



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
III kadencja  
Prezes Rady Ministrów  
RM 10-28-01

Druk nr 2806  
Warszawa, 12 kwietnia 2001 r.

Pan  
Maciej Płażyński  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku.

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

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

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

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

Z poważaniem

(-) Jerzy Buzek

**P r o j e k t****USTAWA**

z dnia .....

**o Państwowym Ratownictwie Medycznym.****Rozdział 1****Przepisy ogólne****Art. 1.**

W celu zapewniania sprawnej i efektywnej realizacji zadania państwa, polegającego na podejmowaniu medycznych działań ratowniczych wobec każdej osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne.

**Art. 2.**

1. System Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwany dalej „systemem”, działający w ramach systemu gotowości cywilnej i cywilnego zarządzania kryzysowego w czasie pokoju oraz systemu ochrony zdrowia, obejmuje strukturę organizacyjną oraz zespół przedsięwzięć mających na celu realizację zadania określonego w art. 1.
2. System może być wykorzystywany w stanach nadzwyczajnych.
3. Ustawa określa zasady organizacji i funkcjonowania systemu, a w szczególności:
  - 1) organy administracji publicznej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu oraz ich zadania w tym zakresie,
  - 2) jednostki systemu oraz zasady ich włączania do systemu,
  - 3) szczególne warunki finansowania systemu.

**Art. 3.**

Ilekcroć w ustawie jest mowa o:

- 1) nagłym zagrożeniu życia lub zdrowia - należy przez to rozumieć stan wywołany czynnikiem zewnętrznym lub przyczyną wewnętrzną prowadzący do szybkiego

- pogarszania się zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być zagrożenie życia,
- 2) miejscu zdarzenia – należy przez to rozumieć miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia i obszar, na który rozciągają się jego skutki,
  - 3) pierwszej pomocy – należy przez to rozumieć zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, wykonywanych bez użycia wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych przez osoby nie posiadające uprawnień do podejmowania medycznych działań ratowniczych,
  - 4) medycznych działaniach ratowniczych – należy przez to rozumieć działania medyczne, w tym udzielanie świadczeń zdrowotnych, podejmowane przez jednostkę systemu, służące ratowaniu osoby w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia,
  - 5) kierującym medycznymi działaniami ratowniczymi – należy przez to rozumieć osobę oddziałującą na podległe jednostki systemu zgodnie z przyjętymi procedurami, o których mowa w ustawie, w celu wykonania medycznych działań ratowniczych,
  - 6) lekarzu ratunkowym – należy przez to rozumieć lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej,
  - 7) pielęgniarce ratunkowej - należy przez to rozumieć pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego,
  - 8) ratownika medycznym – należy przez to rozumieć osobę posiadającą kwalifikacje, o których mowa w ustawie,
  - 9) ratownika przedmedycznym – należy przez to rozumieć osobę współpracującą z systemem przy podejmowaniu medycznych działań ratowniczych, posiadającą odpowiednie kwalifikacje, o których mowa w ustawie,
  - 10) jednostce systemu – należy przez to rozumieć jednostkę uprawnioną do podejmowania medycznych działań ratowniczych, o której mowa w ustawie,
  - 11) szpitalnym oddziale ratunkowym – należy przez to rozumieć oddział szpitalny, będący komórką organizacyjną szpitala, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiący jednostkę systemu, utworzony w celu podejmowania

medycznych działań ratowniczych w warunkach szpitalnych, spełniający kryteria, o których mowa w ustawie,

- 12) zespole ratownictwa medycznego – należy przez to rozumieć jednostkę systemu (środek transportu wraz z personelem) utworzoną w celu podejmowania medycznych działań ratowniczych w warunkach przedszpitalnych, w skład której wchodzi osoba posiadająca kwalifikacje do podejmowania takich działań, w tym co najmniej jedna osoba uprawniona do prowadzenia środka transportu; jednostka ta jest wyposażona w odpowiedni środek transportu, a także w środki łączności, niezbędne produkty lecznicze i wyroby medyczne oraz spełnia inne kryteria, o których mowa w ustawie,
- 13) dysponencie jednostki - należy przez to rozumieć samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub podmiot, który utworzył jednostkę i zgłasza ją do systemu,
- 14) świadczeniu zdrowotnym przedszpitalnym – należy przez to rozumieć świadczenie zdrowotne w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej udzielane w ramach medycznych działań ratowniczych podejmowanych przez zespół ratownictwa medycznego,
- 15) działaniach ratowniczych – należy przez to rozumieć działania ratownicze w rozumieniu przepisów o ochronie przeciwpożarowej,
- 16) ośrodku nauczającym – należy przez to rozumieć szkoły wyższe, ośrodki doskonalenia zawodowego i inne placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, jednostki badawczo-rozwojowe i inne placówki naukowe, naukowo-badawcze, stowarzyszenia, fundacje oraz inne podmioty uprawnione do organizowania oświaty dorosłych na podstawie odrębnych przepisów.

#### **Art. 4.**

W systemie wykonywane są zadania polegające w szczególności na:

- 1) zapewnieniu możliwości natychmiastowego wezwania pomocy przy użyciu środków łączności,
- 2) niezwłocznym przybyciu na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego,
- 3) niezwłocznym podjęciu na miejscu zdarzenia właściwych medycznych działań ratowniczych,
- 4) zapewnieniu stosownego do potrzeb transportu,

- 5) zapewnieniu niezwłocznego przyjęcia do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego lub oddziału szpitalnego, stosownych do rodzaju nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.

#### **Art. 5.**

Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, obowiązany jest w miarę posiadanych możliwości:

- 1) do niezwłocznego udzielenia pierwszej pomocy,
- 2) do niezwłocznego zawiadomienia centrum powiadamiania ratunkowego.

#### **Art. 6.**

Kierujący medycznymi działaniami ratowniczymi, a także osoba udzielająca pierwszej pomocy lub podejmująca medyczne działania ratownicze, może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby w stanie nagłego zagrożenia.

#### **Art. 7.**

1. Osobie, która poniosła szkodę na mieniu powstałą w następstwie podjęcia przez nią medycznych działań ratowniczych lub udzielenia pierwszej pomocy, zwanej dalej „poszkodowanym”, przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa, z zastrzeżeniem art. 12.
2. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, obejmuje wyrównanie szkody rzeczywistej.
3. Naprawienie szkody nie przysługuje, jeżeli strata majątkowa powstała wyłącznie z winy poszkodowanego lub osoby trzeciej, za którą Skarb Państwa nie ponosi odpowiedzialności.
4. W zakresie nieuregulowanym niniejszą ustawą do naprawienia szkody, o którym mowa w ust. 1, stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, z wyłączeniem art. 418.

#### **Art. 8.**

1. W sprawie o naprawienie szkody orzeka w drodze decyzji minister właściwy do spraw zdrowia.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję w sprawie o naprawienie szkody niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie trzech miesięcy od dnia wszczęcia postępowania.

3. W przypadku wydania decyzji o wypłacie odszkodowania minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje wypłaty w terminie 30 dni od dnia, w którym decyzja stała się ostateczna.
4. Do postępowania w sprawach, o których mowa w ust. 1-3, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego, o ile ustawa nie stanowi inaczej.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób ustalania wysokości odszkodowań, o których mowa w ust. 3, uwzględniając w szczególności kryteria oceny wartości szkody poniesionej w następstwie podjęcia medycznych działań ratowniczych lub udzielenia pierwszej pomocy.

#### **Art. 9.**

1. Poszkodowany niezadowolony z decyzji w sprawie o naprawienie szkody, w terminie 30 dni od dnia doręczenia tej decyzji, może wnieść powództwo do sądu powszechnego.
2. Wniesienie powództwa, o którym mowa w ust. 1, nie wstrzymuje wykonania decyzji.

#### **Art. 10.**

1. Roszczenie o naprawienie szkody ulega przedawnieniu z upływem roku od dnia, w którym poszkodowany dowiedział się o stracie majątkowej. Jednakże w każdym przypadku roszczenie przedawnia się z upływem trzech lat od dnia podjęcia medycznych działań ratowniczych lub udzielenia pierwszej pomocy.
2. Roszczenie o naprawienie szkody przechodzi na następców prawnych poszkodowanego.

#### **Art. 11.**

1. W przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia bądź śmierci:
  - 1) kierującego medycznymi działaniami ratowniczymi - chyba że odszkodowanie przysługuje mu na podstawie przepisów szczególnych lub umowy cywilnoprawnej – w związku z kierowaniem medycznymi działaniami ratowniczymi, lub
  - 2) osoby udzielającej pierwszej pomocy - w związku z jej udzieleniem przysługuje roszczenie o odszkodowanie, o którym mowa w art. 444 lub 446 Kodeksu cywilnego.
2. Odszkodowanie nie przysługuje od Skarbu Państwa, jeżeli uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia bądź śmierć osoby, o której mowa w ust. 1, nastąpiły wyłącznie z winy tej osoby lub osoby trzeciej, za którą Skarb Państwa nie ponosi odpowiedzialności.

**Art. 12.**

1. Odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez osoby uprawnione do podejmowania medycznych działań ratowniczych przy wykonywaniu tych działań ponosi dysponent jednostki.
2. Dysponent jednostki jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody, o których mowa w ust. 1.
3. Brak ważnej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o którym mowa w ust. 2, jest równoznaczny z wypowiedzeniem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach systemu.
4. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii samorządów zawodów medycznych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, sposób spełnienia obowiązku ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2, w tym w szczególności termin powstania obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia oraz minimalne sumy gwarancyjne. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, wydając rozporządzenie, uwzględnia konieczność zapewnienia gwarancji spełnienia obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia.

**Art. 13.**

Osoba podejmująca medyczne działania ratownicze oraz osoba udzielająca pierwszej pomocy korzysta z ochrony przewidzianej w kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.

**Rozdział 2****Organizacja administracji publicznej w zakresie wykonywania zadań systemu****Art. 14.**

1. Organami administracji publicznej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są:
  - 1) minister właściwy do spraw zdrowia,
  - 2) wojewoda,
  - 3) starosta.

2. Organy, o których mowa w ust. 1, organizują system oraz zapewniają jego nieprzerwaną gotowość, odpowiednio na obszarze kraju, województwa i powiatu.

**Art. 15.**

1. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie wykonywania zadań systemu należy w szczególności:
  - 1) sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem systemu,
  - 2) uzgadnianie i zatwierdzanie wojewódzkich planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych oraz wojewódzkich programów w zakresie ratownictwa medycznego,
  - 3) przygotowywanie i aktualizacja przynajmniej raz w roku krajowego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych,
  - 4) organizacja transportu medycznego z zagranicy obywateli polskich nie posiadających uprawnień do leczenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wymagających transportu ze względu na stan zagrożenia życia, oraz finansowanie tego transportu wyłącznie w granicach Rzeczypospolitej Polskiej, o ile umowy międzynarodowe nie stanowią inaczej,
  - 5) finansowanie działalności lotniczych służb ratowniczych w zakresie medycznych działań ratowniczych,
  - 6) prowadzenie rejestru jednostek lotniczych służb ratowniczych i lotniczych grup poszukiwawczo-ratowniczych, włączonych do systemu,
  - 7) monitorowanie zagrożeń dla życia lub zdrowia na obszarze kraju,
  - 8) inicjowanie programów badawczych i prac naukowych z zakresu medycyny ratunkowej i ratownictwa medycznego,
  - 9) wspieranie inicjatyw społecznych w zakresie pogłębiania wiedzy o medycynie ratunkowej i ratownictwie medycznym,
  - 10) współpraca z organami właściwymi w zakresie ratownictwa medycznego innych państw oraz z organizacjami międzynarodowymi,
  - 11) udział w finansowaniu kosztów inwestycyjnych związanych z systemem.



2. Minister właściwy do spraw zdrowia ma prawo żądania od wojewodów i starostów niezbędnych informacji i danych, dotyczących organizacji i funkcjonowania systemu odpowiednio na obszarze województwa lub powiatu.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki organizacji i finansowania transportu obywateli polskich, o których mowa w ust. 1 pkt 4, uwzględniając w szczególności wykorzystywane środki transportu.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia uzgadnia krajowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych w części dotyczącej działania systemu na obszarze przygranicznym z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych.

#### **Art. 16.**

1. Do zadań wojewody w zakresie wykonywania zadań systemu należy w szczególności:
  - 1) określanie liczby i rozmieszczenia centrów powiadamiania ratunkowego, szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zespołów ratownictwa medycznego.
  - 2) przeprowadzanie konkursu ofert na świadczenie usług z zakresu świadczeń zdrowotnych przedszpitalnych,
  - 3) zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych przedszpitalnych z dysponentami jednostek (zespołów ratownictwa medycznego) i finansowanie działalności zespołów ratownictwa medycznego, z zastrzeżeniem art. 34 ust. 2 i 3,
  - 4) sprawowanie nadzoru nad funkcjonowaniem systemu na obszarze województwa,
  - 5) prowadzenie rejestru jednostek systemu, z zastrzeżeniem art. 24 ust. 11,
  - 6) prowadzenie rejestru ośrodków nauczających prowadzących kształcenie dyspozytorów medycznych, rejestru ośrodków nauczających prowadzących kursy doskonalenia zawodowego, rejestru ośrodków nauczających prowadzących szkolenia w celu uzyskania kwalifikacji ratownika przedmedycznego – o których mowa w ustawie,
  - 7) uzgadnianie i zatwierdzanie rocznych powiatowych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych,
  - 8) przygotowywanie i aktualizacja przynajmniej raz w roku wojewódzkiego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych i wojewódzkiego programu w zakresie ratownictwa medycznego oraz przedstawianie ich ministrowi właściwemu do spraw zdrowia,

- 9) określenie szczegółowych zadań z zakresu wykonywania zadań systemu dla jednostek systemu, których obszar działania obejmuje obszar województwa,
  - 10) przesyłanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, na jego żądanie, informacji i danych, dotyczących organizacji i funkcjonowania systemu na obszarze województwa.
  - 11) monitorowanie zagrożeń dla życia lub zdrowia na obszarze województwa,
  - 12) wspieranie inicjatyw społecznych w zakresie pogłębiania wiedzy o ratownictwie medycznym.
2. Wojewoda ma prawo żądania od starostów niezbędnych informacji i danych, dotyczących organizacji i funkcjonowania systemu na obszarze powiatu.

#### **Art. 17.**

1. Do zadań starosty w zakresie wykonywania zadań systemu należy w szczególności:
- 1) zarządzanie systemem na obszarze powiatu,
  - 2) organizacja i finansowanie bieżącej działalności centrum powiadamiania ratunkowego,
  - 3) przygotowywanie i aktualizacja przynajmniej raz w roku powiatowego planu zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych oraz przedstawianie go wojewodzie,
  - 4) przygotowywanie planu działań ratowniczych,
  - 5) współdziałanie z organami gmin leżących na obszarze powiatu i starostami powiatów sąsiadujących w celu zawarcia porozumień i powierzania zadań w zakresie ratownictwa medycznego,
  - 6) przesyłanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia lub wojewodzie, informacji i danych, dotyczących organizacji i funkcjonowania systemu na obszarze powiatu, odpowiednio na żądanie ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewody,
  - 7) rozpoznawanie i monitorowanie zagrożeń dla życia lub zdrowia na obszarze powiatu,
  - 8) zapewnienie i finansowanie kształcenia dyspozytorów medycznych,
  - 9) wspieranie inicjatyw społecznych w zakresie pogłębiania wiedzy o ratownictwie medycznym.

2. Wykonywanie zadań i kompetencji z zakresu ratownictwa medycznego starosta może powierzyć powoływanemu i odwoływanemu przez siebie pełnomocnikowi do spraw ratownictwa medycznego.
3. Starosta wykonuje zadania określone w ust. 1 jako zadania z zakresu administracji rządowej.

#### **Art. 18.**

W przypadku wystąpienia nagłego zagrożenia życia lub zdrowia o skali przekraczającej możliwości organizacyjne starosty, wojewoda koordynuje funkcjonowanie systemu na obszarze województwa. W szczególności, w celu podjęcia, przeprowadzenia i zapewnienia kierowania medycznymi działaniami ratowniczymi, wydaje polecenia starostom.

#### **Art. 19.**

1. Zadanie określone w art. 17 ust. 1 pkt 1 starosta wykonuje przy pomocy centrum powiadamiania ratunkowego.
2. Centrum powiadamiania ratunkowego jest zintegrowanym stanowiskiem dyspozytorskim usytuowanym w strukturze powiatowej administracji zespolonej, działającym w ramach powiatowego centrum ratownictwa i reagowania kryzysowego, o którym mowa w ustawie z dnia .....o gotowości cywilnej i cywilnym zarządzaniu kryzysowym w czasie pokoju (Dz. U. Nr ....., poz. ....).
3. Na podstawie porozumienia między właściwymi powiatami centrum powiadamiania ratunkowego może obejmować zasięgiem działania obszar powiatu lub powiatów sąsiadujących, z zastrzeżeniem ust. 5. W powiecie, objętym na podstawie porozumienia zasięgiem działania centrum powiadamiania ratunkowego z innego powiatu, nie tworzy się centrum powiadamiania ratunkowego.
4. Porozumienie, o którym mowa w ust. 3, wymaga dla swej ważności zatwierdzenia przez wojewodę.
5. Obszar działania centrum powiadamiania ratunkowego nie może wykraczać poza granice województwa, z zastrzeżeniem art. 20 ust. 2.

#### **Art. 20.**

1. Do zadań centrum powiadamiania ratunkowego należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie powiadomień o stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie jednostek systemu, z uwzględnieniem ust. 2,
  - 2) przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy, w szczególności przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia,
  - 3) przekazywanie kierującemu działaniami ratowniczymi niezbędnych informacji ułatwiających podejmowanie rozstrzygnięć na miejscu zdarzenia,
  - 4) przekazywanie niezbędnych informacji o stanach zagrożenia życia lub zdrowia innym jednostkom wykonującym zadania w zakresie ratownictwa medycznego,
  - 5) koordynacja medycznych działań ratowniczych podejmowanych przez poszczególne jednostki systemu, a także działań podejmowanych przez inne jednostki uczestniczące w działaniach ratowniczych, w szczególności przez jednostki współdziałające z systemem, o których mowa w art. 32 ust. 1, oraz inne jednostki wykonujące zadania w zakresie ratownictwa medycznego,
  - 6) monitorowanie i analiza działań ratowniczych.
2. W razie konieczności użycia dodatkowych jednostek systemu, rozlokowanych poza obszarem działania centrum powiadamiania ratunkowego, dyspozytor medyczny tego centrum zwraca się do dyspozytora medycznego centrum powiadamiania ratunkowego działającego na sąsiednim obszarze o wydanie dyspozycji wyjazdu albo wylotu na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego lub o przyjęcie osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia do szpitalnego oddziału ratunkowego.
  3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, dyspozytor wydaje dyspozycję wyjazdu albo wylotu na miejsce zdarzenia lub przyjęcia osoby do szpitalnego oddziału ratunkowego. Dyspozytor może odmówić wydania dyspozycji, o której mowa w ust. 2, wyłącznie w sytuacji, gdy jednostka systemu nie ma możliwości wykonania w danej chwili określonego zadania.
  4. Wydanie dyspozycji wyjazdu albo wylotu zespołu ratownictwa medycznego w przypadku określonym w ust. 2 nie rodzi roszczeń finansowych.

#### **Art. 21.**

1. Centrum powiadamiania ratunkowego działa z zachowaniem standardów, o których mowa w ust. 2.
2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia oraz ministrem właściwym do spraw łączności określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) standardy postępowania centrum powiadamiania ratunkowego,
  - 2) standardy techniczne pomieszczeń centrum powiadamiania ratunkowego,
  - 3) standardy w zakresie wyposażenia centrów powiadamiania ratunkowego, w szczególności w sprzęt telekomunikacyjny,uwzględniając procedury przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu i priorytety zgłoszeń, procedury kierowania jednostek systemu i innych jednostek, o których mowa w art. 20 ust.1 pkt 5, oraz koordynowania ich działań, procedury postępowania w sytuacjach kryzysowych i przekraczających możliwości organizacyjne centrum, a także system ewidencjonowania i monitorowania zgłoszeń, system baz danych dotyczących potencjału ratowniczego oraz potencjalnych zagrożeń na obszarze działania właściwego centrum powiadamiania ratunkowego oraz względy zabezpieczenia odpowiednich warunków pracy.
3. W centrum powiadamiania ratunkowego stały dyżur pełni dyspozytor medyczny. W gotowości do pracy w zakresie koordynacji medycznych działań ratowniczych pozostaje lekarz koordynator medyczny.
4. Dyspozytor medyczny i lekarz koordynator medyczny spełnia wymagania, o których mowa w ust. 5.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) wymagania w zakresie kwalifikacji zawodowych osób pełniących funkcje dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora medycznego,
  - 2) tryb pełnienia funkcji przez dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora medycznego oraz odpłatności z tego tytułu,uwzględniając w ramach kwalifikacji zawodowych lekarza koordynatora medycznego i dyspozytora medycznego - wykształcenie medyczne, staż pracy w ratownictwie oraz wymagane kursy specjalistyczne, w ramach trybu pełnienia funkcji dyspozytora

medycznego i lekarza koordynatora medycznego - zatrudnienie na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej.

#### **Art. 22.**

1. Wojewódzki program w zakresie ratownictwa medycznego stanowi dokument zawierający założenia i wytyczne dotyczące rozwoju, organizacji i infrastruktury systemu.
2. Powiatowy, wojewódzki i krajowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych stanowią dokumenty, ustalające sposoby kierowania oraz zasady współdziałania, a także procedury podejmowania działań zmierzających do ograniczenia czynników wywołujących stany nagłego zagrożenia życia lub zdrowia oraz do ograniczenia następstw tych stanów.
3. Plany, o których mowa w ust. 2, obejmują w szczególności:
  - 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia występujących na danym obszarze,
  - 2) rozmieszczenie w terenie jednostek systemu oraz centrów powiadamiania ratunkowego, z zastrzeżeniem ust. 4,
  - 3) przydział zadań dla podmiotów wymienionych w pkt 2,
  - 4) sposób koordynowania działań jednostek systemu i innych jednostek wykonujących zadania w zakresie ratownictwa medycznego lub pomocy doraźnej, określonych w planie,
  - 5) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego i centrów powiadamiania ratunkowego.
4. Rozmieszczenie w terenie szpitalnych oddziałów ratunkowych w wojewódzkim planie zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych wojewoda uzgadnia z właściwą Kasą Chorych.
5. W przypadku współdziałania w celu utworzenia wspólnego centrum powiadamiania ratunkowego na podstawie porozumienia, o którym mowa w art. 19 ust. 3, plan, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt. 3, tworzy się dla wszystkich powiatów objętych zasięgiem działania wspólnego centrum powiadamiania ratunkowego.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, tryb tworzenia powiatowych,

wojewódzkich oraz krajowych rocznych planów zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, uwzględniające strukturę i rodzaj zagrożeń na danym obszarze, strukturę geograficzną danego obszaru oraz strukturę demograficzną populacji, jak również rodzaj i strukturę posiadanego potencjału ratowniczego na danym obszarze i optymalny model systemu dla danego obszaru.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe elementy planów działań ratowniczych, uwzględniając sposób współdziałania jednostek systemu z innymi jednostkami i służbami uczestniczącymi w medycznej akcji ratowniczej, w szczególności z jednostkami krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego i Policji, oraz zasady funkcjonowania systemu w przypadku zdarzeń masowych.

### **Rozdział 3**

#### **Zasady działania systemu**

##### **Art. 23.**

1. Jednostkami systemu są:
  - 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
  - 2) zespoły ratownictwa medycznego.włączone do systemu na podstawie art. 24.
2. W szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach ratownictwa medycznego udziela się świadczeń zdrowotnych w ramach podejmowanych medycznych działań ratowniczych.
3. Jednostki systemu stosują odpowiednie do postawionych zadań medyczne procedury ratownicze oraz posiadają wyposażenie pozwalające na realizację tych zadań.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
  - 1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych
  - 2) szczegółowe zadania zespołów ratownictwa medycznego,

- 3) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji w strukturze szpitala oraz warunków technicznych i budowlanych, jakim powinien odpowiadać szpitalny oddział ratunkowy,
- 4) strukturę organizacyjną szpitalnego oddziału ratunkowego
- 5) standardy medycznych procedur ratowniczych,
- 6) rodzaje zespołów ratownictwa medycznego oraz niezbędne wymagania w zakresie ich składu osobowego i wyposażenia,
- 7) dodatkowe wymagania w zakresie wyposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych, uwzględniając w ramach zadań - wiedzę i praktykę w zakresie zarządzania i systemów informacyjnych w ochronie zdrowia, w ramach wymagań dotyczących lokalizacji, warunków technicznych i budowlanych oraz struktury organizacyjnej szpitalnego oddziału ratunkowego – względy zabezpieczenia sprawności prowadzenia medycznych działań ratowniczych, w ramach standardów - aktualny stan wiedzy medycznej, obejmujący w szczególności osiągnięcia w zakresie medycyny ratunkowej na świecie, i dorobek innych państw w zakresie określenia standardów medycznych procedur ratowniczych, w ramach rodzajów zespołów ratownictwa medycznego oraz niezbędnych wymagań w zakresie ich składu osobowego i wyposażenia - niezbędne kwalifikacje i liczbę osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego oraz minimalne wymagania techniczne i niezbędne wyposażenie środków transportu zespołów ratownictwa medycznego oraz w ramach wymagań w zakresie wyposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych - wymagania dotyczące warunków technicznych i budowlanych, jakim powinien odpowiadać szpitalny oddział ratunkowy, strukturę organizacyjną szpitalnego oddziału ratunkowego oraz minimalne wyposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego w wyroby medyczne.

#### **Art. 24.**

1. Do systemu mogą być włączone szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego, których lokalizacja jest zgodna z wojewódzkim planem zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, spełniające wymagania, o których mowa w art. 23 ust. 4, oraz zdolne do:
  - 1) wykonywania medycznych działań ratowniczych w ramach systemu,
  - 2) zachowania spójności i ciągłości procedur ratowniczych,



- 3) zachowania podległości w ramach systemu,
  - 4) koordynacji medycznych działań ratowniczych, podejmowanych wspólnie z innymi jednostkami systemu, poprzez zapewnienie odpowiedniego standardu procedur ratowniczych i wyposażenia,
  - 5) właściwego dokumentowania przeprowadzonych medycznych działań ratowniczych,
  - 6) przestrzegania zasady dyspozycyjności.
2. Włączenie do systemu jednostki, o której mowa w ust. 1, odmowa włączenia, wyłączenie jednostki z systemu oraz odmowa wyłączenia następuje w formie decyzji właściwego wojewody, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4. Wojewoda podejmuje decyzję o włączeniu jednostki do systemu w oparciu o wojewódzki plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych w części określającej liczbę i lokalizację jednostek systemu.
  3. Włączenie do systemu jednostek lotniczych służb ratowniczych, odmowa włączenia, wyłączenie jednostki z systemu oraz odmowa wyłączenia następuje w formie decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia.
  4. Włączenie do systemu jako zespołów ratownictwa medycznego lotniczych grup poszukiwawczo-ratowniczych podległych Ministrowi Obrony Narodowej następuje w drodze porozumienia ministra właściwego do spraw zdrowia z Ministrem Obrony Narodowej.
  5. Jednostki, o których mowa w ust. 3 i 4, muszą spełniać wymagania określone dla zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w ustawie.
  6. Włączenie jednostki do systemu następuje na wniosek dysponenta jednostki ubiegającej się o włączenie do systemu, z tym że włączenie zespołu ratownictwa medycznego do systemu następuje po przeprowadzeniu konkursu ofert. Konkursu nie przeprowadza się w stosunku do lotniczych grup poszukiwawczo-ratowniczych, o których mowa w ust. 4.
  7. Konkurs przeprowadza organ uprawniony do wydania decyzji o włączeniu jednostki do systemu.
  8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb składania ofert przez zespoły ratownictwa medycznego, sposób przeprowadzania konkursu oraz zgłaszania i rozpatrywania skarg i protestów związanych z tymi czynnościami, uwzględniając wymagania zabezpieczenia równości jednostek ubiegających się o włączenie do systemu.

9. Wyłączenie jednostki z systemu może nastąpić na wniosek dysponenta jednostki lub z urzędu. Wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia podejmuje z urzędu decyzję o wyłączeniu jednostki z systemu, jeżeli jednostka nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 12 ust. 2, art. 23 ust. 4 lub art. 25, bądź utraciła zdolności określone w ust. 1.
10. Rejestr jednostek systemu prowadzi wojewoda, z zastrzeżeniem ust. 11.
11. Rejestr włączonych do systemu jednostek lotniczych służb ratowniczych oraz lotniczych grup poszukiwawczo ratowniczych prowadzi minister właściwy do spraw zdrowia
12. Rejestry, o których mowa w ust. 10 i 11, są jawne i dostępne do wglądu dla osób trzecich.
13. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, dane objęte rejestrami, o których mowa w ust. 10 i 11, wzory rejestrów, tryb dokonywania wpisów i zmian w rejestrze oraz wykreśleń z rejestru, uwzględniając w szczególności kwalifikacje personelu, standardy wyposażenia oraz dane dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej.

#### **Art. 25.**

Minister właściwy do spraw zdrowia i właściwy wojewoda podejmują działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia od dnia 1 stycznia 2004 r. następujących parametrów czasu przybycia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego centrum powiadamiania ratunkowego:

- 1) mediana czasu dojazdu - w skali każdego miesiąca - jest nie większa niż 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza aglomeracją miejską,
- 2) trzeci kwartyl czasu dojazdu - w skali każdego miesiąca - jest nie większy niż 12 minut w aglomeracji miejskiej i 20 minut poza aglomeracją miejską,
- 3) maksymalny czas dojazdu nie może być dłuższy niż 20 minut w aglomeracji miejskiej i 30 minut poza aglomeracją miejską,

przy czym przyjmuje się, że 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dojazdu w skali każdego miesiąca nie bierze udziału w naliczaniu parametrów określonych w pkt 1-3, z dodatkowym zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

**Art. 26.**

1. Kierowanie medycznymi działaniami ratowniczymi rozpoczyna się z chwilą zawiadomienia centrum powiadamiania ratunkowego.
2. Medycznymi działaniami ratowniczymi kieruje lekarz ratunkowy zespołu ratownictwa medycznego, który przybył pierwszy na miejsce zdarzenia.
3. Do czasu przybycia na miejsce zdarzenia lekarza ratunkowego, o którym mowa w ust. 2, dyspozytor medyczny centrum powiadamiania ratunkowego może wyznaczyć jako kierującego medycznymi działaniami ratowniczymi innego lekarza ratunkowego, niż określony w ust. 2, a w szczególnie uzasadnionym przypadku innego lekarza, nie będącego lekarzem ratunkowym, w szczególności lekarza, który przybył pierwszy na miejsce zdarzenia.
4. Do czasu przybycia na miejsce zdarzenia zespołu ratownictwa medycznego lub do czasu wyznaczenia osoby, o której mowa w ust. 3, kierującym medycznymi działaniami ratowniczymi jest dyspozytor medyczny centrum powiadamiania ratunkowego.
5. Podczas zdarzeń, w których prowadzone są także działania w zakresie gaszenia pożarów, ratownictwa chemicznego, ekologicznego lub technicznego, kierowanie jest prowadzone przez kierującego działaniem ratowniczym w rozumieniu przepisów o ochronie przeciwpożarowej i krajowym systemie ratowniczo-gaśniczym.
6. W sytuacjach, o których mowa w ust. 5, lekarz ratunkowy koordynuje medyczne działania ratownicze i wspomaga kierującego działaniem ratowniczym.

**Art. 27.**

1. Jednostki systemu obowiązane są prowadzić dokumentację medycznych działań ratowniczych, będącą dokumentacją medyczną w rozumieniu art. 18 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i poz. 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz. 45), z zastrzeżeniem ust. 2.

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

- 1) dodatkowe dane, jakie powinny znaleźć się w dokumentacji medycznych działań ratowniczych,
- 2) szczególne wymagania w zakresie sposobu prowadzenia, udostępnienia i przechowywania dokumentacji medycznych działań ratowniczych,

uwzględniając dane i wymagania wynikające ze szczególnych warunków organizacyjnych procesu podejmowania medycznych działań ratowniczych, a w szczególności określenie lokalizacji zdarzenia powodującego stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, wskazanie centrum powiadamiania ratunkowego, które przyjęło zgłoszenie, wskazanie jednostek systemu podejmujących medyczne działania ratownicze na wezwanie centrum powiadamiania ratunkowego, określenie czasu przyjęcia zgłoszenia przez centrum powiadamiania ratunkowego, przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia i przyjęcia pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz sposób prowadzenia dokumentacji działań zespołów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych i centrów powiadamiania ratunkowego.

#### **Art. 28.**

1. Dla realizacji zadań systemu wykorzystuje się w szczególności publiczną sieć telekomunikacyjną.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych oraz ministrem właściwym do spraw łączności określi, w drodze rozporządzenia, organizację systemu łączności na potrzeby systemu, a w szczególności:
  - 1) procedury łączności pomiędzy miejscem zdarzenia a centrum powiadamiania ratunkowego,
  - 2) procedury łączności wewnątrz systemu,
  - 3) procedury łączności pomiędzy systemem i świadczeniodawcami usług medycznych,
  - 4) organizację systemu kierowania połączeń inicjowanych za pomocą numerów alarmowych do właściwych terytorialnie centrów powiadamiania ratunkowego

uwzględniając zadania operatora systemu łączności oraz system łączności przywoławczej przewodowej i bezprzewodowej, łączności wewnątrz systemowej i łączności zewnętrznej oraz standardy istniejące w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

**Art. 29.**

1. W przypadku powstania nagłego zagrożenia życia lub zdrowia w pomieszczeniach misji dyplomatycznej, urzędu konsularnego lub instytucji międzynarodowej, korzystającej z immunitetu dyplomatycznego lub konsularnego, prowadzenie medycznych działań ratowniczych przez jednostkę systemu jest dopuszczalne po uprzednim uzyskaniu zgody odpowiednio szefa misji dyplomatycznej, kierownika urzędu konsularnego lub kierownika instytucji międzynarodowej.
2. W przypadku powstania nagłego zagrożenia życia lub zdrowia na terenach zamkniętych w rozumieniu przepisów prawa budowlanego, prowadzenie medycznych działań ratowniczych przez jednostkę systemu jest dopuszczalne po uprzednim uzyskaniu zgody osoby upoważnionej.

**Art. 30.**

1. Medyczne działania ratownicze w jednostkach systemu podejmują:
  - 1) lekarz ratunkowy,
  - 2) pielęgniarka ratunkowa,
  - 3) ratownik medyczny.
2. Tryb nabywania kwalifikacji lekarza ratunkowego oraz pielęgniarki ratunkowej określają przepisy o zawodzie lekarza oraz przepisy o zawodach pielęgniarki i położnej.
3. Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która:
  - 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz
  - 2) uzyskała w kraju dyplom ukończenia wyższych studiów zawodowych w zakresie ratownictwa medycznego, bądź uzyskała za granicą dyplom uznany w kraju za równorzędny, lub
  - 3) uzyskała tytuł ratownika medycznego na dotychczas obowiązujących zasadach w policealnych szkołach medycznych przed 30 września 2003 r.- w zakresie, o którym mowa w ust. 7.
4. Minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia uwzględni w minimalnych wymaganiach programowych wyższych studiów zawodowych dla kierunków kształcących ratowników medycznych zakres wiedzy niezbędnej dla przygotowania zawodowego ratowników medycznych.

5. Osoby, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do stałego aktualizowania swojej wiedzy zawodowej nie rzadziej niż raz na cztery lata, w formie kursów doskonalenia zawodowego, potwierdzonych dyplomem lub świadectwem ukończenia, organizowanych przez ośrodki nauczające.
6. W przypadku gdy osoby, o których mowa w ust. 1, są pracownikami, zapewnienie wykonywania obowiązku określonego w ust. 5 jest obowiązkiem pracodawcy.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, zakres medycznych działań ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, samodzielnie lub pod nadzorem lekarza ratunkowego, uwzględniając minimalne wymagania programowe wyższych studiów zawodowych dla ratowników medycznych, oraz aktualny stan wiedzy w zakresie medycyny ratunkowej.

### **Art. 31.**

1. Jednostki systemu używają oznaczenia systemu.
2. Oznaczenie systemu może być używane wyłącznie dla oznaczenia osób wykonujących medyczne działania ratownicze oraz jednostek systemu i centrów powiadamiania ratunkowego.
3. Wzór graficznego systemu identyfikacji Państwowego Ratownictwa Medycznego, będącego oznaczeniem systemu, stanowi załącznik do ustawy.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób oznakowania kierującego medycznymi działaniami ratowniczymi, osób wykonujących medyczne działania ratownicze oraz jednostek systemu i centrów powiadamiania ratunkowego, uwzględniając zapewnienie możliwości rozpoznania rodzaju funkcji i zadań wykonywanych w systemie przez oznaczone osoby i jednostki.

### **Art. 32.**

1. Jednostki systemu biorące udział w medycznych działaniach ratowniczych współdziałają z:
  - 1) jednostkami krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego i Policji - na zasadach określonych w przepisach o ochronie przeciwpożarowej dotyczących krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego oraz w przepisach o Policji,
  - 2) z pododdziałami Sił Zbrojnych - na zasadach określonych w odrębnych przepisach,

- 3) organizacjami społecznymi i stowarzyszeniami, w szczególności z Górkim Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Tatrzańskim Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym, Wodnym Ochotniczym Pogotowiem Ratunkowym, z Polskim Czerwonym Krzyżem oraz z ochotniczymi strażami pożarnymi – na zasadach określonych w umowie zawartej między organem administracji publicznej, o którym mowa w art. 14 ust. 1, i organizacją społeczną lub stowarzyszeniem  
- z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W ramach współdziałania, o którym mowa w ust. 1, osoby uprawnione do podejmowania medycznych działań ratowniczych w jednostkach systemu współpracują z osobami, będącymi pracownikami albo funkcjonariuszami jednostek, o których mowa w ust. 1 pkt 1 lub członkami organizacji społecznych i stowarzyszeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3, które posiadają kwalifikacje ratownika przedmedycznego, lub kwalifikacje osób uprawnionych do podejmowania medycznych działań ratowniczych w rozumieniu ustawy.
3. Jednostki biorące udział w działaniach ratowniczych w transporcie morskim, lotniczym oraz górnictwie podlegają odrębnym przepisom.

### **Art. 33.**

1. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, programy:
  - 1) kursów doskonalenia zawodowego, o których mowa w art. 30 ust. 5,
  - 2) szkolenia w celu uzyskania kwalifikacji ratownika przedmedycznego,
  - 3) kursu pierwszej pomocy,uwzględniając aktualny stan wiedzy w zakresie medycyny ratunkowej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowy program kształcenia dyspozytorów medycznych uwzględniając procedury dotyczące przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu, priorytety zgłoszeń, dysponowanie środkami, koordynację działań jednostek systemu i innych jednostek, o których mowa w art. 20 ust. 1 pkt 5, postępowanie w sytuacjach kryzysowych i przekraczających możliwości organizacyjne centrum, gromadzenie i ewidencjonowanie danych oraz prowadzenie dokumentacji centrum powiadamiania ratunkowego, a także znajomość topografii obszaru i znajomości sprzętu.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kryteria kwalifikacji ośrodków nauczających, prowadzących:

- 1) kursy doskonalenia zawodowego, o których mowa w art. 30 ust. 5,
  - 2) kształcenie dyspozytorów medycznych,
  - 3) szkolenia w celu uzyskania kwalifikacji ratownika przedmedycznego, uwzględniając wymagania w zakresie zaplecza dydaktycznego i sprzętowego.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, kwalifikacje, jakie powinna posiadać osoba przeprowadzająca kurs pierwszej pomocy, uwzględniając wykształcenie medyczne oraz ukończone kursy lub szkolenia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia podaje do publicznej wiadomości w drodze obwieszczenia ogłaszanego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” listę ośrodków nauczających, o których mowa w ust. 3.

## **Rozdział 4**

### **Zasady finansowania systemu**

#### **Art. 34.**

1. Świadczenia zdrowotne przedszpitalne są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody na podstawie umów zawieranych z dysponentami jednostek (zespołów ratownictwa medycznego), z zastrzeżeniem ust. 2 i 3. Świadczenia te są finansowane w formie zryczałtowanej stawki dobowej.
2. Świadczenia zdrowotne przedszpitalne udzielane przez jednostki lotniczych służb ratowniczych są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie umów zawieranych z dysponentami jednostek.
3. Świadczenia zdrowotne przedszpitalne udzielane przez lotnicze grupy poszukiwawczo-ratownicze są finansowane z budżetu państwa z części pozostającej w dyspozycji Ministra Obrony Narodowej.
4. Koszt udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach medycznych działań ratowniczych, z wyjątkiem świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom nie objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz kosztów transportu i udzielania świadczeń zdrowotnych na miejscu zdarzenia i w środku transportu, ponosi właściwa Kasa Chorych.



5. Podstawę do planowania środków w budżecie państwa na świadczenia zdrowotne przedszpitalne stanowią:
  - 1) wojewódzkie plany zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, w części określającej liczbę i lokalizację zespołów ratownictwa medycznego,
  - 2) krajowy plan zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych w stosunku do świadczeń zdrowotnych przedszpitalnych udzielanych przez jednostki lotniczych służb ratowniczych
    - z uwzględnieniem wielkości środków, które dysponenti jednostek (zespołów ratownictwa medycznego) uzyskują z Kas Chorych na podstawie ust.10.
6. Organy uprawnione do wydawania decyzji o włączeniu zespołów ratownictwa medycznego do systemu zawierają umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przedszpitalnych z dysponentami jednostek systemu (zespołów ratownictwa medycznego), które spełniają wymagania, o których mowa w ustawie i w przepisach odrębnych. Umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych przedszpitalnych nie zawiera się z lotniczymi grupami poszukiwawczo-ratowniczymi.
7. Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przedszpitalnych, o których mowa w ust. 5, powinny określać w szczególności:
  - 1) rodzaj i zakres udzielanych świadczeń,
  - 2) zasady rozliczeń z dysponentami jednostek,
  - 3) maksymalną kwotę zobowiązania budżetu państwa wobec dysponenta jednostki,
  - 4) zasady kontroli jakości, zasadności i dostępności świadczeń oraz realizacji umów,
  - 5) zasady rozpatrywania kwestii spornych, zażaleń, przeprowadzania i udokumentowania postępowania kontrolnego oraz wydawania wniosków pokontrolnych,
  - 6) sposób informowania odpowiednio wojewody albo ministra właściwego do spraw zdrowia o wielkości środków uzyskiwanych z Kas Chorych na podstawie ust. 10.
8. Przy zawieraniu umów odpowiednio wojewoda albo minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia wielkość środków uzyskanych z Kas Chorych w roku ubiegłym na podstawie ust. 10.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) górny i dolny limit zryczałtowanej stawki dobowej w zależności od rodzaju zespołu ratownictwa medycznego,
  - 2) algorytm określenia zryczałtowanej stawki dobowej, uwzględniając w ramach limitów - koszty eksploatacyjne środka transportu, wynagrodzenie personelu, koszty amortyzacji środka transportu i wyrobów medycznych, w ramach algorytmu - gęstość zaludnienia na obszarze działania zespołu ratownictwa medycznego, ilość świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach podejmowanych przez zespół ratownictwa medycznego medycznych działań ratowniczych w poprzednim roku budżetowym oraz średnią odległość pokonywaną przez zespół ratownictwa medycznego w ramach jednego wyjazdu albo lotu w poprzednim roku budżetowym.
10. Jeżeli przyczyną wezwania zespołu ratownictwa medycznego nie był stan nagłego zagrożenia życia lub zdrowia zakończony hospitalizacją lub diagnostyką w szpitalnym oddziale ratunkowym, a pacjentowi udzielono jedynie świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia, właściwa Kasa Chorych ponosi koszt udzielania świadczeń zdrowotnych i przejazdu albo przelotu zespołu na miejsce zdarzenia.
  11. Jeżeli na miejscu zdarzenia lub w czasie transportu przez zespół ratownictwa medycznego nastąpił zgon pacjenta, koszt udzielonych świadczeń zdrowotnych ponosi budżet państwa w ramach zryczałtowanej stawki dobowej, o której mowa w ust. 1.
  12. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów określi, w drodze rozporządzenia, sposób rozliczeń między dysponentem jednostki i Kasą Chorych w przypadkach, o których mowa w ust. 10, uwzględniając czas trwania interwencji, rodzaj zespołu ratownictwa medycznego oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych.
  13. Świadczenia zdrowotne udzielane w szpitalu i świadczenia zdrowotne poszpitalne dla osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, udzielane w ramach medycznych działań ratowniczych i po wykonaniu medycznych działań ratowniczych, są finansowane na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 i Nr 75, poz. 468, z 1998 r. Nr 117, poz. 756, Nr 137, poz. 887, Nr 144, poz. 929 i Nr 162, poz. 1116, z 1999 r. Nr 45, poz. 439, Nr 49, poz. 483, Nr 63, poz. 700, Nr 70, poz. 777, Nr 72, poz. 802, Nr 109, poz. 1236 i Nr 110, poz. 1255 i 1256, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 18, poz. 230, Nr 95, poz. 1041 i Nr 122, poz. 1311 i 1324 oraz z 2001 r. Nr 8, poz. 64).

14. Leczenie szpitalne i świadczenia zdrowotne poszpitalne dla osób nie objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym są finansowane na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

#### **Art. 35.**

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego zapewniają finansowanie nakładów inwestycyjnych pozwalających na utworzenie i modernizację:
  - 1) zespołów ratownictwa medycznego - w liczbie właściwej dla spełnienia wymagań, określonych w art. 25, poprzez udział w finansowaniu zakupów i modernizacji środków transportu oraz ich niezbędnego wyposażenia,
  - 2) szpitalnych oddziałów ratunkowych - w liczbie nie mniejszej niż jeden szpitalny oddział ratunkowy na 100-300 tys. mieszkańców, poprzez udział w finansowaniu wyposażenia w standardowe wyroby medyczne,
  - 3) centrów powiadamiania ratunkowego w części pozwalającej na wykonywanie zadań określonych w art. 20 ust. 1, poprzez udział w finansowaniu wyposażenia w sprzęt komputerowy i środki łączności.
2. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, jest dokonywane na podstawie programów wieloletnich ustanawianych przez Radę Ministrów na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych, dotyczących rozwoju ratownictwa medycznego, w formie dotacji celowej z budżetu państwa na rzecz właściwego dysponenta jednostki.

#### **Art. 36.**

1. Zadania wojewody określone w art. 16 ust. 1 są finansowane z części budżetu państwa, pozostającej w dyspozycji właściwego wojewody.
2. Podstawę do planowania środków na finansowanie działalności bieżącej centrów powiadamiania ratunkowego stanowią powiatowe i wojewódzkie plany zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych.

## **Rozdział 5**

### **Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe**

#### **Art. 37.**

W ustawie z dnia z dnia 18 lipca 1950 r. o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia (Dz. U. Nr 36, poz. 332, z 1989 r. Nr 30, poz. 158 oraz z 1991 r. Nr 41, poz. 178 i 179) w art. 1 w ust. 1 po wyrazie „położnych” stawia się przecinek i dodaje się wyrazy „ratowników medycznych”.

#### **Art. 38.**

W ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. Nr 81, poz. 351, z 1994 r. Nr 27, poz. 96 i Nr 89, poz. 414, z 1995 r. Nr 141, poz. 692, z 1996 r. Nr 106, poz. 496 i Nr 156, poz. 773, z 1997 r. Nr 111, poz. 725 i Nr 121, poz. 770, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1126 oraz z 2000 r. Nr 120, poz. 1268) w art. 14 w ust. 2 w pkt 8 po wyrazie „organizacji” dodaje się wyrazy „centrów powiadamiania ratunkowego i”.

#### **Art. 39.**

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i poz. 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193, Nr 120, poz. 1268 oraz z 2001 r. Nr 5, poz. 45) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 28 otrzymuje brzmienie:

„Art. 28. Świadczenia zdrowotne w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenia życia są udzielane przez jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na zasadach określonych w ustawie z dnia ..... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”

2) art. 54 otrzymuje brzmienie:

„Art. 54. 1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może uzyskiwać środki finansowe:

- 1) z odpłatnych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umowy, chyba że przepisy odrębne stanowią inaczej,
  - 2) na realizację programów zdrowotnych lub innych zadań, w tym na niezbędne do ich wykonania wydatki inwestycyjne lub zakup specjalistycznych wyrobów medycznych, na podstawie umowy i w zakresie w niej określonym,
  - 3) z wydzielonej działalności gospodarczej innej niż wymieniona w pkt 1 i 2, jeżeli statut zakładu przewiduje prowadzenie takiej działalności,
  - 4) z darowizn, zapisów, spadków oraz ofiarności publicznej, także pochodzenia zagranicznego, z zastrzeżeniem wynikającym z art. 42.
2. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, mogą być finansowane ze środków publicznych pozostających w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia, organu, który utworzył zakład oraz jednostki samorządu terytorialnego lub innych podmiotów, uprawnionych na podstawie odrębnych przepisów.
3. Wyboru realizatora programu zdrowotnego dokonuje się w drodze konkursu ofert, przeprowadzanego przez dysponenta środków publicznych.
4. O przeprowadzeniu konkursu ofert, o którym mowa w ust. 3, dysponent środków publicznych ogłasza w swojej siedzibie co najmniej na 30 dni przed wyznaczonym upływem terminu składania ofert.
5. W ogłoszeniu, o którym mowa w ust. 4, określa się w szczególności:
- 1) przedmiot konkursu ofert,
  - 2) wymagania stawiane oferentom, niezbędne do realizacji programu zdrowotnego,
  - 3) termin i miejsce składania ofert.
6. W zakresie nieuregulowanym w niniejszej ustawie do trybu przeprowadzenia konkursu ofert i zawarcia umów o realizację programu zdrowotnego stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące przetargu pisemnego.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki przekazywania samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej środków publicznych na realizację zadań, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, a także sposób rozliczania tych środków oraz sprawowania kontroli nad prawidłowością ich

wykorzystania - z uwzględnieniem sporządzania przez zakład planu rzeczowo-finansowego zadania, rodzaju wydatków, jakie mogą być finansowane oraz istotnych elementów umowy o realizację zadania.

8. Do warunków i trybu przekazywania środków publicznych, o których mowa w ust. 2, przez dysponentów tych środków, nie mają zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych.”,

3) po art. 54 dodaje się art. 54a w brzmieniu:

„Art. 54a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, organ, który utworzył samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej lub jednostka samorządu terytorialnego, mogą przenieść nieodpłatnie na zasadach określonych w Kodeksie cywilnym, na rzecz tego zakładu, własność środków rzeczowych zakupionych w trybie zamówień publicznych, w szczególności wyroby medyczne lub produkty lecznicze, w celach wynikających z realizacji programów zdrowotnych i wysokospecjalistycznych procedur medycznych.

2. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może wykorzystywać środki rzeczowe, o których mowa w ust. 1, w celu udzielania przez ten zakład świadczeń zdrowotnych, określonych w statucie tego zakładu, innych niż wynikające z realizacji programu zdrowotnego lub wysokospecjalistycznych procedur medycznych.

3. W przypadku wykorzystania środków trwałych, o których mowa w ust.1, w celach innych niż określone w ust.1 i 2, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest obowiązany do zwrotu podmiotowi, który przekazał te środki:

- 1) wartości przekazanych środków trwałych pomniejszonej o odpisy amortyzacyjne,
- 2) równowartości rocznych odpisów amortyzacyjnych z ostatniego roku, w którym środki te były amortyzowane - w przypadku całkowitego zamortyzowania (umorzenia) przekazanych środków trwałych.

4. W przypadku likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, wartość przekazanych środków trwałych, o których mowa w ust.1, ustalona według zasad określonych w ust.3 pkt 1, podlega zwrotowi i zwiększa zobowiązania zakładu na rzecz podmiotu, który przekazał te środki.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, warunki i tryb przekazywania samodzielnemu publicznemu zakładowi opieki zdrowotnej środków rzeczowych, o których mowa w ust. 1, oraz sposób kontroli ich wykorzystania,

z uwzględnieniem w szczególności zasady celowości oraz istotnych elementów umowy o przekazanie tych środków.”,

3) w art. 55 dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Dotacje na cele określone w ust. 1 pkt 1-3 może przyznać minister właściwy do spraw zdrowia również dla samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w stosunku do którego nie jest organem który utworzył zakład.”,

4) w art. 57 po wyrazie „dary” dodaje się wyrazy „i inne rzeczowe składniki majątkowe przekazane na podstawie art. 54a ust. 1”.

#### **Art. 40.**

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 60, poz. 698, Nr 94, poz. 1037 i Nr 120, poz. 1268) w art. 50 wprowadza się następujące zmiany:

1) w ust. 3 po wyrazach „z zastrzeżeniem” dodaje się wyrazy „ust. 5d oraz”,

2) po ust. 5c dodaje się ust. 5d w brzmieniu:

„5d. Wykonywanie funkcji lekarza koordynatora medycznego, w rozumieniu ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...), na podstawie umowy o pracę lub na podstawie umowy cywilnoprawnej nie jest równoznaczne z indywidualną praktyką lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską.”.

#### **Art. 41.**

W ustawie z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 1999 r. Nr 82, poz. 928, z 2000 r. Nr 12, poz. 136, Nr 48, poz. 550, Nr 62, poz. 718, Nr 70, poz. 816, Nr 73, poz. 852, Nr 109, poz. 1158, Nr 122, poz. 1314 i 1321 oraz z 2001 r. Nr 3, poz. 18 i Nr 5, poz. 43) w art. 33 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dział zdrowie obejmuje sprawy:

- 1) ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej,
- 2) nadzoru nad produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi,
- 3) organizacji i nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- 4) zawodów medycznych,
- 5) warunków sanitarnych oraz nadzoru sanitarnego,
- 6) lecznictwa uzdrowiskowego,

- 7) koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń leczniczych.”.

**Art. 42.**

Ilekcroć w obowiązujuących przepisach jest mowa o kursie pierwszej pomocy, należy przez to rozumieć szkolenie z zakresu podejmowania czynności, o których mowa w art. 3 pkt. 3.

**Art. 43.**

1. Do 31 grudnia 2007 r. osobami uprawnionymi do podejmowania medycznych działań ratowniczych w jednostkach systemu są:
  - 1) lekarze ratunkowi, lekarze odbywający specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej, lekarze posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii, chirurgii, interny i pediatrii,
  - 2) pielęgniarki ratunkowe, pielęgniarki odbywające specjalizację w pielęgniarstwie ratunkowym, pielęgniarki specjalistki z anestezjologii, chirurgii, interny, pediatrii, oraz pielęgniarki posiadające co najmniej 3 letni staż pracy w tych specjalnościach.
  - 3) ratownicy medyczni, spełniający wymagania określone w art. 30.
2. Po wejściu w życie ustawy nie przeprowadza się naboru do policealnych szkół dla ratowników medycznych.

**Art. 44.**

1. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego istniejące w dniu wejścia w życie ustawy i spełniające wymagania w niej określone, po złożeniu wniosku przez dysponenta jednostki mogą stać się jednostkami systemu i uzyskać wpis do rejestru tych jednostek, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Przepis ust. 1 nie dotyczy lotniczych grup poszukiwawczo-ratowniczych.
3. Centra powiadamiania ratunkowego spełniające wymagania określone w ustawie z dniem wejścia w życie ustawy stają się centrami powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy.

**Art. 45.**

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2002 r.



Załącznik do ustawy z  
dnia.....o Państwowym  
Ratownictwie Medycznym  
(poz. ....)

Wzór  
graficznego systemu identyfikacji  
Państwowego Ratownictwa Medycznego



## Uzasadnienie

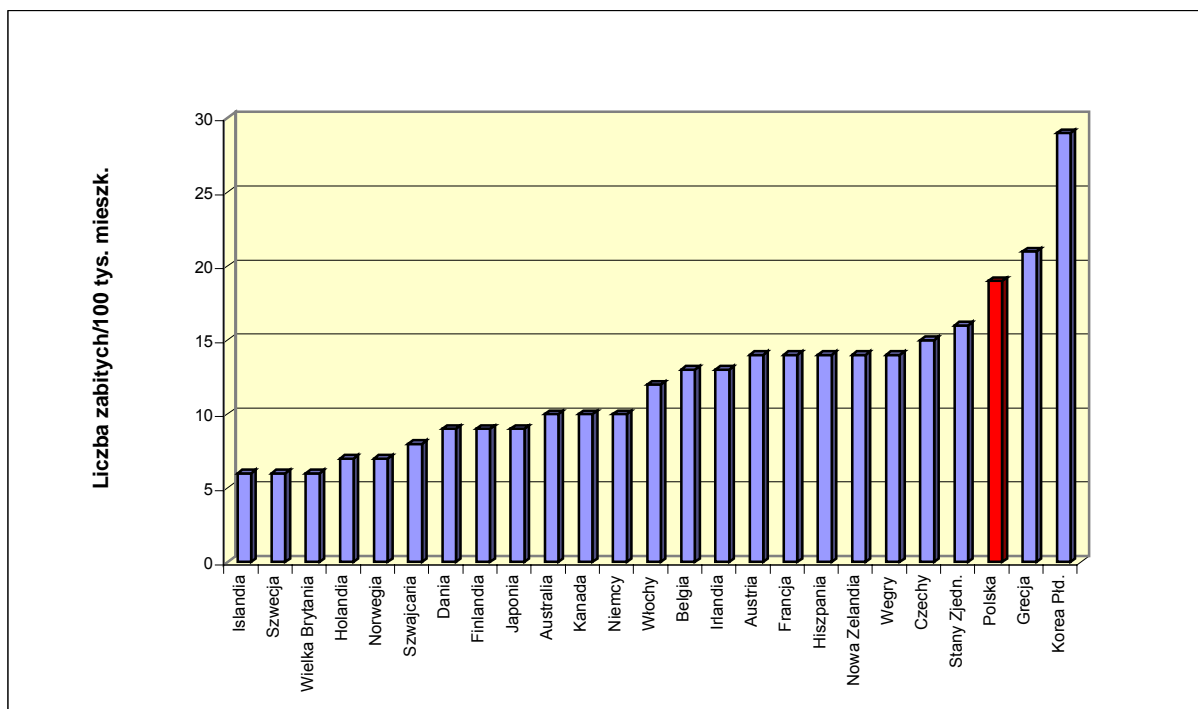
Przesłaniem do opracowania projektu ustawy był stan funkcjonowania pomocy doraźnej w kraju.

Opierając się na danych dotyczących działania pomocy doraźnej, takich jak czas dotarcia karetki do chorego, wskaźnik zgonów w okresie przedszpitalnym, można jednoznacznie stwierdzić, że w Polsce nie ma systemu ratownictwa medycznego, który gwarantowałby udzielenie specjalistycznej pomocy, koniecznej do ratowania zdrowia i życia ofiarom wypadków, katastrof i nagłych zachorowań.

W tej chwili w stosunku do 41 procent ofiar wypadków specjalistyczne leczenie szpitalne rozpoczyna się po ponad 3 godzinach. Ma to bezpośredni wpływ na wskaźniki śmiertelności urazowej:

17 ofiar śmiertelnych/100 000 mieszkańców, podczas gdy będące w czołówce pod względem bezpieczeństwa ruchu kraje europejskie osiągnęły już poziom 6 (Norwegia, Wielka Brytania, Szwecja),

12.5 ofiar śmiertelnych/100 wypadków drogowych, podczas gdy w krajach Unii Europejskiej wskaźnik ten wynosi niewiele ponad 3.



Rys.1 Śmiertelne ofiary wypadków drogowych na 100 tys. mieszkańców w krajach OECD

W Polsce 62,4 procent zgonów okołowypadkowych następuje w okresie przedszpitalnym, w porównaniu do 31 procent w Unii Europejskiej.

W grupie mężczyzn do 44 roku życia i wśród dzieci urazy stanowią pierwszą przyczynę zgonów.

Straty ekonomiczne z tytułu wypadków szacuje się na około 2.7 % PKB, (około 6 miliardów USD rocznie)

Również w przypadku chorób układu krążenia sytuacja nie jest zadowalająca. W tej chwili choroby układu krążenia są przyczyną 52.7 % wszystkich zgonów. Około 38% zgonów jest spowodowane samymi chorobami serca. Tylko około 40 % chorych z zawałem serca w chwili obecnej ma szansę przeżycia. Wynika to w pewnej mierze, podobnie jak w przypadku urazów z nieadekwatnej do potrzeb liczby karetek i późnego rozpoczynania specjalistycznego leczenia.

Trzecią co do częstości przyczyną zgonów w Polsce są udary mózgu. Objawy udaru występują u około 60 tysięcy osób w ciągu roku. Spośród nich w ciągu 12 miesięcy od zachorowania umiera 60% osób. Jednym z podstawowych założeń narodowego programu profilaktyki i leczenia udarów mózgu jest skrócenie okresu dostępu do specjalistycznego leczenia do 1 godziny od zachorowania. Pozwoliłoby to na zmniejszenie odsetka zgonów o ok. 15 %.

Działania podmiotów zajmujących się w tej chwili ratownictwem (Pogotowie Ratunkowe, niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej) nie są zharmonizowane i – w efekcie – nie gwarantują kompleksowej i stosownej do potrzeb pomocy medycznej. Gwarancję bezpieczeństwa ma dać wprowadzany ustawą system, na który składają się centra powiadamiania ratunkowego i szpitalne oddziały ratunkowe zintegrowane w działaniu z zespołami ratownictwa medycznego. Ich współdziałanie pozwoli na rozpoczęcie stosownego do rodzaju zagrożenia życia leczenia szpitalnego w czasie krótszym niż jedna godzina.

Skrócenie czasu, jaki mija od pojawienia się stanu zagrożenia życia do podjęcia specjalistycznego leczenia obniży wskaźnik śmiertelności w wyniku wypadków – tutaj rokowania, co do życia i zdrowia chorej osoby ściśle zależą od chwili zdarzenia do momentu rozpoczęcia leczenia. Stąd termin „złota godzina”.

Kluczowy dla szans przeżycia zagrożonego człowieka jest moment przyjmowania zgłoszenia o wypadku lub innym zdarzeniu, najczęściej nagłym zachorowaniu. Teraz ok. 35 procent zespołów wyjazdowych nie spełnia standardu karetki R (reanimacyjnej) lub W (wypadkowej). Zdarza się, że do stanu zagrożenia życia wysyłany jest zespół bez odpowiedniego wyposażenia, nie mogący rozpocząć profesjonalnych działań ratowniczych na miejscu zdarzenia.

To się zmieni, gdy zespoły ratownictwa medycznego zostaną rozmieszczone na terenie całego kraju w oparciu o plany zabezpieczenia ratunkowego, a ich interwencje będą dysponowane z centrów powiadamiania ratunkowego. Dyżurujący w CPR, przygotowani merytorycznie dyspozytorzy będą mogli korzystać z pomocy lekarza koordynatora. To sprawi, że potrzebujący specjalistycznej pomocy medycznej będą mogli ją otrzymać w czasie dającym szansę na zachowanie zdrowia i życia. Jako zespoły ratownictwa medycznego będą mogły – pod warunkiem spełnienia standardów technicznych i medycznych – funkcjonować jednostki wszystkich działających teraz podmiotów w liczbie określonej planem zabezpieczenia działań ratowniczych.

Kolejnym problemem, z jakim nie może sobie poradzić pomoc doraźna jest kierowanie chorych w stanie zagrożenia życia do odpowiednich placówek. Pacjenci wymagający specjalistycznej, natychmiastowej pomocy lekarskiej nie zawsze powinni trafiać do najbliższego miejsca zdarzenia szpitala, gdyż może on nie mieć koniecznego wyposażenia i specjalistów.

Osobną kwestią jest organizacja i wyposażenie izb przyjęć. W dużej ich części (ok. 40 procentach istniejących placówek) nie ma sprzętu pozwalającego na wstępną stabilizację podstawowych parametrów życiowych. Brak wyposażenia sprawia, że zabiegi stabilizujące czynności życiowe są opóźnione o czas przewiezienia chorego do oddziału docelowego, co w przypadkach zagrożenia życia kilkukrotnie zmniejsza szanse chorych na przeżycie. Jeśli przyjmiemy, że 80 procent zgonów w wypadkach należy do grupy tzw. wczesnych (do 3-4 godzin od urazu) staje się oczywiste, jak bardzo istotną rolę odgrywa czas rozpoczęcia definitywnego leczenia.

Najczęściej jest tak, że pacjent przywożony jest do izby przyjęć, natomiast sprzęt i personel konieczny do wstępnej diagnostyki i leczenia jest rozproszony w innych częściach szpitala: respirator i anestezjolog w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej, aparat rtg w dziale diagnostyki obrazowej (najczęściej na innym piętrze), laboratorium analityczne jeszcze gdzie indziej, a sala operacyjna czy zabiegowa i chirurg na trakcie operacyjnym.

Poza tym, jeżeli pacjent jest wstępnie zaopatrzony przy użyciu sprzętu będącego własnością pogotowia (unieruchomiony przy użyciu materaca próżniowego czy deski ortopedycznej lub wentylowany przy użyciu respiratora transportowego), to w izbie przyjęć dochodzi do wymiany sprzętu, co może tylko potęgować potencjalne urazy. Samo to jest już niebezpieczne dla zdrowia i życia pacjenta, nie mówiąc już o stracie cennego, w sytuacji zagrożenia życia, czasu.

Wprowadzane ustawą Państwowe Ratownictwo Medyczne, przez rozłożone w czasie, ale zaplanowane i systematyczne tworzenie nowego jakościowo systemu, opartego na szpitalnych oddziałach ratunkowych i powiązanych z nimi funkcjonalnie zespołów ratownictwa medycznego, wyposażonych w nowoczesny i kompatybilny sprzęt, stworzy optymalne warunki do ratowania zagrożonego życia pacjenta.

Na pomoc człowiekowi w stanie zagrożenia życia wyjedzie znajdujący się najbliżej niego, przygotowany według najwyższych standardów zespół, złożony z lekarza ratunkowego, pielęgniarki ratunkowej lub ratownika medycznego i przeszkolonego do poziomu ratownika przedmedycznego kierowcy. Karetka zawiezie pacjenta do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego, w którym wyposażenie i kadra medyczna pozwoli na prowadzenie specjalistycznego leczenia.

Zgodnie z obecnymi poglądami na ratownictwo medyczne musi ono obejmować wysoko kwalifikowaną opieką medyczną poszkodowanego lub chorego w stanie zagrożenia życia, od miejsca zdarzenia do leczenia szpitalnego włącznie przy zachowaniu zasady jednych noszy.

Projekt ustawy składa się z pięciu rozdziałów:

1. Przepisy ogólne,
2. Organizacja administracji publicznej w zakresie wykonywania zadań systemu,
3. Zasady działania systemu,
4. Zasady finansowania systemu
5. Zmiany w przepisach obowiązujących, przepisy przejściowe i końcowe.

Projekt ustawy określa organizację i funkcjonowanie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego, będącego częścią systemów gotowości cywilnej, zarządzania kryzysowego i ochrony zdrowia. Projekt opisuje zasady prowadzenia działań podejmowanych celem zapewnienia pomocy medycznej osobom w stanach nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Zgodnie z projektem właściwe organy

administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego, określone w art. 14, organizują system oraz zapewniają jego nieprzerwaną gotowość na obszarze kraju, województwa, powiatu.

Kompetencje i zadania polegają przede wszystkim na zarządzaniu systemem na obszarze odpowiedniej jednostki podziału terytorialnego kraju, sprawowaniu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu, odpowiednio, w zależności od organu, na przygotowywaniu, przyjmowaniu, koordynowaniu wojewódzkich i powiatowych rocznych planów zabezpieczenia ratunkowego oraz zatwierdzaniu programów ratownictwa medycznego (dotyczą one problemów systemu w okresie dłuższym niż jeden rok) i inne kompetencje określone w projekcie ustawy ( art. 15 – 18). Szczególną rolę w budowaniu systemu ratownictwa i w jego poprawnym funkcjonowaniu odgrywa samorząd powiatowy przez określenie uwarunkowań lokalnych (struktura zagrożeń, sytuacja demograficzna, geograficzna, stopień urbanizacji powiatu) koniecznych do określenia potrzeb systemu przy konstruowaniu powiatowych planów zabezpieczenia ratunkowego. Samorząd powiatowy buduje również w swych strukturach centrum powiadamiania ratunkowego, integrujące działania wszystkich służb ratunkowych na szczeblu powiatu.

System ratownictwa medycznego składa się z szeregu podmiotów przygotowanych do udzielania pomocy medycznej.

Podstawowymi podmiotami systemu są: centra powiadamiania ratunkowego (art. 19 – 21) oraz szpitalne oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego jako jednostki systemu - (art.23 – 26). Ich organizację, zadania i kompetencje osób w nich działających określają przepisy projektu ustawy.

Centra powiadamiania ratunkowego w założeniu stanowić będą zorganizowane na poziomie administracji powiatowej i podległe staroście, zintegrowane stanowiska przyjmowania wezwań ratunkowych dotyczących wszystkich służb ratowniczych oraz dysponowania i koordynacji działań zespołów ratowniczych na danym terenie. Podstawowe zadania centrum powiadamiania ratunkowego kształtują się następująco: przyjmowanie zgłoszeń alarmowych, dysponowanie jednostek ratowniczych w zależności od charakteru zdarzenia, bieżąca koordynacja działań jednostek ratowniczych z innymi służbami w tym porządkowymi i technicznymi. Ponadto zadaniem centrum będzie między innymi: zapewnienie sprawnej współpracy w zakresie ratownictwa z powiatami granicznymi, monitorowanie i analiza zagrożeń na danym terenie, ocena parametrów systemu. Obsadę personalną centrum stanowić będzie dyspozytor medyczny mający wsparcie merytoryczne w postaci pozostającego w stałej gotowości koordynatora medycznego, oraz dyspozytorzy innych służb ratowniczych.

Szpitalne oddziały ratunkowe organizowane są na bazie istniejących szpitalnych izb przyjęć. Do systemu włączane będą zespoły ratownictwa medycznego istniejące już w strukturach publicznego i niepublicznego pogotowia ratunkowego, działów pomocy doraźnej i innych (aktualnie zespoły R i W) jeśli spełnią standardy sprzętowe i merytoryczne.

Projekt ustawy w sposób szczegółowy reguluje zasady włączania do systemu poszczególnych podmiotów - po spełnieniu żądanych przez organizatora kryteriów ustalonych w projekcie ustawy i wygraniu konkursu ofert przeprowadzanego przez wojewodę - podmiot uzyskuje wpis do rejestru.( art.24).

Projekt ustawy określa także osoby działające w jednostkach systemu, którymi są: lekarz ratunkowy, pielęgniarka ratunkowa, ratownik medyczny (art.30), dyspozytor medyczny (art.21) i inne osoby biorące udział w medycznych działaniach ratunkowych. Szkolenie tych osób na wszystkich poziomach merytorycznych

rozpoczęło się w 2000 roku i już w tym roku zakończyło je 100 osób, które aktywnie włączają się w proces szkolenia. W roku 2001 rozpoczęto szkolenie kolejnej 150 osobowej grupy lekarzy, jak też wprowadzono szkolenia dyspozytorów, ratowników i pielęgniarek z zakresu medycyny ratunkowej.

Z uwagi na czas potrzebny do uzyskania przez lekarzy specjalizacji w zakresie medycyny ratunkowej, a przez pielęgniarki specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa ratunkowego (a więc w celu zagwarantowania zainteresowanym faktycznych możliwości przystosowania się do wymogów projektu ustawy) - przepisy przejściowe stanowią, od wejścia ustawy w życie do 31 grudnia 2007 roku w jednostkach systemu obok lekarzy ratunkowych, mogą działać lekarze odbywający specjalizację w medycynie ratunkowej, lekarze posiadający tytuł specjalisty II i I stopnia z anestezjologii, chirurgii, interny, i pediatrii, a obok pielęgniarek ratunkowych: pielęgniarki odbywające specjalizację w pielęgniarstwie ratunkowym, pielęgniarki posiadające tytuł specjalistki z anestezjologii, chirurgii, interny, pediatrii lub posiadające minimum 3- letnie doświadczenie zawodowe w w/w specjalnościach.

Jednocześnie do 31 grudnia 2007 osobami uprawnionymi do podejmowania medycznych działań ratowniczych w jednostkach systemu są także ratownicy medyczni (art. 42). Od 1 stycznia 2008 roku osobami wyłącznie uprawnionymi do podejmowania medycznych działań ratowniczych są osoby wymienione w art. 30.

System zapewnia każdemu człowiekowi w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia możliwość:

a) natychmiastowego wezwania pomocy (art. 5 pkt 1). Projekt przewiduje zorganizowanie centrów powiadamiania ratunkowego, dokąd spływać będą wszystkie wezwania ratunkowe. Dyspozytor medyczny, pracujący w centrum, mając bezpośrednią łączność ze wszystkimi podmiotami będzie uruchamiał właściwe i konieczne w danej sytuacji siły i środki (art.19 – 21).

b) niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych jednostek systemu (art. 4 pkt 2).

Standardy czasowe obowiązujące dla zespołów ratownictwa medycznego gwarantują krótki czas przybycia do miejsca zdarzenia, a co za tym idzie rodzą konieczność rozmieszczenia zespołów w terenie tak, aby zachować normy czasowe. Art. 35 ust. 1, pkt 2 stanowi, iż organizatorzy systemu mają zapewnić szpitalne oddziały ratunkowe w ilości nie mniejszej niż jeden szpitalny oddział ratunkowy na każde 100 - 300 tys. mieszkańców. Ilość i rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych musi uwzględniać: liczbę mieszkańców i gęstość zaludnienia, warunki geograficzno-topograficzne (w terenie górskim konieczność włączenia do systemu Górskiego Pogotowia Ratunkowego, w terenie z dużą ilością zbiorników wodnych – np. Wodnego Pogotowia Ratunkowego itp.), rodzaje lokalnych zagrożeń (na terenie gdzie znajdują się zakłady chemiczne konieczność zorganizowania i włączenia do systemu jednostek ratownictwa chemicznego). Ustawowa zasada niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwej jednostki systemu jest zagwarantowana w art. 25 projektu ustawy, zgodnie z którym dla zespołu ratownictwa medycznego przyjmuje się czas przybycia na miejsce zdarzenia: poza aglomeracją miejską do 15 minut dla 50% wezwań, w aglomeracji miejskiej do 8 minut dla 50 % wezwań (liczonych w skali miesięcznej), od chwili zgłoszenia wypadku bądź zachorowania, oraz ustala maksymalny czas dojazdu: 20 minut w mieście i 30 minut poza miastem.

c) podjęcia na miejscu zdarzenia właściwych działań ratowniczych według określonych kompetencji, standardów postępowania oraz zapewnienie stosownego do potrzeb transportu sanitarnego (art. 3 pkt 12). Działania ratownicze podjęte na miejscu zdarzenia kontynuowane są w czasie transportu do szpitalnego oddziału ratunkowego.

d) niezwłocznego przyjęcia do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego, lub oddziału szpitalnego stosownego do rodzaju nagłego zagrożenia życia lub zdrowia (art. 4 pkt 5).

Działanie systemu opiera się na daleko posuniętej integracji podmiotów biorących udział w działaniach ratunkowych: ujednocionym systemie łączności między podmiotami, współdziałaniem podmiotów w medycznych działaniach ratowniczych według określonych procedur i standardów, ujednoczeniu postępowania w zdarzeniach jednostkowych i masowych. System ratownictwa będzie niewydolny, jeśli nie będzie posiadał sprawnej sieci łączności. W chwili obecnej problem łączności radiowej dla potrzeb służb medycznych pozostaje nieuregulowany. W związku z tym aktem wykonawczym do ustawy proponuje się zorganizowanie systemu łączności w oparciu o istniejące zasoby, przy uwzględnieniu możliwości budowy jednego systemu dla wszystkich służb ratowniczych i porządkowych w przyszłości. Przyjmowane obecnie rozwiązania uwzględniać będą możliwość rozwoju łączności cyfrowej w miejsce obecnej analogowej.

Kwestię finansowania systemu regulują art. 34-36 projektu. Koszty finansowania działalności centrów powiadamiania ratunkowego są ponoszone przez budżet państwa w formie dotacji celowej dla samorządu terytorialnego. Koszty wynikające z utrzymywania w stanie gotowości ambulansów ratunkowych oraz przedszpitalnych świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach medycznych działań ratowniczych są ponoszone przez budżet państwa z części będącej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia oraz właściwych wojewodów. Zasady finansowania szpitalnych i poszpitalnych świadczeń zdrowotnych są określone w ustawie z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Według projektu osoby ratowane nie ponoszą kosztów utrzymania i funkcjonowania systemu.

Takie zorganizowanie systemu jest nowością w polskim systemie ratownictwa medycznego, ustala on kompetencje i standardy postępowania na wszystkich odcinkach "łańcucha przeżycia" od miejsca zdarzenia – ratownictwo przedszpitalne, - poprzez ratownictwo medyczne i transport sanitarny - aż do działania szpitalnego oddziału ratunkowego włącznie. Jednolitość i kompatybilność sprzętu, jednolite procedury i standardy postępowania gwarantują najwyższy z możliwych poziom opieki medycznej nad osobami w stanie zagrożenia życia oraz niezawodność działania na wszystkich poziomach kompetencyjnych

Biorąc pod uwagę potencjalne możliwości zmniejszenia obciążeń instytucji ubezpieczeniowych po wprowadzeniu systemu próbowano zainteresować je udziałem w tworzeniu i finansowaniu systemu. Niestety, na obecnym poziomie rozwoju instytucji finansowych w kraju, inicjatywa ta nie znalazła poparcia wśród ubezpieczycieli.

Finansowanie przez kasy chorych zadań z zakresu pomocy doraźnej i pogotowia ratunkowego na terenie Polski wykazywało dotychczas duże zróżnicowanie. Kasy chorych dokonywały kontraktowania tych usług w oparciu o niżej wymienione metody:

**Metoda kapitacyjna** – jest metodą stosunkowo prostą w stosowaniu. W oparciu o nią nalicza się stałą stawkę na mieszkańca rejonu zabezpieczanego przez dany zakład opieki zdrowotnej. Organizatorowi świadczeń pomocy doraźnej przekazuje się stałą kwotę niezależnie od ilości podmiotów i ilości świadczeń w danym rejonie. W ramach tej kwoty zakład opieki zdrowotnej określa liczbę i typy działających zespołów wyjazdowych.

Przyjęcie tej metody może prowadzić do nieracjonalnej alokacji funduszy, przez nieuzasadnione przesunięcie pieniędzy z rejonów o małej liczbie mieszkańców do rejonów gęsto zaludnionych.

Taki system powoduje, że w rejonie nie ma motywacji do tworzenia wystarczającej liczby zespołów wyjazdowych wszystkich typów – zamiast tworzyć droższe zespoły R i W, preferuje się najtańsze: tzw. ogólnolekarskie i transportowe.

Inną wadą tego sposobu kontraktowania jest brak korelacji pomiędzy powierzchnią rejonu operacyjnego a liczbą jego mieszkańców.

W konsekwencji rozległy rejon o słabym zaludnieniu uzyska zbyt mało funduszy na zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych.

Ponadto metoda ta w ogóle nie bierze pod uwagę wielu istotnych z punktu widzenia dobrej organizacji systemu uwarunkowań, spośród których najważniejsze to: system komunikacyjny (w tym szczególnie istnienie dróg o dużej liczbie wypadków), utrudnienia topograficzne (np. rzeki, góry), itp. Nie bez znaczenia jest również przemęczenie załóg wyjazdowych w tych przypadkach gdy przyjęta metoda naliczania środków spowodowała zakontraktowanie zbyt małej liczby zespołów, co w konsekwencji powodować może obniżenie jakości świadczeń.

**Metoda opłaty za świadczenia** – uzależnia ilość pieniędzy pozostających w dyspozycji organizatora opieki doraźnej od ilości wykonanych interwencji zespołów wyjazdowych poszczególnych typów. Podstawową zaletą tej metody kontraktowania świadczeń przez kasy chorych jest czytelna statystyka wykonanych świadczeń. Głównym powodem krytyki tego rodzaju kontraktowania świadczeń są: skłonność świadczeniodawców do realizacji usług nieuzasadnionych, przemęczenie załóg i idące z tym w parze obniżenie jakości świadczeń. Inną poważną wadą tej metody jest nieprzewidywalność wielkości nakładów niezbędnych do poniesienia a co za tym idzie kosztocłonność systemu.

**Metoda finansowania za gotowość** jest niezależna od liczby świadczonych usług, dzięki czemu wyeliminowana została presja do często sztucznego zwiększania liczby wyjazdów. Metoda ta zakładając kontraktowanie dobowej gotowości zespołów wyjazdowych do świadczenia usług daje w efekcie pełną przewidywalność finansową systemu przy jednoczesnej optymalizacji jego funkcjonowania. Zespoły, zwłaszcza „R” i „W” czekają na poważne przypadki nie angażując się w wyjazdy na każde wezwanie (jak jest w systemie, gdzie płaci się za liczbę udzielonych świadczeń), co powoduje skrócenie czasu reakcji na wezwanie, stwarzając szansę na szybką i skuteczną pomoc. Wprowadzając finansowanie za tzw. gotowość uzyskuje się w zamian większe poczucie bezpieczeństwa mieszkańców.

W trakcie prac nad ustawą wybrano sposób finansowania za gotowość jako optymalny i taki zaproponowano do oszacowania kosztów funkcjonowania systemu

W celu zbudowania systemu konieczne jest poniesienie pewnych nakładów inwestycyjnych. Szacunkowy całkowity koszt rocznych inwestycji i funkcjonowania systemu przed i po wprowadzeniu ustawy kształtowałby się w poszczególnych latach następująco:

**Rok 1999 i 2000** – ze środków programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne zakupiono sprzęt medyczny na wyposażenie **165** szpitalnych oddziałów ratunkowych



za kwotę blisko **91 000 000** zł, ambulanse z wyposażeniem medycznym w ilości **180** sztuk za kwotę **36 000 000** zł, specjalistyczny sprzęt łączności do **55** centrów powiadamiania ratunkowego za kwotę **5 650 000** PLN oraz sprzęt medyczny do śmigłowców Pogotowia Lotniczego za kwotę **1 900 000** PLN; w sumie na przygotowanie podstaw funkcjonowania systemu wydatkowano w tych latach **134 550 000** PLN.

**Rok 2001** - planowane wydatki ogółem - **60 000 000** zł; w tym wyposażenie **6** szpitalnych oddziałów ratunkowych, doposażenie **89** oddziałów włączonych do programu w roku 2000, zakup i wyposażenie **90** ambulansów oraz zakup części zapasowych do śmigłowców; planowane wydatki bieżące na funkcjonowanie LPR wynoszą **19 000 000** PLN. Z budżetu 2001 pokryte zostaną również zobowiązania budżetu państwa z tytułu niewykonania budżetu za rok 2000 wynoszące **17 700 000** PLN.

**Rok 2002 - planowane wydatki inwestycyjne - 60 000 000** PLN w tym: wyposażenie **30** szpitalnych oddziałów ratunkowych, **70** centrów powiadamiania ratunkowego, zakup i wyposażenie **90** ambulansów oraz z zakup części zapasowych i remonty śmigłowców;

Jednocześnie pod warunkiem wejścia w życie ustawy w roku 2002 planowane są wydatki na funkcjonowanie już istniejących jednostek ratownictwa medycznego (utworzonych w latach 1999–2001) oraz ciągle jeszcze działających karetek ogólnolekarskich w wysokości **798 000 000** PLN. Składają się na nie następujące kwoty: koszty bieżące ambulansów ratunkowych – (**704 000 000** PLN), centrów powiadamiania ratunkowego/ dyspozytorów medyczni, (**75 000 000** PLN ) oraz lotniczych służb ratunkowych (**19 000 000** PLN)

**Rok 2003 - planowane wydatki inwestycyjne 60 000 000** PLN, w tym: wyposażenie **18** szpitalnych oddziałów ratunkowych, **70** centrów powiadamiania ratunkowego, zakup i wyposażenie **90** ambulansów oraz zakup części zapasowych i remonty śmigłowców. Wydatki bieżące kształtowałyby się na poziomie **817 000 000** PLN.

**Rok 2004 - planowane wydatki inwestycyjne 60 000 000** PLN na doposażenie jednostek systemu, które zostały włączone do systemu w latach poprzednich oraz zakup **90** nowych ambulansów.

Planowane są również wydatki bieżące na funkcjonowanie jednostek ratownictwa medycznego w wysokości **794 000 000 PLN** w jego docelowej formie (liczone wg cen z roku 2000).

Środki na finansowanie bieżącej działalności systemu pochodzić będą z budżetu, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego ds. zdrowia (lotnicze służby ratownicze) oraz właściwych wojewodów. Przejęcie finansowania zespołów ratownictwa medycznego przez ministra właściwego do spraw zdrowia spowoduje zmniejszenie wydatków Kas Chorych na pomoc doraźną, wynoszących w roku 1999 ok. **720 000 000 PLN**.

Ministerstwo Zdrowia proponuje przekazać do realizacji Kasom Chorych zadania w zakresie finansowania procedur wysokospecjalistycznych (kwota zaoszczędzona w budżecie Ministra Zdrowia – **336 000 000 PLN**) oraz części programów polityki zdrowotnej (kwota zaoszczędzona w budżecie Ministra Zdrowia – **136 000 000 PLN**). Zgodnie z projektem ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym finansowanie lotniczych służb ratowniczych należy do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia; wydatki na ten cel w roku 2000 wyniosły **19 000 000 PLN** i na takim poziomie są planowane w latach następnych.

Łączna kwota uzyskana w ten sposób to **491 000 000 PLN**. Biorąc od uwagę konieczność wyasygnowania na **działanie bieżące systemu** w roku 2002 kwoty **798 000 000 PLN** dodatkowe dofinansowanie z budżetu państwa wynosiłoby **307 000 000 PLN**.

#### **W skład wydatków bieżących wchodzi:**

- 1). **Zadania starosty** w zakresie finansowania działalności bieżącej centrów powiadamiania ratunkowego. Docelowo planuje się sieć 250 centrów powiadamiania ratunkowego w skali całego kraju. Według załączonej kalkulacji koszty osobowe tych CPR-ów powinny kształtować się na poziomie **75 000 000 PLN**. W myśl ustawy będą one finansowane jako zadania zlecone z zakresu administracji rządowej. **Ponieważ w chwili obecnej dyspozytornie są finansowane w ramach kontraktu z Kasami Chorych, zakłada się iż zadanie to nie wpłynie na zwiększenie ogólnej kwoty wydatków bieżących**
- 2). **Zadania wojewody** w zakresie finansowania ambulansów sanitarnych.

Koszt dobowego funkcjonowania karetki „R” w chwili uruchomienia systemu będzie kształtował się na poziomie 2 107 PLN za dobę, co dawałoby kwotę w granicach 769 055 PLN rocznie w przeliczeniu na jedną karetkę.

Koszt dobowy karetki „W” kształtował się będzie na poziomie 1 880 PLN, co rocznie dawałoby kwotę w granicach 686 200 PLN

W roku 2002 dawałoby to koszt **704 000 000** PLN przy założeniu kontraktowania 520 karetek „R” i 400 karetek „W”. **Inne zadania wojewody będą finansowane w ramach obecnie przyznawanych mu środków.**

3) Zadania ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie finansowania lotniczych służb ratowniczych **19 000 000** PLN

Wyliczenie nakładów koniecznych do finansowania lotniczych służb ratunkowych opracowano na podstawie dotychczasowych kosztów funkcjonowania 15 baz HEMS (Helicopter Emergency Medical Service) i 4 oddziałów transportowych – w sumie ok. 300 etatów, 19 śmigłowców i 4 samoloty. Środki płacowe w takim wariantcie osiągną wartość **12 500 000** PLN, a środki pozapłacowe na bieżące funkcjonowanie zakładu wyniosą **6 500 000** PLN. Łącznie roczne koszty bieżącego funkcjonowania Lotniczego Pogotowia Ratunkowego wyniosą **19 000 000** PLN.

Inwestycje w infrastrukturę systemu powinny przebiegać w sposób sprawny i zorganizowany. Wydłużanie okresu budowania podstaw systemu niesie za sobą następujące konsekwencje:

1.) Niemożliwość wprowadzenia kompleksowego systemu kontraktowania świadczeń do czasu zakończenia budowy infrastruktury systemu (ze względu na brak świadczeniodawców spełniających wymagania).

2.) Brak określonych standardów świadczeń, co w zestawieniu z precyzyjnymi unijnymi normami określającymi standardy wyposażenia ambulansu może w sposób znaczący opóźnić negocjacje w zakresie służby zdrowia.

Jednocześnie zaznaczyć należy, że koszty przebudowy, adaptacji i remontów pomieszczeń dla powstających centrów powiadamiania ratunkowego, szpitalnych oddziałów ratunkowych i baz stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego ponoszone są w całości przez samorządy lub Samodzielne Publiczne Zakłady Opieki Zdrowotnej np. w ramach regionalnych programów restrukturyzacji.

Planowane jest przeprowadzenie szerokich kampanii informacyjnych dotyczących zasad funkcjonowania systemu oraz postępowania w stanach zagrożenia

zdrowia lub życia. Szeroki dostęp do stosownych szkoleń znacząco podniesie skuteczność działań systemu.

Zorganizowanie i wprowadzenie systemu ratownictwa medycznego wymaga środków inwestycyjnych. Konieczne jest prowadzenie inwestycji w formie wieloletniego programu Rady Ministrów, mającego na celu utworzenie sieci szpitalnych oddziałów ratunkowych. Jest to, jak wynika z załączonych tabel, kwota około **60 000 000** PLN rocznie, przeznaczona z budżetu państwa na zakup niezbędnego sprzętu i szkolenie kadry. Przyniesie to jednak wymierne efekty, które ocenić będzie można w perspektywie kilku lat działania systemu:

**Zwiększenie efektywności dysponowania wszelkich służb ratowniczych.**

**Zmniejszenie skutków wypadków i urazów w postaci zgonów, kalectwa i utraty zdrowia.**

**Zmniejszenie strat finansowych z tytułu absencji chorobowej i odszkodowań.**

**Zmniejszenie wydatków kas chorych z tytułu:**

**-skrócenia czasu hospitalizacji,**

**-zmniejszenia ilości hospitalizacji krótkoterminowych oraz świadczeń rehabilitacyjnych,**

System działający jako swoisty filtr stanów zagrożenia życia (poprzez ustalenie priorytetów leczenia z uwagi na stan kliniczny pacjenta, szybką diagnozę i adekwatne, specjalistyczne leczenie) powinien przynieść również niewymierne korzyści społecznej płynące ze zwiększonego poczucia bezpieczeństwa obywateli.

Dotychczasowe doświadczenia na tym polu w innych krajach wskazują jednoznacznie, że tylko zintegrowany system ratownictwa medycznego, oparty na szpitalnych oddziałach ratunkowych i zespołach ratownictwa medycznego, jako jego jednostkach, prowadzi do zmniejszenia skutków zdrowotnych i ekonomicznych płynących ze stanów nagłego zagrożenia życia.



**SEKRETARZ  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ**  
*Jacek Saryusz-Wolski*

Sekr.Min. JSW / 612 / 2001 / DHP- jg

Warszawa, 20.03 2001r.

Pani  
Jolanta Rusiniak  
p.o. Sekretarza Rady Ministrów

Opinia o zgodności projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z prawem Unii Europejskiej, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ministra Jacka Saryusz-Wolskiego, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej

W związku z przedłożonym projektem ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (pismo nr RM-10-28-01, Nowy tekst ), uprzejmie informuję, że opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej została wyrażona pismem z dnia 13 marca 2001 r. (pismo nr Sekr.Min.JSW/550/2001/DHP-jg). Zmiany wprowadzone do nowego tekstu projektu nie zmieniają konkluzji opinii.

W załączeniu przekazuję kopię opinii.

Z poważaniem,

SEKRETARZ  
Komitetu Integracji Europejskiej

*Jacek Saryusz-Wolski*  
Sekretarz Stanu

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Andrzej Ryś  
Podsekretarz Stanu  
Ministerstwo Zdrowia



**SEKRETARZ**  
**KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ**  
*Jacek Saryusz-Wolski*

Sekr.Min. JSW / 550 / 2001 /DHP- jg

Warszawa, 13.03.2001r.

**Pani**  
**Teresa Karczmarek**  
**Sekretarz Komitetu Społecznego**  
**Rady Ministrów**

Opinia o zgodności projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, z prawem Unii Europejskiej, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494) przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ministra Jacka Saryusz-Wolskiego, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej

W związku z przedstawionym projektem ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (pismo nr KSRM-10-44-00, Nowy tekst IV), pozwalam sobie wyrazić następującą opinię:

- I. Celem przedłożonego projektu ustawy jest stworzenie systemu ratownictwa medycznego, który umożliwiłby udzielenie specjalistycznej i wysoko kwalifikowanej pomocy medycznej w przypadkach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia.
- II. Przedmiot projektowanej regulacji podlega ocenie zgodności z prawem Unii Europejskiej w zakresie w jakim dotyczy określenia zasad i warunków podejmowania oraz wykonywania, w ramach ratownictwa medycznego, następujących zawodów medycznych: dyspozytora medycznego, lekarza koordynatora medycznego (art. 21 projektowanej ustawy), oraz zawodów: lekarza ratunkowego, pielęgniarki ratunkowej oraz ratownika medycznego (art. 30 projektowanej ustawy), a także w okresie przejściowym - od wejścia w życie projektowanej ustawy do dnia 31 grudnia 2007 roku - zawodów lekarza posiadającego specjalizację I i II stopnia w dziedzinie anestezjologii, chirurgii, interny i pediatrii oraz pielęgniarki specjalistki z anestezjologii, chirurgii, interny, pediatrii oraz pielęgniarki posiadające co najmniej 3

letni staż pracy w tych specjalnościach a także lekarze ratunkowi i pielęgniarki ratunkowe odbywający specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej (art. 42 projektowanej ustawy).

- III. Przedmiot projektowanej ustawy podlega analizie zgodności z prawem wspólnotowym w świetle art. 39 Traktatu Ustanawiającego Wspólnotę Europejską, dotyczącego swobody przepływu pracowników oraz art. 49 TWE dotyczących swobody świadczenia usług.

Jednym z założeń Wspólnoty, zmierzającym do pełnej realizacji ww. zasad swobodnego przepływu, jest stworzenie możliwości dla osób, które pragną wykonywać zawód w kraju członkowskim innym niż ten, w którym zdobyły niezbędne do jego wykonywania kwalifikacje.

Ze względu na fakt, iż kwalifikacje niezbędne dla wykonywania poszczególnych zawodów regulowanych oparte są na krajowych systemach kształcenia poszczególnych państw członkowskich, niezbędne stało się wdrożenie odpowiednich mechanizmów uznawania kwalifikacji zdobytych przez osobę migrującą w ramach innego systemu edukacyjnego. Mechanizm powyższy ma na celu umożliwienie porównywalności i uwzględniania kwalifikacji zawodowych obywateli państw członkowskich Wspólnoty w ocenie poziomu spełnienia wymagań kwalifikacyjnych stawianych przez ustawodawstwa krajowe. Jednym z mechanizmów realizujących powyższy postulat jest ogólny system uznawania kwalifikacji zawodowych, wprowadzony na mocy Dyrektywy Rady 89/48/EWG z 21 grudnia 1988 roku w sprawie ogólnego systemu uznawania dyplomów szkół wyższych uzyskanych po ukończeniu co najmniej trzyletniej nauki i praktyki (Dz. Urz. WE nr L 19, 24.01.89) oraz z uzupełniającej ją Dyrektywy Rady 92/51/EWG z 18 czerwca 1992 roku w sprawie drugiego ogólnego systemu uznania kształcenia i doskonalenia zawodowego (Dz. Urz. WE nr L 209, 24.07.92).

Zgodnie z regulacją ww. dyrektyw, państwo członkowskie Unii Europejskiej nie może wymagać od obywateli innych państw członkowskich posiadania kwalifikacji, które uzyskać można zgodnie z obowiązującym wyłącznie w tym państwie systemem szkolnictwa. Każde państwo członkowskie, w którym zdobycie oraz wykonywanie danego zawodu podlega regulacji prawnej, zobowiązane jest do uwzględniania – na zasadach sformułowanych w ww. dyrektywach - kwalifikacji uzyskanych w innych państwach członkowskich.

IV. Zgodnie z definicją podaną w dyrektywie zawód, który - zgodnie z przepisami prawa danego państwa - może być wykonywany tylko przez osobę posiadającą m.in. odpowiedni dyplom, jest zawodem regulowanym.

Należy zatem stwierdzić, iż zawody medyczne wskazane w art. 21 (dyspozytor medyczny) oraz art. 30 (ratownik medyczny) opiniowanej regulacji spełniają kryteria definicji zawodu regulowanego w rozumieniu Dyrektywy Rady 89/48/EWG z dnia 21 grudnia 1988 roku w sprawie ogólnego systemu uznawania dyplomów szkół wyższych uzyskanych po ukończeniu co najmniej trzyletniej nauki i praktyki (Dz. Urz. WE nr L 19, 24.01.89) oraz uzupełniającej ją Dyrektywy Rady 92/51/EWG z 18 czerwca 1992 roku w sprawie drugiego ogólnego systemu uznania kształcenia i doskonalenia zawodowego (Dz. Urz. WE nr L 209, 24.07.92).

V. W myśl art. 21 ust. 2 pkt 1 projektu ustawy, minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia wymogi kwalifikacyjne zawodu dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora medycznego. Sformułowane przez ministra wymogi kwalifikacyjne mają uwzględniać wykształcenie medyczne, staż pracy w ratownictwie oraz wymagane kursy specjalistyczne. Powyższe zakresy wymagań zostaną określone poprzez wskazanie wymaganego na danym stanowisku poziomu wykształcenia oraz stażu pracy.

Należy w tym miejscu zauważyć, że zgodnie z regulacją dyrektyw, o których mowa w punkcie III niniejszej opinii, właściwe organy przyjmującego państwa członkowskiego nie są upoważnione do żądania od przyjmowanej przez siebie osoby, która posiada dyplomy uzyskane w innym państwie członkowskim, uznawane na podstawie ww. dyrektyw, jakiegokolwiek dodatkowego kształcenia w celu prowadzenia praktyki także w przypadku, gdy tego rodzaju kształcenie jest wymagane od osób posiadających dyplomy lub inne świadectwa posiadania formalnych kwalifikacji uzyskane na terytorium danego państwa. Powyższe oznacza, iż obywatel państwa członkowskiego, który uzyskał dyplom w innym państwie członkowskim (dzięki czemu może wykonywać zawód w tym państwie członkowskim), jest uprawniony do podjęcia działalności zawodowej w tym państwie, którego nie jest obywatelem, nawet jeżeli to państwo członkowskie wymaga dla podjęcia takiej działalności od posiadaczy dyplomów uzyskanych w tym państwie dodatkowego szkolenia (np. stażu) (orzeczenie



ETS w sprawie 246/80 z 3 października 1981 w sprawie *Broekmuelelen przeciw Huisartie Commissie*).

VI. Zgodnie z treścią przepisu art. 30 ust. 1 projektowanej regulacji osobami uprawnionymi do podejmowania medycznych działań ratowniczych są: lekarz ratunkowy, pielęgniarka ratunkowa oraz ratownik medyczny.

Stosownie do art. 31 ust. 2 tryb nabywania kwalifikacji i uprawnień lekarza ratunkowego oraz pielęgniarki ratunkowej określają przepisy o zawodzie lekarza oraz o zawodach pielęgniarki i położnej. Powyższe regulacje nie są dostosowane do wymogów prawa wspólnotowego. Należy jednak zauważyć, iż opracowany został projekt ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych, implementujący w pełni postanowienia odnośnych dyrektyw do krajowego porządku prawnego. W chwili obecnej projekt tego aktu prawnego został skierowany pod obrady Komisji Prawa Europejskiego. Harmonogram prac wskazuje, iż ustawa będzie przyjęta przed upływem terminów wskazanych w Narodowym Programie Przygotowania do Członkostwa, czyli przed wejściem w życie omawianych przepisów art. 30 ust 1.

VII. Zgodnie z zaproponowanym brzmieniem art. 30 ust 3 pkt 2 projektu ustawy, prawo do wykonywania zawodu ratownika medycznego przysługuje osobie, która uzyskała w polskiej uczelni dyplom ukończenia wyższych studiów zawodowych w zakresie ratownictwa medycznego lub uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równoważne w Rzeczypospolitej Polskiej.

W prawie wspólnotowym zasady stwierdzania równoważności formalnych dowodów kształcenia oraz zasady ich uznawania regulują przepisy dyrektyw, o których mowa w punkcie III niniejszej opinii. Zgodnie z ich szczegółową regulacją, właściwe władze państwa przyjmującego w przypadku uzyskania przez osobę migrującą kwalifikacji w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej, zobowiązane są do uznawania dowodów posiadania ww. formalnych kwalifikacji poprzez ich traktowanie na swym terytorium w taki sam sposób, w jaki państwo to honoruje kwalifikacje przez siebie poświadczone.

W przypadku jednak zasadniczych rozbieżności w zawartości merytorycznej, bądź okresie trwania kształcenia osoby migrującej, państwo członkowskie uprawnione jest do zastosowania jednej z trzech reguł kompensacyjnych, tj. do sformułowania

wymogu udokumentowania stażu zawodowego, złożenia testu sprawdzającego umiejętności bądź odbycia okresu adaptacyjnego. Decyzja o zastosowaniu jednej z ww. reguł winna być podejmowana indywidualnie w stosunku do każdego z wniosków o uznanie kwalifikacji, na podstawie analizy zawartości dyplomu.

Trzeba zauważyć, iż do pełnej zgodności z prawem Unii Europejskiej projektowany przepis powinien zawierać oprócz uregulowania uznania zagranicznego dyplomu również postanowienia dotyczące konieczności uznania doświadczenia zawodowego.

Państwo przyjmujące zobowiązane jest do stwierdzenia posiadania wymaganych kwalifikacji zawodowych przez osobę, która wykonywała zawód przez co najmniej dwa lata w ciągu ostatnich 10 lat w państwie pochodzenia, w którym zawód ten nie podlega regulacji. Brak powyższego unormowania uniemożliwia pełną realizację projektowanego art. 30 ust 3 pkt 2, w stosunku do osób, które nie zdobyły kwalifikacji niezbędnych dla wykonywania zawodu ratownika medycznego w ramach polskiego systemu kształcenia.

Jednocześnie jednak należy podkreślić, iż przedłożony projekt nie musi być miejscem pełnej implementacji prawa wspólnotowego w zakresie swobody przepływu pracowników, gdyż Komisji Prawa Europejskiego został przedstawiony wspomniany wcześniej projekt ustawy, który w sposób kompleksowy dostosuje postanowienia odnośnych dyrektyw.

W związku z powyższym sugeruje się rozwinięcie jedynie wspomnianego art. 30 ust. 3 pkt 2 poprzez odesłanie do zasad sformułowanych we wskazanej ustawie.

- VIII. Biorąc pod uwagę czas niezbędny do uzyskania przez lekarzy specjalizacji w zakresie medycyny ratunkowej, a przez pielęgniarki specjalizacji w zakresie pielęgniarstwa ratunkowego przepis art. 42 projektu ustawy stanowi, iż do dnia 31 grudnia 2007 roku obok lekarzy ratunkowych, mogą działać lekarze odbywający specjalizację w medycynie ratunkowej, lekarze posiadający tytuł specjalisty II i I stopnia z anestezyjologii, chirurgii, interny i pediatrii, a obok pielęgniarek ratunkowych: pielęgniarki odbywające specjalizację w pielęgniarstwie ratunkowym, pielęgniarki posiadające tytuł specjalistki z anestezyjologii, chirurgii, interny, pediatrii lub posiadające minimum 3-letnie doświadczenie zawodowe w ww. specjalnościach. Jednocześnie w art. 42 projektowana regulacja stanowi, iż do 31 grudnia 2007 roku osobami uprawnionymi do podejmowania medycznych działań ratowniczych są także ratownicy medyczni.

Tym samym zgodnie z art. 42 projektu ustawy, w nawiązaniu do powyższych unormowań, od dnia 1 stycznia 2008 roku osobami wyłącznie uprawnionymi do podejmowania medycznych działań ratowniczych są osoby wymienione w art. 30.

Kwestie dotyczące kwalifikacji zawodowych lekarzy i pielęgniarek uregulowane zostały w prawie wspólnotowym przepisami:

- 1) Dyrektywy Rady 93/16/EWG z 5 kwietnia 1993 roku w sprawie ułatwienia swobodnego przepływu lekarzy oraz wzajemnego uznawania ich dyplomów, świadectw i innych formalnych poświadczeń kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. WE nr L 165, 07.07.1993),
- 2) Dyrektywy Rady 77/452/EWG z dnia 27 czerwca 1977 roku w sprawie wzajemnego uznawania dyplomów, świadectw i innych dowodów formalnych kwalifikacji pielęgniarek odpowiedzialnych za opiekę ogólną, zawierająca postanowienia ułatwiające skuteczne wykonywanie prawa zakładania przedsiębiorstw i swobody świadczenia usług,
- 3) Dyrektywy Rady 77/453/EWG z dnia 27 czerwca 1977 roku w sprawie koordynacji postanowień ustawowych, przepisów i działań administracyjnych dotyczących wykonywania czynności pielęgniarki odpowiedzialnej za opiekę ogólną.

Istotą regulacji ww. dyrektyw jest wprowadzenie systemu automatycznego uznawania przez państwo przyjmujące dyplomów i kwalifikacji zawodowych w zakresie podejmowania i wykonywania praktyki w zawodach lekarza i pielęgniarki, uzyskanych w innych państwie członkowskim. Oznacza to, iż w przypadku uzyskania przez osobę migrującą kwalifikacji w jednym z państw członkowskich Unii Europejskiej, państwo przyjmujące zobowiązane jest do uznawania dowodów posiadania ww. formalnych kwalifikacji poprzez ich uznanie na swym terytorium w taki sam sposób, w jaki państwo to honoruje kwalifikacje przez siebie poświadczone. Ww. dyrektywy wymieniają rodzaje dyplomów wydawanych w poszczególnych państwach członkowskich, które są uważane za równoważne, na podstawie minimalnych wymagań kształcenia praktycznego i teoretycznego określonych w poszczególnych procedurach, co oznacza, że państwo przyjmujące nie dokonuje dalszej oceny w zakresie zawartości dyplomu. Funkcjonowanie powyższego systemu opiera się przede wszystkim o fundamentalny zakaz dyskryminacji ze względu na obywatelstwo, nakładający na właściwe władze państw członkowskich Wspólnoty obowiązek stosowania takich samych wymagań wobec osób, będących obywatelami innych państw członkowskich

przemieszczających się w celu wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, jak wobec osób będących jego obywatelami. Zasada niedyskryminacji na tle narodowościowym odnosi się zatem w szczególności do kwestii wydawania zezwoleń wymaganych dla świadczenia usług, jak również rejestracji i członkostwa w organizacjach i instytucjach zawodowych.

Jednocześnie pozwalam sobie stwierdzić, że przedstawiona wyżej w punkcie V, VI, VII i VIII opinii analiza odnośnych postanowień wspólnotowego prawa pochodnego odnosi się również do zawodów przedstawionych w treści projektowanego art. 30.

IX. W konkluzji pozwalam sobie stwierdzić, iż przedłożony projekt ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, nie zawiera – co do zasady – uregulowań sprzecznych z prawem Unii Europejskiej. Istniejące rozbieżności w zakresie warunków uzyskania prawa do wykonywania zawodu zostaną usunięte z chwilą wejścia w życie projektu ustawy o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych.

Problematyka uznawania kwalifikacji należy do obszaru negocjacyjnego „swobodny przepływ osób”. W punkcie 1 przyjętego przez Radę Ministrów w dniu 27 lipca 1999 r. stanowiska negocjacyjnego w ww. obszarze, stwierdza się, iż Polska akceptuje postanowienia prawa wspólnotowego w dziedzinie uznawania kwalifikacji zawodowych i deklaruje ich wprowadzenie do ustawodawstwa krajowego w momencie uzyskania członkostwa.

Z poważaniem,

  
Kancelaria Sejmu  
Jacek S. G.  
Sekretarz Stanu

Do uprzejmej wiadomości:

Pan Andrzej Rys  
Podsekretarz Stanu  
Ministerstwo Zdrowia



SEKRETARZ  
KOMITETU INTEGRACJI EUROPEJSKIEJ  
*Jacek Saryusz-Wolski*

Sekr.Min.JSW / *641* / 2001 / DHP-eb

Warszawa, *26.03* 2001

Pani  
Jolanta Rusiniak  
p.o. Sekretarza Rady Ministrów

Opinia o zgodności projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, wyrażona na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 sierpnia 1996 r. o Komitecie Integracji Europejskiej (Dz. U. Nr 106, poz. 494), przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ministra Jacka Saryusz-Wolskiego, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej.

W związku z przedłożonym projektem ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (pismo nr RM-10-28-01-Nowy tekst), uprzejmie informuję, iż opinia o zgodności ww. regulacji z prawem Unii Europejskiej została wyrażona przez Sekretarza Komitetu Integracji Europejskiej, Ministra Jacka Saryusz-Wolskiego, działającego z upoważnienia Przewodniczącego Komitetu Integracji Europejskiej, w dniu 13 marca 2001 roku (pismo nr Sekr.Min.JSW:550/2001/DHP-jg). Jednocześnie, w odniesieniu do zmian zaproponowanych w nowym tekście projektu, pozwalam sobie stwierdzić, iż nie zmieniają one pozytywnej konkluzji ww. opinii.

W załączeniu przekazuję kopię ww. opinii.

Z poważaniem.

Do uprzejmej wiadomości:  
Pan Grzegorz Opała  
Minister Zdrowia

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA  
z dnia**

**w sprawie rodzajów zespołów ratownictwa medycznego oraz niezbędnych  
wymagań w zakresie ich wyposażenia i składu osobowego**

Na podstawie art. 23 ust.4 pkt 6 ustawy z dnia.....o Państwowym Ratownictwie Medycznym ( Dz. U. Nr....., poz. ....) zarządza się, co następuje:

§ 1

Rozporządzenie określa:

- 1) rodzaje zespołów ratownictwa medycznego,
- 2) wymagania w zakresie składu osobowego zespołów ratownictwa medycznego,
- 3) wymagania w zakresie wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego.

§ 2

W ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne działają następujące rodzaje zespołów ratownictwa medycznego:

- 1) zespoły reanimacyjne,
- 2) zespoły wypadkowe,
- 3) zespoły ratownictwa lotniczego.

§ 3

1. Zespół reanimacyjny składa się co najmniej z:
  - 1) lekarza ratunkowego,
  - 2) pielęgniarki ratunkowej lub ratownika medycznego,
  - 3) kierowcy posiadającego kwalifikacje co najmniej ratownika przed-medycznego.
2. Zespół W składa się co najmniej z:
  - 1) lekarza ratunkowego,
  - 2) kierowcy będącego pielęgniarką ratunkową lub ratownikiem medycznym.
3. Zespół ratownictwa lotniczego składa się z co najmniej:
  1. lekarza ratunkowego,
  2. pielęgniarki ratunkowej lub ratownika medycznego,
  3. osoby uprawnionej do pilotowania statku powietrznego.

## § 4

Specjalistyczne środki transportu dzielą się na:

- 1) ambulanse sanitarne (ratunkowe) służące do przewozu chorych i udzielania świadczeń zdrowotnych chorym, w stanie zagrażającym ich życiu i zdrowiu, stanowiące podstawowe wyposażenie medycznego zespołu specjalistycznego, w tym zespołu „R” i „W”,
- 2) powietrzne statki ratownicze.

## § 5

1. Ambulanse sanitarne, o których mowa w § 4 pkt. 1, powinny odpowiadać warunkom technicznym określonym w rozporządzeniu Ministra Transportu i Gospodarki Morskiej z dnia 1 kwietnia 1999 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz.U. Nr.44 poz.432) oraz posiadać następujące wyposażenie techniczne:

- 1) zespół napędowy:
  - a) silnik z zapłonem iskrowym lub samoczynnym o współczynniku mniejszym lub równym 51 kg całkowitej masy dopuszczalnej na 1 kW mocy,
  - b) skrzynię biegów manualną 5-biegową, synchronizowaną lub automatyczną,
- 2) zawieszenie o podwyższonym komforcie gwarantujące dobrą przyczepność kół do nawierzchni, stabilność, manewrowość w trudnym terenie,
- 3) układ hamulcowy ze wspomaganiami i systemem zapobiegającym blokadzie kół,
- 4) układ kierowniczy ze wspomaganiami,
- 5) ogrzewanie i wentylację:
  - a) ogrzewanie cieczą chłodzącą silnika - dotyczy również części medycznej,
  - b) wentylację nawiewowo-wywiewową,
  - c) klimatyzację w ambulansach typu "R"
  - d) ogrzewanie niezależne od pracy silnika,
- 6) instalację elektryczną:
  - a) akumulator lub zespół akumulatorów o odpowiednio dużej pojemności do zasilania wszystkich odbiorników prądu - nie mniej niż 120 Ah,
  - b) alternator zapewniający prawidłową pracę układu elektrycznego,

- c) zasilanie zewnętrzne 220V uniemożliwiające rozruch silnika przy podłączonym zasilaniu - z zabezpieczeniem przeciwporażeniowym,
- 7) sygnalizację i oznakowanie:
    - 1) napis lustrzany "AMBULANS" z przodu pojazdu,
    - 2) oznaczenie typu ambulansu na bokach i drzwiach tylnych („R”, „W”),
    - 3) symbol Państwowego Ratownictwa Medycznego określony w załączniku do ustawy,
  - 8) oświetlenie specjalne:
    - a) szperacz umieszczony w kabinie kierowcy na elastycznym przewodzie,
    - b) przenośny reflektor ze światłem rozproszonym do oświetlania miejsca akcji,
  - 9) wyposażenie dodatkowe:
    - a) dodatkowa gaśnica w przedziale medycznym,
    - b) urządzenie do wybijania szyb,
    - c) nóż do przecięcia pasów bezpieczeństwa.
2. Część ambulansu ratunkowego służąca do przewozu pacjentów, powinna posiadać:
- 1) odpowiednio wzmocnioną podłogę pokrytą wykładziną przeciwpoślizgowo łatwo zmywalną, połączoną szczelnie z pokryciem boków, uniemożliwiająca podciekanie cieczy, umożliwiającą mocowanie noszy głównych wraz z podstawą lub inkubatora,
  - 2) ściany boczne i sufit odpowiednio wzmocnione przystosowane do montażu uchwytów pod różnego rodzaju sprzęt medyczny, pokryte płytami z tworzywa sztucznego, łatwo zmywalnego,
  - 3) izolację dźwiękowo-termiczną przedziału medycznego,
  - 4) drzwi tylne, przeszklone, otwierane na boki o  $180^{\circ}$  -  $270^{\circ}$ , dopuszcza się drzwi podnoszone o minimum  $90^{\circ}$  do góry,
  - 5) drzwi boczne prawe, przeszklone, umożliwiające wygodne i łatwe wejście do przedziału chorego,
  - 6) konstrukcję nadwozia uwzględniającą możliwość awaryjnego ewakuowania pacjenta i personelu z przedziału medycznego,
  - 7) nadwozie o podwyższonej odporności na korozję (z dodatkowym zabezpieczeniem antykorozyjnym),
  - 8) światła żółte pulsujące znajdujące się na wewnętrznych szkieletach drzwi tylnych, włączające się po ich otwarciu z cyklem pulsowania jak światła awaryjne,
  - 9) instalację tlenową (dostosowaną do wyposażenia medycznego),



- 10) okna przedziału medycznego zmatowiane do 2/3 wysokości,
  - 11) poszycie siedzeń dla personelu medycznego oraz pacjentów pokryte łatwo zmywalną tapicerką,
  - 12) wentylację wymuszoną nawiewowo-wywiewną.
3. Wszystkie urządzenia medyczne jak i elementy wyposażenia (np. torby lekarskie) muszą być zabezpieczone przed ewentualnym przesunięciem się w czasie ruchu pojazdu z jednoczesną gwarancją łatwości dostępu i użycia.

## § 6

1. Nadwozie ambulansu ratunkowego powinno być rodzaju furgon lub kontener i zabezpieczać prawidłową pracę personelu medycznego oraz posiadać:
  - 1) wysoki dach (wysokość przedziału chorego minimum 175 cm),
  - 2) wysokie drzwi tylne przeszklone o wysokości 170 cm ( $\pm 5$  cm),
  - 3) stopień tylny stanowiący zderzak tylny ochronny, amortyzowany w płaszczyźnie poziomej (opcja),
  - 4) kabinę kierowcy oddzieloną nieprzezroczystą przegrodą przeszkloną, z możliwością komunikacji głosowej kierowcy z personelem medycznym,
  - 5) tachograf z możliwością rejestracji włączenia sygnałów lub inne urządzenie rejestrujące ruch pojazdów,
  - 6) szafki pozwalające na przechowywanie leków i materiałów medycznych do uzupełnienia walizki,
  - 7) szafki pozwalające na przechowywanie artykułów sanitarnych,
  - 8) szafki pozwalające na przechowywanie zapasowego sprzętu jednorazowego użytku,
  - 9) uchwyty na torbę standardową,
  - 10) dwa duże fotele.

## § 7

1. Nadwozie ambulansu sanitarnego "R" dodatkowo powinno posiadać:
  - 1) miejsce mocowania dodatkowych noszy,
  - 2) miejsce mocowania krzeselka kardiologicznego wyposażonego w pas bezpieczeństwa w sposób zabezpieczający przed niekontrolowanym przemieszczaniem krzeselka w czasie transportu,
  - 3) miejsce mocowania materaca pneumatycznego,
  - 4) nosze główne samojezdne,
  - 5) miejsce do zamontowania defibrylatora,
  - 6) szynę typu "Modura",
  - 7) oświetlenie zapewniające prawidłową pracę personelu medycznego,

- 8) miejsce przystosowane do mocowania noszy podbierakowych,
  - 9) uchwyty do mocowania pojemników z płynami infuzyjnymi,
  - 10) siedzenie montowane na przegrodzie dzielącej część medyczną od kabiny kierowcy u węzłowia pacjenta, z pasami bezpieczeństwa,
  - 11) zainstalowane, co najmniej dwa gniazda 12V w przedziale medycznym z możliwością podłączenia do urządzeń medycznych.
2. Ponadto ambulans sanitarny „R” i „W” musi być wyposażony w:
- 1) urządzenia, służące do przenoszenia chorych, których wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia,
  - 2) wyroby medyczne, służące bezpośrednio do udzielania świadczeń zdrowotnych, których wykaz określa załącznik nr 2 do rozporządzenia,
  - 3) produkty lecznicze, których wykaz określa załącznik nr 3 do rozporządzenia,
  - 4) wyroby medyczne, których wykaz określa załącznik nr 4 do rozporządzenia,
  - 5) inne, niż wymienione w pkt. 1-4 urządzenia niezbędne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, których wykaz określa załącznik nr 5 do rozporządzenia.

## § 8

1. Specjalistyczny środek transportu sanitarnego - powietrzny statek ratowniczy musi posiadać następujący sprzęt medyczny i ratowniczy:
- 1) nosze (z możliwością stabilnego mocowania na pokładzie śmigłowca),
  - 2) pościel jednorazowa oraz folia zapobiegająca utracie ciepła,
  - 3) instalacja tlenowa typu stałego, dostępna przez szybkozłącza ściennie typu AGA (spełniająca wymogi do zabudowy w statkach powietrznych) oraz przepływomierz,
  - 4) defibrylator, którego rodzaj określa załącznik nr 2,
  - 5) pulsoksymetr,
  - 6) respirator transportowy:
    - a) opcja dorośli/dzieci,
    - b) z możliwością wyboru rodzaju wentylacji P/V,
    - c) PEEP,
    - d) płynną regulacją FiO<sub>2</sub> w pełnym zakresie,
    - e) z możliwością prowadzenia oddechu wspomaganego,
  - 7) ssak elektryczny (zasilanie własne) oraz ssak nożny,
  - 8) pompy infuzyjne,
  - 9) worek samorozprężalny, którego rodzaj określa załącznik Nr 2,
  - 10) laryngoskopy oraz rurki ustnogardłowe i intubacyjne (zestaw dzieci/dorośli),

- 11) zestaw do unieruchamiania kręgosłupa i kończyn:
    - a) materac próżniowy,
    - b) podbierak,
    - c) zestaw do unieruchamiania kończyn,
    - d) komplet kołnierzy szyjnych
  - 12) plecak z lekami reanimacyjnymi i płynami wyrównawczymi,
  - 13) drobny sprzęt medyczny jednorazowy:
    - a) kaniule typu wenflon, igły, strzykawki,
    - b) aparaty do przetaczania i szybkiego toczenia płynów,
    - c) zestaw drenów do odsysania,
    - d) zestaw do nakłucia opłucnej,
  - 14) zestaw do tamowania krwotoków zewnętrznych (jałowe opatrunki),
  - 15) aparat do mierzenia ciśnienia krwi (mankiet i manometr zegarowy),
  - 16) słuchawki medyczne - lekarskie,
  - 17) podgrzewacz płynów infuzyjnych,
  - 18) śpiwór termiczny.
2. W przypadku transportu noworodka statek powietrzny, powinien posiadać inkubator transportowy z pełnym wyposażeniem monitorującym i respiratorem.
  3. W poszczególnych regionach kraju, z uwagi na specyfikę pracy (topografia terenu) ratowniczy statek powietrzny powinien posiadać:
    - 1) dźwig (wyciągarke) o nośności około 300 kg,
    - 2) trójkąt ewakuacyjny oraz uprząż,
    - 3) nosze śmigłowcowe z atestem do współpracy z wyciągarką,
    - 4) pętlę do podnoszenia uszkodzowanego z wody,
    - 5) hełmofony z systemem łączności,
    - 6) indywidualne środki łączności.
  4. Sprzęt medyczny, o którym mowa w ust. 1-3, powinien posiadać odpowiednie certyfikaty dopuszczające do pracy na pokładzie statku powietrznego (dotyczy również sprzętu ratowniczego).
  5. Statki powietrzne muszą spełniać warunki techniczne określone odrębnymi przepisami w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać środki transportu lotniczego.

## § 9

Specjalistyczne środki transportu sanitarnego powinny być wyposażone w środki łączności spełniające następujące wymagania:

- 1) radiotelefon posiadający:
  - a) aktualną homologację,

- b) zakres częstotliwości 168- 170 Mhz (pasmo przydzielone przez Ministra Łączności),
  - c) liczbę kanałów 32 lub 16 z możliwością skanowania oraz jednoczesną pracą simpleksową oraz duosimpleksową,
  - d) rodzaj modulacji F3E,
  - e) odstęp międzykanałowy 12,5 kHz,
  - f) odporność na intermodulację 65 dB,
  - g) selektywność sąsiednikanałowa 60 dB,
  - h) zasilanie 12 - 14,5 V - (z uziemionym minusem),
  - i) moc nadajnika regulowana z ogranicznikiem czasu nadawania:
    - noszone 0,5-5 W,
    - przewoźne i bazowe 5-25 W,
  - j) czułość odbiornika minimum 0,5μ V,
  - k) zakres pracy w temperaturach: od -30<sup>o</sup> do +60<sup>o</sup>C,
  - l) dewiacja 2,5 kHz,
  - ł) promieniowanie niepożądane, nieharmoniczne - 0,25 μW,
  - m)możliwość współpracy z siecią telefoniczną (PSTN) w systemie DTMF,
  - n) możliwość pracy w systemie pagera.
- 2) anteny montowane na samochodach posiadające:
- a) zakres częstotliwości 168 -170 Mhz (pasmo przydzielone przez Ministra Łączności),
  - b) impedencję wejścia 50 Ohm,
  - c) współczynnik fali stojącej 1,6,
  - d) polaryzację pionowa,
  - e) charakterystykę promieniowania dookólną,
  - f) wytrzymałość na działanie wiatru: 55 m/s lub 200 km/h.
- 3) zespół dodatkowo powinien być wyposażony w radiotelefon noszony umożliwiający łączność w miejscu prowadzenia akcji z innym zespołem medycznym lub w relacji "zespół ratowniczy - samochód".

## § 10

1. Wszelkie inne nie wymienione w treści projektu rozporządzenia specjalistyczne środki transportu sanitarnego służące ratowaniu życia powinny spełniać wymogi przewidziane dla zespołu "R".
2. Rozporządzenie nie dotyczy środków transportu sanitarnego służby więziennej oraz wielonoszowych karettek sanitarnych wojskowej służby zdrowia.

---

## § 11

Wymagania techniczne określone w rozporządzeniu odnoszą się do ambulansów sanitarnych kupowanych i rejestrowanych po raz pierwszy w Polsce po wejściu w życie rozporządzenia.

## § 12

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

Załącznik Nr 1 do  
rozporządzenia  
Ministra Zdrowia  
z dnia .....  
(Dz.U. Nr ....., poz. ....)

**Wykaz urządzeń służących do przenoszenia pacjentów,  
w które powinny być wyposażone ambulanse sanitarne  
„R” i „W”**

1. Nosze:

- 1) główne wielozadaniowe na transporterze wielopoziomowym mocowane na lawecie z możliwością przemieszczania w dwóch pozycjach - brzeżnej i centralnej, z obejściem z trzech stron wokół noszy, z twardym podłożem - przystosowane do prowadzenia reanimacji, wyposażone w system pasów unieruchamiających, ze statywem minimum 40 cm wysokości na pojemnik z płynem infuzyjnym,
- 2) składane, mocowane, typu "krzeselko" z pasami bezpieczeństwa umieszczone na ścianie podziału medycznego,
- 3) z pasami mocującymi typu "podbierak",

2. Płachta posiadająca co najmniej 6 uchwytów o nośności do 200 kg,

3. Materac próżniowy lub deska ortopedyczna z zestawem unieruchamiającym kręgosłup szyjny i kompletem pasów.

**Wykaz wyrobów medycznych służących bezpośrednio do udzielania świadczeń zdrowotnych, w które muszą być wyposażone ambulanse sanitarne "R" i „W”**

**1. Defibrylator - szt.1**

- akumulatorowy, transportowy z wymiennymi pakietami akumulatorów, z możliwością stymulacji zewnętrznej, rejestratorem EKG, monitorem EKG,
- dopuszcza się defibrylator półautomatyczny

**2. Respirator - szt. 1**

- transportowy z zasilaniem gazowym (również z przenośnego źródła tlenu), z możliwością wentylacji od 40; 60; 100% tlenu, z zastawką PEEP umożliwiającą wentylację bierną i czynną 100% tlenem,

**3. Ssak - 2 szt.**

- 1) bateryjno - sieciowy, przenośny
- 2) mechaniczny lub gazowy,

**4. Pulsoksymetr** przenośny z różnymi rodzajami czujników (dla różnych grup wiekowych) - 1 szt.

**5. Pompy infuzyjne** transportowe, dostosowane do strzykawk produkowanych w Polsce,

- strzykawka automatyczna prosta w obsłudze, bateryjno - sieciowa,

**6. Zestaw szyn do unieruchamiania złamań** - 2 kpl. dla dorosłych i dzieci, w tym szyny wyciągowe

**7. Kołnierze unieruchamiające kręgosłup szyjny** (proste w obsłudze, sztywne, z możliwością sprawdzenia tętna na tętnicach szyjnych)

**8. Gorset unieruchamiający kręgosłup szyjny i piersiowo-lędźwiowy.**

**9. Urządzenie do podgrzewania płynów infuzyjnych,**

**10. Pediatryczny uniwersalny zestaw unieruchamiający** - deska lub materac podciśnieniowy pediatryczny

**11. Butle z tlenem:**

- minimum 3 butle (dwie po 1000 l tlenu, trzecia 400 l tlenu)
- czwarta butla 400 l tlenu do respiratora przenośnego /spełniająca normę CE/

- instalacja tlenowa panelowa zakończona szybkozłączkami typu AGA,
  - co najmniej 2 gniazda poboru tlenu z instalacji panelowej,
  - 2 reduktory do tlenoterapii biernej z przepływomierzem obrotowym,
  - znormalizowane wymiary butli i złączy,
  - butle gazowe zgodne z wymogami UDT,
  - przewody tlenowe przeznaczone dla tlenu medycznego (wg. właściwych norm),
- 12. Worek samorozprężalny** - 2 kpl. (dla dorosłych i dzieci) z rezerwuarem tlenowym umożliwiającym wentylację czynną i bierną 100%-owym tlenem z kompletem masek twarzowych przezroczystych, obrotowych o 360°,
- 13. Zestaw laryngoskopów** - różne rozmiary łyżek (zalecane 2 kpl)
- 14. Zestaw do intubacji, rurki intubacyjne** (różne rozmiary):
- 1) rurki ustnogardłowe,
  - 2) rurki nosowogardłowe,
  - 3) kleszczyki Magilla,,
  - 4) prowadnica do rurek intubacyjnych,
  - 5) strzykawka do uszczelniania,
  - 6) maska krtaniowa duża i mała,
  - 7) zestaw do szybkiej i trudnej intubacji bez laryngoskopu,
- 15. Zestaw resuscytacyjny dla noworodków i niemowląt:**
- 1) worek samorozprężalny dla noworodków,
  - 2) laryngoskop z łyżkami 00; 0,1 typu oxyblade,
  - 3) rurki intubacyjne, prowadnice,
  - 4) zestaw wkłuc i cewników,
- 16. Przyssawka do masażu pośredniego serca (opcja),**
- 17. Zestaw do koniko - punkcji,**
- 18. Mankiet do szybkiego przetaczania płynów.,**
- 19. Zestaw do drenażu jamy opłucnowej z zastawką,**
- 20. Zestaw do cewnikowania pęcherza moczowego,**
- 21. Zestaw do doraźnego zaopatrywania oparzeń** - schładzające opatrunki oparzeniowe,



- 22. Automatyczna, nierozciągliwa opaska zaciskowa,**
- 23. Zestaw cewników jednorazowych do odsysania górnych dróg oddechowych**
- 24. Zestaw strzykawek i igieł**  
(opcja - zestaw do centralnego wkłucia z dostępu obwodowego),
- 25. Aparaty do przetaczania płynów infuzyjnych ze złączem Luer-Look oraz z elastycznym zbiorniczkiem,**
- 26. Jednorazowe gaziki do dezynfekcji skóry,**
- 27. Minimalny zestaw porodowy:**
  - zaciski pępowinowe,
  - materiały opatrunkowe,
  - gruszka do odsysania,
  - nożyczki,
  - rękawiczki jednorazowe.
- 28. Aparaty do mierzenia ciśnienia tętniczego z kpl. mank. - stacjonarny w karetce oraz w walizie,**
- 29. Fonendoskop,**
- 30. Latarka diagnostyczna,**
- 31. Nożyczki opatrunkowe typu "Esmarch" i nożyczki ratownicze,**
- 32. Lampka czołowa,**
- 33. Worki na mocz,**
- 34. Jednorazowy system probówek na krew (z zabezpieczeniem przed rozlaniem krwi),**
- 35. Glukometr,**
- 36. Termometr.**

**Wykaz produktów leczniczych, w które muszą być wyposażone ambulanse sanitarne "R"**

L.p.	Nazwa	Dawka / postać	Ilość
1.	adrenalina	1 mg / amp.	15
2.	aminofilina	0,25 / amp.	2
3.	amiodaron	0,15 / amp.	5
4.	atropina	1,0 mg / amp.	12
5.	hioscyna (buskolizyna)	20 mg / amp.	1
6.	calcium Polfa 10%	10 ml / amp.	1
7.	chlorsukcynylocholina	0,2 / fiol.	2
8.	klemastyna	2 mg / amp.	1
9.	cymetydyna	0,2 / amp.	4
10.	deksametazon	4 mg / amp.	2
11.	diazepam	10 mg / amp.	2
12.	diazepam	5 mg / wlewka	1
13.	metylodigoksyna	0,2 mg / amp.	2
14.	dobutamina	0,25 / fiol.	1
15.	dopamina	0,2 / amp.	3
16.	midazolam (dormicum)	5 mg/ amp.	3
17.	droperydol	25 mg / amp	2
18.	etomidat	20 mg/ amp.	1
19.	fenaktyl	50 mg / amp.	1
20.	fenobarbital	0,2 / amp.	1
21.	fenoterol	aerozol 0,1 lub 0,2 mg /dawkę)	1
22.	fentanyl	0,1 mg / amp.	2
23.	flumazenil	0,5 mg / amp.	1
24.	furosemid	20 mg / amp.	5
25.	glukagon	ampułkostrzykawka	1 (opcja)
26.	glukoza	20% /amp.	5
27.	glukoza	5% / 500 ml.	2
28.	Heparyna frakcjonowana	7.500 j. / fiol.	2
29.	hydrokortyzon	0,5 / amp.	2
30.	ketamina	0,5 / fiol.	1
31.	ketoprofen	0,1 / amp.	1
32.	klonazepam	1 mg / amp.	2
33.	kw. acetylosalicylowy	0,5 / tabl.	5
34.	kw. acetylosalicylowy	0,5 / fiol.	1
35.	lidokaina	2% / fiol.	1
36.	lidokaina	Żel 2%	1

37.	magnezu siarczan	20% / amp.	1
38.	metoprolol	5 mg / amp.	1
39.	metylprednisolon	80 mg / fiol.	5
40.	morfina	10 mg/ amp.	2
41.	NaCl	0,9% / 10 ml.	5
42.	NaCl	0,9% / 100 ml	5
43.	NaCl	0,9% / 500 ml	3
44.	NaHCO <sub>3</sub>	8,4% / amp.	2
45.	nalokson	0,4 mg / amp.	2
46.	nifedypina	5 mg / tabl.	5
47.	nitrogliceryna	10 mg / amp.	1
48.	nitrogliceryna	aerozol	1
49.	noradrenalina	/amp	1
50.	propacetamol	1,0 / amp.	1
51.	petydyna	0,1/ amp.	2
52.	płyn 2:1	250 ml	1
53.	płyn koloidowy	500 ml	2
54.	papaweryna	40 mg / amp.	2
55.	propranolol	1 mg / amp.	2
56.	prostygmina	0,5 mg / amp.	2
57.	salbutamol	0,5 mg/ amp.	1
58.	salbutamol	aerozol	1
59.	PWE	500 ml	2
60.	tiopental	0,5 / fiol.	1
61.	tramadol	0,05 / amp.	1
62.	urapidyl	25 mg / amp.	1
63.	wekuronium	4 mg / amp.	3
64.	werapamil	5 mg / amp.	1

**Wykaz wyrobów medycznych, w które muszą być wyposażone ambulanse  
sanitarne „R” i „W”**

<b>L.p.</b>	<b>Nazwa</b>	<b>Rozmiar/postać</b>	<b>Uwagi</b>
1.	Chusta trójkątna + agrałka		
2.	Gaza wyjałowiona 1 m <sup>2</sup>		
3.	Kompresy gazowe sterylne	5 cm x 5 cm x 3 cm	
4.	Kompresy gazowe sterylne	7 cm x 7 cm x 3 cm	
5.	Kompresy gazowe sterylne	9 cm x 9 cm x 3 cm	
6.	Lignina płaty		
7.	Opaska bawełniana	15 cm	
8.	Opaska dziana	5 cm	
9.	Opaska dziana	10 cm	
10.	Opaska dziana	15 cm	
11.	Opaska elastyczna	12 cm	
12.	Opaska elastyczna	15 cm	
13.	Opatrunek osobisty	typ A	
14.	Poloplast	2.5 cm x 5 cm	
15.	Poloplast	5 cm x 5 cm	
16.	Chospisept	spray	opcja
17.	Codofix		opcja
18.	Aldesan	1000 ml	
19.	Lisoformin 3000 koncentrat	1000 ml	
20.	Manusan	500 ml	
21.	Spirytus skażony		
22.	Woda utleniona	500 ml	

**Wykaz innych urządzeń niezbędnych przy udzielaniu świadczeń  
zdrowotnych, w które muszą być wyposażone ambulanse sanitarne „R” i  
„W”**

1. Folia aluminiowa, powlekana, zabezpieczająca pacjenta przed utratą ciepła i przegrzaniem,
2. Folia nie przezroczysta do przykrycia zwłok,
3. Folia operacyjna samoprzylepna o wymiarach 30 cm x 30 cm
4. Pojemnik do utylizacji zużytych igieł i strzykawek,
5. Koce i prześcieradła jednorazowe oraz poduszka w powłoczce jednorazowej,
6. Nożyczki opatrunkowe typu "Esmowek" oraz nożyczki ratownicze

## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie środków transportu zespołów ratownictwa medycznego stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 23 ust. 4 pkt 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zgodnie z którym Minister Zdrowia winien określić rodzaje zespołów ratownictwa medycznego, wymagania w zakresie składu osobowego zespołów ratownictwa medycznego oraz wymagania w zakresie wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego.

Projekt przewiduje odrębne wymagania w zakresie niezbędnego wyposażenia dla środków transportu drogowego i lotniczego.

Środki transportu drogowego muszą odpowiadać ogólnym wymaganiom, jakie stawia się pojazdom poruszającym się po drogach.

Jednakże z uwagi na przeznaczenie, w projekcie określa się szczególne wymagania w zakresie: zespołu napędowego, zawieszenia, układu hamulcowego itp.

Ponadto środek transportu drogowego winien być wyposażony w dodatkowy sprzęt typu gaśnica, czy urządzenie do wybijania szyb, który umożliwi udzielenie pomocy nie tylko medycznej.

Istotną kwestią w zapewnieniu skuteczności działania zespołów ratownictwa medycznego jest właściwe oznakowanie środków transportu.

Wykaz przedmiotów służących do przenoszenia pacjentów, w które powinny być wyposażone ambulanse sanitarne stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

Wykaz produktów leczniczych i wyrobów medycznych niezbędnych w wyposażeniu ambulansu ratunkowego stanowią załączniki nr 2, 3, 4, 5, do rozporządzenia.

W zakresie wymagań, jakim powinien odpowiadać środek transportu lotniczego projekt przewiduje, iż musi on spełniać wymogi określone dla statków powietrznych w ustawie z dnia 31 maja 1962 r. Prawo lotnicze (Dz.U. Nr 32, poz. 153 z późn.zm.).

Projekt

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA  
z dnia .....**

**w sprawie powiatowych, wojewódzkich i krajowych rocznych planów  
zabezpieczenia ratunkowego**

Na podstawie art. 22 ust. 6 ustawy z dnia ..... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr ....., poz. ....) zarządza się, co następuje:

§ 1

Powiatowy roczny plan zabezpieczenia ratunkowego tworzy się na podstawie danych o:

- 1) charakterystyce obszaru obejmującej:
  - a) ukształtowanie terenu,
  - b) warunki hydrologiczno-meteorologiczne,
  - c) strukturę zatrudnienia i urbanistykę,
  - d) sieć komunikacyjną.
- 2) statystycznej analizie zagrożeń, które wystąpiły na obszarze powiatu w roku ubiegłym, a w szczególności:
  - a) przypadków chorobowych z zagrożeniem życia na terenie powiatu,
  - b) interwencji zespołów ratownictwa medycznego z podziałem na przyczyny (wypadki, urazy, choroby internistyczne) i grupy wiekowe pacjentów (noworodki – do 1 roku życia, dzieci od 1 do 15 roku życia, dorośli )
  - c) hospitalizacji w stanach zagrożenia życia z uwzględnieniem podziału określonego w lit.b),
  - d) epidemiologii chorób zakaźnych,
- 3) posiadanych środkach zabezpieczenia medycznego, a w szczególności:
  - a) liczbie, usytuowaniu i wyposażeniu centrów powiadamiania ratunkowego,
  - b) liczbie, rodzajach i położeniu szpitali publicznych i niepublicznych, w tym posiadających oddziały ratunkowe i zespoły ratownictwa medycznego,

- c) publicznych i niepublicznych zespołach ratownictwa medycznego,
- d) dane o środkach łączności ze szczególnym uwzględnieniem integracji sieci z innymi jednostkami powołanymi do ratownictwa,
- e) dane o miejscach stacjonowania statków powietrznych wykorzystywanych na potrzeby systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz dane dotyczące lądowisk przyszpitalnych a w szczególności odległości lądowiska od szpitala,
- f) miejsce stacjonowania oraz zasoby sprzętowe innych jednostek powołanych do ratownictwa,
- g) innych zasobach sprzętowych jednostek systemu.

## § 2

1. Dane, o których mowa w § 1, nanosi się przy pomocy ustalonych znaków graficznych, na mapę terenu powiatu sporządzoną w skali 1 : 50 000.
2. Mapa powinna ponadto zawierać: dane dotyczące Państwowej Straży Pożarnej w zakresie rozmieszczenia jednostek ratowniczo-gaśniczych, jednostek ratownictwa technicznego i jednostek specjalistycznych wraz z ich rejonami operacyjnymi oraz oznaczenia tych jednostek, w których mogłyby stacjonować medyczne zespoły ratunkowe.
3. Na mapę należy również nanieść rzeczywiste rejony operacyjne zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem czasu dojazdów oraz rejony operacyjne szpitalnych oddziałów ratunkowych.

## § 3

Na podstawie danych, o których mowa w § 1, w powiatowym rocznym planie zabezpieczenia ratunkowego określa się podział zadań dla poszczególnych jednostek systemu na wypadek zdarzeń jednostkowych i zdarzeń masowych, a w szczególności:

- 1) ustala się rejony operacyjne zespołów ratownictwa medycznego,
- 2) ustala się rejony operacyjne dla szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- 3) ustala się procedury współdziałania dla poszczególnych jednostek powołanych do ratownictwa,
- 4) ustala się plany ratunkowe obiektów stanowiących szczególne zagrożenie :
  - a) dużych zakładów przemysłowych, których produktem finalnym lub odpadem produkcyjnym są toksyczne związki chemiczne,



- b) zakładów przemysłowych, które w procesach produkcyjnych używają substancji toksycznych,
- c) rafinerii, zbiorników paliw płynnych i innych chemikalii oraz gazów,
- d) lotnisk i portów morskich.

#### § 4

W celu opracowania projektu powiatowego planu starosta powołuje zespół w składzie:

- 1) ordynatorzy szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- 2) koordynatorzy medyczni centrów powiadamiania ratunkowego,
- 3) przedstawiciele Państwowej Straży Pożarnej, Policji i Powiatowego Centrum Ratownictwa i Reagowania Kryzysowego,

#### § 5

Powiatowy roczny plan zabezpieczenia medycznego zawierający dane, o których mowa w § 1, podział zadań, o którym mowa w § 3, wraz z mapą, o której mowa w § 2, jest wydawany w formie broszury lub w wersji elektronicznej i przekazywany do dnia 30 września każdego roku jednostkom systemu oraz innym jednostkom powołanym do ratownictwa oraz wojewodzie.

#### § 6

- 1. Wojewódzki roczny plan zabezpieczenia medycznego stanowi sumę planów powiatowych oraz zawiera całościową analizę dotyczącą specyfiki województwa. Wojewódzki plan zawiera ponadto:
  - 1) liczbę i rozmieszczenie centrów powiadamiania ratunkowego,
  - 2) liczbę i rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych,
  - 3) plany współdziałania powiatowych jednostek na wypadek zakażeń masowych, przekraczających możliwości lub granice jednego powiatu.
- 2. Wojewoda sporządza mapę obszaru województwa zawierającą dane, o których mowa w § 2, odpowiednio do obszaru województwa.
- 3. Wojewódzki roczny plan zabezpieczenia ratunkowego jest wydawany w formie broszury lub w wersji elektronicznej i przekazywany do dnia 30 października każdego roku jednostkom ratownictwa położonym na obszarze województwa oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

## § 7

1. Krajowy roczny plan zabezpieczenia medycznego stanowi sumę planów wojewódzkich oraz zawiera całościową analizę dotyczącą problematyki poszczególnych województw, w szczególności w zakresie obszarów granicznych pomiędzy województwami. Krajowy plan zawiera ponadto:
  - 1) liczbę i rozmieszczenie zespołów lotniczych służb ratunkowych i lotniczych grup poszukiwawczo ratowniczych,
  - 2) liczbę i rozmieszczenie szpitalnych oddziałów ratunkowych z uwzględnieniem specjalistycznych ośrodków, nie znajdujących się w planach wojewódzkich,
  - 3) plany współdziałania jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na wypadek zdarzeń masowych, przekraczających możliwości lub granice jednego województwa.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia sporządza mapę kraju zawierającą dane, o których mowa w § 2, odpowiednio do obszaru całego kraju.
3. Krajowy roczny plan zabezpieczenia ratunkowego jest wydawany w formie broszury lub w wersji elektronicznej i przekazywany do dnia 30 listopada każdego roku jednostkom ratownictwa medycznego oraz innym służbom ratowniczym, współdziałającym z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego.

## § 8

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

## Uzasadnienie

Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 22 ust. 6 ustawy z dnia ..... o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia winien określić zasady tworzenia powiatowego, wojewódzkiego oraz krajowego rocznego planu zabezpieczenia ratunkowego.

Stosownie do wytycznych określonych w art. 22 ust. 6 ustawy projekt zawiera normy dotyczące:

- danych, na podstawie, których plan się tworzy. Dane to: charakterystyka obszaru, statystyczna analiza zagrożeń, które wystąpiły na danym obszarze w roku ubiegłym, posiadane środki zabezpieczenia medycznego,
- technicznych wymogów tworzenia planu,
- niezbędnych elementów planu tj. rejonów operacyjnych jednostek ratownictwa medycznego, zasad współdziałania wszystkich jednostek ratowniczych, szczegółowe plany ratunkowe dla obiektów stanowiących szczególne zagrożenie,
- powołania zespołu, który będzie tworzył projekt planu.

W zakresie tworzenia wojewódzkiego rocznego planu zabezpieczenia ratunkowego projekt stanowi, iż jest on sumą planów powiatowych oraz dodatkowo zawiera informacje o rozmieszczeniu centrów powiadamiania ratunkowego, które znajdują się w powiatach.

Wejście w życie rozporządzenia spowoduje skutki finansowe dla budżetu Państwa wyłącznie w zakresie zakupu oprogramowania komputerowego niezbędnego do sporządzania planów zabezpieczenia ratunkowego, przy czym nie przewiduje się żadnego szczególnego oprogramowania do tych celów.

Projekt

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA  
z dnia.....**

**w sprawie centrum powiadamiania ratunkowego**

Na podstawie art. 21 ust. 2 pkt 2 i 3 oraz ust. 5 ustawy z dnia .....  
o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr ....., poz. ....) zarządza się,  
co następuje:

§ 1

Rozporządzenie określa:

- 1) standardy techniczne pomieszczeń centrum powiadamiania ratunkowego,
- 2) standardy w zakresie wyposażenia centrów powiadamiania ratunkowego,
- 3) wymagania w zakresie kwalifikacji zawodowych osób pełniących funkcje dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora medycznego,
- 4) tryb pełnienia funkcji przez dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora medycznego oraz odpłatności z tego tytułu,

§ 2

1. Centrum powiadamiania ratunkowego powinno być zorganizowane w pomieszczeniach, których wielkość oraz urządzenia umożliwiają wydzielenie sal: dyspozytorskiej, będącej miejscem pracy dyspozytorów medycznych, centrum zarządzania kryzysowego oraz sali do współpracy ze środkami masowego przekazu i szkolenia dyspozytorów.
2. Centrum powinno posiadać zaplecze socjalne i sanitarne, być zabezpieczone przed dostępem osób postronnych do pomieszczeń i urządzeń technicznych oraz posiadać awaryjne zasilanie urządzeń elektroenergetycznych.
3. Dla centrum należy opracować awaryjny plan ewakuacji w miejsce zastępcze.

§ 3

Centrum powinno być wyposażone w:

- 1) terminale komputerowe z oprogramowaniem umożliwiającym powiadamianie grupowe, zrealizowane przez dostęp do baz danych oraz procedur jednostek systemu,
- 2) cyfrową centralę telefoniczną,
- 3) telefoniczną konsolę dyspozytorską z określoną liczbą klawiszy dostępu bezpośredniego z optyczną sygnalizacją linii telefonicznej przy każdym z nich,
- 4) telefony systemowe,
- 5) podsystemy łączności bezprzewodowej zrealizowanej na pomocą sieci mikrokomórkowej, składającej się ze sterownika, do którego są przyłączone stacje bazowe, obsługujące przenośne urządzenia końcowe w obszarze mikrokomórki o promieniu od 30 do 300 metrów,
- 6) zintegrowaną stację bazową, umożliwiającą realizację połączeń radiowych z własnymi jednostkami systemu oraz stanowiskami dyspozytorskimi innych służb i podmiotów współdziałających,
- 7) radiowy system selektywnego alarmowania i powiadamiania.

#### § 4

1. W centrum stały dyżur pełni dyspozytor medyczny, posiadający tytuł zawodowy ratownika medycznego, bądź prawo wykonywania zawodu pielęgniarstwa oraz specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej.
2. Dyspozytor medyczny, będący pracownikiem centrum, wynagradzany jest według zasad dotyczących pracowników jednostek samorządu terytorialnego.
3. Zasady wynagradzania dyspozytora medycznego wykonującego zadania na podstawie umowy cywilnoprawnej, reguluje ta umowa.

#### § 5

1. Zatrudniony na podstawie umowy o pracę lub wykonujący zadania w oparciu o umowę cywilnoprawną lekarz koordynator medyczny musi posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej.
2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1, wykonuje powierzoną mu funkcję na zasadzie gotowości do pracy.
3. Zasady wynagradzania lekarza koordynatora medycznego, będącego pracownikiem centrum, regulują przepisy dotyczące pracowników jednostek samorządu terytorialnego, a lekarza wykonującego zadania na podstawie umowy cywilnoprawnej ta umowa.

## § 6

1. Przez okres 5 lat od dnia wejścia w życie rozporządzenia, dyspozytorem medycznym może być również pielęgniarka będąca w trakcie specjalizacji z medycyny ratunkowej lub pielęgniarka posiadająca specjalizację w dziedzinie anestezjologii, chirurgii, interny lub pediatrii oraz co najmniej 1-letni staż w ekipie wyjazdowej.
2. Przez okres 5 lat od dnia wejścia w życie rozporządzenia lekarzem koordynatorem medycznym może być lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie anestezjologii, chirurgii lub interny oraz co najmniej 1-letni staż w ekipie wyjazdowej.

## § 7

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

### Uzasadnienie

Zgodnie z art. 21 ust. 2i 5 ustawy z dnia ..... o Państwowym Ratownictwie Medycznym w wybranych przez wojewodę powiatach powinno być utworzone centrum powiadamiania ratunkowego, którego celem podstawowym jest organizowanie na obszarze powiatu systemu ratownictwa medycznego.

Dla realizacji tego celu w centrum powinny być zatrudnione osoby z odpowiednimi kwalifikacjami zawodowymi oraz powinno być ono wyposażone w środki łączności umożliwiające sprawne powiadamianie o zdarzeniach wszystkich jednostek wchodzących w skład systemu ratownictwa medycznego.

Określenie zadań centrum , kwalifikacji pracowników centrum oraz niezbędnego wyposażenia, w myśl art. 21 należy do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia.

Realizując powyższe upoważnienia projekt rozporządzenia:

- określa szczegółowe zadania centrum,
- wymagania w zakresie pomieszczeń, w których będzie zlokalizowane,
- niezbędne elementy systemu łączności,
- wymagania kwalifikacyjne i zasady zatrudniania dyspozytorów medycznych oraz lekarzy koordynatorów medycznych.

W związku z przewidywanym brakiem odpowiednio wykształconej kadry w dniu wejścia w życie rozporządzenia, projekt dopuszcza okres przejściowy 5 lat, w którym będzie możliwe uzupełnienie kwalifikacji przez osoby już zatrudnione w ratownictwie medycznym oraz uzyskanie kwalifikacji przez osoby, które będą kandydować do pracy w ratownictwie medycznym.

Wejście w życie rozporządzenia spowoduje skutki finansowe związane z:

- zorganizowaniem i wyposażeniem centrów,
- szkoleniem osób, które będą w centrum pracować

w wysokości przedstawionej w uzasadnieniu do projektu ustawy.

**Przedstawiony projekt rozporządzenia nie stanowi wykonania upoważnienia ustawowego w zakresie określonym w art. 21 ust. 2 pkt 1 projektu ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (określenie standardów postępowania CPR) W chwili obecnej standardy postępowania centrum powiadamiania ratunkowego są przedmiotem prac specjalnie powołanego zespołu działającego w ramach zespołu międzyresortowego do spraw systemu TETRA.**

Projekt

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA  
z dnia**

**w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego**

Na podstawie art. 23 ust. 4 pkt 1 i 4 ustawy z dnia .....  
o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr ....., poz. ....) zarządza się,  
co następuje:

§ 1

Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe zadania, które realizuje szpitalny oddział ratunkowy,
- 2) szczegółowe wymaganie dotyczące lokalizacji oraz warunków technicznych i budowlanych, jakim powinien odpowiadać szpitalny oddział ratunkowy,
- 3) strukturę organizacyjną szpitalnego oddziału ratunkowego,
- 4) minimalne wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, które musi posiadać szpitalny oddział ratunkowy.

§ 2

Szpitalny oddział ratunkowy realizuje następujące zadania:

- 1) udziela świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce, udzielaniu niezbędnej pomocy lekarskiej oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które uległy nagłemu zachorowaniu, zatruciu, bądź urazowi i zostały przywiezione przez zespół ratownictwa medycznego lub zgłosiły się samodzielnie,
- 2) udziela pomocy ofiarom katastrof,
- 3) nadzoruje i analizuje funkcjonowanie systemu zintegrowanego ratownictwa medycznego w swoim rejonie operacyjnym,
- 4) prowadzi szkolenie w dziedzinie ratownictwa medycznego w zakresie określonym odrębnymi przepisami,
- 5) organizuje i prowadzi promocję działań prozdrowotnych.



## § 3

1. Szpitalny oddział ratunkowy, zwany dalej „oddziałem” powinien być zlokalizowany na poziomie otaczającego terenu oraz posiadać osobne wejście dla pieszych, oddzielne od trasy wjazdu ambulansów.
2. Wejście i wjazd powinny być zadaszone i chronione od wpływu czynnika atmosferycznego oraz wyraźnie oznakowane wzdłuż drogi dojazdu.
3. Wejście i dojazd do oddziału winny być zorganizowane niezależnie od wejść i dojazdów do innych oddziałów szpitala.
4. Oddział powinien dysponować miejscem do lądowania śmigłowca ratunkowego zlokalizowanym w takiej odległości, by możliwe było przyjęcie chorego bez pośrednictwa środków transportu drogowego.

## § 4

1. Oddział może być zorganizowany w szpitalu, w którym są następujące oddziały:
  - 1) chirurgii ogólnej z częścią urazową,
  - 2) chorób wewnętrznych,
  - 3) anestezjologii z intensywną terapią,
  - 4) radiologii i diagnostyki obrazowej,oraz istnieje laboratorium umożliwiające przeprowadzenie całodobowe prowadzenie badań diagnostycznych.
2. Oddział powinien posiadać powierzchnię wystarczającą dla prawidłowego funkcjonowania wszystkich jego obszarów wymienionych w § 5.

## § 5

Oddział powinien składać się z następujących obszarów:

- 1) segregacji medycznej i przyjęć,
- 2) resuscytacyjno-zabiegowej,
- 3) krótkotrwałej intensywnej terapii,
- 4) obserwacji,
- 5) konsultacyjnej,

- 6) laboratoryjnej,
- 7) zespołów ratownictwa medycznego,
- 8) zaplecza ambulatoryjno-gospodarczego.

#### § 6

1. Obszar segregacji medycznej i przyjęć powinien być zlokalizowany bezpośrednio przy wejściu do oddziału oraz zapewniać:
  - 1) przeprowadzenie dekontaminacji, wstępnej oceny pacjenta i odpowiedniego bezkolizyjnego transportu do innych obszarów oddziału,
  - 2) możliwość jednoczesnego przyjęcia i segregacji medycznej co najmniej 4 pacjentów znajdujących się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia,
  - 3) bliski dostęp do poczekalni dla pacjentów i rodzin,
  - 4) warunki niezbędne dla zapewnienia wywiadu od pacjenta i jego rodziny oraz członków zespołów ratownictwa medycznego.
2. W obrębie obszaru segregacji medycznej i przyjęć należy zlokalizować stanowisko dyspozytora, wyposażone w:
  - 1) środki łączności zapewniające łączność pomiędzy centrum powiadamiania ratunkowego, zespołem ratownictwa medycznego oraz kompleksową łączność wewnątrzszpitalną,
  - 2) system bezprzewodowego przywoływania osób,
  - 3) terminal sieci komputerowej szpitala.

#### § 7

1. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy składa się z 2 stanowisk resuscytacyjno-zabiegowych oraz sali zabiegowej.
2. Powierzchnia przeznaczona na 1 stanowisko, o którym mowa w ust. 1, ma wynosić co najmniej 20 m<sup>2</sup>.
3. Wyposażenie i urządzenie obszaru resuscytacyjno-zabiegowego powinno umożliwiać:
  - 1) podtrzymanie funkcji życiowych i ich monitorowanie,
  - 2) wykonanie resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
  - 3) wykonanie pełnego zakresu wczesniej diagnostyki i leczenia urazów,

- 4) wykonanie resuscytacji płynowej,
  - 5) leczenie bólu,
  - 6) wstępnego leczenia zatruc,
  - 7) wszystkie inne działania ratunkowe w stanach zagrożenia zdrowia i życia.
4. Na minimalne wyposażenie 1 stanowiska obszaru resuscytacyjno-zabiegowego składa się:
- 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną,
  - 2) aparat do znieczulania z monitorowaniem i stolikiem anestezyjologicznym,
  - 3) respirator z możliwością wykorzystywania go do czynności transportowych,
  - 4) monitor ekg, pulsoksymetr, kapnograf,
  - 5) monitor ciśnień-nieinwazyjny i inwazyjny,
  - 6) defibrylator z kardiowersją, z opcją stymulacji przezskórnej,
  - 7) 2 gniazda tlenowe,
  - 8) 2 gniazda powietrza,
  - 9) 2 gniazda próżni technicznej,
  - 10) 10 gniazd elektrycznych (na każde łóżko),
  - 11) aparat do szybkiego przetaczania płynów,
  - 12) aparat do ogrzewania płynów infuzyjnych,
  - 13) pompa infuzyjna,
  - 14) strzykawki automatyczne.
5. Pomieszczenie sali zabiegowej ma wynosić co najmniej 20 m<sup>2</sup> oraz powinno być wyposażone w sprzęt i aparaturę umożliwiającą wykonanie ratowniczych zabiegów chirurgicznych u chorych lub poszkodowanych nie kwalifikujących się do leczenia szpitalnego.
6. Sala zabiegowa powinna być wyposażona w:
- 1) stół zabiegowy z lampą operacyjną,

- 2) aparat do znieczulania z monitorowaniem i stolikiem anestezyjologicznym,
  - 3) 2 gniazda tlenowe,
  - 4) 2 gniazda powietrza,
  - 5) 2 gniazda próżni technicznej,
  - 6) 10 gniazd elektrycznych.
7. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy powinien posiadać, niezależnie od sprzętu i aparatury wymienionej w ust. 4-6, ponadto:
- 1) przyłózkowy zestaw rtg z ramieniem C i torem wizyjnym,
  - 2) analizator parametrów krytycznych
  - 3) możliwość korzystania z ultrasonografu,
  - 4) bronchoskop,
  - 5) laryngofiberoskop.
8. Obszar resuscytacyjno-zabiegowy powinien dysponować jednym stanowiskiem zapewniającym odizolowanie pacjenta w stanie terminalnym.

## § 8

1. Do zadań obszaru krótkotrwałej intensywnej terapii należy:
- 1) monitorowanie funkcji życiowych w bezpośrednim okresie po resuscytacyjnym,
  - 2) kontynuowanie przedłużającej się resuscytacji krążeniowo-oddechowej,
  - 3) wczesne leczenie zatruc,
  - 4) przygotowanie i stabilizacja pacjentów przed doraźną interwencją chirurgiczną,
  - 5) krótkotrwała sztuczna wentylacja,
  - 6) wstępne leczenie ostrych niewydolności narządowych u dorosłych i dzieci,
  - 7) resuscytacja płynowa,
  - 8) wstępne leczenie wstrząsu o różnej etiologii.

2. W obszarze krótkotrwałej intensywnej terapii powinny być urządzone 2 stanowiska wyposażone, zgodnie z przepisami o standardach postępowania oraz procedurach medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej.

#### § 9

1. Obszar obserwacji powinien zawierać co najmniej 4 stanowiska, o powierzchni każde 12 m<sup>2</sup>, z możliwością:
  - 1) monitorowania ciśnienia tętniczego krwi w sposób nieinwazyjny,
  - 2) pulsoksymetrii,
  - 3) zapewnienia stosowania biernej tlenoterapii,
  - 4) prowadzenia infuzji dożylnych.
2. W obszarze obserwacyjnym powinien znajdować się przynajmniej jeden przenośny zestaw resuscytacyjny.

#### § 10

Obszar konsultacyjny powinien być wyposażony i urządzony w sposób umożliwiający przeprowadzenie konsultacji specjalistycznych.

#### § 11

Obszar laboratoryjny powinien posiadać wyposażenie zapewniające natychmiastowe wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych.

#### § 12

Sprzęt i aparatura obszaru diagnostyki powinna umożliwiać wykonanie rtg klatki piersiowej, miednicy i kręgosłupa szyjnego oraz diagnostykę obrazową, w tym badania ultrasonograficzne, a w miarę możliwości również komputerowe badania tomograficzne.

#### § 13

Obszar zaplecza administracyjno-gospodarczego winien być urządzony zgodnie z przepisami obowiązującymi w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

#### § 14

Powierzchnia i urządzenie obszaru zespołów ratownictwa medycznego powinien zapewniać ich sprawne funkcjonowanie, a w szczególności posiadać:

- 1) pomieszczenie na dodatkowy sprzęt medyczny i leki,
- 2) miejsce wyposażone w łatwy dostęp do źródła energii elektrycznej i wody,
- 3) system alarmowo-wyjazdowy oraz system łączności wewnątrz-szpitalnej,
- 4) zaplecze socjalne dla personelu zespołów ratownictwa medycznego.

§ 15

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

## Uzasadnienie

Stosownie do przepisów art. 24 ust. 4 pkt 1 i 4 ustawy z dnia ..... o Państwowym Ratownictwie Medycznym minister właściwy do spraw zdrowia winien określić szczegółowe wymagania, jakim powinien odpowiadać oddział szpitalny aby mógł zostać uznany za jednostkę systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Wymagania te to przede wszystkim właściwa lokalizacja oddziału, zapewniająca realizację zadań, polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych ofiarom katastrof i innych niespodziewanych zdarzeń.

Lokalizacja ta powinna zapewniać właściwy dojazd (łącznie z miejscem do lądowania dla helikopterów) oraz taki system powiązania z innymi oddziałami szpitalnymi, by możliwe było dalsze leczenie i diagnozowanie ofiar katastrof i niespodziewanych zdarzeń.

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

Realizując powyższe projekt rozporządzenia:

- w § 3 – określa zasady lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- w § 4-5 – strukturę organizacyjną oddziału,
- w § 6-14 – wyposażenie poszczególnych obszarów oddziału.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu Państwa, natomiast koszt zakupu sprzętu medycznego niezbędnego do uruchomienia jednego szpitalnego oddziału ratunkowego szacuje się na około 700 000 PLN.

Projekt

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA**

z dnia.....

**w sprawie medycznych działań ratowniczych, które może  
podejmować ratownik medyczny samodzielnie lub pod nadzorem  
lekarza ratunkowego**

Na podstawie art. 30 ust. 7 ustawy z dnia ..... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr ....., poz. ....) zarządza się, co następuje:

## § 1

Ratownik medyczny może podejmować samodzielnie następujące medyczne działania ratownicze:

- 1) rozpoznawanie stanów zagrożenia życia i zdrowia,
- 2) prowadzenie resuscytacji krążeniowo-oddechowej przy zastosowaniu następujących metod bezprzyrządowych i przyrządowych:
  - a) tlenoterapia,
  - b) udrażnianie dróg oddechowych metodami przyrządowymi ( rurka ustno-gardłowa i nowoso-gardłowa),
  - c) wentylacja workiem samorozprężalnym,
  - d) kaniulacja żył obwodowych,
  - e) defibrylacja automatyczna,
  - f) przetaczanie płynów infuzyjnych,
  - g) odsysanie z dróg oddechowych,
- 3) założenie zgłębnika żołądkowego,
- 4) opatrzenie ran i krwotoków, zaopatrzenie odmrożeń i oparzeń,
- 5) unieruchamianie kręgosłupa,
- 6) ocena poziomu świadomości pacjenta według skali Glasgow i stanu pacjenta w skali RTS,
- 7) monitorowanie parametrów układu krążenia i oddechowego badaniem przedmiotowym i przy użyciu standardowego sprzętu zespołu ratownictwa medycznego i szpitalnego oddziału ratunkowego,
- 8) przeprowadzenie podziału pacjentów dla celów ratowniczych według stopnia obrażeń.

## § 2

Ratownik medyczny może podejmować pod nadzorem lekarza ratunkowego następujące medyczne działania ratownicze:



- 1) stosowanie w trakcie resuscytacji krążeniowo oddechowej następujących metod:
  - a) defibrylacja, kardiowersja, stymulacja przezskórna,
  - b) dożylne podawanie leków,
  - c) intubacja dotchawicza,
  - d) konikotomia,
- 2) cewnikowanie pęcherza moczowego,
- 3) podawanie leków drogą dojelitową, podskórną, dotchawiczą i domięśniową,

### § 3

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

### **Uzasadnienie**

Zawód ratownika medycznego będą uzyskiwać absolwenci medycznych wyższych szkół zawodowych. Zawód ten będzie pozwalał na udzielanie niezbędnej pomocy medycznej ofiarom katastrof i innych niespodziewanych zdarzeń.

Ratownik medyczny, działający w ramach zespołu ratownictwa medycznego będzie wykonywał niektóre czynności medyczne w czasie nieobecności lekarza.

Jakkolwiek kwalifikacje licencjonowanych ratowników medycznych będą bardzo wysokie, niemniej będą mogli wykonywać tylko część czynności medycznych ratujących życie, czy utrzymujących pacjenta w stanie niepogarszającym się do czasu dowiezienia do szpitalnego oddziału ratunkowego.

Projekt rozporządzenia precyzuje zatem, które medyczne działania ratownicze ratownik medyczny może podejmować samodzielnie, a które pod nadzorem lekarza.

Wejście w życie rozporządzenia nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu Państwa.

## ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA

z dnia .....

### w sprawie rejestru jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Na podstawie art. 24 ust. 13 ustawy z dnia ..... o Państwowym Ratownictwie Medycznym ( Dz. U. Nr....., poz.....) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** 1. Rejestr jednostek systemu jest prowadzony w formie ksiąg rejestrowych.

2. Dla każdego dysponenta jednostki zakłada się osobną księgę rejestrową, oznaczoną numerem odpowiadającym kolejności wniosków o wpis.

**§ 2.** 1. Księga rejestrowa składa się z następujących działów:

1) dział pierwszy "Oznaczenie dysponenta jednostki", do którego wpisuje się w odrębnych rubrykach:

- a) numer kolejny wpisu,
- b) pełną i skróconą nazwę dysponenta jednostki oraz oznaczenie jego siedziby,
- c) formę organizacyjną dysponenta,
- d) obszar działania,
- e) oznaczenie organu lub innego podmiotu, który utworzył dysponenta jednostki, oraz organu sprawującego nadzór nad nim, jeżeli nadzór nie jest sprawowany przez organ, który utworzył dysponenta jednostki,
- f) <sup>(1)</sup> numer identyfikacyjny REGON oraz resortowy kod identyfikacyjny dysponenta,
- g) uwagi,

2) dział drugi "Organizacja szpitalnego oddziału ratunkowego", do którego wpisuje się w odrębnych rubrykach:

- a) numer kolejny wpisu,
- b) imię i nazwisko ordynatora oddziału,
- c) .....,
- d).....,
- e) .....,
- f) .....,
- g) uwagi,

3) dział trzeci "Organizacja i liczba zespołów ratownictwa medycznego", do którego wpisuje się w odrębnych rubrykach:

- a) numer kolejny wpisu,
- b) .....,

- c) .....
- d) .....
- e) .....
- f) .....
- g) uwagi.

2. Wpisowi do rejestru podlegają również zmiany i uzupełnienia danych wymienionych w ust. 1 pkt 1 lit. b)....., pkt 2 lit. b)..... i pkt 3 lit. b).....).

3. Jeżeli dane wymienione w ust. 1 i 2 wymagają, ze względu na ich zakres, ujęcia w odrębnym dokumencie, dokument ten stanowi załącznik do księgi rejestrowej; o załączniku czyni się wzmiankę w księdze rejestrowej.

**§ 3.** Każdy wpis do księgi rejestrowej oznacza się numerem wynikającym z kolejności wpisów oraz zaopatrjuje w datę dokonania wpisu i podpis urzędnika upoważnionego przez organ prowadzący rejestr.

**§ 4.** Niezależnie od księgi rejestrowej dla każdego dysponenta jednostki prowadzi się akta rejestrowe, obejmujące dokumenty stanowiące podstawę wpisu do rejestru oraz dokumenty dotyczące postępowania rejestrowego.

**§ 5.** Organ prowadzący rejestr może w treści wpisu powołać się na dokument złożony do akt rejestrowych. Powołane dokumenty uważa się wówczas za objęte treścią wpisu.

**§ 6.** Wzór księgi rejestrowej stanowi załącznik nr 1 do rozporządzenia.

**§ 7.** 1. Wniosek o wpis do rejestru, zwany dalej "wnioskiem", składa do wojewody lub ministra właściwego do spraw zdrowia kierownik lub osoba pełniąca obowiązki kierownika dysponenta jednostki, a w razie likwidacji zakładu opieki zdrowotnej - likwidator.

2. Wzór wniosku o wpis do rejestru jednostki systemu stanowi załącznik nr 2 do rozporządzenia.

**§ 8.** 1. Osoba, o której mowa w § 7 ust. 1, obowiązana jest dołączyć do wniosku odpisy:

- 1) decyzji o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej,
  - 2) opinii organu sanitarnego o spełnieniu minimalnych standardów wyposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych i zespołów wyjazdowych,
- oraz dokumenty zawierające dane potrzebne do wypełnienia poszczególnych rubryk księgi rejestrowej.

2. Jeżeli ubiegającym się o wpis jest podmiot zagraniczny, do wniosku o wpis do rejestru dołącza się ponadto dokumenty stwierdzające, że podmiot zagraniczny uprawniony jest - na podstawie odrębnych przepisów - do prowadzenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalności gospodarczej.

**§ 9.** Rozpoznając wniosek, organ prowadzący rejestr bada co do zgodności z prawem treść wniosku oraz treść dokumentów stanowiących podstawę wpisu.

**§ 10.** W decyzji o wpisie do rejestru organ prowadzący rejestr określa dosłowną treść wpisu oraz rubrykę księgi rejestrowej, w której wpis ma być dokonany.

**§ 11.** Numer kolejny wpisu w księdze rejestrowej odnotowuje się na wniosku o wpis i na dokumencie stanowiącym podstawę wniosku.

**§ 12.** Przepisy dotyczące wpisu do rejestru stosuje się odpowiednio do dokonywania zmiany we wpisie do rejestru oraz wykreślenia wpisu.

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

## Załącznik nr 2

Pieczęć dysponenta jednostki  
ubiegającej się o wpis  
(REGON)

## WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU JEDNOSTEK SYSTEMU PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Adresat:

Wojewoda.....

Nr księgi rejestrowej.....

Nr księgi/nr pozycji.....

Data wpisu rok/m-c/d-ń.....

Pełna nazwa jednostki - dysponenta	
Skrócona nazwa	
Adres	Kod ..... Miejscowość..... Ulica.....nr..... Skr. Pocz.....tel/fax.....
Forma organizacyjna, podstawa prawna utworzenia	Forma organizacyjna.....
Dysponent jednostki	Nazwa..... Siedziba.....
Kierownik	Nazwisko i imię..... Zawód wyuczony i tytuł zawodowy.....

.....  
pieczęćka imienna i podpis kierownika

Załącznik do rozporządzenia  
Ministra Zdrowia  
z dnia.....  
(Dz. U. Nr....., poz.....)  
Załącznik nr 1

## KSIEGA REJESTROWA JEDNOSTKI SYSTEMU PAŃSTWOWEGO RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Nazwa podmiotu.....  
Adres podmiotu.....  
Numer rejestru.....data rejestracji.....

### Dział I Oznaczenie dysponenta jednostki systemu

a	b	c	d	e	f	g
Numer kolejny wpisu	Pełna i skrócona nazwa dysponenta oraz oznaczenie jego siedziby	Forma organizacyjna dysponenta	Obszar działania	Oznaczenie organu lub podmiotu który utworzył dysponenta jednostki, oraz organu który sprawuje nadzór nad dysponentem	Numer identyfikacyjny REGON, oraz resortowy kod identyfikacyjny dysponenta	uwagi

### Dział II Organizacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

a	b	c	d	e	f	g
Numer kolejny wpisu						uwagi

## Dział III

## Organizacja i liczba zespołów ratownictwa medycznego

a	b	c	d	e	f	g
Numer kolejny wpisu						uwagi



## UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienie ustawowego zawartego w art. 24 ust. 13 ustawy z dnia.....(Dz. U. Nr....., poz.....) o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia winien określić zadania i sposób tworzenia rejestru jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Projekt zawiera wytyczne tworzenia i prowadzenia rejestru:

Określa formę prowadzenia rejestru

Wymienia i opisuje działy księgi rejestrowej

Opisuje tryb dokonywania wpisów i zmian w rejestrze oraz wykreśleń z rejestru

Przedstawia w formie załączników projekt wniosku o dokonanie wpisu w rejestrze oraz wzór księgi rejestrowej

Sporządzone w myśl projektu rozporządzenia dokumenty umożliwiają wykonywanie przez właściwego wojewodę i ministra właściwego do spraw zdrowia zadań wynikających z zapisów ustawowych.

Wejście w życie przepisów wynikających z projektu rozporządzenia nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu