkulowane są na podstawie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych ujętych w wojewódzkich planach działania systemu (WPDS), przyjmując, że do obsady każdego stanowiska potrzeba 5 etatów (z wyłączeniem kierownika DM i jego zastępcy), a każda z tych osób zatrudniona jest na podstawie umowy o pracę (wyższe koszty zatrudnienia niż dla umów cywilnoprawnych). Środki na stanowiska funkcyjne (kierownik DM, główny dyspozytor medyczny i ich zastępcy) są kalkulowane na docelową liczbę dyspozytorni, czyli w przypadku województwa pomorskiego – na jedną. Co ważne, pomimo, iż zatrudnienie zastępcy kierownika DM jest fakultatywne, środki na ten cel otrzymują wszystkie dyspozytornie. Środki przekazywane są na 100% obsady dla każdej DM pomimo nie obsadzania przez nie wszystkich stanowisk dyspozytorów medycznych. Zgodnie z art. 27 ust. 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U z 2023 r. poz. 1541) wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, to ponieważ dyspozytorzy medyczni są zatrudnieni w urzędach wojewódzkich, udzielają oni świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym. Dlatego regulacje odnoszące się do wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, a więc m. in.: - art. 95-99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie mają do nich zastosowania. Zadania wykonywane przez ratownika medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego nie są tożsame z zadaniami i czynnościami wykonywanymi w ramach zatrudnienia w zespołach ratownictwa medycznego czy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Ponadto każdy pracodawca – podmiot leczniczy, zatrudniający ratownika medycznego ma różne wewnętrzne regulacje i regulaminy wynagrodzeń mające wpływ na poziom zarobków poszczególnych grup zawodowych. Środki na wynagrodzenia planowane przez Ministerstwo Zdrowia dla dyspozytorów medycznych są corocznie zwiększane i planowane w oparciu o jednakowy algorytm dla wszystkich województw. Rozbieżności w wynagrodzeniach dyspozytorów medycznych w poszczególnych
333.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art. 3 ustawy o PRM Art. 3 pkt 14a otrzymuje brzmienie: dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego, działająca na zasadach podmiotu leczniczego, wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748), przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych; Dyspozytorzy medyczni podczas wykonywania swoich zadań, co do zasady, udzielają świadczeń zdrowotnych. Ponadto wymiar czasu pracy jest tożsamy z osobami udzielającymi świadczeń w jednostkach systemu (gotowość nocna oraz w dni wolne i święta). Brak ujęcia dyspozytorni medycznych jako podmiotów leczniczych wyklucza możliwość uczciwego nagradzania dyspozytorów medycznych w porównaniu do pracowników jednostek systemu. Proponowany zapis pozwoli uznać i zapisać w UoDL dodatków 45/65 za pracę w godzinach nocnych i święta także dla dyspozytorów medycznych.	

			dyspozytorniach w kraju wynikają tylko i wyłącznie z różnej polityki kadrowej prowadzonej w poszczególnych urzędach wojewódzkich. Taka sama praktyka ma miejsce wśród dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, gdzie stawki wynagrodzeń dla ratowników medycznych też nie są jednakowe, pomimo przekazywanego na podobnym poziomie finansowania.
334.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	art.38 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym po art. 38 dodaje się art. 38a w brzmieniu: „Art. 38a. 1. Lekarze, o których mowa w art. 3 pkt 3 lit. a–f, są obowiązani do odbycia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. 2. Pielęgniarki, o których mowa w art. 3 pkt 6 lit. a–d, są obowiązane do odbycia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ratownicy medyczni od początku istnienia ustawy posiadają obowiązek doskonalenia zawodowego w trybie pięcioletnim a lekarze oraz pielęgniarki systemu takim obowiązkiem doskonalenia weryfikowanym nie są objęci, w związku z tym zasadnym wydaje się wprowadzenie dla każdej grupy zawodowej poza ratownikami medycznymi którzy już taki obowiązek posiadają ustawicznego obowiązku aktualizowania najnowszej wiedzy medycznej poprzez odbywania wspomnianych kursów Stanów nagłych nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy. Profit: rzetelny i okresowe aktualizacje wiedzy medycznej co pozwoli na działanie ze zgodnie z najnowszymi standardami i wytycznymi.	Uwaga nieuwzględniona. Umiejętności i wiedza lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo lekarzy po drugim roku specjalizacji w jednej z tych dziedzin, który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, lub lekarzy posiadających tytuł specjalisty w dziedzinie intensywnej terapii albo lekarza w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie nie wymaga ukończenia kursu, o którym mowa w art. 38a ust. 1. Należy wskazać, że lekarze mają obowiązek doskonalenia zawodowego wynikający z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty. Podobnie sytuacja ma miejsce w przypadku pielęgniarki posiadającej tytuł specjalisty lub będącej w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki.
335.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art.45 a Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym w Art. 45a. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od zespołu ratownictwa medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala.”; dopisać w przypadku pacjentów w bezpośrednim stanie zagrożenia życia (Triage kolor czerwony i pomarańczowy), pozostali w zależności od możliwości SOR nie dłużej niż 30 minut zachowując czasy zgodne z zaleceniami wynikającymi z TOPSOR. Proponowane rozwiązanie jest dopuszczanie tylko i wyłącznie w sytuacji zwiększenia ilości szpitalnych oddziałów ratunkowych, izb przyjęć działających na zasadach SOR oraz posiadających umowę na działanie w SPRM oraz zwiększenie i doprecyzowanie zapisów o minimalnej obsadzie personelu SOR/IP. Przy zmianie art.45a wymagana jest zmiana w tym zakresie w przepisach dotyczących funkcjonowania SOR/TOPSOR	Uwaga nieuwzględniona. Triage oraz nadawanie priorytetów to już procedury SOR. Wnikające z § 6 ust 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.
336.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego	Art.5 Ustawa o Działalności Leczniczej W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu: „2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzany przepis w zakresie dodatków odnosi się do osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach leczniczych, analogicznie jak miało to dotychczas miejsce (art. 99 ust. 1 ustawy o

	Pogotowia Ratunkowego	pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, pkt. 3 oraz art 29 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym bez względu na rodzaj umowy Rnie doprecyzowanie przepisu o stanowiska dyspozytor medyczny i wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego którzy są pracownikami medycznymi zatrudnionymi w strukturach Urzędów wojewódzkich powoduje niewypłacanie wskazanych w artykule dodatków pracownikom którzy pracują w systemie zmianowym (dziennym, nocnym i świątecznym). Brak doprecyzowania wypłacania dodatków pracownikom zatrudnionym w oparciu o umowy cywilnoprawne wykluczy z możliwości negocjacji podwyższania stawek godzinowych o przywołane dodatki.	działalności leczniczej). Ratownicy medyczni wykonują zawód w wielu miejscach i nie w każdym przysługuje im wskazany dodatek.
337.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art.16 Ustawa o Działalności Leczniczej dopisać obowiązek wypłacenie należnych dodatków z art.99 wraz z odsetkami od 1.07.2023 dla dysponentów którzy zaniechali wypłacania przywołanych dodatków oraz nie wypłacania wstecznego dla tych którzy zachowali ciągłość wypłacania po 01.01.2023 i 01.07 2023. Brak nakazu wypłacania wstecznego może spowodować stratę finansową dla ratowników medycznych którzy tych dodatków nie otrzymywali od jeden stycznia 2023 roku również wymaga doprecyzowania wypłacenie z odsetkami za okres od 01.01.2023 do czasu rozpoczęcia wypłacania	Uwaga nieuwzględniona. Projektowany przepis jest podstawą do wypłacenia dodatków od 1 lipca 2023 r.
338.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art.99 b Ustawa o Działalności Leczniczej art. 99b. Dodatek przysługujący pracownikom jednostek systemu państwowe ratownictwo medyczne zgodne z artykułem 32 ustawy o państwowym ratownictwie medycznym dopisać oraz ratownikom medycznym zatrudnionym w SOR/IP przysługuje dodatek w wysokości 20% pensji zasadniczej/podstawy wynagrodzenia oraz do każdej godziny pracy ratownikom medycznym zatrudnionym w oparciu o UCPI,UZ. Brak uprawnomocnienia dodatku dla ratowników medycznych zatrudnionych w szpitalnych w SOR/IP doprowadzi do dużej dysproporcji wynagrodzeń pomiędzy jednostkami systemu co może doprowadzić do braków obsadach w SOR/IP	Uwaga nieuwzględniona. Nowelizacja art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799)–zwanej dalej: „ustawą o działalności leczniczej”, polegająca na wprowadzeniu na stałe regulacji, która do lipca 2023 r. (w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii) obowiązywała na mocy art. 47austawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2022 r. poz. 1657, z późn. zm.), nakładana podmioty lecznicze obowiązek wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, a więc analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Zgodnie z art. 47austawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przepis ten swoim zakresem obejmował pracowników wykonujących zawód medyczny w rozumieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach

			lecniczych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), a więc osoby wykonujące zawód medyczny w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, zatrudnione w ramach stosunku pracy w podmiotach leczniczych. Przedmiotowa regulacja nie miała zastosowania wobec osób niewykonujących zawodu medycznego ani też osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych. Procedowana obecnie zmiana przepisu art. 99 ustawy o działalności leczniczej przewidująca dodatki za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, obejmie jedynie pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Dodatki będą zatem przysługiwały tylko pracownikom i nie jest planowane zrównanie prawa do dodatków dla wszystkich osób wykonujących zawód medyczny, niezależnie od formy zatrudnienia ani też rozszerzenie kręgu osób uprawnionych do dodatków o osoby niewykonujące zawodu medycznego(np. piloci).
339.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art.6 Ustawa o kierujących pojazdami W art.6 pk.1 6) w pkt. a) po słowie motocykla dodać pojazdem uprzywilejowanym/Zespołem Ratownictwa Medycznego Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne o ile łączna dopuszczalna masa całkowita Zespołu Ratownictwa Medycznego nie przekracza 4250 kg zmiana tego zapisu spowoduje ułatwienie obsadzenia stanowiska medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych oraz możliwość łatwiejszego nabywania przez dysponentów samochodów dla zespołu ratownictwa medycznego są na granicy DMC 3,5 t,	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem regulacji
340.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Art.38 Ustawa o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych Art. 38. Ratownik medyczny może wykonywać zawód: 1) w ramach umowy o pracę; 2) w ramach stosunku służbowego; 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej; dodać 4) w ramach Indywidualnej Praktyki Zawodowej 5) w ramach porozumienia o wolontariacie. wpisanie do ustawy o zawodzie i samorządzie ratowników medycznych punktu o możliwości otwierania Indywidualnej Praktyki Zawodowej po utworzeniu struktur samorządu ułatwi w przyszłości, bez konieczności zmian prawnych otwieranie tego typu działalności ratownikom medycznym, co doprowadzi finalnie do nadzoru nad wykonywaniem zawodu ratownika Medycznego w IPZ poza systemem państwa ratownictwo medyczne.	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzenie praktyk ind. ratowników medycznych może być rozważone dopiero po ukonstytuowaniu się samorządu RM, wprowadzeniu rejestru RM i pod warunkiem zmiany szeregu przepisów m. in. ustawy o PRM, o zawodzie RM, uodl i innych.

		Równocześnie umożliwi w razie konieczności nabywanie produktów medycznych i leków zgodnych z rozporządzeniem o udzielaniu medycznych czynności ratunkowych w ramach IPZ	
341.	Związek Zawodowy Członków Załóg HEMS i EMS Lotniczego Pogotowia Ratunkowego	Ustawa o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych W art.2 lub w przepisach przejściowych wpisać delegację dla Ministra właściwego do spraw Zdrowia oraz Ministra właściwego do spraw Szkolnictwa Wyższego o rozpoczęciu prac nad stworzeniem studiów pomostowych uwzględniających różnice programowe w trybie rocznym lub półtorarocznym umożliwiające uzyskanie tytułu licencjata i podjęcie studiów magisterskich na kierunku ratownictwo medyczne dla ratowników medycznych którzy ukończyli dwuletnie studium medyczne. Bardzo duża liczba ratowników medycznych uzyskała tytuł ratownika medycznego przed 2013 rokiem po ukończeniu studium medycznego. Ratownicy Ci nie podejmowali studiów licencjackich na kierunku ratownictwo medyczne, gdyż ich ukończenie nie nadawało im nowych uprawnień. A uzyskany przez nich tytuł ratownika medycznego jest równoważny z tytułem licencjata. Stworzenie drugiego stopnia studiów dla ratowników medycznych i uzyskanie tytułu magistra, postawi ratowników medycznych po studium w sytuacji czy iść na studia licencjackie dające im już wcześniej uzyskany tytuł i potem kontynuować studia na stopniu magisterskim (nadanie wyższych uprawnień ratownikowi ze stopniem mgr?)Czy może da to im poczucie niższości gdyż wtedy gdy rozpoczynali naukę studia licencjackie nie istniały i dziś mogą się czuć gorsi. Studia pomostowe czyli szybka ścieżka do uzyskania tytułu licencjata może wyeliminować te dysproporcje i dać doświadczonym ratownikom możliwość uzyskania tytułu magistra.	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem nowelizacji.
342.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 3 ustawy o PRM Rozszerzenie art. 3 ustawy o PRM o definicje: a) Członek załogi HEMS - członek personelu specjalistycznego udzielający świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych osobom w stanie zagrożenia zdrowia lub życia podczas realizacji misji HEMS. Jego nadrzędnym zadaniem jest pomoc pilotowi w zakresie operacyjnym, niezbędnym do realizacji misji HEMS przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego. Członkiem załogi HEMS może być ratownik medyczny lub pielęgniarz systemu posiadający minimum 3 letnie doświadczenie w systemie PRM, którzy zgodnie z rozporządzeniem KE nr 965/2012 z 5 października 2012 r. : posiadają niezbędne kwalifikacje i umiejętności • ukończyli specjalistyczne przeszkolenie operacyjno-lotnicze z wynikiem pozytywnym	Uwaga nieuwzględniona. Przedstawione argumenty nie dają podstaw do tworzenia nowej grupy zawodowej i nie przewiduje się zmian w tym zakresie.

		• posiadają aktualne uprawnienia wynikające z regularnych sprawdzianów naziemnych i w locie oraz ciągłość praktyki operacyjnej b) Misja HEMS - lot śmigłowcem wykonywany zgodnie zatwierdzeniem HEMS, w celu udzielenia pomocy medycznej w nagłej potrzebie, kiedy zasadnicze znaczenie ma bezzwłoczny i szybki transport: a) personelu medycznego; b) środków medycznych (sprzętu, krwi, organów, leków); lub c) chorych lub rannych oraz innych osób, których to bezpośrednio dotyczy Nadrzędne przepisy europejskie regulujące funkcjonowanie HEMS szczegółowo opisują definicję oraz funkcję personelu specjalistycznego - członka załogi HEMS. Wymagania oraz obowiązki są konkretnie określone i wynikają wprost z rozporządzenia Komisji Unii Europejskiej (UE) nr 965/2012 z 5 października 2012 r. Nadrzędnym zadaniem członka załogi HEMS jest pomoc pilotowi w zakresie operacyjno-lotniczym, niezbędnym do realizacji misji HEMS. Nie jest możliwa jej realizacja bez dwóch osób wykonujących czynności operacyjne (pilot/członek załogi HEMS). W dalszej części misji udzielane są świadczenia zdrowotne jako ratownik medyczny lub pielęgniarz systemu. Wykonywane czynności podczas codziennej pracy w bardzo niewielkim stopniu tożsame są z pracą wykonywaną w zespołach naziemnych. Procedury z zakresu operacyjno-lotniczego, wykonuje się tylko w jednej jednostce systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym. Wewnątrzzakładowe dokumenty takie jak: Instrukcja Operacyjna, Instrukcja Medyczna, Standaryzacja Czynności Załogi HEMS w sposób szczegółowy opisują wszystkie zagadnienia związane z członkiem załogi HEMS.	
343.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 3 pkt 14a otrzymuje brzmienie: dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego, działająca na zasadach podmiotu leczniczego, wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748), przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych; Dyspozytorzy medyczni podczas wykonywania swoich zadań, co do zasady, udzielają świadczeń zdrowotnych. Ponadto wymiar czasu pracy jest tożsamy z osobami udzielającymi świadczeń w jednostkach systemu (gotowość nocna oraz w dni wolne i święta). Brak ujęcia dyspozytorni medycznych jako podmiotów leczniczych wyklucza możliwość uczciwego nagradzania dyspozytorów medycznych w porównaniu do pracowników jednostek systemu.	Uwaga nieuwzględniona. Środki na wynagrodzenia dla dyspozytorni medycznych kalkulowane są na podstawie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych ujętych w wojewódzkich planach działania systemu (WPDS), przyjmując, że do obsady każdego stanowiska potrzeba 5 etatów (z wyłączeniem kierownika DM i jego zastępcy), a każda z tych osób zatrudniona jest na podstawie umowy o pracę (wyższe koszty zatrudnienia niż dla umów cywilnoprawnych). Środki na stanowiska funkcyjne (kierownik DM, główny dyspozytor medyczny i ich zastępcy) są kalkulowane na docelową liczbę dyspozytorni, czyli w przypadku województwa pomorskiego – na jedną. Co ważne, pomimo, iż zatrudnienie zastępcy kierownika DM jest fakultatywne, środki na ten cel otrzymują wszystkie dyspozytornie. Środki przekazywane są na 100% obsady dla każdej DM pomimo nie obsadzania przez nie wszystkich stanowisk dyspozytorów medycznych. Zgodnie z art. 27 ust. 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U z 2023 r. poz. 1541) wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie

		Proponowany zapis pozwoli uznać i zapisać w UoDL dodatków 45/65 za pracę w godzinach nocnych i święta także dla dyspozytorów medycznych.	świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, to ponieważ dyspozytorzy medyczni są zatrudnieni w urzędach wojewódzkich, udzielają oni świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym. Dlatego regulacje odnoszące się do wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, a więc m. in.: - art. 95-99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie mają do nich zastosowania. Zadania wykonywane przez ratownika medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego nie są tożsame z zadaniami i czynnościami wykonywanymi w ramach zatrudnienia w zespołach ratownictwa medycznego czy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Ponadto każdy pracodawca – podmiot leczniczy, zatrudniający ratownika medycznego ma różne wewnętrzne regulacje i regulaminy wynagrodzeń mające wpływ na poziom zarobków poszczególnych grup zawodowych. Środki na wynagrodzenia planowane przez Ministerstwo Zdrowia dla dyspozytorów medycznych są corocznie zwiększane i planowane w oparciu o jednakowy algorytm dla wszystkich województw. Rozbieżności w wynagrodzeniach dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach w kraju wynikają tylko i wyłącznie z różnej polityki kadrowej prowadzonej w poszczególnych urzędach wojewódzkich. Taka sama praktyka ma miejsce wśród dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, gdzie stawki wynagrodzeń dla ratowników medycznych też nie są jednakowe, pomimo przekazywanego na podobnym poziomie finansowania.
344.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 4 otrzymuje brzmienie: Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz, w miarę instruktażu, posiadanych umiejętności oraz bez narażania siebie i innych osób, udzielenia pierwszej pomocy. Nałożenie obowiązku udzielenie czynnej pierwszej pomocy na obywateli, bez narażenia ich na uszczerbek, powinien znacząco poprawić rokowania osób poszkodowanych.	Uwaga nieuwzględniona. Obecnie obowiązujące przepisy nakładają obowiązek udzielenia pomocy m. in. poprzez powiadomienie odpowiednich służb. Nie jest zasadne opisywanie szczegółowego postępowania w tym zakresie. Jednocześnie art. 5 ustawy o PRM stanowi ochronę dla osób udzielających pierwszej pomocy.
345.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 21pkt 2 lit. a tiret drugie usuwa się.	Uwaga uwzględniona. Projekt daje możliwość utworzenia trzyosobowych zespołów ratownictwa medycznego, bez określenia ich minimalnej liczby.

		Bardziej zasadne wydaje się utworzenie dodatkowych, dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego, które przełożą się na skrócenie czasu dojazdu do osób poszkodowanych. Polecenie wojewodom uruchomienia 3 dodatkowych zespołów P na każde obecnie rozpoczęte 10 zespołów P.	
346.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 25a ust. 2, po pkt 2 dodaje się pkt 3 o brzmieniu: Ludność województw określa się na podstawie danych z GUS i przyjmuje się standardowo 25% większą liczebność. Liczba ludności nie jest stała na przestrzeni roku. Ma to związek między innymi z okresami wakacyjnymi oraz przebiegiem roku akademickiego. Przyjęcie danych z GUS wprost powoduje niedoszacowanie. Zwiększenie ludności województw zgłaszanych z GUS o 25%.	Uwaga nieuwzględniona. W chwili obecnej obsada na stanowiskach dyspozytorów medycznych oscyluje na poziomie 87%. Zwiększenie liczby stanowisk poprzez przyjęcie zaproponowanego rozwiązania pogłębi braki kadrowe, a nie przyczyni się do zapewnienia pełnej obsady kadrowej dyspozytorów medycznych
347.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 25c ust. 1 otrzymuje brzmienie oraz dodaje się ust. 2: 1. Wojewoda, przy pomocy SWD PRM, zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – z wykorzystaniem dostępnych form łączności. 2. Po okresie 3 lat od dokonania nagrania, zarejestrowana treść zostaje przekształcona na dokument tekstowy i zostaje przechowywana przez następne 32 lata. Przechowywanie nagrań dyspozytora medycznego oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego przez okres 3 lat jest niewystarczająca. Postępowania co do spraw dotyczących bezpośrednio zdrowia mogą być wszczynane po 3 latach od rozmowy przedmiotowych osób. Wydaje się zasadne zabezpieczenie dowodów przez dłuższy okres. Przechowywanie nagrań będzie wymagało dużych nakładów finansowych. Transkrypcja nagrań na tekst pozwoli znacząco zmniejszyć potrzebną przestrzeń do przechowywania danych, a jednocześnie zaopatrzyć potrzebę zabezpieczenia materiału na długi okres.	Uwaga częściowo uwzględniona. Zmieniony zostało brzmienie art.24f, w którym wydłużony został czas przechowywania nagrań rozmów prowadzonych na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. W związku z powyższym nie ma konieczności transkrypcji rozmów.
348.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 26b dodaje się ust 4 o brzmieniu: Wynagrodzenie zasadnicze dyspozytorów medycznych jest ustalane jako dwukrotność kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Ustalanie jednolitych w skali kraju sposobów nagradzania dyspozytorów medycznych spowoduje wyrównanie zarobków osób wykonujących te zadania. Ponadto powiązanie wartości do dwukrotności kwoty przeciętnego	Uwaga nieuwzględniona. Wynagrodzenie dyspozytorów reguluje rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie zasad wynagradzania pracowników niebędących członkami korpusu służby cywilnej zatrudnionych w urzędach administracji rządowej i pracowników innych jednostek

		miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce ustępuje ten zawód na właściwym poziomie oraz z jasną perspektywą na kolejne lata. Obecnie duże rozbieżności w sposobach nagradzania pracowników jednostek systemu oraz dyspozytorni medycznych, a także brak jasnych zasad ugruntowujących zmianę zarobków w czasie.	
349.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	po art. 26c dodaje się art. 26d w brzmieniu: W jednostce nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia będącej dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczych zespołów transportu sanitarnego, działa Centrum Operacyjne, działające na zasadach podmiotu leczniczego. Dyspozytorzy medyczni Centrum Operacyjnego podczas wykonywania swoich zadań, co do zasady, udzielają świadczeń zdrowotnych. Ponadto wymiar czasu pracy jest tożsamy z osobami udzielającymi świadczeń w jednostkach systemu (gotowość nocna oraz w dni wolne i święta). Brak ujęcia dyspozytorni medycznych jako podmiotów leczniczych wyklucza możliwość uczciwego nagradzania dyspozytorów medycznych w porównaniu do pracowników jednostek systemu. Proponowany zapis pozwoli uznać i zapisać w UoDL dodatków 45/65 za pracę w godzinach nocnych i święta także dla dyspozytorów medycznych Centrum Operacyjnego.	Uwaga nieuwzględniona. Środki na wynagrodzenia dla dyspozytorni medycznych kalkulowane są na podstawie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych ujętych w wojewódzkich planach działania systemu (WPDS), przyjmując, że do obsady każdego stanowiska potrzeba 5 etatów (z wyłączeniem kierownika DM i jego zastępcy), a każda z tych osób zatrudniona jest na podstawie umowy o pracę (wyższe koszty zatrudnienia niż dla umów cywilnoprawnych). Środki na stanowiska funkcyjne (kierownik DM, główny dyspozytor medyczny i ich zastępcy) są kalkulowane na docelową liczbę dyspozytorni, czyli w przypadku województwa pomorskiego – na jedną. Co ważne, pomimo, iż zatrudnienie zastępcy kierownika DM jest fakultatywne, środki na ten cel otrzymują wszystkie dyspozytornie. Środki przekazywane są na 100% obsady dla każdej DM pomimo nie obsadzania przez nie wszystkich stanowisk dyspozytorów medycznych. Zgodnie z art. 27 ust. 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U z 2023 r. poz. 1541) wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, to ponieważ dyspozytorzy medyczni są zatrudnieni w urzędach wojewódzkich, udzielają oni świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym. Dlatego regulacje odnoszące się do wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, a więc m. in.: - art. 95-99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie mają do nich zastosowania. Zadania wykonywane przez ratownika medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego nie są tożsame z zadaniami i czynnościami wykonywanymi w ramach zatrudnienia w zespołach ratownictwa medycznego czy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Ponadto każdy pracodawca – podmiot leczniczy, zatrudniający ratownika medycznego ma różne wewnętrzne regulacje i regulaminy wynagrodzeń mające wpływ na poziom zarobków poszczególnych grup zawodowych. Środki na wynagrodzenia planowane przez Ministerstwo Zdrowia dla dyspozytorów medycznych są corocznie zwiększane i planowane w oparciu o jednakowy algorytm dla wszystkich województw. Rozbieżności w wynagrodzeniach dyspozytorów medycznych w poszczególnych
350.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 26c dodaje się ust 3 o brzmieniu: Wynagrodzenie zasadnicze dyspozytorów medycznych jest ustalane jako dwukrotność kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”. Ustalanie jednolitych w skali kraju sposobów nagradzania dyspozytorów medycznych spowoduje wyrównanie zarobków osób wykonujących te zadania. Ponadto powiązanie wartości do dwukrotności kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce ustępuje ten zawód na właściwym poziomie oraz z jasną perspektywą na kolejne lata. Aktualny brak jasnych zasad ugruntowujących zmianę zarobków w czasie.	

			dyspozytorniach w kraju wynikają tylko i wyłącznie z różnej polityki kadrowej prowadzonej w poszczególnych urzędach wojewódzkich. Taka sama praktyka ma miejsce wśród dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, gdzie stawki wynagrodzeń dla ratowników medycznych też nie są jednakowe, pomimo przekazywanego na podobnym poziomie finansowania.
351.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	art. 32 pkt 3 Do członków zespołów ratownictwa medycznego zgodnie z art. 2 pkt 2 2) ZRM w tym LPR, SOR, IP, 3) DM UoPRM może być stosowany system równoważnego czasu pracy, w którym jest dopuszczalne przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 24 godzin, w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 1-3 miesięcy. Przepisy art. 135 § 2 i 3 oraz art. 136 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy stosuje się odpowiednio. Obecnie pracodawcy są niechętni do stosowania 24 godzinnego czasu pracy. Doprecyzowanie tego zapisu będzie jasną wskazówką dla pracodawców.	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem nowelizacji.
352.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 37 pkt. 1 otrzymuje brzmienie: Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz członka załogi HEMS Nadrzędne przepisy europejskie regulujące funkcjonowanie HEMS szczegółowo opisują definicję oraz funkcję personelu specjalistycznego - członka załogi HEMS. Wymagania oraz obowiązki są konkretnie określone i wynikają wprost z rozporządzenia Komisji Unii Europejskiej (UE) nr 965/2012 z 5 października 2012 r. Nadrzędnym zadaniem członka załogi HEMS jest pomoc pilotowi w zakresie operacyjno-lotniczym, niezbędnym do realizacji misji HEMS. Nie jest możliwa jej realizacja bez dwóch osób wykonujących czynności operacyjne (pilot/członek załogi HEMS). W dalszej części misji udzielane są świadczenia zdrowotne jako ratownik medyczny lub pielęgniarz systemu. Wykonywane czynności podczas codziennej pracy w bardzo niewielkim stopniu tożsame są z pracą wykonywaną w zespołach naziemnych. Procedury z zakresu operacyjno-lotniczego, wykonuje się tylko w jednej jednostce systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym. Wewnątrzzakładowe dokumenty takie jak: Instrukcja Operacyjna, Instrukcja Medyczna, Standaryzacja Czynności Załogi HEMS w sposób szczegółowy opisują wszystkie zagadnienia związane z członkiem załogi HEMS.	Uwaga nieuwzględniona. Przedstawione argumenty nie dają podstaw do tworzenia nowej grupy zawodowej i nie przewiduje się zmian w tym zakresie.
353.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	w art. 99 ustawy o działalności leczniczej dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu: „2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8	Uwaga nieuwzględniona. Środki na wynagrodzenia dla dyspozytorni medycznych kalkulowane są na podstawie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych ujętych w wojewódzkich planach działania systemu (WPDS), przyjmując, że do obsady każdego stanowiska potrzeba 5 etatów (z wyłączeniem kierownika DM i jego zastępcy), a każda z tych osób zatrudniona

		września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym” oraz pracownikom wykonującym zawód medyczny zgodnie z art. 26, 26d (dyspozytor dyspozytorni Centrum Operacyjnego) oraz art. 29 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Proponowany zapis umożliwi wypłatę należnych dodatków dla dyspozytorów medycznych dyspozytorni medycznych oraz tworzonych dyspozytorni Centrum Operacyjnego, a także Wojewódzkim Koordynatorom Ratownictwa Medycznego. Przy uznaniu propozycji za zasadną nie będzie potrzeby wydzielać w urzędach wojewódzkich podmiotów leczniczych w celu uznania dodatków dla pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach urzędu.	jest na podstawie umowy o pracę (wyższe koszty zatrudnienia niż dla umów cywilnoprawnych). Środki na stanowiska funkcyjne (kierownik DM, główny dyspozytor medyczny i ich zastępcy) są kalkulowane na docelową liczbę dyspozytorni, czyli w przypadku województwa pomorskiego – na jedną. Co ważne, pomimo, iż zatrudnienie zastępcy kierownika DM jest fakultatywne, środki na ten cel otrzymują wszystkie dyspozytornie. Środki przekazywane są na 100% obsady dla każdej DM pomimo nie obsadzania przez nie wszystkich stanowisk dyspozytorów medycznych. Zgodnie z art. 27 ust. 1a ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U z 2023 r. poz. 1541) wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, to ponieważ dyspozytorzy medyczni są zatrudnieni w urzędach wojewódzkich, udzielają oni świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym. Dlatego regulacje odnoszące się do wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, a więc m. in.: - art. 95-99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, czy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie mają do nich zastosowania. Zadania wykonywane przez ratownika medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego nie są tożsame z zadaniami i czynnościami wykonywanymi w ramach zatrudnienia w zespołach ratownictwa medycznego czy szpitalnych oddziałach ratunkowych. Ponadto każdy pracodawca – podmiot leczniczy, zatrudniający ratownika medycznego ma różne wewnętrzne regulacje i regulaminy wynagrodzeń mające wpływ na poziom zarobków poszczególnych grup zawodowych. Środki na wynagrodzenia planowane przez Ministerstwo Zdrowia dla dyspozytorów medycznych są corocznie zwiększane i planowane w oparciu o jednakowy algorytm dla wszystkich województw. Rozbieżności w wynagrodzeniach dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach w kraju wynikają tylko i wyłącznie z różnej polityki kadrowej prowadzonej w poszczególnych urzędach wojewódzkich. Taka sama praktyka ma miejsce wśród dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, gdzie stawki wynagrodzeń dla ratowników medycznych też nie są jednakowe, pomimo przekazywanego na podobnym poziomie finansowania.
354.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 99 – dodać obowiązek wypłacania należnych dodatków z art. 99 wraz z odsetkami od 1.07.2023 dla dysponentów, którzy zaniechali wypłacania przedmiotowych dodatków oraz wypłacania wstecznego dla tych, którzy zachowali ciągłość wypłacania po 01.01.2023 oraz 01.07.2023	Uwaga nieuwzględniona. Projektowany przepis jest podstawą do wypłacenia dodatków od 1 lipca 2023 r.

		Brak nakazu wypłacania wstecznego może spowodować stratę finansową dla ratowników medycznych którzy tych dodatków nie otrzymywali od 1.07.2023 roku również wymaga doprecyzowania wypłacanie z odsetkami za okres od 01.01.2023 do czssu rozpoczęcia wypłacania.	
355.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 58 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym po pkt 3 dodaje się pkt 4 brzmieniu: Osoby, które przed dniem wejścia w życie ustawy uzyskały tytuł zawodowy ratownik medyczny mogą przystąpić do uzyskania tytułu zawodowego licencjata na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne w trybie pomostowym, który zostanie określony w porozumieniu Ministra Zdrowia oraz Ministra właściwego do spraw Szkolnictwa Wyższego. Ratownicy medyczni z tytułem zawodowym po szkołach policealnych (studium) na chwilę obecną nie podejmowali studiów licencjackich z powodu na brak dodatkowych uprawnień, które mogły płynąć wraz z podniesieniem wykształcenia. Drugi stopień studiów zakłada podniesienie kwalifikacji poprzez nadanie nowych zdolności. Uruchomienie studiów pomostowych pozwoli w sposób sprawny podnieść kwalifikacje znaczącej liczby ratowników medycznych.	Uwaga nieuwzględniona. Przepis dotyczy ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych oraz ratowników na dzień wejścia w życie ustawy o PRM tj. 1 lipca 2007 r.
356.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 99b dodać pkt 4 o brzmieniu: Ratownikom medycznym zatrudnionym w SOR/IP przysługuje dodatek w wysokości 20% pensji zasadniczej/podstawy wynagrodzenia oraz do każdej godziny pracy bez względu na formę zatrudnienia. Brak dodatku dla ratowników medycznych udzielających świadczeń w ramach SOR/IP, którzy pracują w jednostkach systemu, tak jak ratownicy medyczni z ZRM, powoduje duże dysproporcje zarobkowe.	Uwaga nieuwzględniona. W SOR i IP świadczeń zdrowotnych udzielają nie tylko ratownicy medyczni. Nie jest zasadne tworzenie w tym zakresie wyjątków.
357.	Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	Art. 38 ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych rozszerzyć o pkt 4 w brzmieniu: W ramach Indywidualnej Praktyki Zawodowej Powyższy zapis, po utworzeniu Samorządu Ratowników Medycznych, umożliwi bez wprowadzania kolejnych zmian prawnych prowadzenie przez ratowników medycznych Indywidualnej Praktyki Zawodowej. Spowoduje to nadzór Samorządu Ratowników Medycznych nad wykonywaniem zawodu ratownika medycznego poza Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzenie praktyk ind. ratowników medycznych może być rozważone dopiero po ukonstytuowaniu się samorządu RM, wprowadzeniu rejestru RM i pod warunkiem zmiany szeregu przepisów m. in. ustawy o PRM, o zawodzie RM, uodl i innych.
358.	Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego	W projekcie ustawy w definicji lekarza systemu nie ma żadnej informacji w sprawie lekarzy posiadających specjalizację I stopnia w dziedzinie: anestezjologii intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, kardiologii, neurologii, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii. Zgodnie z art. 3 pkt 3 lit. a i c ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym lekarzami systemu są lekarze posiadający specjalizację w określonych dziedzinach, a zatem lekarze posiadający specjalizację zarówno I, jak i II stopnia. Pragniemy zauważyć, że w	Uwaga uwzględniona

		czasach występujących trudności w zapewnieniu pełnej obsady w zespołach ratownictwa medycznego typu S z powodu braku lekarzy, nieuwzględnienie w proponowanym kształcie ustawy lekarzy z I stopniem specjalizacji jest bardzo niepokojące. Należy domniemywać, że założeniem wprowadzanych zmian w ustawie o PRM miało być umożliwienie szerszego dostępu lekarzy do systemu PRM, zwłaszcza w sytuacji kiedy liczba specjalistów medycyny ratunkowej pozostaje wciąż niewystarczająca w stosunku do potrzeb jednostek systemu PRM, natomiast zakładane zmiany spowodują naszym zdaniem odpływ z systemu wielu doświadczonych lekarzy.	
359.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Elektryk Radiologicznych	Załącznik ustawy o niektórych zawodach medycznych dot. wykształcenia uzyskanego w systemie szkolnictwa wyższego i nauki, kwalifikacje uzyskane w systemie oświaty lub inne kwalifikacje wymagane do wykonywania danego zawodu medycznego dotyczącego elektryka radiologicznego L.P 3 w tabeli: Zapisy są niespójne m.in. : Prawo Atomowe Roz. MZ z dnia września 2021r. (Poz.1725) w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia prowadzących działalność związaną z narażeniem w celach medycznych, polegającą na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej lub diagnostyki związanej z podawaniem pacjentom produktów radiofarmaceutycznych istnieje zapis: § 1. Pkt 2. Ilekroć w przepisach rozporządzenia jest mowa o techniku elektryki radiologicznej, należy przez to rozumieć osobę posiadającą tytuł zawodowy technika elektryki radiologicznej lub dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunkach kształcących w zakresie elektryki radiologicznej i tytuł zawodowy licencjata lub magistra. Rozp. MZ z dnia 20 lipca 2011 r. (nowelizacja aktu 10 lipca 2023r) w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami istnieje m.in. zapis dot. kwalifikacji wymaganych dla elektryka radiologicznego: tytuł zawodowy licencjata lub inżyniera uzyskany po ukończeniu studiów na kierunku elektryki radiologicznej lub na innym kierunku studiów w specjalności elektryki radiologicznej, rozpoczętych przed dniem 1 października 2012 r., obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie elektryki radiologicznej Rozp. MNiSzW z dnia 15 czerwca 2012 r. zmieniający rozp. w sprawie wzorcowych efektów kształcenia (obowiązujący do 2016r.) na kierunku elektryki radiologicznej (I stopnia). Rozporządzenie określało szczegółowe efekty kształcenia na kierunku elektryki radiologicznej. Dlatego zwracamy się również z prośbą o przywrócenie/określenie ram kształcenia i standardu kształcenia na kierunku elektryki radiologicznej który jest powiązany bezpośrednio z kierunkiem lekarskim zarówno poprzez program nauczania jak i sylwetkę absolwenta przygotowanego do prowadzenia działań z zakresu diagnostyki i terapii z wykorzystaniem m. in. szkodliwego promieniowania jonizującego. Poprzez ówczesne obowiązujące rozporządzenie oraz zapisy z Prawa	Poza zakresem nowelizacji

		atomowego nie ma i nigdy nie było kształcenia inżynierów elektoradiologii. Jedynym kierunkiem o specjalności elektoradiologia było zdrowie publiczne z którego wyodrębniono potem kierunek elektoradiologia po wejściu Rozp. MNiSzW z dnia 15 czerwca 2012 r. zmieniający rozp. W sprawie wzorcowych efektów kształcenia. Ponadto uchylenie wzorcowych efektów kształcenia spowodowało pewien dysonans w kształceniu na tym kierunku, stworzenie różnic programowych pomiędzy uczelniami. Wprowadzenie pewnego standardu i ram kształcenia na tym kierunku pozwoli zniwelować różnice programowe które powstały na przestrzeni ostatnich lat oraz patologie na niektórych uczelniach które uważamy że nie powinny mieć miejsca. (Przykładem jest prywatna uczelnia Humanitas w Sosnowcu – która oferuje studia magisterskie o charakterze pseudopomostowym po innych kierunkach. Uczelnia rekrutuje absolwentów fizyki, pielęgniarstwa, kosmetologii czy dietetyki na studia magisterskie z elektoradiologii oferując zajęcia wyrównawcze które programowo mają nadrobić różnice z licencjatu elektoradiologii. Co do prowadzenia zajęć mamy pewne wątpliwości biorąc pod uwagę że większość z nich ma charakter zdalny. Jak jest możliwe nadrobienie różnic programowych z 3-letniego licencjatu. Uważamy że tego typu praktyki są rażące i nieetyczne. Takie podejście dopuszcza na rynek osoby o wątpliwej jakości kształcenia które mogą stwarzać zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. Inną uczelnią która nie ma pozwolenia PKA na prowadzenia kierunku elektoradiologia jest Europejska Uczelnia Społeczno Techniczna w Radomiu która kształci na kierunku Zdrowie Publiczne o specjalności organizacyjno –prawne aspekty elektoradiologii i wydaje absolwentom zaświadczenia jakoby ukończyli kształcenie na kierunku elektoradiologia – co naszym zdaniem jest niedopuszczalne. Kolejną uczelnią wprowadzającą w błąd potencjalnych studentów jest Uniwersytet Śląski, który zapewnia w swojej ofercie kształcenia na kierunku fizyka medyczna o specjalności elektoradiologia – zgodnie z Ustawą 2.0 specjalności nie dają absolwentom danego kierunku żadnych dodatkowych uprawnień w tym uprawnień elektoradiologa.). Ustawa 2.0 - Zgodnie z ustawą Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce podstawowym zadaniem uczelni jest prowadzenie kształcenia na studiach. Kształcenie to odbywa się na określonym kierunku, poziomie i profilu. Nie ma zapisu dotyczącego specjalności lub różnego rodzaju specjalności. Tworzenie specjalności na kierunkach oraz zasady ich organizacji należą do 6 autonomicznych decyzji władz uczelni. W opinii MNiSW przypisywanie specjalności cech kierunku nie znajduje normatywnego uzasadnienia. Specjalność może być wyłącznie częścią kierunku i nie egzystuje jako kategoria samodzielna (...) Uczelnia konstruując program studiów dla określonego kierunku, poziomu i profilu kształcenia powinna uwzględniać	
--	--	---	--

	wymagania związane z zapewnieniem odpowiedniej „elastyczności” tego programu, ponieważ student powinien mieć możliwość wyboru zajęć, którym przypisano punkty ECTS w wymiarze nie mniejszym niż 30% liczby punktów ECTS koniecznych do ukończenia studiów na danym poziomie (§ 3 ust. 3 ww. rozporządzenia w sprawie studiów). Zajęcia te powinny być zdefiniowane w taki sposób, aby ich „zawartość” podlegała wyborowi np. zajęcia odpowiadając tzw. „specjalności” w ramach kierunku mogą być oferowane w kilku wymiennych wariantach (każdy wariant zawiera różny zestaw przedmiotów). (...) Uczelnia, w ramach autonomii, może przewidzieć na dyplomie ukończenia studiów dodatkowe elementy, z zastrzeżeniem, że muszą one wynikać ze specyfiki kształcenia i mieć umocowanie w obowiązującym systemie szkolnictwa wyższego i nauki.”. Tym samym Ministerstwo w 2018 roku dało do zrozumienia, że w ramach nowej “Ustawy 2.0” nie przewiduje systemowego rozwiązania w kwestii specjalności, a wszystkie twory, które pojawiają się w programach studiów wynikają tylko i wyłącznie z autonomii uczelni i nie nadają dodatkowych uprawnień zawodowych. To również potwierdziła nam PKA. Kierunki pseudo-elektrodiagnostyczne np. fizyka o specjalności elektrodiagnostyka nie nadaje absolwentowi uprawnień elektrodiagnosty. Zapis w ustawie o niektórych zawodach medycznych o ukończeniu specjalności jest wadliwy i dopuszcza osoby, które nie ukończyły wymaganych 1700 h w zakresie kształcenia elektrodiagnostyki. Niestety istnieją w Polsce uczelnie prywatne wykorzystując ten fakt i wydając zaświadczenia do dyplomu absolwentom jakoby ukończyli kierunek elektrodiagnostyka co wg nas jest niebezpieczne dla pacjentów a zarazem nieetyczne. Ponadto Ustawa 2.0 określa kształcenie NA DANYM KIERUNKU a nie w zakresie Baza POL-ON oraz BASiW MZ które istnieją od wielu lat również nie zawierają informacji nt. kształcenia inżynierów elektrodiagnostyki a jedynie na kierunku elektrodiagnostyka na poziomie licencjackim i magisterskim – brak kształcenia na kierunkach inżynierskich. Proponowany zapis: L.P 3 w tabeli: Elektrodiagnostyk 1) rozpoczęcie studiów na kierunku Elektrodiagnostyka przyporządkowanym do dyscypliny nauki medyczne, nauki farmaceutyczne, nauki o zdrowiu lub nauki o kulturze fizycznej, obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie Elektrodiagnostyki i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata 2.) rozpoczęcie po dniu 30 września 2019 r. studiów w zakresie Elektrodiagnostyki na kierunku przyporządkowanym do dyscypliny nauki medyczne, nauki farmaceutyczne, nauki o zdrowiu lub nauki o kulturze fizycznej, obejmujących co najmniej 1700 godzin kształcenia na kierunku	
--	--	--

		Elektroradiologia i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata n3.) rozpoczęcie po dniu 30 września 2012 r. studiów na kierunku Elektroradiologia obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie Elektroradiologii i uzyskanie tytułu zawodowego co najmniej licencjata n4.) ukończenie studiów przed 30 września 2012r. na kierunku Elektroradiologia lub na kierunku studiów(Zdrowie Publiczne) w specjalności Elektroradiologia obejmujących co najmniej 1700 godzin w zakresie Elektroradiologii i uzyskanie tytułu zawodowego licencjata1, n5)Ukończenie studiów II stopnia magisterskich na kierunku elektroradiologia po ukończeniu studiów I stopnia na kierunku elektoradiologia n 6) ukończenie studiów jednolitych magisterskich w zakresie elektroradiologii przed 30 września 2005 r.n7)rozpoczęcie po dniu 31 sierpnia 2019 r. i ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej i uzyskanie dyplomu zawodowego w zawodzie technik Elektroradiolog albo rozpoczęcie przed dniem 1 września 2019 r. i ukończenie szkoły policealnej publicznej lub niepublicznej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskanie tytułu zawodowego technik Elektroradiolog lub technik Elektroradiologii lub dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie technik Elektroradiolog	
360.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy	Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy w Bydgoszczy zgłasza zastrzeżenie do propozycji pozbawienia lekarzy posiadających I stopień specjalizacji statusu „lekarza systemu”. W związku z powyższym Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy w Bydgoszczy proponuje zmianę projektu poprzez zastąpienie w art. 3 punkt 3 lit. „a” i lit. „c” zmienianej ustawy, wyrazów: „lekarza posiadającego specjalizację II stopnia” wyrazami zawartymi w dotychczas obowiązującej ustawie, a mianowicie: „lekarza posiadającego specjalizację” Dotychczas, zgodnie z art. 3 pkt 3 lit. „a” i „c” ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym lekarzami systemu są lekarze posiadający specjalizację w określonych dziedzinach, a zatem lekarze posiadający specjalizację zarówno I jak i II stopnia. „Proponowana przez Ministerstwo Zdrowia zmiana ogranicza definicję lekarza systemu do lekarzy posiadających specjalizację II stopnia w określonych dziedzinach. Z powyższych względów, z dniem wejścia w życie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (UD43) lekarze posiadający specjalizację I stopnia utracą status lekarza systemu.„Z uzasadnienia projektu o zmianie przedmiotowej ustawy nie wynika, dlaczego pozbawia się lekarzy posiadających specjalizację I stopnia statusu lekarza systemu. Natomiast z punktu 5 Oceny Skutków Regulacji, zatytułowanego „Personel medyczny” wynika, że liczba specjalistów medycyny ratunkowej (1185 osób) wciąż pozostaje niewystarczająca. Na podstawie tego stwierdzenia można dojść do wniosku, że również ogólna liczba lekarzy systemu jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb jednostek systemu PRM. W związku z powyższym	Uwaga uwzględniona

		zmniejszenie liczby lekarzy systemu o lekarzy posiadających specjalizację I stopnia wydaje się całkowicie nieuzasadnione. Ponadto w ocenie tu. Związku proponowane rozwiązanie narusza zasadę ochrony praw nabytych przez lekarzy z I stopniem specjalizacji. Taka zmiana naruszałaby art. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym, urzeczywistniającym zasady sprawiedliwości społecznej.	
361.	Związek Zawodowy Pilotów HEMS LPR	Konieczne jest uzupełnienie art. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym o następujące zapisy: „a) Członek załogi HEMS - członek personelu specjalistycznego udzielający świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych osobom w stanie zagrożenia zdrowia lub życia podczas realizacji misji HEMS. Jego nadrzędnym zadaniem jest pomoc pilotowi w zakresie operacyjnym, niezbędnym do realizacji misji HEMS przez lotniczy zespół ratownictwa medycznego. Członkiem załogi HEMS może być ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu posiadający minimum 3 letnie doświadczenie w systemie PRM, którzy zgodnie z rozporządzeniem KE 965/2012: • posiadają niezbędne kwalifikacje i umiejętności; • ukończyli specjalistyczne przeszkolenie operacyjno-lotnicze z wynikiem pozytywnym; • posiadają aktualne uprawnienia wynikające z regularnych sprawdzianów naziemnych i w locie oraz ciągłość praktyki operacyjnej. b) Misja HEMS - lot śmigłowcem wykonywany zgodnie zatwierdzeniem HEMS, w celu udzielenia pomocy medycznej w nagłej potrzebie, kiedy zasadnicze znaczenie ma bezzwłoczny i szybki transport: a) personelu medycznego; b) środków medycznych (sprzętu, krwi, organów, leków); lub c) chorych lub rannych oraz innych osób, których to bezpośrednio dotyczy.” Wraz z dodaniem wskazanych powyżej zapisów konieczne jest też zmiana brzmienia art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym na następujący: „a) Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz członka załogi HEMS.” AWskazać należy, akty prawne Unii Europejskiej regulujące funkcjonowanie HEMS szczegółowo opisują definicję oraz funkcję personelu specjalistycznego - członka załogi HEMS. Wymagania oraz obowiązki są konkretnie określone i wynikają wprost z rozporządzenia Komisji (UE) 965/2012 z dnia 5 października 2012 r. Nadrzędnym zadaniem członka załogi HEMS jest pomoc pilotowi w zakresie operacyjno-lotniczym, niezbędnym do realizacji misji HEMS. W dalszej części misji udzielane są świadczenia zdrowotne jako ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu. Wykonywane czynności podczas codziennej pracy w	Uwaga nieuwzględniona. Przedstawione argumenty nie dają podstaw do tworzenia nowej grupy zawodowej i nie przewiduje się zmian w tym zakresie.

		bardzo niewielkim stopniu tożsame są z pracą wykonywaną w naziemnych ZRM. Procedury z zakresu operacyjno-lotniczego, wykonywane są tylko w jednej jednostce systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego – Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym. Wewnętrzne dokumenty takie jak: Instrukcja Operacyjna, Instrukcja Medyczna, Standaryzacja Czynności Załogi HEMS w sposób szczegółowy opisują wszystkie zagadnienia związane z członkiem załogi HEMS. Przedmiotowy projekt (art. 5) zakłada, że w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dodany zostanie ust. 2 w brzmieniu: „2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”. Jako uzasadnienie wprowadzenia przedmiotowego zapisu wskazano konieczność zrównania prawa do dodatków za pracę w nocy (65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego), niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy (45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego) dla członków Zespołów Ratownictwa Medycznego (w tym Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego) wykonujących zawód medyczny, z pracownikami wykonującymi zawód medyczny, zatrudnionymi w systemie pracy zmianowej w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Uzasadnienie wprowadzenia przedmiotowego zapisu całkowicie jednak pomija fakt, że personel medyczny wykonujący obowiązki w ramach Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego nie jest w stanie wykonywać ich samodzielnie, a jedynie w składzie całego zespołu składającego się (zgodnie z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym) z co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej Nz: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. Związek Zawodowy Pilotów HEMS LPR wielokrotnie przedstawiał argumenty merytoryczne dotyczące przyznania wskazanych dodatków także pilotom Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego, zarówno w petycjach kierowanych do Sejmu i Senatu RP, jak i korespondencji do Ministerstwa Zdrowia. Ponownie więc wskazuję, że jako piloci HEMS jesteśmy integralnymi i niezbędnymi do ich bezpiecznego funkcjonowania członkami Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego, że czynnie i bezpośrednio uczestniczymy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, ratujących ludzkie życie i zdrowie, oraz że obowiązujące u naszego pracodawcy nie różnicują czasu pracy członków Lotniczych Zespołów Ratownictwa Medycznego w zależności od tego czy wykonują oni zawód medyczny czy też nie, a jako piloci HEMS pracujemy i	
--	--	---	--

		jesteśmy gotowi do udzielania pomocy potrzebującym także w nocy, niedziele, święta i dni wolne od pracy, ponosząc w utrudnionych (szczególnie w nocy) warunkach jednoosobową i pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo załogi, pacjenta oraz osób postronnych. C Nadmieniam, że do chwili obecnej nie wskazano nam żadnych merytorycznych uwarunkowań i przesłanek wskazujących na konieczność rozróżnienia przyznania dodatkowego wynagradzania za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy w zależności od tego czy dany członek Lotniczego Zespołu Ratownictwa Medycznego wykonuje zawód medyczny czy też nie. O Niesprawiedliwe i nierówne traktowanie naszej grupy zawodowej jest to tym bardziej niezrozumiałe, jeśli zwróci się uwagę na liczebność pracowników wykonujących zawody niemedyczne zatrudnionych w Zespołach Ratownictwa Medycznego i związane z tym koszty przyznawania wskazanych świadczeń finansowych. Zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego (Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2022 kroku, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2022-roku,14,7.html) jedynie ok. 400 osób spośród blisko 12,9 tys. zatrudnionych w Zespołach Ratownictwa Medycznego nie wykonuje zawodu medycznego. Grupa personelu niemedycznego obejmuje przy tym ok. 300 kierowców (którzy zgodnie z przepisami mogą, lecz nie muszą, stanowić obsadę naziemnych Zespołów Ratownictwa Medycznego i których liczba w systemie PRM podlega systematycznemu zmniejszaniu kw związku m.in. ze sposobem finansowania PRM przez NFZ w postaci jednolitego ryczałtu dobowego wypłacanego na każdą karetkę, niezależnie czy w składzie jej załogi znajduje się kierowca czy też nie oraz możliwości dość łatwego uzyskania przez osoby wykonujące zawód ratownika medycznego uprawnień do kierowania takimi pojazdami) i ok. 100 pilotów HEMS, którzy zgodnie z przywołaną już wcześniej ustawą o PRM stanowią niezbędną obsadę Lotniczego Zespołu Ratownictwa Medycznego. Co więcej spośród grupy ok. 100 pilotów HEMS ewentualnym uprawnieniem do otrzymywania dodatków za pracę w godzinach nocnych objętych zostałoby w skali całego kraju jedynie 6 pilotów pełniących dyżury w całodobowych bazach LPR, zaś dodatkami za pracę w niedzielę i święta oraz dni wolne od pracy 22 pilotów. Szacowane przez ZZPH LPR roczne koszty związane z przyznaniem nam przedmiotowych dodatków wynoszą ok. 2 mln. zł. (dla porównania, zgodnie z danymi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, tylko w roku 2024 planowane jest zwiększenie finansowania Zespołów Ratownictwa Medycznego o kwotę prawie 363 mln. zł, związane głównie ze zwiększeniem wynagrodzeń personelu wykonującego zawody medyczne wynikające z ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników	
--	--	---	--

		zatrudnionych w podmiotach leczniczych).CBiorąc pod uwagę powyższe argumenty Związek Zawodowy Pilotów HEMS ponownie wnosi o zmianę brzmienia artykułu 5 projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw na następujący: „Art. 5. W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu: a, 2. Dodatek, o którym mowa w ust. 1, przysługuje także członkom zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1 i 2, art. 36a ust. 1 oraz art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”.	
362.	Polski Związek Ratowników Medycznych	Pragnę wnieść poprawkę w związku z projektem nowelizacji Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw dotyczącą artykułu 32 Ustawy z naciskiem na wykreślenie punktu 4. Pozostawiając w ten sposób zapis : do członków zespołów ratownictwa medycznego dodać zgodnie z art.2 pkt.2,2 ZRM w tym LPR, SOR, DM Ustawy o PRM może być stosowany system równoważnego czasu pracy, w którym jest dopuszczalne przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 24 godzin, w okresie rozliczeniowym 1 do 4 miesiąca. Przepisy art.135 § 2 i 3 oraz art.136 § 2 Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku - Kodeksu Pracy stosuje się odpowiednio. Doprecyzowanie wyżej wymienionego zapisu będzie wskazówką dla pracodawców, którzy nie chętnie obecnie, wprowadzają plan dyżurów 24 godzinnych, które mają związek z Ustawą o PRM nie zaś z zapisami w Ustawie o Działalności leczniczej, gdzie mowa jest o tzw dyżurach medycznych. Dyżury dla ratowników medycznych z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych pełniących funkcje ratownika medycznego - kierowcy ambulansu, zgodnie z ust. 4 wspomnianego artykułu Ustawy o PRM, pozostają dwunastogodzinne. Powołując się na zmianę Ustawy z dnia 14 kwietnia 2004 roku o czasie pracy kierowców ze zmianą art. 40, Dz.U.z 2023 r. poz.1523 z dnia 4 sierpnia 2023 roku, zaznaczam, iż stosownych przepisów o czasie pracy kierowców oraz określonych godzin odpoczynku, nie stosuje się między innymi dla pojazdów medycznych. Praca ratownika medycznego z uprawnieniami do prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych nie jest pracą ciągłą Kwestia obopólnych korzyści proponowanych zmian nie pozostaje oczywiście bez znaczenia. Systematyczność, dobór personalny Zespołów Ratownictwa Medycznego, przejrzysty harmonogram pracy ratowników medycznych i pielęgniarek systemu, wydłużony okres odpoczynku pomiędzy dobowymi dyżurami, wymiennosc na stanowiskach, gdzie ratownik medyczny mógłby po 12 godzinnym dyżurze lub przed nim, pełnić funkcję kierownika ZRM, przyniosłby niewątpliwie wymierne korzyści zarówno dla zakładu pracy jakim	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresem nowelizacji.

		są Stacje Ratownictwa Medycznego jak również dla pracowników jednostek Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.	
363.	Polski Związek Ratowników Medycznych	w przypadku występowania u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego , zespołów transportu medycznego, zespołu transportu neonatologicznego, pracownikom zatrudnionym jako personel medyczny, przysługuje dodatek za pracę w nocy 65% oraz dodatek za pracę w niedziele i w dni ustawowo wolne od pracy 45%.	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzany przepis w zakresie dodatków odnosi się do osób wykonujących zawód medyczny w podmiotach leczniczych, analogicznie jak miało to dotychczas miejsce (art. 99 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej). Ratownicy medyczni wykonują zawód w wielu miejscach i nie w każdym przysługuje im wskazany dodatek.
364.	Fundacja First Responder	Art. 3 pkt 7 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Aktualna definicja wymaga rozszerzenia jednak proponowana przez MZ jest zbyt szeroka i umożliwia podawanie wszelkich dostępnych na miejscu leków bez posiadania kwalifikacji co jest niebezpieczne. Użycie produktów leczniczych powinno być ograniczone do tych będących własnością osoby ratowanej lub ograniczone do tych ratujących życie i jednocześnie bezpiecznych. Aby nie pozwalać na dowolną interpretację można też zrobić katalog zamknięty leków w postaci kwasu acetylosalicylowego, adrenaliny w podaży domięśniowej oraz glukagonu w podaży domięśniowej.gProponycja: 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 z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych, w rozumieniu art. 1 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.2)), oraz produktów leczniczych będących własnością osoby ratowanej dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;”,	Uwaga nieuwzględniona. Katalog zamknięty leków powoduje, że nie wszystkie leki będzie można podać, a dana sytuacja będzie wymagała podania konkretnego leku. Podobnie w sytuacji „własności” leku. Podanie adrenaliny, kiedy nie będzie ona „własnością” pacjenta, w przypadku przyjęcia takiej propozycji, doprowadzi do braku możliwości jej podania. Należy podkreślić, że leki podaje się w sytuacji zagrożenia życia, kiedy istotny jest czas i stan pacjenta.
365.		Art. 38a pkt 5 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych nie ogranicza jednoznacznie uprawnień Ratownika Medycznego który nie zaliczył okresu edukacyjnego. Jedynie odnotowuje ten fakt w systemie. Proponowany przepis dubluje kontrole Izby jednak również nie określa jasno czy Ratownik Medyczny który nie zrealizował obowiązku ze wspomnianego art. 74 ma prawo udzielać świadczeń medycznych u Dysponenta. Wątpliwości budzi też fakt dlaczego ratownik medyczny bez rozliczonego okresu edukacyjnego nie mógłby wykonywać Medycznych Czynności Ratunkowych w ramach ZRM, nie mógłby wykonywać zleceń lekarskich na SOR (wg aktualnej interpretacji MZ na SOR Ratownik	Uwaga nieuwzględniona. Proponowany przepis stanowi wyłącznie o możliwości kontroli obowiązku doskonalenia u ratowników medycznych wykonujących zawód u dysponenta jednostki. Przepis nie wskazuje sankcji z tego tytułu.

		Medyczny może tylko wykonywać zlecenia lekarskie), ale jednocześnie mógłby wykonywać świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe w ramach zwykłych podmiotów leczniczych niebędących Dysponentami Systemu. Propozycja: Kontrola realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1 i 2, oraz art. 74 ust. 1 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187 jest już w ramach Izby Ratowników Medycznych w Art. 83. Bezpieczeństwo pacjentów wymaga aby ewentualne ograniczenie uprawnień nie zależało od miejsca pracy tylko od uprawnień do udzielania świadczeń.	
366.		Art. 205 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych Wspomniany Art. 33 ust 1, Przewiduje bardzo szeroki zakres uprawnień, między innymi udzielanie wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Takie odwołanie do samych zadań ratownika powoduje obawy że przepis będzie martwy, albo stosowany tylko kiedy dojdzie rażących nieprawidłowości w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych (a to powinno być penalizowane surowiej niż grzywną). Jednocześnie osoba która będzie się tylko podszywać pod ratownika medycznego, a nie będzie wykonywać zadań Ratownika Medycznego będzie bezkarna. W mediach społecznościowych i na ulicy coraz częściej można spotkać osoby nie mające uprawnień Ratownika medycznego jednak posiadające naszywki Ratownik Medyczny (w tym osoby nieletnie). Brak penalizacji takiego zachowania powoduje dezawuowanie zawodu. Propozycja: Art. 205 pkt. 2a Kto wprowadza w błąd co do posiadania uprawnienia Ratownika Medycznego, podlega karze grzywny	Uwaga nieuwzględniona. Propozycja poza zakresem nowelizacji ustawy.
367.		Art. 52. Pkt. 2 Ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych Aktualnie MZ stoi na stanowisku, że w szpitalach, w tym również w szpitalnych oddziałach ratunkowych (w odróżnieniu od zespołów ratownictwa medycznego) o stosowanym wobec pacjenta postępowaniu leczniczym i diagnostycznym decyduje wyłącznie lekarz, Ratownik Medyczny wykonuje jedynie zlecenia lekarskie określone w dokumentacji medycznej i nie obowiązują uprawnienia opisane w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. Jest to bardzo niebezpieczna i krzywdząca interpretacja która właściwie słyca zawód Ratownika Medycznego tylko do podawania leków gdzie to jest tylko jeden z ponad 30 czynności jakie może samodzielnie wykonywać. Przyjmując że Ratownik medyczny wykonuje jedynie zlecenia określone w dokumentacji medycznej powinniśmy oczekiwać że leczenia lekarskie będą dotyczyć nie tylko zleceń	Uwaga nieuwzględniona. W szpitalach (oddziałach szpitalnych) decyzje co do udzielanych świadczeń zdrowotnych podejmuje lekarz. Nie jest zasadne, aby każda osoba wykonująca zawód medycznych podejmowana niezależnie decyzje co do udzielanych świadczeń zdrowotnych.

		leków, ale też wszystkich innych czynności opisanych w załączniku 3. Między innymi: o2. Układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń. O6. Odsysanie treści z dróg oddechowych O12. Monitorowanie czynności układu oddechowego. O13. Monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi. o20. Opatrywanie rano 22. Unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń 27. Wykonanie pomiaru temperatury głębokiej. 2. Asystowanie przy drobnych zabiegach chirurgicznych Wszystkie wspomniane czynności są wykonywane na oddziałach przez Ratownika Medycznego, a nie są zlecane w dokumentacji pacjenta. Według interpretacji MZ oznacza to ciągłe przekraczanie uprawnień na wszystkich oddziałach gdzie są zatrudnieni Ratownicy Medyczni. Według nas należy zmienić brzmienie Art. 52 tak aby nie pozwalało na różne interpretacje, a jednocześnie pozwalało na własne ograniczenia przez podmioty lecznicze. Propozycja: 2. Ratownik medyczny w ramach podmiotów leczniczych w tym w ramach szpitalnego oddziału ratunkowego wykonuje uprawnienia zawarte w Art. 34 ust. 2 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika oraz wykonuje zlecenia określone w dokumentacji medycznej. 3. Podmioty lecznicze mogą ustalać wewnętrzne ograniczenia i warunki udzielania świadczeń zdrowotnych samodzielnie przez ratownika medycznego.	
368.	Główny Urząd Statystyczny	Bez uwag. Pragnę jednocześnie zwrócić uwagę, że zmiana ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tj. proponowana zmiana art. 32, która dodaje jako jednostkę systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne motocyklowe jednostki ratownicze) skutkować może koniecznością nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173). W załączniku nr 2 do wymienionego wyżej rozporządzenia, gdzie określono kody charakteryzujące specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, są wyszczególnione kody dla m.in. zespołów ratownictwa medycznego podstawowych, specjalistycznych oraz dla lotniczego zespołu ratownictwa medycznego. Po zmianie art. 32 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, proponuje się – w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania – wyodrębnić również kod dla motocyklowych jednostek ratowniczych lub zdefiniować pod jakim aktualnie obowiązującym kodem komórki organizacyjnej dysponent jednostki powinien zarejestrować motocyklową jednostkę ratowniczą w księdze rejestrowej podmiotu leczniczego.	Uwaga poza zakresem regulacji. Rozporządzenie w sprawie kodów resortowych zostanie zmienione po wejściu życie ustawy.

369.	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Bez uwag	
370.	Urząd Ochrony Danych Osobowych		

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI¹⁾

z dnia

w sprawie szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy

Na podstawie art. 16e ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy na potrzeby szkolenia policjantów, funkcjonariuszy, strażaków i pracowników służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwane dalej „szkoleniem KPP MSWiA”;
- 2) sposób przeprowadzania oraz organizację egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA;
- 3) wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika;
- 4) formy i sposób aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) kierowniku podmiotu szkolącego – rozumie się przez to osobę kierującą podmiotem szkolącym, odpowiedzialną za prawidłową organizację szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- 2) zaświadczeniu – rozumie się przez to zaświadczenie o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika albo zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje ratownika.

§ 3. 1. Zajęcia teoretyczne i praktyczne szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy prowadzą:

- 1) lekarz systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „systemem”, lub

¹⁾ Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 maja 2024 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. poz. 738).

2) pielęgniarka systemu, lub

3) ratownik medyczny

– posiadający aktualną wiedzę i umiejętności z zakresu objętego programem szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub 5-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza lub pielęgniarki, lub ratownika medycznego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w służbach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, realizujący obowiązek kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego.

2. W przypadku braku osób, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, w podmiocie szkolącym, szkolenie KPP MSWiA może być prowadzone odpowiednio przez lekarza lub pielęgniarkę posiadających kwalifikacje, o których mowa w ust. 1.

3. Zajęcia teoretyczne i praktyczne w zakresie:

- 1) psychologicznych aspektów wsparcia poszkodowanego – prowadzi psycholog posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie psychologa;
- 2) ratownictwa technicznego, chemicznego, biologicznego, zdarzeń radiacyjnych oraz zdarzeń związanych ze skutkami wybuchów – prowadzi osoba posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu czynności ratowniczych w wymienionych rodzajach ratownictwa;
- 3) udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy w środowisku niebezpiecznym – prowadzi osoba posiadająca aktualną wiedzę i umiejętności z zakresu udzielania pomocy medycznej poszkodowanym w środowisku skażonym czynnikami chemicznymi, biologicznymi, promieniotwórczymi, w środowisku powybuchowym (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and Explosives – CBRNE).

§ 4. Miejsce i terminy egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA, zwanego dalej „egzaminem”, ustala kierownik podmiotu szkolącego w porozumieniu z przewodniczącym komisji egzaminacyjnej.

§ 5. Egzamin teoretyczny jest przeprowadzany w formie testu, składającego się z zestawu 30 zadań testowych, wybranych przez komisję egzaminacyjną, spośród zadań testowych opracowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych, podanych do publicznej wiadomości na stronie internetowej Centrum Egzaminów Medycznych.

§ 6. 1. Odpowiedzi na zadania testowe udziela się wyłącznie na karcie testowej.

2. Karty testowe są przygotowywane, przechowywane i przekazywane w warunkach uniemożliwiających ich nieuprawnione ujawnienie oraz dostarczane na miejsce egzaminu teoretycznego przez przewodniczącego komisji egzaminacyjnej.

3. Karty testowe są zabezpieczone w sposób uniemożliwiający zapoznanie się z ich treścią. Usunięcie zabezpieczeń i ujawnienie treści kart testowych następuje w sali egzaminacyjnej po rozpoczęciu egzaminu teoretycznego, w obecności osób zdających.

§ 7. Podstawą do zaliczenia egzaminu teoretycznego jest udzielenie prawidłowych odpowiedzi na co najmniej 90% zadań testowych zawartych w karcie testowej.

§ 8. 1. Egzamin praktyczny obejmuje wykonanie przez osobę zdającą:

- 1) dwóch losowo wybranych przez osobę zdającą zadań egzaminacyjnych sprawdzających praktyczne postępowanie w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- 2) resuscytacji krążeniowo-oddechowej na fantomie z elektronicznym monitorowaniem i oceną wykonywanych czynności wraz z możliwością wydruku danych.

2. Wykonanie zadań, o których mowa w ust. 1, oceniane jest odrębnie przez każdego członka komisji, według następującej skali ocen: 5 (bardzo dobry), 4,5 (dobry plus), 4 (dobry), 3,5 (dostateczny plus), 3 (dostateczny), 2 (niedostateczny).

3. Częstkowa ocena niedostateczna wystawiona przez co najmniej dwóch członków komisji egzaminacyjnej wyklucza zaliczenie egzaminu praktycznego.

4. Oceną końcową z egzaminu praktycznego jest ocena wynikająca ze średniej arytmetycznej ocen cząstkowych, uzyskanych od poszczególnych członków komisji, zaokrąglona do oceny, o której mowa w ust. 2. Ocena niedostateczna wyklucza uzyskanie pozytywnej oceny końcowej.

§ 9. 1. Przewodniczący komisji egzaminacyjnej sporządza protokół z egzaminu.

2. Protokół zawiera:

- 1) datę i miejsce przeprowadzenia egzaminu;
- 2) nazwę i kod szkolenia KPP MSWiA, jeżeli zostały nadane;
- 3) nazwę podmiotu szkolącego;
- 4) numer i datę wydania dokumentu powołującego komisję egzaminacyjną;
- 5) imiona i nazwiska oraz funkcje i stopnie członków komisji egzaminacyjnej;
- 6) liczbę osób przystępujących do egzaminu oraz procent zdawalności;
- 7) imiona i nazwiska oraz stopnie osób przystępujących do egzaminu;

- 8) numery zestawów egzaminacyjnych wylosowanych przez zdających;
- 9) wykaz ocen cząstkowych uzyskanych od poszczególnych członków komisji egzaminacyjnej;
- 10) ocenę końcową z egzaminu;
- 11) miejsce na ujęcie ewentualnych uwag z przebiegu egzaminu;
- 12) podpisy członków komisji egzaminacyjnej;
- 13) miejsce na uzupełnienie protokołu z egzaminu o numery wydanych zaświadczeń;
- 14) informację o zdarzeniu określonym w art. 16b ust. 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

3. Przewodniczący komisji egzaminacyjnej przekazuje protokół z egzaminu kierownikowi podmiotu szkolącego, w terminie 7 dni od dnia przeprowadzenia egzaminu.

4. Kierownik podmiotu szkolącego:

- 1) uzupełnia protokół z egzaminu o numery zaświadczeń wydanych osobom, które otrzymały wynik pozytywny z egzaminu;
- 2) przekazuje kopię protokołu z egzaminu odpowiednio koordynatorowi szkolenia kwalifikowanej pierwszej pomocy służby, w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania.

§ 10. 1. Wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 11. Ratownik pełniący służbę albo wykonujący zadania zawodowe w jednostkach organizacyjnych podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub przez niego nadzorowanych ma obowiązek aktualizacji wiedzy i umiejętności ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy przez:

- 1) udział w szkoleniach, seminariach, warsztatach organizowanych przez jednostki organizacyjne podległe ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, służby ratownicze, instytucje oraz organizacje działające w obszarze ratownictwa;
- 2) udział w ćwiczeniach i pokazach oraz udział w zawodach, mistrzostwach lub innych formach współzawodnictwa w obszarze ratownictwa.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia²⁾.

**MINISTER SPRAW
WEWNĘTRZNYCH
I ADMINISTRACJI**

w porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. poz. 1537, z 2011 r. poz. 1778, z 2018 r. poz. 1752 oraz z 2023 r. poz. 1961), które traci moc z dniem ... zgodnie z art. 25 pkt 2 ustawy z dnia o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...).

WZÓR

.....
(nazwa podmiotu szkolącego¹⁾)

Nr/..... r.
(numer zaświadczenia)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE
o ukończeniu szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy
i uzyskaniu tytułu ratownika

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani
(imię (imiona) i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer paszportu
albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, stopień służbowy – jeżeli posiada)

uczestniczył(a) w szkoleniu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy
organizowanym przez

.....
(nazwa i siedziba podmiotu szkolącego)

ukończył(a) szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w
dniu
(dzień/miesiąc/rok)

oraz w dniu zdał(a) egzamin przed komisją egzaminacyjną z wynikiem pozytywnym
i uzyskał(a) tytuł ratownika.

Zaświadczenie jest ważne przez okres 3 lat od dnia wydania.

.....

(imię (imiona) i nazwisko oraz podpis kierownika podmiotu szkolącego)

.....

(imiona i nazwiska oraz podpisy członków
komisji egzaminacyjnej)

¹⁾ Dane te mogą być naniesione także w formie pieczętki, nadruku lub naklejki.

Zakres umiejętności potwierdzonych egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia w
zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy:

- 1) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, bezprzyrządowej i przyrządowej, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;
- 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;
- 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;
- 4) ochrona przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;
- 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 6) stosowanie tlenoterapii biernej;
- 7) ewakuacja z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

WZÓR

.....
(nazwa podmiotu przeprowadzającego egzamin¹⁾)

Nr/..... r.
(numer zaświadczenia)

.....
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE
potwierdzające kwalifikacje ratownika**

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani
(imię (imiona) i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość, stopień służbowy – jeżeli posiada)

w dniu:
(dzień/miesiąc/rok)

zdał(a) egzamin przed komisją egzaminacyjną z wynikiem pozytywnym
i potwierdził(a) kwalifikacje ratownika.

Zaświadczenie jest ważne przez okres 3 lat od dnia wydania.

.....
(imię (imiona) i nazwisko oraz podpis kierownika
podmiotu przeprowadzającego egzamin)

.....
(imiona i nazwiska oraz podpisy
członków komisji egzaminacyjnej)

¹⁾ Dane te mogą być naniesione także w formie pieczętki, nadruku lub naklejki.

Zakres umiejętności potwierdzonych egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy:

- 1) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, bezprzyrządowej i przyrządowej, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;
- 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;
- 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;
- 4) ochrona przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;
- 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 6) stosowanie tlenoterapii biernej;
- 7) ewakuacja z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy jest wydawane w celu wykonania upoważnienia zawartego w art. 16e ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...), zwanej dalej „ustawą”.

Przepis art. 16e ustawy został dodany w ustawie na mocy ustawy z dnia o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...), która wchodzi w życie z dniem Wprowadzenie art. 16a do ustawy było związane z potrzebą reorganizacji szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zwanego dalej „szkoleniem KPP MSWiA”, przez uwzględnienie odrębnej delegacji ustawowej dla ministra właściwego do spraw wewnętrznych z uwagi na specyfikę działania ww. służb. W art. 16a–art. 16d ustawy została uregulowana kwestia wymagań, jakie muszą spełniać podmioty szkolące prowadzące szkolenie, kwestie dotyczące egzaminu, w tym skład komisji egzaminacyjnej, wydawanych zaświadczeń oraz oceny jakości kursu organizowanego przez podmioty szkolące.

Projektowane rozporządzenie zastąpi aktualnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. poz. 1537, z późn. zm.), normującego przebieg i organizację szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w resorcie spraw wewnętrznych oraz resorcie obrony narodowej. Rozporządzenie powyższe utraci moc z dniem w związku z uchYLENIEM art. 16 ust. 2 ustawy.

Projektowane rozporządzenie, zgodnie art. 16e ustawy, określa:

- 1) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy na potrzeby szkolenia policjantów, funkcjonariuszy, strażaków i pracowników służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 2) sposób przeprowadzania oraz organizację egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA;
- 3) wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika;
- 4) formy i sposób aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Data wejścia w życie projektowanych przepisów została określona na 14 dni od dnia ogłoszenia.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Stosownie do § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2024 r. poz. 806) oraz zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248, z późn. zm.) projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

Projekt rozporządzenia nie dotyczy funkcjonowania samorządu terytorialnego oraz 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega obowiązkowi notyfikacji.

Projektowane rozporządzenie nie dotyczy majątkowych praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej. Projektowane rozporządzenie nie wpływa na działalność mikroprzedsiębiorców oraz małych i średnich przedsiębiorców.

Ocena Skutków Regulacji projektu rozporządzenia nie była dokonywana w trybie § 32 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów, lecz w trybie § 42 ust. 1 regulaminu.

Projekt rozporządzenia nie wymaga uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia z właściwymi instytucjami i organami Unii Europejskiej, w tym Europejskim Bankiem Centralnym.

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie

swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w sprawie szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące: Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Pan Wiesław Szczepański – Sekretarz Stanu w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i Administracji Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: Pani Aneta Grunwald-Fitas – Dyrektor Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji tel. 22-601-19-26, e-mail: dz@mswia.gov.pl	Data sporządzenia: Źródło: art. 16e ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...). Nr w Wykazie prac legislacyjnych MSWiA.:
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Projektowane rozporządzenie jest wydawane w celu wykonania upoważnienia zawartego w art. 16e ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym w brzmieniu nadanym ustawą z dnia ... o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...).

Projektowane rozporządzenie zastąpi rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. poz. 1537, z późn. zm.). Obowiązujące przepisy wymagają zmian, które usprawnią przebieg i organizację szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Wydanie przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji rozporządzenia określającego:

- 1) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy na potrzeby szkolenia policjantów, funkcjonariuszy, strażaków i pracowników służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
- 2) sposób przeprowadzania oraz organizację egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA;
- 4) wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika;
- 5) formy i sposób aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Nie dotyczy.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Policjanci, funkcjonariusze, strażacy i pracownicy służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych	Ok. 35 500 funkcjonariuszy i pracowników służby resortu spraw wewnętrznych. Rocznie ok. 1200 funkcjonariuszy kończy szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy a ok. 10 500 przystępuje do egzaminu recertyfikującego uprawnienia	Dane MSWiA	możliwość uczestniczenia w szkoleniu, które będzie organizowane w oparciu o przepisy rozporządzenia

Osoby prowadzące szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy	Brak danych		konieczność spełniania wymagań określonych w rozporządzeniu
Osoby przeprowadzające egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy	Brak danych		przeprowadzanie egzaminu w sposób określony w rozporządzeniu
Ratownicy pełniący służbę albo wykonujący zadania zawodowe w jednostkach organizacyjnych podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych lub przez niego nadzorowanych	Brak danych		możliwość aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w formach określonych w rozporządzeniu

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248, z późn. zm.) został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	Źródłem finansowania zadań objętych projektowanym rozporządzeniem będą części budżetu państwa będące w dyspozycji Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, bez konieczności dodatkowego ich zwiększenia.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Przedmiotowa regulacja nie spowoduje zwiększenia wydatków lub zmniejszenia dochodów jednostek sektora finansów publicznych, w tym budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego, w stosunku do wielkości wynikających z obecnie obowiązującego aktu prawnego.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

		Skutki						
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł,	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							

ceny stałe z r.)	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Regulacja nie wpłynie na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, a zwłaszcza mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców, a także sytuację ekonomiczną i społeczną osób niepełnosprawnych oraz osób starszych. Przedmiotowy projekt, z uwagi na swój charakter, nie zawiera przepisów dotyczących zasad podejmowania, wykonywania lub zakończenia działalności gospodarczej, regulacji dotyczących majątkowych praw i obowiązków przedsiębiorców lub praw i obowiązków przedsiębiorców wobec organów administracji publicznej, a zatem nie podlega obowiązkowi dokonania oceny przewidywanego wpływu proponowanych rozwiązań na działalność mikro, małych i średnich przedsiębiorców, stosownie do przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2024 r. poz. 236, z późn. zm.), ani analizy zgodności projektu z tą ustawą w powyższym zakresie.						
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Projektowane regulacje, których celem jest uzyskanie wiedzy i umiejętności w zakresie udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy przez służby podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych - będą miały pozytywny wpływ na bezpieczeństwo obywateli.						
	osoby starsze oraz osoby niepełnosprawne							
Niemierzalne	(dodaj/usuń)							
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Projekt nie wpłynie na sytuację ekonomiczną i społeczną osób niepełnosprawnych oraz osób starszych							
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu								
☒ nie dotyczy								
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odróconej tabeli zgodności).				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:				
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.				☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy				
Komentarz:								
9. Wpływ na rynek pracy								
Projektowane rozporządzenie nie wpłynie na rynek pracy, a także na sytuację ekonomiczną i społeczną osób niepełnosprawnych i osób starszych.								
10. Wpływ na pozostałe obszary								
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe			☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne			☐ informatyzacja ☒ zdrowie		
Omówienie wpływu		Projektowane rozwiązania przełożą się bezpośrednio na zwiększenie bezpieczeństwa obywateli przez zwiększanie liczby funkcjonariuszy i pracowników posiadających wiedzę i umiejętności z zakresu udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.						
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego								
Proponuje się, aby przepisy rozporządzenia weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.								
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?								

Nie przewiduje się ewaluacji efektów wprowadzonych regulacji.

13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)

Brak załączników.

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA OBRONY NARODOWEJ

z dnia

**w sprawie szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy prowadzonego przez
jednostki organizacyjne podległe Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego
nadzorowane**

Na podstawie art. 16j ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej, zwane dalej „szkoleniem KPP MON”;
- 2) sposób przeprowadzania oraz organizację egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MON;
- 3) wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MON i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika;
- 4) formy i sposoby aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o:

- 1) podmiocie szkolącym – rozumie się przez to jednostkę organizacyjną podległą Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowaną, dysponującą bazą i kadrami dydaktyczną w liczbie dostosowanej do liczby uczestników szkoleń, prowadzącą szkolenie KPP MON lub przeprowadzającą egzamin z wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia;
- 2) kierownikowi podmiotu szkolącego – rozumie się przez to osobę kierującą podmiotem szkolącym, odpowiedzialną za prawidłową organizację szkolenia KPP MON w tym podmiocie.

§ 3. 1. Zajęcia teoretyczne i praktyczne szkolenia KPP MON prowadzą:

- 1) lekarz lub

- 2) pielęgniarka, lub
- 3) ratownik medyczny

– posiadający aktualną wiedzę i umiejętności z zakresu objętego programem tego szkolenia oraz co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub 5-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza lub pielęgniarki, lub ratownika medycznego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych, realizujący obowiązek kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego.

2. Zajęcia teoretyczne i praktyczne w zakresie:

- 1) psychicznych aspektów wsparcia poszkodowanego – prowadzi psycholog posiadający co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie psychologa;
- 2) ratownictwa specjalistycznego (technicznego, wysokościowego, wodnego i morskiego, górskiego i innych wg potrzeby) – prowadzi osoba posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w wykonywaniu czynności ratowniczych w wymienionych rodzajach ratownictwa;
- 3) udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy w środowisku niebezpiecznym – prowadzi osoba posiadająca aktualną wiedzę i umiejętności z zakresu udzielania pomocy medycznej poszkodowanym w środowisku skażonym czynnikami chemicznymi, biologicznymi, promieniotwórczymi, w środowisku powybuchowym (Chemical, Biological, Radiological, Nuclear and Explosives - CBRNE).

§ 4. 1. Egzamin teoretyczny jest przeprowadzany w formie testu, ujętego w karcie testowej, składającego się z zestawu 30 zadań testowych, wybranych przez komisję egzaminacyjną, spośród zadań testowych opracowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych, podanych do publicznej wiadomości na stronie internetowej Centrum Egzaminów Medycznych.

2. Odpowiedzi na zadania testowe w ramach części teoretycznej egzaminu z wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MON, o której mowa w ust. 1, udziela się wyłącznie na karcie testowej.

3. Karty testowe są przygotowywane, przechowywane i przekazywane w warunkach uniemożliwiających ich nieuprawnione ujawnienie oraz dostarczane na miejsce egzaminu teoretycznego przez przewodniczącego komisji egzaminacyjnej.

4. Karty testowe są zabezpieczone w sposób uniemożliwiający zapoznanie się z ich treścią przez osoby szkolące się lub osoby nieuprawnione. Usunięcie zabezpieczeń i ujawnienie treści kart testowych następuje w sali egzaminacyjnej po rozpoczęciu egzaminu teoretycznego, w obecności osób zdających.

5. Podstawą do zaliczenia egzaminu teoretycznego jest udzielenie prawidłowych odpowiedzi na co najmniej 90% zadań testowych zawartych w karcie testowej.

§ 5. 1. Egzamin praktyczny obejmuje wykonanie przez osobę zdającą:

- 1) dwóch losowo wybranych przez osobę zdającą zadań egzaminacyjnych sprawdzających praktyczne postępowanie w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- 2) resuscytacji krążeniowo-oddechowej na fantomie z elektronicznym monitorowaniem i oceną wykonywanych czynności wraz z możliwością wydruku danych.

2. Wykonanie zadań, o których mowa w ust. 1, oceniane jest odrębnie przez każdego członka komisji, według następującej skali ocen: 5 (bardzo dobry), 4,5 (dobry plus), 4 (dobry), 3,5 (dostateczny plus), 3 (dostateczny), 2 (niedostateczny).

3. Częstkowa ocena niedostateczna wystawiona przez co najmniej dwóch członków komisji egzaminacyjnej wyklucza zaliczenie egzaminu praktycznego.

4. Oceną końcową z egzaminu praktycznego jest ocena wynikająca ze średniej arytmetycznej ocen cząstkowych, uzyskanych od poszczególnych członków komisji, zaokrąglona do oceny, o której mowa w ust. 2. Ocena niedostateczna wyklucza uzyskanie pozytywnej oceny końcowej.

5. Miejsce i terminy egzaminu ustala kierownik podmiotu szkolącego w porozumieniu z przewodniczącym komisji egzaminacyjnej.

§ 6. 1. Przewodniczący komisji egzaminacyjnej sporządza protokół z egzaminu, który zawiera:

- 1) datę i miejsce przeprowadzenia egzaminu;
- 2) nazwę i kod szkolenia, jeśli zostały nadane;
- 3) nazwę podmiotu szkolącego;
- 4) numer i datę wydania dokumentu wyznaczającego członków komisji egzaminacyjnej;
- 5) stopnie, imiona i nazwiska oraz funkcje członków komisji egzaminacyjnej;

- 6) liczbę osób przystępujących do egzaminu oraz procent zdawalności;
- 7) stopnie, imiona i nazwiska osób przystępujących do egzaminu;
- 8) numery zestawów egzaminacyjnych wylosowanych przez zdających;
- 9) wykaz ocen cząstkowych uzyskanych od poszczególnych członków komisji egzaminacyjnej;
- 10) ocenę końcową z egzaminu;
- 11) miejsce na ujęcie ewentualnych uwag z przebiegu egzaminu, w tym okoliczności o których mowa w art. 16g ust. 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 12) podpisy członków komisji egzaminacyjnej;
- 13) miejsce na uzupełnienie protokołu z egzaminu o numery wydanych zaświadczeń.

2. Przewodniczący komisji egzaminacyjnej uzupełnia protokół o numery zaświadczeń wydanych osobom, które otrzymały wynik pozytywny z egzaminu. Protokoły przechowywane są w podmiocie szkolącym przez okres ważności wydanych zaświadczeń.

§ 7. Wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MON i uzyskaniu tytułu ratownika jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 8. Wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 9. Aktualizacja wiedzy i umiejętności w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy obejmuje następujące sposoby i formy:

- 1) udział w:
 - a) seminariach,
 - b) warsztatach szkoleniowych organizowanych w macierzystej jednostce wojskowej lub przez jednostki, służby ratownicze, instytucje oraz organizacje działające w obszarze ratownictwa,
 - c) ćwiczeniach i pokazach,
 - d) zawodach, mistrzostwach lub innych formach współzawodnictwa w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy,
 - e) formach szkolenia na odległość (e-learning), opracowanych przez podmioty szkolące lub towarzystwa naukowe oraz instytucje działające na rzecz poprawy bezpieczeństwa w Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) samokształcenie przygotowujące do właściwej realizacji zadań na zajmowanym stanowisku służbowym oraz do wykonywanych zadań zawodowych.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia¹⁾.

MINISTER OBRONY NARODOWEJ

w porozumieniu:

MINISTER ZDROWIA

¹⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. poz. 1537, z 2011 r. poz. 1778, z 2018 r. poz. 1752 oraz z 2023 r. poz. 1961), które traci moc z dniem ... zgodnie z art. 25 pkt 2 ustawy z dnia o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...).

Załącznik nr 1

WZÓR

.....
(nazwa podmiotu szkolącego¹⁾)

Nr/..... r.
(numer zaświadczenia)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE
o ukończeniu szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy
i uzyskaniu tytułu ratownika

Zaświadczam, że:

Pan/Pani
(stopień wojskowy – jeżeli posiada, imię (imiona) i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku - seria i numer
paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)

ukończył(a) szkolenie w zakresie **kwalifikowanej pierwszej pomocy**

odbywane w dniach od do.....
(dzień/miesiąc/rok) (dzień/miesiąc/rok)

i w dniu zdał(a) egzamin przed komisją egzaminacyjną
z wynikiem pozytywnym i uzyskał(a) tytuł

RATOWNIKA

Zaświadczenie jest ważne do dnia

.....
(stopień wojskowy – jeżeli posiada, imię (imiona) i nazwisko oraz podpis kierownika podmiotu szkolącego¹⁾)

.....
(stopnie wojskowe – jeżeli posiadają, imiona i nazwiska oraz podpisy członków komisji egzaminacyjnej¹⁾)

¹⁾ Dane te mogą być naniesione także w formie pieczętki, nadruku lub naklejki.

**ZAKRES UMIEJĘTNOŚCI POTWIERDZONYCH EGZAMINEM Z ZAKRESU WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI OBJĘTYCH
PROGRAMEM SZKOLENIA W ZAKRESIE KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY:**

- 1) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, bezprzrządowej i przrządowej, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;
- 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;
- 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;
- 4) ochrona przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;
- 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 6) stosowanie tlenoterapii biernej;
- 7) ewakuacja z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

WZÓR

.....
(nazwa podmiotu szkolącego¹⁾)

Nr/..... r.
(numer zaświadczenia)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE
potwierdzające kwalifikacje ratownika

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani

.....
(stopień wojskowy – jeżeli posiada, imię (imiona) i nazwisko, numer PESEL a w przypadku jego braku - seria i numer paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość)

w dniu:
(dzień/miesiąc/rok)

zdał(a) egzamin przed komisją egzaminacyjną z wynikiem pozytywnym i potwierdził(a)
kwalifikacje

RATOWNIKA

Zaświadczenie jest ważne do dnia

.....

(stopień wojskowy – jeżeli posiada, imię (imiona) i nazwisko oraz podpis kierownika podmiotu szkolącego ¹⁾)

.....

(stopnie wojskowe – jeżeli posiadają, imiona i nazwiska oraz podpisy członków komisji egzaminacyjnej¹⁾)

¹⁾ Dane te mogą być naniesione także w formie pieczętki, nadruku lub naklejki

**ZAKRES UMIEJĘTNOŚCI POTWIERDZONYCH EGZAMINEM Z ZAKRESU WIEDZY I UMIEJĘTNOŚCI OBJĘTYCH
PROGRAMEM SZKOLENIA W ZAKRESIE KWALIFIKOWANEJ PIERWSZEJ POMOCY:**

- 1) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, bezprzrządowej i przrządowej, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;
- 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;
- 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;
- 4) ochrona przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;
- 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 6) stosowanie tlenoterapii biernej;
- 7) ewakuacja z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

UZASADNIENIE

Na podstawie art. 16j ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...) Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia:

- 1) kwalifikacji kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie KPP MON – mając na celu zapewnienie odpowiedniego poziomu wyszkolenia ratowników;
- 2) sposobu przeprowadzania oraz organizacji egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MON – mając na celu uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności;
- 3) wzoru zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika – mając na celu zapewnienie przejrzystości dokumentowania potwierdzenia uzyskania tych kwalifikacji;
- 4) form i sposobu aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy – mając na celu właściwą realizację zadań ratownika na zajmowanym stanowisku służbowym lub jego zadań zawodowych

Dotychczasowe rozwiązania określone w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. poz. 1537, z późn. zm.), na skutek zmian dokonanych ustawą z dnia ... o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z ...), utracą moc z dniem ... 2025 r. Przedmiotowe zmiany doprowadziły m.in. do rozdzielenia delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia w powyższym zakresie odrębnie dla ww. resortów. Za zasadnością powyższego przemawiały zaobserwowane różnice organizacyjne w realizacji szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i jego finansowania, odmienności w charakterystyce działań poszczególnych służb oraz środowisk, w jakich wykorzystywane są umiejętności wynikowe po ukończeniu szkolenia. Sposób organizacji i prowadzenia szkolenia przez podmioty szkolące na potrzeby Sił Zbrojnych RP wymagają aktualizacji i wprowadzenia nowych rozwiązań, opracowanych w oparciu o wieloletnie doświadczenia w obszarze prowadzenia szkolenia, zmieniające się zagrożenia i potrzeby wojskowej służby zdrowia.

W stosunku do obowiązujących regulacji, projektowany akt wprowadzi zmiany polegające m.in. na:

- 1) wprowadzeniu zmian w zapisach dotyczących przeprowadzenia zajęć praktycznych i teoretycznych oraz egzaminów i wymogów dla kadry dydaktycznej polegających na poszerzeniu możliwości prowadzenia zajęć przez wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną, posiadającą co najmniej 5-letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza, lub pielęgniarki lub ratownika medycznego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, realizujący obowiązek kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego; zapisy te mają na celu wykorzystanie potencjału dydaktycznego lekarzy, pielęgniarek oraz ratowników medycznych realizujących zadania zawodowe w Siłach Zbrojnych RP – co usprawni proces szkolenia poprzez zwiększenie dostępności kadry uprawnionej do prowadzenia zajęć; jednocześnie zostały zachowane dotychczasowe zapisy umożliwiające prowadzenie zajęć przez lekarzy, pielęgniarki oraz ratowników medycznych pracujących w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (system PRM);
- 2) wprowadzeniu zapisów konkretyzujących ustawowy obowiązek aktualizacji wiedzy i umiejętności praktycznych oraz katalogu sposobów i form aktualizacji wiedzy przez ratowników (w projektowanym § 9), obejmujących:
 - a) udział w seminariach, warsztatach szkoleniowych organizowanych w macierzystej jednostce wojskowej lub przez jednostki, służby ratownicze, instytucje oraz organizacje działające w obszarze ratownictwa;
 - b) udział w ćwiczeniach i pokazach;
 - c) udział w zawodach, mistrzostwach lub innych formach współzawodnictwa w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy;
 - d) udział w formach szkolenia na odległość (e learning), opracowanych przez podmioty szkolące lub towarzystwa naukowe oraz instytucje działające na rzecz poprawy bezpieczeństwa w Rzeczypospolitej Polskiej;
 - e) samokształcenie przygotowujące do właściwej realizacji zadań na zajmowanym stanowisku służbowym oraz do wykonywanych zadań zawodowych.

W rozporządzeniu ujęto także regulacje dotyczące przeprowadzania egzaminu teoretycznego (przeprowadzanego w formie testu, ujętego w karcie testowej, składającego się z zestawu 30 zadań testowych, wybranych przez komisję egzaminacyjną, spośród zadań testowych opracowanych przez Centrum Egzaminów Medycznych, podanych do publicznej wiadomości na stronie internetowej Centrum Egzaminów Medycznych) a także przeprowadzania i oceniania egzaminu praktycznego, który obejmuje wykonanie przez osobę zdającą dwóch losowo wybranych zadań egzaminacyjnych.

Proponuje się, aby projektowane rozporządzenie weszło w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Postawą prawną do przetwarzania danych, o których mowa w projektowanym § 6 ust. 1 jest art. 6 ust. 1 lit. a rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) – przetwarzanie danych osobowych na podstawie zgody udzielonej przez osoby, których dane będą zawarte w protokole z egzaminu.

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248, z późn. zm.) projekt zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronach internetowych Rządowego Centrum Legislacji.

Rozporządzenie nie podlega notyfikacji zgodnie z procedurą określoną w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

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

Projektowana regulacja nie jest sprzeczna z prawem Unii Europejskiej.

Projektowane rozporządzenie nie ma wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej w sprawie szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy prowadzonego przez jednostki organizacyjne podległe Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowane Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące: Ministerstwo Obrony Narodowej Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu: Sekretarz Stanu w MON Pan Cezary TOMCZYK Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu: kpt. Anna ALEKSANDRZAK-HEIDUCKA, Referendarz, Zespół Pielęgniarstwa i Ratownictwa Medycznego, Departament Wojskowej Służby Zdrowia, tel. 261 842 710	Data sporządzenia: Źródło: art. 16j ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...) Nr w Wykazie prac MON ...:
---	---

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Na podstawie art. 16j ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia został obowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia:

- 1) kwalifikacji kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- 2) sposobu przeprowadzania oraz organizacji egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- 3) wzoru zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika;
- 4) form i sposobu aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Dotychczasowe rozwiązania określone w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. poz. 1537, z późn. zm.), na skutek zmian dokonanych ustawą z dnia ... o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z ...) utracą moc z dniem ... 2025 r. Przedmiotowe zmiany doprowadziły m.in. do rozdzielenia delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia w powyższym zakresie odrębnie dla ww. resortów. Za zasadnością powyższego przemawiały zaobserwowane różnice organizacyjne w realizacji szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i jego finansowania, odmienności w charakterystyce działań poszczególnych służb oraz środowisk, w jakich są wykorzystywane umiejętności wynikowe po ukończeniu kursu. Sposób organizacji i prowadzenia szkolenia przez podmioty szkolące na potrzeby Sił Zbrojnych RP wymagają aktualizacji i wprowadzenia nowych rozwiązań, opracowanych w oparciu o wieloletnie doświadczenia w obszarze prowadzenia szkolenia, zmieniające się zagrożenia i potrzeby wojskowej służby zdrowia.

W stosunku do obowiązujących regulacji, projektowany akt wprowadzi zmiany polegające m.in. na:

- 1) wprowadzeniu zmian w zapisach dotyczących przeprowadzenia zajęć praktycznych i teoretycznych oraz egzaminów i wymogów dla kadry dydaktycznej polegających na poszerzeniu możliwości prowadzenia zajęć przez wykwalifikowaną kadrę dydaktyczną, posiadającą co najmniej 5 letnie doświadczenie w wykonywaniu zawodu lekarza, lub pielęgniarki lub ratownika medycznego w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, realizujący obowiązek kształcenia podyplomowego i doskonalenia zawodowego; zapisy te mają na celu wykorzystanie potencjału dydaktycznego lekarzy, pielęgniarek oraz ratowników medycznych realizujących zadania zawodowe w Siłach Zbrojnych RP – co usprawni proces szkolenia poprzez zwiększenie dostępności kadry uprawnionej do prowadzenia zajęć; jednocześnie zostały zachowane dotychczasowe zapisy umożliwiające prowadzenie zajęć przez lekarzy, pielęgniarki oraz ratowników medycznych pracujących w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (system PRM);
- 2) zmianie sposobu pełnienia nadzoru nad prawidłowym przebiegiem procesu szkolenia – rezygnacji z dotychczasowych rozwiązań w zakresie koordynacji szkolenia przez osoby wyznaczone z podmiotów szkolących do pełnienia funkcji

koordynatora ratownictwa medycznego podmiotu szkolącego i przypisanie tego zadania kierownikowi podmiotu szkolącego; 3) wprowadzeniu zapisów konkretyzujących ustawowy obowiązek aktualizacji wiedzy i umiejętności praktycznych oraz katalogu sposobów i form aktualizacji wiedzy przez ratowników (w projektowanym § 9), obejmujących: a) udział w seminariach, warsztatach szkoleniowych organizowanych w macierzystej jednostce wojskowej lub przez jednostki, służby ratownicze, instytucje oraz organizacje działające w obszarze ratownictwa, b) udział w ćwiczeniach i pokazach, c) udział w zawodach, mistrzostwach lub innych formach współzawodnictwa w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, d) udział w formach szkolenia na odległość (e learning), opracowanych przez podmioty szkolące lub towarzystwa naukowe oraz instytucje działające na rzecz poprawy bezpieczeństwa w Polsce, e) samokształcenie przygotowujące do właściwej realizacji zadań na zajmowanym stanowisku służbowym oraz do wykonywanych zadań zawodowych.
--

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

W projekcie rozporządzenia przewiduje się zaktualizowanie zapisów dotyczących organizacji i prowadzenia szkolenia, w tym przeprowadzenia zajęć praktycznych i teoretycznych oraz egzaminów, sposobu pełnienia nadzoru nad prawidłowym przebiegiem procesu szkolenia i przypisanie tej kompetencji kierownikom podmiotów szkolących w miejsce osób wyznaczonych z podmiotów szkolących do pełnienia funkcji koordynatora ratownictwa medycznego podmiotu szkolącego oraz form i sposobów aktualizacji wiedzy przez ratowników.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
żołnierze zawodowi, żołnierze pełniący terytorialną służbę wojskową, żołnierze rezerwy, pracownicy resortu obrony narodowej, podchorążowie uczelni wojskowych	- łącznie ok. 10.000 osób, - średnio ok. 800 rocznie, w tym ok. 500 kończy szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, a ok. 300 przystępuje do egzaminu recertyfikującego uprawnienia	Dane MON	uczestniczenie w szkoleniu, które będzie organizowane w oparciu o przepisy niniejszego rozporządzenia
jednostki organizacyjne podległe Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych, które będą prowadzić szkolenie	- uzależniona od potrzeb Sił Zbrojnych RP - od 3 do 10 (w tym centra szkolące, wojskowe uczelnie wyższe, podmioty lecznicze lub instytuty badawcze)	Dane MON	prowadzenie szkolenia KPP MON oraz przeprowadzanie egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia, w oparciu o zasady określone w ustawie oraz niniejszym rozporządzeniu
osoby prowadzące szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy	- uzależniona od potrzeb Sił Zbrojnych – od 30 do 100 osób	Dane MON	konieczność spełniania wymagań określonych w rozporządzeniu
osoby przeprowadzające egzamin z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy	- od 9 do 30 osób	Dane MON	przeprowadzanie egzaminu w sposób określony w rozporządzeniu

ratownicy pełniący służbę albo wykonujący zadania zawodowe w jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych	- ok 3000 żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej	Dane MON	możliwość aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w formach określonych w rozporządzeniu
---	--	----------	---

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt rozporządzenia stosowne do wymogów art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248, z późn. zm.), zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Obrony Narodowej oraz, zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2024 r. poz. 806) – zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.
Wyniki konsultacji zostaną omówione po ich zakończeniu.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

(ceny stałe z r.)	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0-10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												

Źródła finansowania	Koszty wejścia w życie projektowanego aktu prawnego będą finansowane z części 29 budżetu państwa, będącej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej, w ramach limitu wydatków obronnych wyliczonych zgodnie z regułą zawartą w art. 40 ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. z 2024 r. poz. 248, z późn. zm.) bez konieczności dodatkowego ich zwiększenia ponad ustawowo przyjęty wskaźnik.
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Przedmiotowa regulacja nie spowoduje zwiększenia wydatków lub zmniejszenia dochodów jednostek sektora finansów publicznych, w tym budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego, w stosunku do wielkości wynikających z obecnie obowiązującego aktu prawnego.

7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe

Skutki								
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0			3	5	10	Łącznie (0-10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							

W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Projektowane regulacje, których celem jest uzyskanie wiedzy i umiejętności w zakresie udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy przez żołnierzy zawodowych, żołnierzy pełniących terytorialną służbę wojskową, pracowników resortu obrony narodowej, studentów (podchorążych) uczelni wojskowych, pełniących czynną służbę wojskową w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej - będą miały pozytywny wpływ na bezpieczeństwo obywateli.
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
	osoby starsze oraz osoby niepełnosprawne	
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Regulacje prawne zaproponowane w projekcie nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.	
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☒ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:		☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.		☐ tak ☐ nie ☒ nie dotyczy
9. Wpływ na rynek pracy		
Projekt nie będzie miał wpływu na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Projektowane rozwiązania przełożą się bezpośrednio na zwiększenie bezpieczeństwa obywateli przez zwiększanie liczby pracowników i żołnierzy posiadających wiedzę i umiejętności z zakresu udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Proponuje się, aby przepisy rozporządzenia weszły w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Natomiast podmioty szkolące z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy mogą realizować szkolenie na dotychczasowych zasadach do końca roku kalendarzowego obecnego planu szkolenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Nie przewiduje się ewaluacji efektów wprowadzonych regulacji.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak.		

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA ¹⁾

z dnia

w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Na podstawie art. 21 ust. 17 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy zakres danych objętych wojewódzkim planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanym dalej „planem”;
- 2) ramowy wzór planu;
- 3) zakres danych podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej.

§ 2. Plan zawiera:

- 1) informacje o jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwanej dalej „ustawą”, centrach urazowych, centrach urazowych dla dzieci oraz jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w zakresie:
 - a) liczby, rodzaju, dysponentów, miejsc stacjonowania i adresów miejsc stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych rejonach operacyjnych, z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu,
 - b) liczby, rodzaju, dysponentów, adresów miejsca stacjonowania dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego, z określeniem maksymalnego czasu uruchomienia zespołu,
 - c) liczby i miejsc stacjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, z określeniem czasu ich działania,
 - d) liczby i rozmieszczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych, z określeniem zabezpieczanego obszaru,
 - e) liczby i rozmieszczenia centrów urazowych,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

- f) liczby i rozmieszczenia centrów urazowych dla dzieci,
 - g) liczby i rozmieszczenia jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, z określeniem specjalności tych jednostek oraz liczby łóżek;
- 2) informacje o planowanych na kolejne lata nowych, przenoszonych lub likwidowanych jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy, zwanych dalej „jednostkami systemu”, centrach urazowych oraz centrach urazowych dla dzieci na obszarze województwa, w zakresie:
- a) planowanej daty uruchomienia, likwidacji lub przeniesienia, liczby, rodzaju, miejsc stacjonowania w poszczególnych rejonach operacyjnych zespołów ratownictwa medycznego, z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu,
 - b) planowanej daty uruchomienia lub likwidacji, liczby i rozmieszczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych, z określeniem obszaru zabezpieczanego przez każdy szpitalny oddział ratunkowy,
 - c) planowanej daty uruchomienia lub likwidacji, liczby i rozmieszczenia centrów urazowych i centrów urazowych dla dzieci;
- 3) informacje dotyczące funkcjonowania jednostek systemu, o liczbie pacjentów izby przyjęć szpitala, pacjentów urazowych, pacjentów urazowych dziecięcych, a także osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu, w zakresie:
- a) liczby wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni, w przeliczeniu na jeden zespół, obszar działania, rejon operacyjny i województwo oraz czasu dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia (liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do powrotu zespołu ratownictwa medycznego do gotowości operacyjnej), w przeliczeniu na jeden zespół, obszar działania, rejon operacyjny i województwo, obejmujące:
 - liczbę wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego,
 - medianę czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
 - maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
 - średni i maksymalny czas trwania akcji medycznej,
 - liczbę wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
 - b) liczby pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego, za rok poprzedni,
 - c) liczby pacjentów izby przyjęć szpitala, za rok poprzedni,

- d) liczby pacjentów urazowych oraz liczby pacjentów urazowych dziecięcych, za rok poprzedni,
liczby osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu, za rok poprzedni;
- 4) opis i organizację struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, w zakresie:
 - a) adresu dyspozytorni medycznej, rejonu działania, liczby rezerwowych stanowisk dyspozytorów medycznych, liczby i rodzaju obsługiwanych zespołów ratownictwa medycznego, liczby, rodzaju i godzin pracy stanowisk dyspozytorów medycznych,
 - b) liczby i kwalifikacji zawodowych dyspozytorów medycznych,
 - c) liczby i godzin pracy stanowisk dyspozytorów medycznych,
 - d) liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń przyjmowanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych,
 - e) sposobu organizacji i działania systemów łączności radiowej, ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń,
 - f) sposobu prowadzenia korespondencji radiowej, z wykorzystaniem przydzielonych numerów identyfikacyjnych zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorni medycznych w ramach zapewnienia sprawnej komunikacji między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, izbami przyjęć szpitali, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci, jednostkami organizacyjnymi szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 15 ustawy,
 - g) sposobu współpracy dyspozytorni medycznych, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz organizacji i procedur koordynacji działań jednostek systemu, ze wskazaniem kompetencji i trybu podejmowanych działań, z uwzględnieniem zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób w przypadkach, o których mowa w art. 30 ustawy,
 - h) sposobu powiadamiania o zdarzeniach właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej przez dyspozytorów medycznych,
 - i) sposobu funkcjonowania zastępowalności dyspozytorni medycznych,

- j) sposobu funkcjonowania systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w przypadku awarii;
- 5) opis sposobu współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, w tym jeżeli dotyczy opisu współpracy zawartego w umowach międzynarodowych, dotyczącego współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego, w zakresie:
 - a) procedur współpracy,
 - b) kompetencji i trybu podejmowania działań,
 - c) obiegu i wymianie informacji;
 - 6) informację o liczbie, rodzaju i rozmieszczeniu jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne;
 - 7) opis sposobu współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne na obszarze województwa, w zakresie:
 - a) procedur współpracy, obejmujących opis obiegu i wymiany informacji w przypadku zdarzeń pojedynczych i zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób,
 - b) procedur powiadamiania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych w przypadku zdarzeń pojedynczych i zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób oraz kompetencji i trybu podejmowanych działań,
 - c) terminów wspólnych ćwiczeń przeprowadzonych w roku poprzednim oraz planowanych do przeprowadzenia i analizy działań ratowniczych na podstawie przeprowadzonych ćwiczeń.

§ 3. Ramowy wzór planu jest określony w załączniku do rozporządzenia.

§ 4. Dane dotyczące elementów planu, o których mowa w § 2 pkt 6 są gromadzone i przetwarzane w rejestrze, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy.

§ 5. Dane dotyczące elementów planu, o których mowa w § 2 pkt 1 lit. d–g oraz pkt 2 lit. b i c, są gromadzone i przetwarzane w ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1 ustawy.

§ 6. Dane, o których mowa w § 2 pkt 1–3, pkt 4 lit. b–f i pkt 6 podlegają upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej.

§ 7. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 1060).

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

MINISTER ZDROWIA

*RAMOWY WZÓR PLANU DZIAŁANIA SYSTEMU
PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE*

Plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa



Tekst jednolity

Miejscowość, dzień, miesiąc, rok

CZĘŚĆ I.....	1
Skróty zastosowane w dokumencie.....	1
Wprowadzenie i założenia Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne - <i>informacje dotyczące podstawy prawnej tworzenia „Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne”, opis kompetencji organów administracji publicznej dotyczących planowania i nadzoru nad systemem, opis procesu aktualizacji i akceptacji aktualizacji przez Ministra Zdrowia.</i>	1
ROZDZIAŁ I	2
ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO – LICZBA, RODZAJE, REJONY OPERACYJNE, OBSZARY DZIAŁANIA, DYSPONENCI, WYJAZDY ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO.....	2
1.1 Charakterystyka ogólna.	2
1.2 Liczba, rodzaj, dysponenci, miejsca stacjonowania i adresy miejsc stacjonowania.....	2
zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych rejonach operacyjnych, z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu.....	2
1.3 Charakterystyka ogólna, liczba, rodzaj, adresy miejsc stacjonowania, maksymalny czas uruchomienia i dysponenci dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego.	2
1.4 Liczba wyjazdów i czas dotarcia na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni.	2
ROZDZIAŁ II.....	2
LOTNICZE ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO.....	2
2.1 Charakterystyka ogólna.	2
2.2 Liczba, miejsca stacjonowania i czas dyżuru lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.....	2
ROZDZIAŁ III.....	2
SZPITALNE ODDZIAŁY RATUNKOWE.....	2

3.1 Charakterystyka ogólna.	2
3.2 Informacja o ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa.....	2
ROZDZIAŁ IV.....	2
CENTRUM URAZOWE.....	2
4.1 Charakterystyka ogólna.	3
4.2 Informacja o ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa.....	3
ROZDZIAŁ V.....	3
CENTRUM URAZOWE DLA DZIECI	3
5.1 Charakterystyka ogólna.	3
5.2 Informacja o ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa.....	3
ROZDZIAŁ VI.....	3
JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE SZPITALI WYSPECJALIZOWANE W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NIEZBĘDNYCH DLA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO.....	3
6.1 Charakterystyka ogólna.	3
6.2 Informacja o ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa.....	3
ROZDZIAŁ VII	3

HOSPITALIZACJE OSÓB W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO	3
7.1 Liczba pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym na obszarze województwa za rok poprzedni.....	3
7.2 Liczba pacjentów izb przyjęć szpitali na obszarze województwa za rok poprzedni.....	4
7.3 Liczba pacjentów centrum urazowego na obszarze województwa za rok poprzedni. ..	4
7.4 Liczba pacjentów centrum urazowego dla dzieci na obszarze województwa za rok poprzedni.....	4
ROZDZIAŁ VIII.....	4
SPOSÓB KOORDYNOWANIA DZIAŁAŃ JEDNOSTEK SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE.....	4
8.1 Sposób koordynacji działań jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.	4
8.2 Ogólne informacje o przyjmowaniu i obsłudze zgłoszeń o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.	4
8.3 Struktura i organizacja łączności radiowej ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń.....	4
ROZDZIAŁ IX.....	4
INFORMACJA NA TEMAT PERSONELU ZATRUDNIONEGO W JEDNOSTKACH SYSTEMU	4
9.1 Liczba osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.)..	4
ROZDZIAŁ X.....	5
10.1 Charakterystyka ogólna jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.....	5
10.2 Informacja o Rejestrze Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.....	5
ROZDZIAŁ XI.....	5

PLANOWANE NOWE JEDNOSTKI SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE.....	5
11.1 Informacje o planowanych na kolejne lata, nowych, przenoszonych lub likwidowanych zespołach ratownictwa medycznego w tym ich liczba, rodzaj, rozmieszczenie i planowany czas uruchomienia.....	5
11.2 Informacje o planowanych na kolejne lata, nowych, przenoszonych lub likwidowanych szpitalnych oddziałach ratunkowych i planowany czas uruchomienia.....	5
11.3 Informacje o planowanych na kolejne lata, nowych, przenoszonych lub likwidowanych centrach urazowych lub centrach urazowych dla dzieci na obszarze województwa, i planowany czas ich uruchomienia.....	5
CZĘŚĆ II POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE	7
ROZDZIAŁ XII	7
SPIS AKTUALIZACJI WOJEWÓDZKIEGO PLANU DZIAŁANIA SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE DLA WOJEWÓDZTWA	7
12. 1 Arkusz zmian i aktualizacji „Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa ...”	7
ROZDZIAŁ XIII.....	7
ORGANIZACJA SYSTEMU POWIADAMIANIA RATUNKOWEGO ORAZ SYSTEMU POWIADAMIANIA O STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO	7
13.1 Organizacja systemu powiadamiania ratunkowego.	7
13.2 Organizacja systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.	
13.2.1 Zasady i procedury przyjmowania wezwań oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.....	7
13.3 Adres dyspozytorni medycznej, rejon działania, liczba i rodzaj obsługiwanych zespołów ratownictwa medycznego, liczba, rodzaj i godziny pracy stanowisk dyspozytorów medycznych.....	7
13.4 Struktura i organizacja systemów teleinformatycznych oraz rodzajów łączności radiowej wykorzystywanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych.....	7

13.5 Zasady i organizacja komunikacji z wykorzystaniem łączności radiotelefonicznej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, w tym komunikacja między dyspozytorniami medycznymi w przypadku awarii SWD PRM, zastępowalności dyspozytorni medycznych, konieczności zadysponowania ZRM z rejonu operacyjnego innej dyspozytorni medycznej oraz między wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego z innego województwa.7

13.6 Organizacja i procedury koordynacji działań jednostek systemu, ze wskazaniem kompetencji i trybu podejmowanych działań, w szczególności w zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych.....8

ROZDZIAŁ XIV.....8

WSPÓŁPRACA JEDNOSTEK SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE Z ORGANAMI ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ ORAZ JEDNOSTKAMI WSPÓŁPRACUJĄCYMI Z SYSTEMEM.....8

14.1 Sposób współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw.....8

14.1.1 Kompetencje i tryb podejmowania działań, obieg i wymiana informacji oraz procedury współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw.8

14.2 Współpraca jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.8

14.2.1 Kompetencje i tryb podejmowania działań, obieg i wymiana informacji oraz procedury współpracy jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.8

14.2.2 Komunikacja między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, a jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.8

14.3 Organizacja wspólnych ćwiczeń jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz analiza działań

ratowniczych, procedur powiadamiania, dysponowania i koordynowania działań
ratowniczych, z uwzględnieniem w zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych.8

CZĘŚĆ I

Skróty zastosowane w dokumencie.

Wprowadzenie i założenia Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne - *informacje dotyczące podstawy prawnej tworzenia „Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne”, opis kompetencji organów administracji publicznej dotyczących planowania i nadzoru nad systemem, opis procesu aktualizacji i akceptacji aktualizacji przez Ministra Zdrowia.*

ROZDZIAŁ I

ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO – LICZBA, RODZAJE, REJONY OPERACYJNE, OBSZARY DZIAŁANIA, DYSPONENCI, WYJAZDY ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

1.1 Charakterystyka ogólna.

1.2 Liczba, rodzaj, dysponenci, i adresy miejsc stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego w poszczególnych rejonach operacyjnych, z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu.

1.3 Charakterystyka ogólna, liczba, rodzaj, adresy miejsc stacjonowania, maksymalny czas uruchomienia i dysponenci dodatkowych zespołów ratownictwa medycznego.

1.4 Liczba wyjazdów i czas dotarcia na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego za rok poprzedni.

ROZDZIAŁ II

LOTNICZE ZESPOŁY RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

2.1 Charakterystyka ogólna.

2.2 Liczba i adresy miejsc stacjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, z określeniem czasu dyżuru dla każdego zespołu.

ROZDZIAŁ III

SZPITALNE ODDZIAŁY RATUNKOWE

3.1 Charakterystyka ogólna.

3.2 Informacja o ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa.

ROZDZIAŁ IV

CENTRUM URAZOWE

4.1 Charakterystyka ogólna.

4.2 Informacja o ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa.

ROZDZIAŁ V

CENTRUM URAZOWE DLA DZIECI

5.1 Charakterystyka ogólna.

5.2 Informacja o ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa.

ROZDZIAŁ VI

JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE SZPITALI WYSPECJALIZOWANE W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NIEZBĘDNYCH DLA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

6.1 Charakterystyka ogólna.

6.2 Informacja o ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa.

ROZDZIAŁ VII

HOSPITALIZACJE OSÓB W STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO

7.1 Liczba pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym na obszarze województwa za rok poprzedni.

7.2 Liczba pacjentów izb przyjęć szpitali na obszarze województwa za rok poprzedni.

7.3 Liczba pacjentów centrum urazowego na obszarze województwa za rok poprzedni.

7.4 Liczba pacjentów centrum urazowego dla dzieci na obszarze województwa za rok poprzedni.

ROZDZIAŁ VIII

SPOSÓB KOORDYNOWANIA DZIAŁAŃ JEDNOSTEK SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE

8.1 Sposób koordynacji działań jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

8.1.1 Sposób koordynacji działań jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w tym opis współpracy zawarty w umowach międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego – jeżeli dotyczy.

8.2 Ogólne informacje o przyjmowaniu i obsłudze zgłoszeń o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

8.3 Liczba połączeń i czas obsługi zgłoszeń w dyspozytorni medycznej za rok poprzedni.

8.4 Struktura i organizacja łączności radiowej ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń.

8.4.1 Zasady i organizacja komunikacji radiowej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne.

ROZDZIAŁ IX

INFORMACJA NA TEMAT PERSONELU ZATRUDNIONEGO W JEDNOSTKACH SYSTEMU

9.1 Liczba osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu.

ROZDZIAŁ X

JEDNOSTKI WSPÓŁPRACUJĄCE Z SYSTEMEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE

10.1 Charakterystyka ogólna jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

10.2 Informacja o Rejestrze Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

ROZDZIAŁ XI

PLANOWANE NOWE JEDNOSTKI SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE

11.1 Informacje o planowanych na kolejne lata nowych, przenoszonych lub likwidowanych zespołach ratownictwa medycznego w tym ich liczba, rodzaj, rozmieszczenie i planowany czas uruchomienia.

11.2 Informacje o planowanych na kolejne lata, nowych, przenoszonych lub likwidowanych szpitalnych oddziałach ratunkowych i planowany czas uruchomienia.

11.3 Informacje o planowanych na kolejne lata, nowych, przenoszonych lub likwidowanych centrach urazowych lub centrach urazowych dla dzieci na obszarze województwa, i planowany czas ich uruchomienia.

Wykaz załączników do Części I planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Tabela nr 1 – Rejony operacyjne i miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela nr 2 – Zespoły ratownictwa medycznego włączone do systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne..

Tabela nr 3 – Dodatkowe zespoły ratownictwa medycznego.

Tabela nr 4 – Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela nr 5 – Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela nr 6 – Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na powiat.

Tabela nr 7 – Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na powiat.

Tabela nr 8 – Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na województwo.

Tabela nr 9 – Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

Tabela nr 10 – Liczba przyjęć pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym.

Tabela nr 11 –Liczba przyjęć pacjentów w izbie przyjęć szpitala.

Tabela nr 12 – Liczba pacjentów centrum urazowego.

Tabela nr 13 – Liczba pacjentów centrum urazowego dla dzieci.

Tabela nr 14 – Stanowiska dyspozytorów medycznych.

Tabela nr 15 – Liczba połączeń i czas obsługi zgłoszeń w dyspozytorni medycznej.

Tabela nr 16 – Liczba osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

CZĘŚĆ II POSTANOWIENIA SZCZEGÓŁOWE

ROZDZIAŁ XII

SPIS AKTUALIZACJI WOJEWÓDZKIEGO PLANU DZIAŁANIA SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE DLA WOJEWÓDZTWA ...

12. 1 Arkusz zmian i aktualizacji „Wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa ...”

Nr. Aktualizacji	Zakres zmian	Data akceptacji Ministra Zdrowia
1		
2		

ROZDZIAŁ XIII

ORGANIZACJA SYSTEMU POWIADAMIANIA RATUNKOWEGO ORAZ SYSTEMU POWIADAMIANIA O STANACH NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO

13.1 Organizacja systemu powiadamiania ratunkowego.

13.2 Organizacja systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

13.2.1 Zasady i procedury przyjmowania wezwań oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.

13.3 Adres dyspozytorni medycznej, rejon działania, liczba i rodzaj obsługiwanych zespołów ratownictwa medycznego, liczba, rodzaj i godziny pracy stanowisk dyspozytorów medycznych.

13.4 Struktura i organizacja systemów teleinformatycznych oraz rodzajów łączności radiowej wykorzystywanych na stanowiskach dyspozytorów medycznych.

13.5 Zasady i organizacja komunikacji z wykorzystaniem łączności radiotelefonicznej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, w tym komunikacja między dyspozytorniami medycznymi w przypadku awarii SWD PRM, zastępowalności dyspozytorni medycznych, konieczności zadysponowania ZRM z rejonu operacyjnego innej dyspozytorni medycznej oraz między wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego z innego województwa.

13.6 Organizacja i procedury koordynacji działań jednostek systemu, ze wskazaniem kompetencji i trybu podejmowanych działań, w szczególności w zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych.

ROZDZIAŁ XIV

WSPÓŁPRACA JEDNOSTEK SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE Z ORGANAMI ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ ORAZ JEDNOSTKAMI WSPÓŁPRACUJĄCYMI Z SYSTEMEM

14.1 Sposób współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw.

14.1.1 Kompetencje i tryb podejmowania działań, obieg i wymiana informacji oraz procedury współpracy wojewody i dysponentów jednostek systemu z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw.

14.2 Współpraca jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

14.2.1 Kompetencje i tryb podejmowania działań, obieg i wymiana informacji oraz procedury współpracy jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

14.2.2 Komunikacja między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, a jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

14.3 Organizacja wspólnych ćwiczeń dyspozytorni medycznych i jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne z jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz analiza działań ratowniczych, procedur powiadamiania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych, z uwzględnieniem zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych.

Wykaz załączników do Części II wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Tabela nr 14 – Liczba i rodzaje stanowisk dyspozytorów medycznych.

Tabela nr 15 – Lokalizacja, liczba i obszary dysponowania stanowisk dyspozytorów medycznych.

Tabela nr 16 – Stanowiska dyspozytorów medycznych i numery DDI.

Tabela nr 17 – Zastępowalność dyspozytorni medycznych.

.

ZAŁĄCZNIKI DO PLANU

1) ZAŁĄCZNIKI PODLEGAJĄCE UPUBLICZNIENIU

TABELA nr 1 – Rejony operacyjne i miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego -obowiązuje od ...

Tabela stanowi podstawę do zawarcia umów, o których mowa w art. 22 ust. 1 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Województwo	Numer rejonu operacyjnego ¹⁾	Nazwa i opis rejonu operacyjnego ²⁾	Kod dyspozytorni medycznej ³⁾ i nazwa miejscowości, w której zlokalizowana jest dyspozytornia medyczna	Obszar działania zespołu ratownictwa medycznego ⁴⁾	Kod zespołu ratownictwa medycznego ⁵⁾	Nazwa zespołu ratownictwa medycznego ⁶⁾	Rodzaj zespołu ratownictwa medycznego	Kod TERYT miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego ⁷⁾	Miejsce stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego ⁸⁾	Liczba dni w roku pozostawania w gotowości zespołu ratownictwa medycznego	Liczba godzin na dobę pozostawania w gotowości zespołu ratownictwa medycznego	Dni tygodnia pozostawania w gotowości zespołu ratownictwa medycznego ⁹⁾	Okres w roku pozostawania w gotowości zespołu ratownictwa od: medycznego	Okres w roku pozostawania w gotowości zespołu ratownictwa do:

¹⁾ Jest identyfikowany przez numer województwa – 2 cyfry kodu TERYT/numer kolejny rejonu na obszarze województwa – 2 cyfry.

²⁾ W opisie rejonu operacyjnego stosuje się 7-znakowy kod TERYT w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”, kolejne pozycje rejonu operacyjnego oddziela się średnikiem i spacją.

³⁾ Kody nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

⁴⁾ Stosuje się 7-znakowy kod TERYT w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”, kolejne pozycje obszaru działania oddziela się średnikiem i spacją.

⁵⁾ Jest identyfikowany dziesięcioznakowym numerem zespołu ratownictwa medycznego, składającym się z 7-znakowego kodu TERYT w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego oraz cyfry identyfikującej rodzaju zespołu (kody: 2 – podstawowy dwuosobowy, 3 – wodny podstawowy dwuosobowy, 4 – specjalistyczny, 5 – wodny specjalistyczny, 6 – podstawowy trzyosobowy, 7 – wodny podstawowy trzyosobowy, 8 – motocyklowa jednostka ratownicza) i dwóch cyfr numeru kolejnego dla danego rodzaju zespołu w miejscu stacjonowania; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”.

⁶⁾ Nazwy nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

⁷⁾ Stosuje się 7-znakowy kod TERYT miejscowości lub dzielnicy w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego, w której stacjonuje zespół ratownictwa medycznego; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”; nie podaje się danych adresowych miejsca stacjonowania.

⁸⁾ Wskazuje się nazwę miejscowości lub dzielnicy, w której stacjonuje zespół ratownictwa medycznego; nie podaje się danych adresowych miejsca stacjonowania.

⁹⁾ Wymienia się dni tygodnia, a w przypadku, gdy zespół ratownictwa medycznego nie pozostaje w całodobowej gotowości, wskazuje się godziny pozostawania w gotowości.

TABELA nr 2 – Zespoły ratownictwa medycznego włączone do systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – stan na dzień ...

Województwo	Numer rejonu operacyjnego ¹⁾	Nazwa i opis rejonu operacyjnego ²⁾	Kod dyspozytorni medycznej ³⁾ i nazwa miejscowości, w której zlokalizowana jest dyspozytornia medyczna	Kod zespołu ratownictwa medycznego ⁴⁾	Nazwa zespołu ratownictwa medycznego ⁵⁾	Rodzaj zespołu ratownictwa medycznego	Kod TERYT miejsca stacjonowania ⁶⁾	Powiat miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego	Gmina miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego	Adres miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego	Nazwa dysponenta jednostki	Adres dysponenta jednostki	Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego dysponenta jednostki ⁷⁾	Numer REGON zakładu leczniczego (14-znakowy)	VII część Kodu resortowego jednostki systemu ⁸⁾	IV część resortowego kodu identyfikacyjnego określającego formę organizacyjno-prawną podmiotu wykonującego

¹⁾ Jest identyfikowany przez numer województwa – 2 cyfry kodu TERYT/numer kolejny rejonu na obszarze województwa – 2 cyfry.

²⁾ W opisie rejonu operacyjnego stosuje się 7-znakowy kod TERYT w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”, kolejne pozycje rejonu operacyjnego oddziela się średnikiem i spacją.

³⁾ Kody nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

⁴⁾ Jest identyfikowany dziesięcioznakowym numerem zespołu ratownictwa medycznego, składającym się z 7-znakowego kodu TERYT w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego oraz cyfry identyfikującej rodzaju zespołu (kody: 2 – podstawowy dwuosobowy, 3 – wodny podstawowy dwuosobowy, 4 – specjalistyczny, 5 – wodny specjalistyczny, 6 – podstawowy trzyosobowy, 7 – wodny podstawowy trzyosobowy, 8 – motocyklowa jednostka ratownicza) i dwóch cyfr numeru kolejnego dla danego rodzaju zespołu w miejscu stacjonowania; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”.

⁵⁾ Nazwy nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

⁶⁾ Stosuje się 7-znakowy kod TERYT miejscowości lub dzielnic w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego, w której stacjonuje zespół ratownictwa medycznego; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”; nie podaje się danych adresowych miejsca stacjonowania.

⁷⁾ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. poz. 605 oraz z 2023 r. poz. 2062).

⁸⁾ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173).

⁹⁾ Zgodnie z § 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania .

TABELA nr 3 – Dodatkowe zespoły ratownictwa medycznego – stan na dzień ...

Województwo	Rodzaj ZRM	Nazwa dodatkowego zespołu ratownictwa medycznego ¹⁾	Dysponent jednostki (nazwa i adres)	Adres dysponenta jednostki	Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego dysponenta jednostki	Maksymalny czas uruchomienia (w minutach)

¹⁾ Nazwy nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia..

TABELA nr 4 – Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego w roku

		Województwo.
		Numer rejonu operacyjnego ¹⁾
		Obszar działania zespołu ratownictwa medycznego ²⁾
		Kod zespołu ratownictwa medycznego ³⁾
		Nazwa zespołu ratownictwa medycznego ⁴⁾
		Rodzaj zespołu ratownictwa medycznego
		Kod TERYT miejsca stacjonowania ⁵⁾
		Powiat miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego
		Gmina miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego
		Adres miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego
		Nazwa dysponenta jednostki
		Wyjazdy do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego (0-18 lat)
		Wyjazdy do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego (> 18 lat)
		Wyjazdy do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego Razem
		Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego (0-18 lat)
		Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego (> 18 lat)
		Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego Razem
		Wyjazdy razem
		Zgony przed podjęciem albo w trakcie wykonywania medycznych czynności ratunkowych (0-18 lat)
		Zgony przed podjęciem albo w trakcie wykonywania medycznych czynności ratunkowych (>18)
		Zgony przed podjęciem albo w trakcie wykonywania medycznych czynności ratunkowych Razem
		Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego zakończonych przewiezieniem pacjenta do szpitala(0-18 lat)
		Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego zakończonych przewiezieniem pacjenta do szpitala(>18)
		Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego zakończonych przewiezieniem pacjenta do szpitala - Razem
		Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego realizowanych w kodzie pierwszym
		Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego realizowanych w kodzie drugim

¹⁾ Jest identyfikowany przez numer województwa – 2 cyfry kodu TERYT/numer kolejny rejonu na obszarze województwa – 2 cyfry.

2) Stosuje się 7-znakowy kod TERYT w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”, kolejne pozycje obszaru działania oddziela się średnikiem i spacją.

3) Jest identyfikowany dziesięcioznakowym numerem zespołu ratownictwa medycznego, składającym się z 7-znakowego kodu TERYT w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego oraz cyfry identyfikującej rodzaju zespołu (kody: 2 – podstawowy dwuosobowy, 3 – wodny podstawowy dwuosobowy, 4 – specjalistyczny, 5 – wodny specjalistyczny, 6 – podstawowy trzyosobowy, 7 – wodny podstawowy trzyosobowy, 8 – motocyklowa jednostka ratownicza) i dwóch cyfr numeru kolejnego dla danego rodzaju zespołu w miejscu stacjonowania; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”.

⁴⁾ Nazwy nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

⁵⁾ Stosuje się 7-znakowy kod TERYT miejscowości lub dzielnicy w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego, w której stacjonuje zespół ratownictwa medycznego; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”; nie podaje się danych adresowych miejsca stacjonowania.

TABELA nr 5 – Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego w roku ...

Województwo	Numer rejonu operacyjnego ⁽¹⁾	Kod zespołu ratownictwa medycznego ⁽²⁾	Nazwa zespołu ratownictwa medycznego ⁽³⁾	Rodzaj zespołu ratownictwa medycznego	Kod TERYT miejsca stacjonowania ⁽⁴⁾	Powiat miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego	Gmina miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego	Adres miejsca stacjonowania zespołu ratownictwa medycznego	Nazwa dysponenta jednostki	Kryterium gęstości zaludnienia	Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia [gg:mm:ss]	Maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia [gg:mm:ss]	Liczba wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia	Średni czas interwencji zespołu ratownictwa medycznego od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do powrotu do gotowości operacyjnej [gg:mm:ss]	Maksymalny czas interwencji zespołu ratownictwa medycznego od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do powrotu do gotowości operacyjnej [gg:mm:ss]	Średni czas od chwili przyjęcia wezwania przez zespół ratownictwa medycznego do wyjazdu do zdarzenia [mm:ss]
										Miasta powyżej 10 tys. mieszkańców						
										Poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców						

¹⁾ Jest identyfikowany przez numer województwa – 2 cyfry kodu TERYT/numer kolejny rejonu na obszarze województwa – 2 cyfry.

²⁾ Jest identyfikowany dziesięcioznakowym numerem zespołu ratownictwa medycznego, składającym się z 7-znakowego kodu TERYT w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego oraz cyfry identyfikującej rodzaju zespołu (kody: 2 – podstawowy dwuosobowy, 3 – wodny podstawowy dwuosobowy, 4 – specjalistyczny, 5 – wodny specjalistyczny, 6 – podstawowy trzyosobowy, 7 – wodny podstawowy trzyosobowy, 8 – motocyklowa jednostka ratownicza) i dwóch cyfr numeru kolejnego dla danego rodzaju zespołu w miejscu stacjonowania; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”.

³⁾ Nazwy nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

⁴⁾ Stosuje się 7-znakowy kod TERYT miejscowości lub dzielnicy w zakresie systemu identyfikatorów i nazw jednostek podziału administracyjnego, w której stacjonuje zespół ratownictwa medycznego; nie używa się kodów zakończonych cyfrą „3”; nie podaje się danych adresowych miejsca stacjonowania.

TABELA nr 6 – Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na powiat w roku ...

Województwo	Numer rejonu operacyjnego ⁽¹⁾	Powiat	Kryterium gęstości zaludnienia	Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia [gg:mm:ss]	Maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia [gg:mm:ss]	Liczba wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia	Średni czas interwencji zespołu ratownictwa medycznego od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do powrotu do gotowości operacyjnej [gg:mm:ss]	Maksymalny czas interwencji zespołu ratownictwa medycznego od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do powrotu do gotowości operacyjnej [gg:mm:ss]	Średni czas od chwili przyjęcia wezwania przez zespół ratownictwa medycznego do wyjazdu do zdarzenia [mm:ss]
			Miasta powyżej 10 tys. mieszkańców						
			Poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców						

¹⁾ Jest identyfikowany przez numer województwa – 2 cyfry kodu TERYT/numer kolejny rejonu na obszarze województwa – 2 cyfry.

TABELA nr 7 – Czesy dotarcia zespołóv ratownictwa medycznego w przeliczeniu na województwo w roku ...

Województwo	Kryterium gęstości zaludnienia	Mediana czasu dotarcia na miejsce zdarzenia [gg:mm:ss]	Maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia [gg:mm:ss]	Liczba wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia	Średni czas interwencji zespołu ratownictwa medycznego od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do powrotu do gotowości operacyjnej [gg:mm:ss]	Maksymalny czas interwencji zespołu ratownictwa medycznego od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do powrotu do gotowości operacyjnej [gg:mm:ss]	Średni czas od chwili przyjęcia wezwania przez zespół ratownictwa medycznego do wyjazdu do zdarzenia [mm:ss]
	Miasta powyżej 10 tys. mieszkańców						
	Poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców						

TABELA nr 8 – Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

Województwa	Nazwa, adres, miejsca stacjonowania lotniczego zespołu ratownictwa medycznego	Całodobowy telefon dyżurny	Czas dyżuru

TABELA nr 9 – Liczba przyjęć pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym w roku ...

1	2	3	Szpitalny oddział ratunkowy									
			4				5		6		7	
			stan nagłego zagrożenia zdrowotnego				inne		liczba zgonów w szpitalnym oddziale ratunkowym		liczba pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego	
			ogółem		w tym pacjenci urazowi:							
Lp.	Powiat	Dysponent jednostki (nazwa i adres)	4a	4b	4c	4d	5a	5b	6a	6b	7a	7b
			0-18 lat	> 18 lat	0-18 lat	> 18 lat	0-18 lat	> 18 lat	0-18 lat	> 18 lat	0-18 lat	> 18 lat
Razem:												

TABELA nr 10 – Liczba przyjęć pacjentów w izbie przyjęć w roku ...

1	2	3	Izba przyjęć szpitala									
			4				5		6		7	
			stan nagłego zagrożenia zdrowotnego				inne		liczba zgonów w izbie przyjęć		liczba pacjentów przekazanych przez zespoły ratownictwa medycznego	
			ogółem		w tym pacjenci urazowi:							
Lp.	Powiat	Nazwa i adres szpitala	4a	4b	4c	4d	5a	5b	6a	6b	7a	7b
			0-18 lat	> 18 lat	0-18 lat	> 18 lat	0-18 lat	> 18 lat	0-18 lat	> 18 lat	0-18 lat	> 18 lat
Razem:												

TABELA nr 11– Centra urazowe – dane za rok

1	2		3		4	5	6
Lp.	Podmiot leczniczy, w którego strukturach działa centrum urazowe		Liczba pacjentów zakwalifikowanych jako pacjent urazowy przez:		Średni czas pobytu pacjenta urazowego w centrum urazowym (dni)	Maksymalny czas pobytu pacjenta urazowego w centrum urazowym (dni)	Liczba zgonów pacjentów urazowych
	2a	2b	3a	3b			
	nazwa	adres	kierownika zespołu ratownictwa medycznego	kierownika zespołu razowego			

TABELA nr 12– Centra urazowe dla dzieci – dane za rok ...

1	2		3		4	5	6
Lp.	Podmiot leczniczy, w którego strukturach działa centrum urazowe		Liczba pacjentów zakwalifikowanych jako pacjent urazowy dziecięcy przez:		Średni czas pobytu pacjenta urazowego dziecięcego w centrum urazowym (dni)	Maksymalny czas pobytu pacjenta urazowego dziecięcego w centrum urazowym (dni)	Liczba zgonów pacjentów urazowych dziecięcych
	2a	2b	3a	3b			
	nazwa	adres	kierownika zespołu ratownictwa medycznego	kierownika zespołu razowego dziecięcego			

TABELA nr 13 – Stanowiska dyspozytorów medycznych – dane za rok ...

1	2		3	4	
Kod dyspozytorni medycznej ¹⁾ i nazwa miejscowości, w której zlokalizowana jest dyspozytornia medyczna	Okres czasu w jakim funkcjonowała wskazana liczba stanowisk dyspozytorów medycznych w danej lokalizacji ciągu roku		Liczba stanowisk dyspozytorów medycznych w danej lokalizacji	Liczba dyspozytorów medycznych wykonujących zadania w danej lokalizacji	
	2a	2b			
	od dd-mm	do dd-mm		4a	4b
				liczba dyspozytorów medycznych posiadających wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego	liczba dyspozytorów medycznych, o których mowa w art. 58 ust. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

¹⁾ Kody nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

TABELA nr 14 - Liczba połączeń i czas obsługi zgłoszeń w dyspozytorni medycznej ... (kod DM)

[illegible]

TABELA nr 15 – Liczba osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu za rok

1	2				3	4		5		6
Lp.	Dysponent jednostki				Rodzaj jednostki systemu	Liczba wszystkich lekarzy	w tym: liczba lekarzy systemu	Liczba wszystkich pielęgniarek	w tym: liczba pielęgniarek systemu	Liczba ratowników medycznych
	2a	2b	2c	2d		4a	4b	5a	5b	
	nazwa	adres	numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego ¹⁾	kod TERYT lokalizacji jednostki z opisem ²⁾	szpitalny oddział ratunkowy					
					zespół ratownictwa medycznego					
					lotniczy zespół ratownictwa medycznego					
					Razem					

¹⁾ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru.

²⁾ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

2) ZAŁĄCZNIKI NIEPODLEGAJĄCE UPUBLICZNIENIU

TABELA nr 18 – Liczba i rodzaje stanowisk dyspozytorów medycznych – stan na dzień ...

1	2	3	4	5	6		7	8				9	10
Lp.	Kod dyspozytorni medycznej ¹⁾	Adres dyspozytorni medycznej	Numer rejonu operacyjnego ²⁾	Liczba ludności ³⁾	Okres w ciągu roku (dotyczy kolumn od 7 do 10)		Łączna liczba stanowisk dyspozytorów medycznych	Liczba dyspozytorów medycznych wykonujących zadania w danej lokalizacji				Liczba zespołów ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym	Liczba rezerwowych stanowisk dyspozytorskich
								8a	8b	8c	8d		
					6a	6b		Liczba stanowisk dyspozytorów medycznych przyjmujących w godzinach 8:00-19:59	Liczba stanowisk dyspozytorów medycznych, wysyłających w godzinach 8:00-19:59	Liczba stanowisk dyspozytorów medycznych przyjmujących w godzinach 20:00-7:59	Liczba stanowisk dyspozytorów medycznych, wysyłających w godzinach 20:00-7:59		
					od mm-dd	do mm-dd							

¹⁾ Kody nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
²⁾ Jest identyfikowany przez numer województwa – 2 cyfry kodu TERYT/numer kolejny rejonu na obszarze województwa – 2 cyfry.
³⁾ Zgodna z danymi Głównego Urzędu Statystycznego.

TABELA nr 16 - Lokalizacja, liczba i obszary dysponowania stanowisk dyspozytorów medycznych

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lp.	Kod dyspozytorni medycznej ¹⁾	Adres dyspozytorni medycznej	Numer rejonu operacyjnego ²⁾	Liczba zespołów ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym	Liczba porządkowa kodu obszaru dysponowania	Kod obszaru dysponowania ¹⁾	Obszar dysponowania ³⁾	Liczba ludności w obszarze dysponowania	Liczba zespołów ratownictwa medycznego w obszarze dysponowania

¹⁾ Kody nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia

²⁾ Jest identyfikowany przez numer województwa – 2 cyfry kodu TERYT/numer kolejny rejonu na obszarze województwa – 2 cyfry.

³⁾ Obszar dysponowania jest elementem rejonu operacyjnego. Obejmuje teren obsługiwany przez danego dyspozytora medycznego wysyłającego, który jest zdefiniowany w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Każda dyspozytornia musi mieć zdefiniowany przynajmniej jeden obszar dysponowania. Obszar taki określa dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający w swojej strukturze organizacyjnej dyspozytornię medyczną.. Istotne jest, żeby obszary dysponowania zdefiniowane dla danej dyspozytorni pokrywały w całości jej rejon operacyjny

TABELA nr 17 – Stanowiska dyspozytorów medycznych i numery DDI

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Lp.	Kod dyspozytorni medycznej ¹⁾	Adres dyspozytorni medycznej	Numer rejonu operacyjnego ²⁾	Liczba porządkowa stanowiska dyspozytora medycznego ³⁾	Rodzaj stanowiska dyspozytora medycznego ⁴⁾	Kod obszaru dysponowania ¹⁾	Obszar dysponowania ⁵⁾	Numer kolejki EACD ⁶⁾	Numer DDI ⁷⁾

¹⁾ Kody nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia

²⁾ Jest identyfikowany przez numer województwa – 2 cyfry kodu TERYT/numer kolejny rejonu na obszarze województwa – 2 cyfry.

³⁾ Do 31 grudnia 2019 r. lp. 1, 2, (...) to dyspozytorzy wysyłający, w tym dyspozytor medyczny wskazany przez kierownika podmiotu leczniczego zatrudniającego dyspozytora medycznego. Od 1 stycznia 2020 r. lp. 0 to główny dyspozytor medyczny, lp. 1, 2, (...) to dyspozytor wysyłający..

⁴⁾ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej (Dz. U. poz. 2001).

⁵⁾ Obszar dysponowania jest elementem rejonu operacyjnego. Obejmuje teren obsługiwany przez danego dyspozytora medycznego wysyłającego, który jest zdefiniowany w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Każda dyspozytornia musi mieć zdefiniowany przynajmniej jeden obszar dysponowania. Obszar taki określa dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający w swojej strukturze organizacyjnej dyspozytornię medyczną.. Istotne jest, żeby obszary dysponowania zdefiniowane dla danej dyspozytorni pokrywały w całości jej rejon operacyjny.

⁶⁾ Numer podkładowy właściwy dla danej konsoli przynależącej do danego stanowiska.

⁷⁾ Numer kolejki automatycznie dystrybuującej połączenia powiązany z danym stanowiskiem.

TABELA nr 21 - Zastępowalność dyspozytorni medycznych

1	2	3	4	5	6	7	8
Kod dyspozytorni medycznej zastępowanej ¹⁾				Kod dyspozytorni medycznej zastępującej ¹⁾			
Rejon operacyjny ²⁾				Rejon operacyjny ²⁾			
Lp.	Rodzaj stanowiska dyspozytorskiego ³⁾	Kod obszaru dysponowania ¹⁾	Obszar dysponowania ⁴⁾	Lp.	Rodzaj stanowiska dyspozytorskiego ³⁾	Kod obszaru dysponowania ¹⁾	Obszar dysponowania ⁴⁾

¹⁾ Kody nadawane zgodnie z procedurami tworzonymi i wprowadzanymi do stosowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia

²⁾ Jest identyfikowany przez numer województwa – 2 cyfry kodu TERYT/numer kolejny rejonu na obszarze województwa – 2 cyfry.

³⁾ Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej.

⁴⁾ Obszar dysponowania jest elementem rejonu operacyjnego. Obejmuje teren obsługiwany przez danego dyspozytora medycznego wysyłającego, który jest zdefiniowany w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Każda dyspozytornia musi mieć zdefiniowany przynajmniej jeden obszar dysponowania. Obszar taki określa dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający w swojej strukturze organizacyjnej dyspozytornię medyczną.. Istotne jest, żeby obszary dysponowania zdefiniowane dla danej dyspozytorni pokrywały w całości jej rejon operacyjny.

Uzasadnienie

Rozporządzenie stanowi realizację upoważnienia zawartego w art. 21 ust. 17 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...), zwanej dalej „ustawą”. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 1060).

Ustawa z dnia..... o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U.) wprowadziła zmiany w zakresie zawartości oraz sposobu sporządzania wojewódzkich planów działania systemu, zwanych dalej „planami”. Przepisy określające zawartość planów działania systemu zostały zmienione przez:

- 1) zmianę rodzajów zespołów ratownictwa medycznego i wprowadzenie ich podziału na:
 - a) dwuosobowe podstawowe zespoły ratownictwa medycznego,
 - b) trzyosobowe podstawowe zespoły ratownictwa medycznego,
 - c) specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego,
 - d) motocyklowe jednostki ratownicze;
- 2) zmianę sposobu planowania szpitalnych oddziałów ratunkowych poprzez wprowadzenie kryterium ludnościowego i obszarowego;
- 3) odwołanie się do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1 ustawy;
- 4) ujęcie informacji o ćwiczeniach przeprowadzonych w roku poprzednim oraz planowanych do przeprowadzenia w roku następnym.

Proponowany termin wejścia w życie rozporządzenia został określony na dzień następujący po dniu ogłoszenia. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż 14 dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Proponowana zmiana polega na przygotowaniu wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, który wojewodowie są obowiązani przekazać do zatwierdzenia ministrowi do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 marca 2025 r., zatem brak jest jakichkolwiek zagrożeń wynikających ze skróconego okresu *vacatio legis* i wejścia w życie

regulacji z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Jednocześnie omawiana zmiana, aby była skuteczna, musi wejść w życie przed 31 marca 2025 r. Tym samym, w ocenie projektodawcy, zaproponowane rozwiązanie nie narusza zasad demokratycznego państwa prawnego.

Projekt rozporządzenia pozostanie bez wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.

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

Projekt rozporządzenia nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny skutków dla ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

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

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanego rozporządzenia umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.

Projekt rozporządzenia nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pan Marek Kos – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Agnieszka Tuderek-Kuleta – Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa	Data sporządzenia Źródło: art. 21 ust. 17 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...) Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia:
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Wydanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia nowego rozporządzenia w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „rozporządzeniem”, na podstawie art. 21 ust. 17 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwanej dalej „ustawą”, jest konieczne w związku ze zmianą brzmienia art. 21 ustawy, która została dokonana mocą ustawy z dnia o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, zwanej dalej „ustawą zmieniającą”. Ustawa zmieniająca wprowadziła m. in. nowe rodzaje zespołów ratownictwa medycznego i nowy sposób planowania liczby i rozmieszczenia szpitalnych oddziałów ratunkowych. W zakresie istniejących i planowanych do utworzenia: szpitalnych oddziałów ratunkowych, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, centrów urazowych i centrów urazowych dla dzieci będą wykorzystane dane objęte ewidencją, o której mowa w art. 23a ust. 1 ustawy. Powyższe zmiany skutkują innym zakresem informacji objętych planem.

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Rozporządzenie wprowadza do wzoru wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne podział podstawowych zespołów ratownictwa medycznego na 2- i 3-osobowe oraz motocyklowe jednostki ratownicze. Do każdego szpitalnego oddziału ratunkowego zostanie wskazany obszar jego działania obejmujący populację nie większą niż 200 tys. ludności, na którym czas dojazdu zespołu ratownictwa medycznego do oddziału ratunkowego będzie nie dłuższy niż 45 minut. Dotychczasowe wykazy szpitalnych oddziałów ratunkowych, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, centrów urazowych i centrów urazowych dla dzieci zostaną zastąpione odwołaniem się do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1 ustawy.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Wojewodowie	16	Nie dotyczy	Obowiązek przygotowania wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wg nowych wzorów

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie podlegał pre-konsultacjom.

Projekt zostanie przesłany do konsultacji publicznych i opiniowania z 14-dniowym terminem na zgłaszanie uwag, do następujących podmiotów:

- 1) Centrum e-Zdrowia;
- 2) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 3) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 4) Federacja Związków Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 5) Forum Rozwoju Ratownictwa Medycznego;
- 6) Forum Związków Zawodowych;
- 7) Fundacja Red-Alert;
- 8) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 9) Konfederacja Lewiatan;
- 10) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 11) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego;
- 12) Konwent Marszałków Województw;

- 13) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 14) Lotnicze Pogotowie Ratunkowe;
- 15) Naczelna Izba Lekarska;
- 16) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych;
- 17) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 18) NSZZ „Solidarność-80”;
- 19) NSZZ Solidarność;
- 20) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 21) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 22) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 23) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 24) Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych;
- 25) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 26) Ogólnopolskie Towarzystwo Ratowników Medycznych;
- 27) Polska Rada Ratowników Medycznych;
- 28) Polska Rada Resuscytacji;
- 29) Polski Związek Ratowników Medycznych;
- 30) Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych;
- 31) Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej;
- 32) Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof;
- 33) Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego;
- 34) Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego;
- 35) Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych;
- 36) Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej;
- 37) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 38) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 39) Rada Dialogu Społecznego;
- 40) Rada Działalności Pożytku Publicznego;
- 41) Rada Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia;
- 42) Stowarzyszenie Dyspozytorów Medycznych w Polsce;
- 43) Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 44) Stowarzyszenie Ratowników Medycznych Pomorza Zachodniego;
- 45) Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych;
- 46) wojewodowie;
- 47) Związek Powiatów Polskich;
- 48) Związek Pracodawców Business Centre Club;
- 49) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
- 50) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 51) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 52) Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

budżet państwa													
JST													
pozostałe jednostki (oddzielnie)													
Źródła finansowania													
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje zwiększenia wydatków budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego ani budżetu Narodowego Funduszu Zdrowia.											
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe													
Skutki													
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)					
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa												
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw												
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe												
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Bez wpływu.											
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Bez wpływu.											
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Bez wpływu.											
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne	Bez wpływu.											
Niemierzalne													
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń													
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu													
☐ nie dotyczy													
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).						☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy							
☒ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:						☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:							
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.						☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy							
Komentarz: Wejście w życie rozporządzenia ograniczy objętość wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne ze względu na odwołanie się w nich do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1 ustawy.													

9. Wpływ na rynek pracy	
Nie dotyczy.	
10. Wpływ na pozostałe obszary	
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:
☐ informatyzacja ☐ zdrowie	
Omówienie wpływu	Bez wpływu
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego	
Rozporządzenie wejdzie w życie w dniu następującym po dniu ogłoszenia.	
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?	
Rozporządzenie będzie stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.	
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)	
brak	

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia

**w sprawie kursów w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia
zdrowotnego**

Na podstawie art. 38a ust. 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) zakres problematyki kursów w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zwanych dalej „kursami”;
- 2) wzór zaświadczenia potwierdzającego odbycie kursów.

§ 2. 1. Kursy obejmują problematykę postępowania w:

- 1) nagłym zatrzymaniu krążenia;
- 2) urazach wielonarządowych;
- 3) ostrych zespołach wieńcowych;
- 4) udarach ośrodkowego układu nerwowego;
- 5) stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego wywołanych zaburzeniami psychicznymi, w tym w stanach wywołanych spożyciem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych;
- 6) hipotermii;
- 7) hemofiliach oraz skazach krwotocznych;
- 8) leczeniu bólu;
- 9) zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych wywołanych czynnikami CBRNE.

2. Problematyka kursów uwzględnia sposób postępowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego u dorosłych i u dzieci.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

§ 3. Wzór zaświadczenia potwierdzającego odbycie kursu jest określony w załączniku do rozporządzenia.

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

MINISTER ZDROWIA

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia ...

(Dz. U. poz. ...)

WZÓR

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka podmiotu prowadzącego kurs)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE NR /

**potwierdzające ukończenie kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie
nagłego zagrożenia zdrowotnego**

Zaświadcza się, że Pani/Pan*
(imię/imiona i nazwisko lekarza systemu /pielęgniarki systemu*)

numer PESEL**

w dniach od do
(dzień, miesiąc, rok) (dzień, miesiąc, rok)

zakończyła/zakończył* kurs prowadzony przez

.....
(nazwa i siedziba podmiotu prowadzącego kurs)

egzaminem z wynikiem pozytywnym.

.....
(podpis z podaniem imienia i nazwiska osoby
reprezentującej podmiot prowadzący kurs
stanów nagłych)

* Niewłaściwe skreślić.

** W przypadku braku numeru PESEL należy podać cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz państwo wydania.

Zakres problematyki kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego obejmuje postępowanie w:

- 1) nagłym zatrzymaniu krążenia;
- 2) urazach wielonarządowych;
- 3) ostrych zespołach wieńcowych;
- 4) udarach ośrodkowego układu nerwowego;
- 5) stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego wywołanych zaburzeniami psychicznymi, w tym w stanach wywołanych spożyciem alkoholu lub innych środków psychoaktywnych;
- 6) hipotermii;
- 7) hemofiliach oraz skazach krwotocznych;
- 8) leczeniu bólu;
- 9) zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych wywołanych czynnikami CBRNE.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie kursów w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 38a ust. 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...), zwanej dalej „ustawą”.

Potrzeba wydania rozporządzenia wynika z faktu wprowadzenia przez ustawę z dnia ... o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. ...) przepisu zobowiązującego niektórych lekarzy systemu i niektóre pielęgniarki systemu do odbycia kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Wprowadzenie ww. kursów, przez obowiązek uczestniczenia w nich kadry medycznej pracującej w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zapewni ustawiczny rozwój zawodowy i uaktualnienie wiedzy i umiejętności w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wspecjalizowana kadra w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne ma ogromne znaczenie dla efektywności podejmowania działań, dlatego tak istotne jest doskonalenie i rozwój tych kompetencji, które są zgodne z potrzebami i które będą mogły być wykorzystane w maksymalny sposób.

Projekt rozporządzenia określa zakres problematyki tych kursów, a także wzór zaświadczenia potwierdzającego odbycie kursu.

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

W opinii projektodawcy nie zachodzi potrzeba sformułowania w projekcie rozporządzenia przepisów przejściowych ze względu na fakt, że kursy są nowym rozwiązaniem w systemie kształcenia podyplomowego kadry medycznej jednostek systemu ratownictwa medycznego.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

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

Projektowane rozporządzenie 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. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega przedmiotowej notyfikacji.

Projekt aktu nie zawiera wymogów nakładanych na usługodawców podlegających notyfikacji, o której mowa w art. 15 ust. 7 i art. 39 ust. 5 dyrektywy 2006/123/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 12 grudnia 2006 r. dotyczącej usług na rynku wewnętrznym (Dz. Urz. UE L 376 z 27.12.2006, str. 36).

Projekt rozporządzenia nie wywiera wpływu na obszar danych osobowych. W związku z tym, nie przeprowadzono oceny ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie nie ma wpływu na sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw.

Nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Nazwa projektu Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kursów w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Pani Urszula Demkow – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Pan Mariusz Klencki - Dyrektor Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych w Ministerstwie Zdrowia – tel. 22 63 49 858	Data sporządzenia ... Źródło: art. 38a ust. 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91 i ...) Nr w Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ...
--	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Obowiązek wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia w sprawie kursów w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wynika z upoważnienia zawartego w art. 38a ust. 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwanej dalej „ustawą”. Rozporządzenie ma określać problematykę kursów oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu. Przewiduje się, że kursy będą prowadzone oddzielnie dla lekarzy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i dla pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (art. 38a ust. 1 i 2 ustawy).

2. Rekomendowane rozwiązanie, w tym planowane narzędzia interwencji, i oczekiwany efekt

Projekt rozporządzenia określa problematykę kursów na podstawie najczęstszych przyczyn stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz dobrych praktyk postępowania wydawanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny.

3. Jak problem został rozwiązany w innych krajach, w szczególności krajach członkowskich OECD/UE?

Brak danych.

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Lekarze systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	5 888	Wojewódzkie plany działania systemu	Obowiązek odbycia kursów
Pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne	5 386	Wojewódzkie plany działania systemu	Obowiązek odbycia kursów

5. Informacje na temat zakresu, czasu trwania i podsumowanie wyników konsultacji

Projekt nie podlegał pre-konsultacjom.

Projekt zostanie przesłany do konsultacji publicznych i opiniowania z 21-dniowym terminem na zgłaszanie uwag, do następujących podmiotów:

- 1) Federacja Przedsiębiorców Polskich;
- 2) Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 3) Federacja Związków Pracowników Ochrony Zdrowia;
- 4) Forum Rozwoju Ratownictwa Medycznego;
- 5) Forum Związków Zawodowych;
- 6) Fundacja Red-Alert;
- 7) Komisja Wspólna Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 8) Konfederacja Lewiatan;
- 9) Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 10) Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego;
- 11) Konwent Marszałków Województw;
- 12) Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego;
- 13) Lotnicze Pogotowie Ratunkowe;
- 14) Naczelna Izba Lekarska;
- 15) Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych;

- 16) Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 17) NSZZ „Solidarność-80”;
- 18) NSZZ Solidarność;
- 19) Ogólnopolski Związek Pracodawców Podmiotów Leczniczych;
- 20) Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych;
- 21) Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy;
- 22) Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych;
- 23) Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych;
- 24) Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych;
- 25) Ogólnopolskie Towarzystwo Ratowników Medycznych;
- 26) Polska Rada Ratowników Medycznych;
- 27) Polska Rada Resuscytacji;
- 28) Polski Związek Ratowników Medycznych;
- 29) Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych;
- 30) Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej;
- 31) Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof;
- 32) Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego;
- 33) Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego;
- 34) Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych;
- 35) Porozumienie Lekarzy Medycyny Ratunkowej;
- 36) Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia;
- 37) Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej;
- 38) Rada Dialogu Społecznego;
- 39) Rada Działalności Pożytku Publicznego;
- 40) Rada Organizacji Pacjentów przy Ministrze Zdrowia;
- 41) Stowarzyszenie Dyspozytorów Medycznych w Polsce;
- 42) Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej;
- 43) Stowarzyszenie Ratowników Medycznych Pomorza Zachodniego;
- 44) Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych;
- 45) Wojewodowie;
- 46) Związek Powiatów Polskich;
- 47) Związek Pracodawców Business Centre Club;
- 48) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
- 49) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 50) Związek Rzemiosła Polskiego;
- 51) Związek Zawodowy Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne

Projekt rozporządzenia zostanie zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248 oraz z 2024 r. poz. 1535) oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z § 52 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2024 r. poz. 806).

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny Skutków Regulacji.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

[illegible]

budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje zwiększenia wydatków budżetu państwa ani budżetów jednostek samorządu terytorialnego.										
7. Wpływ na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorców, oraz na rodzinę, obywateli i gospodarstwa domowe												
Skutki												
Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	5	10	Łącznie (0-10)				
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.)	duże przedsiębiorstwa											
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw											
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe											
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa	Zmiana przyczyni się do podniesienia kompetencji lekarzy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, co wpłynie na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.										
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	Zmiana przyczyni się do podniesienia kompetencji lekarzy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, co wpłynie na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.										
	rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	Zmiana przyczyni się do podniesienia kompetencji lekarzy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, co wpłynie na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.										
	osoby starsze i osoby niepełnosprawne	Zmiana przyczyni się do podniesienia kompetencji lekarzy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne i pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, co wpłynie na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.										
Niemierzalne												
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń												
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu												
X nie dotyczy												
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).						☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy						
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:						☐ zwiększenie liczby dokumentów ☐ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:						

Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektroniczności.		☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy
Komentarz: Nie dotyczy.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Rozporządzenie nie wpływa na rynek pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe	☐ demografia ☐ mienie państwowe ☐ inne:	☐ informatyzacja ☒ zdrowie
Omówienie wpływu	Zmiana przyczyni się do podniesienia kompetencji lekarzy systemu i pielęgniarek systemu.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia jego ogłoszenia.		
12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?		
Rozporządzenie będzie stosowane w sposób ciągły, stąd też nie planuje się ewaluacji efektów projektu, a tym samym nie stosuje się mierników dla tej ewaluacji.		
13. Załączniki (istotne dokumenty źródłowe, badania, analizy itp.)		
Brak		