



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM 10-126-10

Druk nr 3432
Warszawa, 30 września 2010 r.

Pan
Grzegorz Schetyna
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Na podstawie art. 118 ust. 1 i art. 123 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. przedstawiam Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej projekt ustawy

- o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z projektem aktu wykonawczego.

Rada Ministrów uznała wymieniony projekt ustawy za pilny, aby możliwe było funkcjonowanie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego po dniu 1 stycznia 2011 r. oraz dokonanie przez wojewodów aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu, które zgodnie z obowiązującym prawem wygasają z końcem grudnia 2010 r.

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

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

Z poważaniem

(-) Donald Tusk

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw ¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3:

a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) lekarz systemu – lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, z zastrzeżeniem art. 57;”,

b) dodaje się pkt 13 i 14 w brzmieniu:

„13) obszar działania – obszar działania zespołu ratownictwa medycznego, określony w sposób zapewniający realizację parametrów czasów dotarcia, o których mowa w art. 24, w ramach którego zespół ten będzie dysponowany na miejsce zdarzenia w pierwszej kolejności;

14) rejon operacyjny – rejon określony w wojewódzkim planie działania systemu, obejmujący co najmniej jeden obszar działania.”;

2) art. 21 otrzymuje brzmienie:

„Art. 21. 1. System działa na obszarze województwa na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu, zwanego dalej „planem”, sporządzanego przez wojewodę.

2. Plan w razie potrzeb podlega aktualizacji.

3. Plan obejmuje w szczególności:

- 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów o stanie klęski żywiołowej;
- 2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 3) obszary działania i rejony operacyjne;
- 4) sposób koordynowania działań jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 5) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego;
- 6) sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie

życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;

- 7) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15;
- 8) informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2009 r. Nr 178, poz. 1380 oraz z 2010 r. Nr 57, poz. 353) i terenach przez nie obsługiwanych;
- 9) opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponenta zespołów ratownictwa medycznego.

4. W planie umieszcza się ponadto:

- 1) odpowiednią do potrzeb liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń;

- 2) wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- 3) centrum urazowe wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji jego zadań, jeżeli centrum urazowe znajduje się na obszarze danego województwa.

5. Umieszczenie elementów planu:

- 1) o których mowa w ust. 4, wymaga uzgodnienia z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) dotyczących sposobu współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1, wymaga uzgodnienia z właściwym:
 - a) Szefem Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego,
 - b) Komendantem Wojskowego Obwodu Profilaktyczno-Leczniczego,
 - c) komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej,
 - d) komendantem wojewódzkim Policji,
 - e) komendantem oddziału Straży Granicznej, którego zakres działania obejmuje strefę nadgraniczną.

6. Projekt aktualizacji planu sporządza wojewoda i uzgadnia go z podmiotami, o których mowa w ust. 5.

7. Organy jednostek samorządu terytorialnego i inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu.
8. Wojewoda przekazuje projekt aktualizacji planu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w celu zatwierdzenia.
9. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu:
 - 1) może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu aktualizacji planu;
 - 2) uzupełnia projekt aktualizacji planu o część dotyczącą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia odmawia zatwierdzenia projektu aktualizacji planu i zaleca wojewodzie dokonanie zmian, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.
11. Wojewoda zmienia projekt aktualizacji planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia i przesyła go ministrowi w celu zatwierdzenia, chyba że w terminie 3 dni od dnia otrzymania tych zaleceń zgłosi do nich zastrzeżenia.
12. W terminie 3 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje je, w razie uwzględnienia – zatwierdza projekt aktualizacji planu albo zaleca wojewodzie

wprowadzenie zmian w terminie nie dłuższym niż 3 dni.

13. W przypadku zalecenia wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 12, wojewoda zmienia projekt aktualizacji planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia.
14. Plan zostaje zaktualizowany z chwilą zatwierdzenia projektu aktualizacji planu.
15. Ujednolicony tekst planu, w wersji zaktualizowanej, zatwierdzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewoda podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej.
16. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) szczegółowy zakres danych objętych planem oraz poziom ich szczegółowości,
 - 2) ramowy wzór planu
– mając na względzie potrzebę zapewnienia sprawnego planowania i nadzoru nad systemem oraz utrzymania przejrzystości i jednolitej konstrukcji planów tworzonych w poszczególnych województwach;
 - 3) kryteria kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, związanych z utrzymaniem zespołów.”;

3) w art. 27:

a) w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji lekarzowi koordinatorowi ratownictwa medycznego;”

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

„1a. Wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.”

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W razie konieczności użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza rejonu operacyjnego, dyspozytor medyczny powiadamia o tym fakcie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.”

4) w art. 29:

a) w ust. 2:

– pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego rejonu operacyjnego;”

– pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego;”

- b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:
- „4. Lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego może być lekarz systemu, który posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zespole ratownictwa medycznego.”;
- 5) w art. 32 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „1. Jednostkami systemu są:
- 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
 - 2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego
- zwane dalej „jednostkami systemu”, na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.”;
- 6) w art. 44 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „1. Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.”;
- 7) w art. 45 w ust. 1 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:
- „W przypadku transportu poza rejon operacyjny transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.”;
- 8) w art. 49 ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy, o których mowa w ust. 1, na rejon

operacyjne, na podstawie planu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.”;

9) art. 57 otrzymuje brzmienie

„Art. 57. Do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii.”;

10) art. 63 otrzymuje brzmienie:

„Art. 63. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego dostosują kwalifikacje członków tych zespołów do wymagań, o których mowa w art. 36 ust. 1, do dnia 31 grudnia 2012 r.”.

Art. 2. W ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 39 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Przepis ust. 3 nie dotyczy przewozu dziecka taksówką osobową, specjalistycznym środkiem transportu sanitarnego, o którym mowa w art. 36 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.⁴⁾), lub pojazdem Policji.”;

- 2) w art. 44 w ust. 2:
 - a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:
 - „1) udzielić niezbędnej pomocy ofiarom wypadku oraz wezwać zespół ratownictwa medycznego i Policję;”
 - b) pkt 3 otrzymuje brzmienie:
 - „3) pozostać na miejscu wypadku, a jeżeli wezwanie zespołu ratownictwa medycznego lub Policji wymaga oddalenia się – niezwłocznie powrócić na to miejsce.”;
- 3) w art. 53 w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:
 - „2) zespołu ratownictwa medycznego;”.

Art. 3. W ustawie z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. Nr 171, poz. 1800, z późn. zm.⁵⁾) w art. 78 w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

- „1) centralnemu punktowi systemu centrów powiadamiania ratunkowego – w przypadku połączeń do numeru alarmowego „112” oraz do numerów alarmowych ustalonych dla Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, chyba że służba ustawowo powołana do niesienia pomocy, wykorzystująca dany numer alarmowy, posiada własny punkt centralny mogący współpracować z systemem albo”.

Art. 4. 1. Przepisy art. 21 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do wojewódzkich planów działania systemu, począwszy od dnia 1 lipca 2011 r.

2. Wojewódzkie plany działania systemu obowiązujące w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy zachowują moc do dnia 30 czerwca 2011 r.

3. Nie stosuje się wojewódzkich planów działania systemu na lata 2011 – 2013 zatwierdzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy.

4. Wojewodowie przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia projekt wojewódzkiego planu działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, obowiązującego od dnia 1 lipca 2011 r., w terminie do dnia 31 stycznia 2011 r. w celu zatwierdzenia.

5. Do sporządzenia i zatwierdzenia planów, o których mowa w ust. 4, stosuje się odpowiednio przepisy art. 21 ust. 3 – 15 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 5. 1. Za zgodą dysponenta jednostki, o którym mowa w art. 3 pkt 1 ustawy, o której mowa w art. 1, obowiązywanie umowy na wykonywanie zadań przez zespoły ratownictwa medycznego, zawartej na okres do dnia 31 grudnia 2010 r. i realizowanej w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, może zostać przedłużone na okres do dnia 30 czerwca 2011 r.

2. Umowy na wykonywanie zadań przez zespoły ratownictwa medycznego zawarte na okres dłuższy niż do dnia 30 czerwca 2011 r. mogą być realizowane na zasadach w nich zawartych, o ile umowy te będą zgodne z wojewódzkimi planami działania systemu obowiązującymi od dnia 1 lipca 2011 r.

Art. 6. Przepis art. 49 ust. 2 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą stosuje się do umów obowiązujących od dnia 1 lipca 2011 r.

Art. 7. Akty wykonawcze wydane na podstawie:

- 1) art. 21 ust. 15 ustawy, o której mowa w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych, wydanych na podstawie art. 21 ust. 16 ustawy, o której mowa w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2010 r.;
- 2) art. 78 ust. 7 i 7a ustawy, o której mowa w art. 3, zachowują moc do dnia wejścia w życie aktów wykonawczych wydanych na

podstawie art. 78 ust. 7 i 7a ustawy, o której mowa w art. 3, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż przez okres 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 8. Ustawa wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

-
- ¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawę z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym oraz ustawę z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne.
 - ²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653, z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679.
 - ³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 109, poz. 925, Nr 175, poz. 1462, Nr 179, poz. 1486 i Nr 180, poz. 1494 i 1497, z 2006 r. Nr 17, poz. 141, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 190, poz. 1400, Nr 191, poz. 1410 i Nr 235, poz. 1701, z 2007 r. Nr 52, poz. 343, Nr 57, poz. 381, Nr 99, poz. 661, Nr 123, poz. 845 i Nr 176, poz. 1238, z 2008 r. Nr 37, poz. 214, Nr 100, poz. 649, Nr 163, poz. 1015, Nr 209, poz. 1320, Nr 220, poz. 1411 i 1426, Nr 223, poz. 1461 i 1462 i Nr 234, poz. 1573 i 1574, z 2009 r. Nr 3, poz. 11, Nr 18, poz. 97, Nr 79, poz. 663, Nr 91, poz. 739, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 802 i 803, Nr 98, poz. 817 i Nr 168, poz. 1323 oraz z 2010 r. Nr 40, poz. 230, Nr 43, poz. 246, Nr 122, poz. 827, Nr 151, poz. 1013 i Nr 152, poz. 1018.
 - ⁴⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653, z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679.
 - ⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 163, poz. 1362 i Nr 267, poz. 2258, z 2006 r. Nr 12, poz. 66, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 170, poz. 1217, Nr 220, poz. 1600, Nr 235, poz. 1700 i Nr 249, poz. 1834, z 2007 r. Nr 23, poz. 137, Nr 50, poz. 331 i Nr 82, poz. 556, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 11, poz. 59, Nr 18, poz. 97 i Nr 85, poz. 716 oraz z 2010 r. Nr 81, poz. 530, Nr 86, poz. 554 i Nr 106, poz. 675.

20/09-kt

UZASADNIENIE

Postulaty wpływające do Ministra Zdrowia od organizatorów i realizatorów świadczeń zdrowotnych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne jednoznacznie wskazują, że istnieje konieczność dokonania pilnych zmian niektórych przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”.

Obszary, które dotyczą niezbędnej i szybkiej nowelizacji, obejmują kwestie związane z wprowadzeniem definicji rejonu operacyjnego i obszaru działania, uznaniem wykonywania zadań dyspozytora medycznego za udzielanie świadczeń zdrowotnych, przedłużeniem obowiązywania art. 63 wprowadzającym czasowe odstępstwo od kwalifikacji członków zespołów ratownictwa medycznego, zmniejszeniem wymagań zawodowych lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego, możliwością uzyskania statusu lekarza systemu przez lekarzy po drugim roku specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, ale także przez lekarzy po drugim roku specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, zmianą okresu obowiązywania wojewódzkich planów działania systemu na czas nieokreślony z możliwością ich bieżącej aktualizacji.

Ustawa nie definiowała do tej pory rejonu operacyjnego i obszaru działania. Wprowadzenie do ustawodawstwa regulacji w tym zakresie przyczyni się do uporządkowania stanu prawnego, wprowadzi jednoznaczną i jednolitą interpretację przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, wydanego na podstawie delegacji zawartej w art. 21 ust. 15 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Powyższe pozwoli na opracowanie wojewódzkich planów działania systemu według jednakowych zasad, a także sprawne przeprowadzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia postępowań w sprawie zawarcia umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego, według mającego zastosowanie w całym kraju podziału na rejony operacyjne, przy czym zasadne jest, aby w rejonie operacyjnym została zapewniona szybka i skuteczna realizacja zadań zespołów ratownictwa medycznego na wypadek zdarzeń masowych, co jest możliwe przy organizacji w województwie większych terytorialnie rejonów operacyjnych. Zgodnie bowiem z art. 49 ust. 2

ustawy dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na rejon operacyjny, na podstawie zatwierdzonego ww. planu.

Istotnym elementem, który wymaga pilnej zmiany, jest takie doprecyzowanie przepisów ustawy, by stało się bezsporne, że zadania wykonywane przez dyspozytora medycznego są świadczeniami zdrowotnymi. Nowelizacja w tym zakresie zapewni osobom wykonującym zadania dyspozytora medycznego kontynuację wykonywania zawodu medycznego, w tym przez lekarza systemu, pielęgniarkę systemu i ratownika medycznego, którzy z powodu różnych sytuacji życiowych lub zdrowotnych nie mogą już wykonywać tych zawodów na przykład w zespołach ratownictwa medycznego.

Ustawa określa także skład osobowy zespołów ratownictwa medycznego, w których od dnia 1 stycznia 2011 r. świadczeń będzie mógł udzielać tylko lekarz systemu, pielęgniarka systemu oraz ratownik medyczny. Okres przejściowy w tym zakresie, wprowadzony art. 63 ustawy, kończy się z dniem 31 grudnia 2010 r. Brak zmiany przedmiotowego przepisu może spowodować, że po dniu 1 stycznia 2011 r. mogłoby dojść do braku właściwej obsady zespołów ratownictwa medycznego.

Problemy dysponentów jednostek związane z brakiem składania dysponentom wystarczającej liczby ofert pracy w systemie przez lekarzy spełniających kryteria wymagane dla lekarza systemu powodują, że znaczna liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego nie będzie spełniać po tym czasie wymogów ustawy, co może skutecznie wyeliminować specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego z ich obszarów działania. W konsekwencji zmniejszy się dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej realizowany przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego na danym terenie i wydłuży się czas dojazdu innego tego typu zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Analizując powyższy problem stwierdzono, że w niektórych województwach ponad 40 % lekarzy zatrudnionych w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego nie spełnia tych wymagań. Kolejnym istotnym elementem powodującym brak w systemie ratownictwa medycznego lekarzy medycyny ratunkowej jest małe zainteresowanie uzyskaniem specjalizacji w tej dziedzinie. Należy podkreślić, iż praca w zespołach ratownictwa medycznego naraża na ciągły stres związany z udzielaniem świadczeń osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz wiąże się ze znacznym wysiłkiem fizycznym. Powyższe dodatkowo uzasadnia konieczność wydłużenia okresu przejściowego, o którym mowa w art. 63

obowiązującej ustawy. Ww. przepis wymaga pilnej nowelizacji tak, aby umożliwić jego skuteczne wejście w życie najpóźniej od dnia 1 stycznia 2011 r.

W chwili obecnej w zespołach ratownictwa medycznego udziela świadczeń 5 808 lekarzy, zaś 3 712 spełnia docelowe wymagania ustawy określone dla lekarza systemu. Ponadto w 2009 r. w trakcie odbywania specjalizacji w dziedzinach medycyny wymienionych w art. 57 ustawy było ponad 8 300 lekarzy. Jednocześnie w 2010 r. zostało przyznanych 179 miejsc szkoleniowych w dziedzinie medycyny ratunkowej. Po zmianie przepisu art. 57, w proponowanym w art. 63 okresie do końca 2012 r., liczba brakujących lekarzy systemu powinna być uzupełniona i po upływie 2 lat umożliwi pełną obsadę specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, pod warunkiem jednak, że lekarze ci złożą ofertę pracy w zespołach ratownictwa medycznego dysponentom jednostek. Nowe brzmienie przepisu art. 57 umożliwi uzyskanie statusu lekarza systemu przez lekarzy po drugim roku specjalizacji w dziedzinie: anestezyjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii. Powyższa zmiana potencjalnie zwiększy liczbę lekarzy systemu, co z kolei zagwarantuje właściwą obsadę specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego.

Podobny problem dotyka również zagadnienia związanego ze spełnieniem wymagań ustawowych przez lekarzy powołanych na stanowiska lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego. Wymagania ustawowe powodują, że obecnie występują znaczne trudności z zapewnieniem przez wojewodów pełnej obsady tych stanowisk. Obniżenie wymagań dla lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego w zakresie doświadczenia zawodowego powinno przyczynić się do całodobowego zabezpieczenia funkcjonowania tych stanowisk, przy jednoczesnym zachowaniu jakości wykonywanych zadań.

Liczba wszystkich pielęgniarek zatrudnionych w zespołach ratownictwa medycznego wynosi 4 304, w tym wymogi dla pielęgniarki systemu spełnia 3 158 z nich, co dodatkowo uzasadnia wydłużenie terminu, o którym mowa w art. 63 ustawy. Natomiast wszyscy ratownicy medyczni zatrudnieni w zespołach w liczbie ogólnej 11 127 odpowiadają wymogom ustawy w zakresie posiadanych kwalifikacji.

Ponadto ustawa wprowadza zmianę w art. 21 powodującą rezygnację z 3-letniego okresu obowiązywania planów na rzecz planów obowiązujących bezterminowo i podlegających

systematycznej aktualizacji w każdym czasie, kiedy wystąpi uzasadniona potrzeba związana z zapewnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców. Powyższe zapewni możliwość długoterminowego i płynnego zawierania umów. Planowanie długoletnich inwestycji przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego z kolei przyczyni się do właściwego gospodarowania środkami publicznymi związanymi np. z zakupem nowych ambulansów.

Proponowane brzmienie art. 4 i 5 zapewni ciągłość realizacji świadczeń zgodnych z wojewódzkimi planami działania systemu obowiązujących w 2010 r. według niezmienionych zasad do dnia 30 czerwca 2011 r. W konsekwencji wprowadzono przepis przedłużający okres obowiązywania wojewódzkich planów działania systemu, obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy, których okres ważności kończy się z dniem 31 grudnia 2010 r. W tym stanie rzeczy plany, które zostały już zatwierdzone zgodnie z dotychczasowymi przepisami, mające obowiązywać w latach 2011 – 2013, straciły rację bytu, wobec czego wprowadzono przepis stanowiący o ich niestosowaniu. Od dnia 1 lipca 2011 r. zaczną obowiązywać nowe plany zgodne z nowym brzmieniem ustawy. Przepis art. 4 przewiduje konieczność sporządzenia przez wojewodów planu obowiązującego od dnia 1 lipca 2011 r. i jego przedłożenie do zatwierdzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia w terminie do dnia 31 stycznia 2011 r. Zatwierdzony plan ma obowiązywać bezterminowo i podlegać aktualizacji w trybie przewidzianym w art. 21 ustawy.

Proponowane brzmienie art. 5 przedłuży realizację do dnia 30 czerwca 2011 r. umów, które były zawarte na okres do dnia 31 grudnia 2010 r. na zadania zespołów ratownictwa medycznego, obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy. Natomiast w odniesieniu do niektórych umów, których termin obowiązywania mija z dniem 31 grudnia 2011 r., mogą być one realizowane na zasadach w nich zawartych, o ile umowy te będą zgodne z wojewódzkimi planami działania systemu obowiązującymi od dnia 1 lipca 2011 r.

W tym wypadku może znaleźć również zastosowanie przepis § 38 pkt 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), wskazujący jako przesłankę wygaśnięcia umowy zaistnienie okoliczności, za które strona nie ponosi odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonanie umowy.

Przepisy dotyczące zawierania umów w oparciu o definicję rejonu operacyjnego i obszaru działania stosuje się do umów obowiązujących od dnia 1 lipca 2011 r. (art. 6).

Projekt wprowadza również zmiany w ustawie z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. Nr 171, poz. 1800, z późn. zm.) oraz ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.) w zakresie dostosowania terminologii do przepisów ustawy. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym ustawodawca w art. 3 pkt 1 wprowadził definicję legalną dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, która nie jest równoznaczna z używaną w poprzednim stanie prawnym definicją „pogotowia ratunkowego”. W rejestrze zakładów opieki zdrowotnej zarejestrowanych jest 64 (z nazwy) pogotowia ratunkowe, z czego tylko 17 realizuje zadania zespołów ratownictwa medycznego i jest uprawnionych do posługiwania się numerem alarmowym 999. Dlatego, mając na uwadze treść tego przepisu, właściwe wydaje się dokonanie zmiany zastosowanego pojęcia „pogotowie ratunkowe” na pojęcie „dysponent zespołów ratownictwa medycznego”.

Wobec faktu, że zmieniony art. 78 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne jest przepisem, do którego odsyłają upoważnienia ustawowe do wydania rozporządzeń, zawarte w art. 78 ust. 7 i 7a tej ustawy, doszłoby do zmiany treści przepisów upoważniających, bez zmiany ich brzmienia, a w konsekwencji do pośredniego uchylecia wydanych na podstawie tych przepisów rozporządzeń, dlatego należało utrzymać w mocy te rozporządzenia tak, aby nie powstała luka prawna. Stąd zaproponowano w art. 7 projektowanej ustawy przepis przejściowy utrzymujący w mocy wydane akty wykonawcze.

Przedmiotowy projekt ustawy zakłada wejście w życie przepisów z dniem ogłoszenia. Skrócenie *vacatio legis* jest podyktowane koniecznością utrzymania w mocy art. 63 obecnie obowiązującej ustawy umożliwiającego funkcjonowanie specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego po dniu 1 stycznia 2011 r. Jednocześnie jest zasadne umożliwienie wojewodom dokonanie aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu, które w myśl obecnie obowiązujących przepisów wygasają z końcem 2010 r. Projekt zakłada przedłużenie obowiązywania tych planów o kolejne pół roku. Dotyczy to również umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego obowiązujących do dnia 31 grudnia 2010 r., które planuje się aneksować do dnia 30 czerwca 2011 r. Ponadto należy mieć również na uwadze procedurę konkursową prowadzoną przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Możliwie szybkie wejście w życie projektowanych przepisów umożliwi przeprowadzenie postępowania z zachowaniem terminów ustawowych, a tym samym

umożliwi podmiotom przygotowanie stosownej oferty. Powyższe nie narusza zasady demokratycznego państwa prawnego.

Projekt nie wymaga notyfikacji oraz przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) projekt został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem w tym trybie.

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Wskazanie podmiotów, na które oddziałuje akt normatywny

Projekt ustawy dotyczy jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz osób w nich zatrudnionych, a także zakładów opieki zdrowotnej postawionych przez wojewodów w stan podwyższonej gotowości. Akt oddziałuje także na lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych.

2. Konsultacje społeczne

W toku uzgodnień przedmiotowy projekt ustawy został przekazany do zaopiniowania przez: Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego NZOZ, Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego, Instytut Ratownictwa Medycznego, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof oraz uczelnie medyczne.

Uwagi dotyczyły definicji rejonu operacyjnego oraz obszaru działania. Wskazywano na konieczność objęcia rejonem operacyjnym co najmniej jednego powiatu, zagwarantowania funkcjonowania w rejonie operacyjnym co najmniej jednego specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego, wprowadzenia definicji stanu podwyższonej gotowości i wskazania źródeł finansowania z oceną skutków finansowych, sporządzania wojewódzkich planów działania systemu na okres pięciu lat, wydłużenia okresu dostosowawczego dla wymagań członków zespołu ratownictwa medycznego o kolejne lata, np. do 2015 r., umożliwienie lekarzom w trakcie specjalizacji uzyskanie statusu lekarza systemu, zmiany terminu zawierania nowych umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego.

W dniu 26 sierpnia 2010 r. odbyła się konferencja uzgodnieniowa z udziałem podmiotów, które zgłosiły uwagi. W wyniku debaty uwzględniono następujące zmiany w projekcie:

- 1) zmianę art. 3 pkt 3 obecnie obowiązującej ustawy umożliwiającą lekarzom po drugim roku odbywania specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej uzyskanie statusu lekarza systemu,
- 2) zmianę art. 21 ust. 1 umożliwiającą sporządzenie wojewódzkiego planu na czas nieokreślony, z jednoczesną możliwością jego aktualizacji (zmiana taka ułatwi zawieranie umów wieloletnich przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapewni większą stabilność systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, a dysponentom umożliwi wywiązanie się z zaciągniętych zobowiązań, w tym również związanych z korzystaniem z funduszy europejskich),
- 3) zastąpienie w art. 21 ust. 2 pkt 8 obecnie obowiązującej ustawy wyrażenia „pogotowia ratunkowego” wyrażeniem „dysponenta zespołów ratownictwa medycznego”,
- 4) zastąpienie w art. 29 ust. 2 pkt 4 obecnie obowiązującej ustawy wyrażenia „reagowania kryzysowego” wyrażeniem „zarządzania kryzysowego”,
- 5) rezygnację z nowelizacji art. 30 obecnie obowiązującej ustawy w zakresie stanu podwyższonej gotowości, ze względu na znaczną rozbieżność stanowisk oraz brak uzgodnienia sposobu jego finansowania,
- 6) zmianę art. 57 obecnie obowiązującej ustawy, umożliwiającą lekarzom po drugim roku odbywania specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii uzyskanie statusu lekarza systemu,
- 7) przedłużenia do dnia 31 grudnia 2012 r. okresu przejściowego dla art. 63 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (kwalifikacje członków zespołu ratownictwa medycznego S i P),
- 8) w art. 4 nowelizacji wprowadzono zmiany w zakresie planów – wojewódzkie plany działania systemu obowiązujące w 2010 r. według niezmienionych zasad do dnia 30 czerwca 2011 r.; natomiast od dnia 1 lipca 2011 r. zaczną obowiązywać nowe plany zgodne z nowym brzmieniem ustawy; wprowadzono także obowiązek przedstawienia przez wojewodów do dnia 31 stycznia 2011 r. projektu planów dostosowanych do brzmienia nowych przepisów,
- 9) w art. 5 nowelizacji wprowadzono przepisy dotyczące umów – realizacja do dnia 30 czerwca 2011 r. umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego obowiązujących w dniu wejścia w życie ustawy.

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

Wejście w życie projektowanej ustawy nie będzie powodować dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa oraz budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie projektowanej ustawy umożliwi kontynuację wykonywania zawodu medycznego osobom zatrudnionym na stanowisku dyspozytora medycznego. Osoby zatrudnione na tym stanowisku nie powinny tracić uprawnień do wykonywania zawodu medycznego. Spowoduje również szerszy dostęp do zatrudnienia w drodze powołania na stanowisko lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, a także do zatrudnienia w zespołach ratownictwa medycznego na stanowisku lekarza systemu i pielęgniarki systemu. Umożliwienie lekarzom po drugim roku odbywania specjalizacji uzyskania statusu lekarza systemu z pewnością zwiększy liczbę lekarzy zatrudnianych w zespołach ratownictwa medycznego.

5. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej regulacji nie ma wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

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

Wejście w życie projektowanej regulacji nie ma wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności

Wejście w życie projektowanej ustawy poprawi bezpieczeństwo zdrowotne ludności. Zabezpieczy możliwość udzielania świadczeń przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego realizujące świadczenia zdrowotne z udziałem lekarza oraz zapewni ciągłość funkcjonowania stanowisk lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego na terenie wszystkich województw.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Wejście w życie projektowanej ustawy umożliwi kontynuację prawa wykonywania zawodu medycznego osobom zatrudnionym na stanowisku dyspozytora medycznego oraz zwiększy możliwość zatrudnienia lekarzom na stanowisku lekarza koordynatora ratownictwa medycznego oraz w zespołach ratownictwa medycznego.



Minister Spraw Zagranicznych

Warszawa, 27 września 2010 r.

DPUE - 920 1147-10/kma/3

SM-8076

dot.: RM-10-126-10 z 22.09.2010 r.

Pan
Maciej Berek
Sekretarz Rady Ministrów

opinia o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw wyrażona na podstawie art. 13 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2007 r. Nr 65, poz. 437 z późn. zm.) przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowny Panie Ministrze,

w związku z przedłożonym projektem ustawy pozwalam sobie wyrazić poniższą opinię.

Projekt ustawy jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.

Z poważaniem

z up. Ministra Spraw Zagranicznych
SEKRETARZ STANU

Jan Borkowski

Do wiadomości:
Pani Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA ¹⁾**

z dnia

**w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo
Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa
medycznego**

Na podstawie art. 21 ust. 16 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy zakres danych objętych wojewódzkim planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanym dalej – „planem”;
- 2) poziom szczegółowości danych objętych planem;
- 3) ramowy wzór planu;
- 4) kryteria kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego.

§ 2. Plan zawiera:

- 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia ludzi, mogących wystąpić na obszarze województwa, uwzględniając specyfikę zagrożeń lokalnych, w tym w szczególności dane dotyczące:
 - a) sieci komunikacyjnej, w tym dróg, którymi przewożone są materiały niebezpieczne w rozumieniu ustawy z dnia 28 października 2002 r. o przewozie drogowym towarów niebezpiecznych (Dz. U. Nr 199, poz. 1671, z późn. zm.³⁾),

1) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

2) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2007 r. Nr 89, poz. 590 i Nr 166, poz. 1172, z 2008 r. Nr 17, poz. 101 i Nr 237, poz. 1653, z 2009 r. Nr 11, poz. 59 i Nr 122, poz. 1007 oraz z 2010 r. Nr 107, poz. 679.

3) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 96, poz. 959, Nr 97, poz. 962 i Nr 173, poz. 1808, z 2005 r. Nr 90, poz. 757 i Nr 141, poz. 1184, z 2006 r. Nr 249, poz. 1834 oraz z 2007 r. Nr 176, poz. 1238 i Nr 192, poz. 1381.

- b) struktury demograficznej i urbanistyki, ze szczególnym uwzględnieniem zakładów o zwiększonym ryzyku i zakładów o dużym ryzyku w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 kwietnia 2001 r. - Prawo ochrony środowiska (Dz. U. z 2008 r. Nr 25, poz. 150, z późn. zm.⁴⁾),
 - c) analizy zagrożeń, które wystąpiły na obszarze województwa w roku poprzedzającym rok opracowania planu lub jego aktualizacji, w tym analizy ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558, z późn. zm.⁵⁾);
- 2) informacje ujęte w układzie powiatowym o liczbie i rozmieszczeniu na obszarze województwa jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwanej dalej – „ustawą”, centrów urazowych oraz szpitali posiadających jednostki organizacyjne wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w szczególności o:
- a) liczbie, rodzajach i rozmieszczeniu zespołów ratownictwa medycznego z określeniem obszaru działania dla każdego zespołu i z uwzględnieniem maksymalnego czasu dotarcia do granic obszaru działania,
 - b) liczbie, rodzaju i miejscach postoju specjalistycznych środków transportu wykorzystywanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego na potrzeby systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wraz z ich obszarami działania oraz o lądowiskach przyszpitalnych, w tym o odległościach lądowiska od szpitali,
 - c) liczbie i rozmieszczeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych,
 - d) liczbie i rozmieszczeniu centrów urazowych,

4) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 111, poz. 708, Nr 138, poz. 865, Nr 154, poz. 958, Nr 171, poz. 1056, Nr 199, poz. 1227, Nr 223, poz. 1464 i Nr 227, poz. 1505, z 2009 r. Nr 19, poz. 100, Nr 20, poz. 106, Nr 79, poz. 666, Nr 130, poz. 1070 i Nr 215, poz. 1664 oraz z 2010 r. Nr 21, poz. 104, Nr 28, poz. 145, Nr 40, poz. 227, Nr 76, poz. 489, Nr 119, poz. 804 i Nr 152, poz. 1018 i 1019.

5) Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 74, poz. 676, z 2006 r. Nr 50, poz. 360 i Nr 191, poz. 1410, z 2007 r. Nr 89, poz. 590 oraz z 2009 r. Nr 11, poz. 59.

- e) liczbie i rozmieszczeniu szpitali posiadających jednostki organizacyjne wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wraz z liczbą łóżek stałych i gotowych do rozwinięcia,
 - f) liczbie i rozmieszczeniu innych szpitali wraz z profilem oddziałów i liczbą łóżek,
 - g) liczbie, rodzaju oraz rozmieszczeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy, z określeniem rodzajów jednostek, liczby ratowników, lekarzy specjalistów, którymi dysponuje, w tym ich liczbie na zmianie służbowej, oraz maksymalnego czasu dotarcia do granic obszaru działania każdej z jednostek;
- 3) informacje o planowanych na kolejne lata, nowych, przenoszonych lub likwidowanych jednostkach systemu na obszarze województwa, w szczególności o:
- a) liczbie, rodzaju i rozmieszczeniu na obszarze województwa zespołów ratownictwa medycznego,
 - b) liczbie i rozmieszczeniu na obszarze województwa szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- 4) opis organizacji systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego na obszarze województwa, w szczególności dane dotyczące:
- a) miejsca i adresu wojewódzkiego centrum powiadamiania ratunkowego,
 - b) organizacji i procedur koordynacji działań jednostek systemu, ze wskazaniem kompetencji i trybu podejmowanych działań,
 - c) struktury i organizacji systemów teleinformatycznych wykorzystywanych na potrzeby systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności funkcjonowania numeru alarmowego 999 wraz z danymi dotyczącymi numerów podkładowych,
 - d) struktury i organizacji systemów teleinformatycznych wykorzystywanych przez dysponentów jednostek, ze wskazaniem rodzajów wykorzystywanych urządzeń oraz oprogramowania, w tym jego producenta lub dostawcy i wersji;
- 5) sposób współpracy, określony w porozumieniu zawartym pomiędzy organami administracji publicznej z innych województw, w szczególności informacje o:

- a) procedurach współpracy,
 - b) kompetencjach i trybie podejmowanych działań,
 - c) obiegu i wymianie informacji,
 - d) liczbie i rozmieszczeniu jednostek systemu wzdłuż wojewódzkich granic administracyjnych ze wskazaniem danych kontaktowych;
- 6) sposób współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy, na obszarze województwa, w szczególności o:
- a) procedurach współpracy,
 - b) organizacji wspólnych ćwiczeń oraz analizy działań ratowniczych, procedur powiadamiania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych w przypadku zdarzeń pojedynczych, mnogich i masowych,
 - c) kompetencjach i trybie podejmowanych działań,
 - d) obiegu i wymianie informacji;
- 7) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego na obszarze województwa.

§ 3. Ramowy wzór planu określa załącznik do rozporządzenia.

§ 4. 1. Plan sporządza się na poziomie szczegółowości umożliwiającym identyfikację wszystkich danych zawartych w planie, uwzględniając złożoność tych danych.

2. Mapy stanowiące część planu wykonane są w skali co najwyżej 1:250.000, a poziom ich szczegółowości uwzględnia następujące dane:

- 1) granice województwa, powiatów, miast na prawach powiatów, miast i gmin;
- 2) przebieg dróg krajowych, wojewódzkich i powiatowych; zakres danych o drogach jest zgodny z bazą danych obiektów topograficznych opracowaną przez Służbę Geodezyjną i Kartograficzną;
- 3) przebieg linii kolejowych;
- 4) rzeki, jeziora i inne zbiorniki wodne;
- 5) położenie miejscowości oraz ich nazwy;
- 6) lokalizację lądowisk dla śmigłowców;
- 7) lokalizację funkcjonujących i planowanych jednostek systemu
- 8) lokalizację szpitali, w których funkcjonują centra urazowe.

3. Mapa, o której mowa w ust. 2, może zawierać lokalizację jednostek włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego.

§ 5. 1. Kalkulację rocznych kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego sporządza się przy wykorzystaniu danych dotyczących:

- 1) kosztów bezpośrednich działalności zespołów ratownictwa medycznego, w szczególności:
 - a) kosztów osobowych, wraz z kosztami osobowymi dyspozytorów medycznych,
 - b) kosztów eksploatacyjnych;
- 2) kosztów pośrednich działalności zespołów ratownictwa medycznego, w szczególności kosztów administracyjno-gospodarczych.

5. Kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego sporządza się z podziałem na rodzaje zespołów:

- 1) dla poszczególnych dysponentów jednostek;
- 2) średnio dla obszaru całego województwa.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia⁶⁾.

6) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 142, poz. 893), które utraci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 7 pkt 1 ustawy z dnia 2010 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr .., poz. ...).

WZÓR
PLAN DZIAŁANIA
SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE DLA
WOJEWÓDZTWA

- I. CHARAKTERYSTYKA POTENCJALNYCH ZAGROŻEŃ DLA ŻYCIA I ZDROWIA
1. Sieć komunikacyjna:
 - a) krótka charakterystyka ogólna,
 - b) mapy.
 2. Struktura urbanistyki, ze szczególnym uwzględnieniem zakładów zwiększonego ryzyka i zakładów dużego ryzyka:
 - a) krótka charakterystyka ogólna,
 - b) opis zagrożeń i miejsc szczególnie niebezpiecznych,
 - c) mapy.
 3. Struktura demograficzna:
 - a) krótka charakterystyka ogólna (struktura zaludnienia, ludność według płci i wieku, gęstość zaludnienia, czasowe skupiska ludzkie, itp.),
 - b) opis szczególnych zagrożeń.
 4. Liczba wyjazdów/wylotów zespołów ratownictwa medycznego - w tym lotniczych, na obszarze województwa w związku ze stanami nagłego zagrożenia zdrowotnego:
 - a) krótka charakterystyka ogólna,
 - b) tabela 1 i 2:

TABELA 1															
1	2	3	Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego w roku...												
L p.	Dysponent jednostki (nazwa, adres i powiat)	Liczba zespołów ratownictwa medycznego	4			5			6			7	8	9	10
			Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego			inne			Przypadki zgonu przed podjęciem lub w trakcie czynności ratunkowych			ogółem	Przypadki zgonu w grupie wiekowej 0-18 lat	Przypadki zgonu w grupie wiekowej 19-64 lat	Przypadki zgonu w grupie wiekowej 65 i powyżej
			mężczyźni	kobiety	W tym cudzoziemcy (pochodzenie)	mężczyźni	kobiety	W tym cudzoziemcy (pochodzenie)	mężczyźni	kobiety	W tym cudzoziemcy (pochodzenie)				

TABELA 2					
1	2	Wyjazdy/wyloty zespołów ratownictwa medycznego według wskaźnika czasu dotarcia na miejsce zdarzenia – od przyjęcia zgłoszenia do przybycia zespołu ratownictwa medycznego			
Lp.	Kryterium gęstości zaludnienia	3	4	5	6
		0-8 minut	9-15 minut	16-20 minut	20 i więcej minut
	Miasta powyżej 10 tys. mieszkańców				
	Poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców				

5. Hospitalizacje osób w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

a) krótka charakterystyka ogólna,

b) tabele 3 i 4:

TABELA 3																	
Szpitalny oddział ratunkowy																	
1	2	3		4		5		6	7			8			9		
		(1) Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego		(2) Inne		(3) Zakończone zgonem w szpitalnym oddziale ratunkowym			Ogółem	W tym w grupie wiekowej 0-18 lat			W tym w grupie wiekowej 19-64 lata			W tym w grupie wiekowej 65 lat i pow. 65 lat	
Lp.	Dysponent jednostki (nazwa i adres)	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety			(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)

TABELA 4

TABELA 4																	
1	2	Przyjęcia w izbie przyjęć															
Lp.	Zakład opieki zdrowotnej (nazwa i adres)	3		4		5		6	7			8			9		
		(1) Zachorowania		(2) Wypadki		(3) Zakończone zgonem w izbie przyjęć		Ogółem	W tym w grupie wiekowej 0-18 lat			W tym w grupie wiekowej 19-64 lata			W tym w grupie wiekowej 65 lat i pow. 65 lat		
		Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety		(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)

6. Inne zagrożenia.

II INFORMACJE O LICZBIE I ROZMIESZCZENIU NA OBSZARZE WOJEWÓDZTWA JEDNOSTEK SYSTEMU ORAZ CENTRÓW URAZOWYCH, JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH SZPITALI WYSPECJALIZOWANYCH W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NIEZBĘDNYCH DLA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO I INNE (stan na dzień)

1. Zespoły ratownictwa medycznego– liczba, rodzaje, rejony operacyjne, obszary działania, czasy dotarcia.

TABELA 5									
REJONY OPERACYJNE I LICZBA ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO									
nr rejonu operacyjnego (nr województwa - 2 cyfry /nr rejonu - 2 cyfry)	opis rejonu operacyjnego (dzielnice/miasta /gminy/powiaty)	liczba zespołów ratownictwa medycznego w danym rejonie operacyjnym		obszar działania zespołów ratownictwa medycznego (dzielnice/miasta/gminy)		miejsce wyczekiwania zespołów ratownictwa medycznego (dzielnice /miejscowości/gminy)		okres działania (data od-do)	
		S	P	S	P	S	P	S	P

TABELA 6					
Lp.	Liczba i rodzaj dodatkowych zespołów możliwych do uruchomienia w wypadkach zdarzeń o charakterze nadzwyczajnym		Lokalizacja zespołu (podstacja, miejsce stacjonowania)	Dysponent jednostki	Maksymalny czas uruchomienia.
	Specjalistyczne	Podstawowe			

2. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe – liczba i rozmieszczenie baz, liczba i rodzaj specjalistycznych środków transportu sanitarnego, rejony operacyjne.
3. Szpitalne oddziały ratunkowe – liczba, rozmieszczenie- struktura organizacyjna

TABELA 7

1	2			3				4	5	6	7	8	
L p.	Dysponent jednostki			Jednostka organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej, w strukturach którego funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy				Łądowność całodobowa (wskazać czy bezpośrednio przy szpitalu, jeżeli nie podać odległość lokalizacji od SOR w metrach)	Liczba stanowisk intensywnej terapii (wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny według stanu na dzień 31 XII)	Liczba stanowisk resuscytacyjnych (wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny według stanu na dzień 31 XII)	Obszar laboratoryjno-diagnostyczny (wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny według stanu na dzień 31 XII)	Oddziały zaplecza specjalistycznego (wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny według stanu na dzień 31 XII)	
	Nazwa	Adres	Numer księgi rejestrowej zoz3	V część kodu resortowego4	Nazwa jednostki organizacyjnej	Adres jednostki organizacyjnej	Kod TERYT z opisem ²						

3 Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169 poz. 1781 oraz z 2007 r. Nr 196, poz. 1424)

4 Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U. Nr 170, poz 1797, z późn. zm.).

4. Centrum urazowe – rozmieszczenie , struktura organizacyjna, liczba pacjentów urazowych
5. Jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – liczba, rozmieszczenie, ze wskazaniem liczby łóżek

TABELA 8

TABELA 8										
1	2			3			4		5	6
Lp.	Dysponent jednostki			Jednostka organizacyjna zakładu opieki zdrowotnej w strukturach, którego funkcjonuje szpitalny oddział ratunkowy			Oddział szpitalny wyspecjalizowany w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego		Liczba łóżek według stanu w dniu 31 XII	Liczba miejsc dziennych w dniu 31 XII
	2a	2b	2c	3a	3b	3c	4a	4b		
	Nazwa	Adres	Numer księgi rejestrowej zoz5	V część kodu resortowego ²	Nazwa jednostki organizacyjnej	Adres jednostki organizacyjnej	VII część kodu resortowego ²	Specjalność zgodnie z VIII częścią kodu resortowego ²		

6. Liczba i rozmieszczenie szpitali wraz z profilem oddziałów i liczbą łóżek.
7. Organizacja systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności:
 - a) centra powiadamiania ratunkowego - miejsce i adres,
 - b) struktury i organizacji systemów teleinformatycznych wykorzystywanych na potrzeby systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności funkcjonowania numeru alarmowego 999 wraz z danymi dotyczącymi numerów podkładowych,
 - c) organizacja i procedury koordynacji działań jednostek systemu,

⁵ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169 poz. 1781 oraz z 2007 r. Nr 196, poz. 1424)

² Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm).

- d) stanowiska dyspozytorów medycznych – miejsce i adres, liczba stanowisk, liczba dysponowanych ZRM ze wskazaniem łącznego ich obszaru działania.
8. Współpraca z organami administracji publicznej oraz jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w szczególności informacje dotyczące:
- a) procedury współpracy,
 - b) organizacji wspólnych ćwiczeń oraz analizy działań ratowniczych, procedur powiadamiania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych w przypadku zdarzeń pojedynczych, mnogich i masowych
 - c) kompetencjach i trybie podejmowanych działań,
 - d) obiegu i wymianie informacji.
9. Jednostki współpracujące z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym – wskazanie właściwego rejestru wojewody.
10. Informacje na temat zatwierdzonych przez wojewodę kursów w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, w szczególności wskazanie danych identyfikujących podmiot prowadzący kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy (nazwa, adres i telefon kontaktowy).
11. Informacja na temat personelu pracującego w jednostkach systemu (stan na dzień) bez względu na formę prawną zatrudnienia (umowa o pracę, umowy cywilnoprawne)

TABELA 9									
1	2				3		4		5
Lp.	Dysponent jednostki				Liczba wszystkich pracujących lekarzy	W tym: liczba pracujących lekarzy systemu	Liczba wszystkich pracujących pielęgniarek	W tym: liczba pracujących pielęgniarek systemu	liczba pracujących ratowników medycznych
	2a	2b	2c	2d					
	Nazwa	Adres	Numer księgi rejestrowej zoz ¹	Kod TERYT z opisem ²					

III. KALKULACJA KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI ZESPOŁÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO.

IV. PLANOWANE NA LATA NOWE JEDNOSTKI SYSTEMU PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE

V. UWAGI I WNIOSKI

¹ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169 poz. 1781 oraz z 2007 r. Nr 196, poz. 1424)

² Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U. Nr 170 poz 1797, z późn. zm).

Objaśnienie do planu.

Na mapy nanosi się dane o lokalizacji:

- 1) zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego wraz z ich obszarami działania oraz lądowiskami przyszpitalnymi;
- 2) szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- 3) centrów urazowych;
- 4) jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- 5) centrów powiadamiania ratunkowego;
- 6) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

UZASADNIENIE

Rozporządzenie stanowi realizację projektowanego upoważnienia zawartego w art. 21 ust. 16 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (zwanej dalej „ustawą”), zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia zostanie upoważniony do określenia szczegółowego zakresu danych objętych wojewódzkim planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, określenia ramowego wzoru planu oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego.

Dotychczas plany były tworzone na okres trzech lat, zaś nowelizacja przewiduje tworzenie planów ważnych bezterminowo z możliwością ich aktualizacji.

Zgodnie z treścią upoważnienia zawartego w art. 21 ust. 16 ustawy, rozporządzenie zawiera regulacje dotyczące danych, na podstawie, których tworzy się plan, a w szczególności:

- a) charakterystykę obszaru, w tym: ukształtowanie terenu, strukturę zatrudnienia i urbanistykę, sieć komunikacyjną, dane demograficzne,
- b) statystyczną analizę zagrożeń, które wystąpiły na obszarze województwa w roku poprzedzającym rok opracowania planu, a w szczególności: przypadki chorobowe powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i związane z nimi interwencje zespołów ratownictwa medycznego, z podziałem na przyczyny zdrowotne i grupy wiekowe pacjentów, hospitalizacje pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- c) posiadanych w roku sporządzenia planu środkach, w tym:
 - liczby, rodzajów i rozmieszczenia w terenie zespołów ratownictwa medycznego z określeniem rejonu operacyjnego i z uwzględnieniem maksymalnego czasu dojazdu do granic rejonu,
 - liczby, rodzajów i lokalizacji szpitali, w tym posiadających oddziały ratunkowe,
 - lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego wraz z ich obszarami działania,
 - liczby i rozmieszczenia jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego,
 - organizacji systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego,

- liczby, rodzajów i miejscach postoju statków powietrznych wykorzystywanych na potrzeby systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne wraz z ich rejonami operacyjnymi oraz danych dotyczących lądowisk przyszpitalnych, a w szczególności odległości lądowiska od szpitala,

- jednostkach współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, a w szczególności jednostek Państwowej Straży Pożarnej oraz jednostek ochotniczej straży pożarnej,

Projekt rozporządzenia określa również ramowy wzór planu.

Do kryteriów kalkulacji kosztów zespołów ratownictwa medycznego przyjęto koszty bezpośrednie i pośrednie, związane z utrzymaniem zespołów ratownictwa medycznego. Znaczny odsetek dysponentów zespołów ratownictwa medycznego (stacje pogotowia ratunkowego) nie prowadzi, żadnej innej działalności, w związku z powyższym koszty funkcjonowania dysponenta odpowiadają kosztom utrzymania zespołów ratownictwa medycznego.

Projekt nie podlega notyfikacji oraz nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu celem uzyskania opinii, dokonania konsultacji albo uzgodnienia.

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej .

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałuje rozporządzenie.

Rozporządzenie dotyczy administracji rządowej szczebla wojewódzkiego, ponadto w zakresie uzgadniania planów: Szefów Wojewódzkich Sztabów Wojskowych, Komendantów Wojskowych Obwodów Profilaktyczno-Leczniczych, komendantów wojewódzkich Państwowej Straży Pożarnej, komendantów wojewódzkich Policji, komendantów oddziałów Straży Granicznej, dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w zakresie uzupełniania, zgłaszania zastrzeżeń i zatwierdzania planów – ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Obowiązek przeprowadzenia konsultacji społecznych.

W toku uzgodnień projekt przedmiotowego rozporządzenia zostanie przedłożony celem zaopiniowania przez: wojewodów, Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Narodowy Fundusz Zdrowia, Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego, Polską Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof oraz Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

W związku z konsultacjami społecznymi oraz w celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. 169, poz. 1414) projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. Podmioty prowadzące działalność lobbingsową zgodnie z przepisami ustawy będą mogły zgłosić zainteresowanie pracami nad projektem rozporządzenia - zgodnie z art. 7 ustawy.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych.

Rozporządzenie nie spowoduje skutków finansowych dla budżetu państwa i budżetów

jednostek samorządu terytorialnego. Opracowywanie wojewódzkich planów działania systemu będzie odbywać się w oparciu o obecnie istniejące struktury urzędów wojewódzkich i ich budżety. Plany tworzone na podstawie rozporządzenia zastąpią plany tworzone na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 142, poz. 893).

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

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

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość.

Wejście w życie rozporządzenia nie będzie miało wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

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

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Wejście w życie projektowanego rozporządzenia wpłynie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, poprzez właściwą organizację systemu ratownictwa medycznego na terenie województwa.

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności.

Wejście w życie rozporządzenia poprawi bezpieczeństwo zdrowotne ludności.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej.

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.