

Nazwa projektu

ustawa o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw

Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące
Ministerstwo Zdrowia

Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu

Marek Kos – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu

Agnieszka Tuderek-Kuleta,

Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa w Ministerstwie Zdrowia

e-mail: dep-db@mz.gov.pl

Data sporządzenia

19.06.2024 r.

Źródło:

Efekt przeglądu

Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowanych Rady Ministrów:
UD43

OCENA SKUTKÓW REGULACJI**1. Jaki problem jest rozwiązywany?**

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

1. Usankcjonowania wymaga obecność **motocykli ratunkowych** w systemie PRM. Pomimo, że zespoły ratownictwa medycznego, zwane dalej „ZRM”, wyposażone w ambulans, są wspierane już obecnie przez motocykle ratunkowe, to status prawny tych ostatnich, a także sposób ich finansowania, pozostaje nieuregulowany. Konieczne jest też ustalenie minimalnej liczby **zespołów podstawowych trzyosobowych**, aby zapewnić bezpieczne udzielanie pomocy medycznej pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy członkom zespołów.

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

3. Dyspozytornie medyczne

1) Obecne brzmienie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 652), zwanej dalej „ustawą o PRM”, nie uwzględnia rozwoju Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „SWD PRM”, ani powstania Podsystemu Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „PZŁ SWD PRM”. Zgodnie z założeniami rozwoju SWD PRM, od 2019 r. rozpoczęły się prace mające na celu budowę niezależnego PZŁ SWD PRM na potrzeby przyjmowania zgłoszeń głosowych wyłącznie z numeru alarmowego 999, głosowej komunikacji wewnętrznej oraz integrację łączności radiowej z PZŁ SWD PRM. Konieczne jest więc wprowadzenie do ustawy o PRM zarówno definicji PZŁ SWD PRM, jak i zobowiązań związanych z jego funkcjonowaniem.

2) Konieczne jest zapewnienie podstawy prawnej dla obecnego sposobu funkcjonowania numeru alarmowego 999, polegającego na kierowaniu połączeń z tego numeru bezpośrednio do właściwej terenowo dyspozytorni medycznej. Od dnia 1 stycznia 2024 r. kierowanie wszystkich połączeń telefonicznych z numerem alarmowym 999 miało się odbywać do centrów powiadamiania ratunkowego. To jednak nie nastąpiło z uwagi na brak pozytywnej opinii Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 29 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748, z późn. zm.). Minister Zdrowia już od dłuższego czasu wskazywał na znacznie wydłużony czas obsługi zgłoszeń dotyczących stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego za pośrednictwem centrów powiadamiania ratunkowego, w porównaniu do ich obsługi przez dyspozytornie medyczne, z pominięciem centrów. Z analizy długości czasu obsługi zgłoszeń alarmowych wpływających obecnie z numeru alarmowego 112 obsługiwanych przez operatorów i przekazywanych następnie do dyspozytorów medycznych oraz zgłoszeń wpływających bezpośrednio na numer alarmowy 999, obsługiwanych przez dyspozytorów medycznych wynika, iż średni czas obsługi zgłoszenia wpływającego na numer alarmowy 112 wynosi średnio 127,24 sek., zaś czas obsługi zgłoszenia wpływającego bezpośrednio na numer alarmowy 999 – 116,31 sek. Łączny średni czas obsługi zgłoszeń trafiających do dyspozytorni medycznej za pośrednictwem nr 112 to 243,55 sek. Oznacza to ponad dwukrotne wydłużenie czasu obsługi zgłoszenia alarmowego w sytuacji przyjmowania go za pośrednictwem nr 112. Dlatego istnieje uzasadniona potrzeba utrzymania możliwości bezpośredniego dodzwonienia się do dyspozytorni medycznej dla osób wzywających pomocy na nr 999.

3) Ze względu na to, że od dnia 1 stycznia 2022 r. dyspozytornie medyczne nie mogą już być prowadzone przez

podmioty lecznicze, zachodzi potrzeba uregulowania zasad przeprowadzania ich kontroli przez Ministra Zdrowia. Z tego samego powodu nie zachodzi potrzeba pośredniczenia Ministra Zdrowia przy wnioskowaniu przez wojewodów o środki na dyspozytornie medyczne, ponieważ co do zasady planowanie środków na poszczególne zadania powinno być realizowane przez dysponenta tych środków, czyli w danym przypadku – przez wojewodów.

- 4) Konieczne jest też doprecyzowanie przepisów odnoszących się do udostępniania danych z SWD PRM, m. in o obowiązek udostępniania tych danych organom samorządów zawodowych.
- 5) W dużych województwach, o największej liczbie ludności, w tym również osób niezameldowanych, obciążenie pracą dyspozytorów jest tak znaczne, że wymaga umożliwienia wojewodom utworzenia dodatkowych dyspozytorni. Ponadto dyspozytorzy medyczni podkreślają, że chcą utrzymać zatrudnienie bliżej miejsca zamieszkania, zamiast dojazdów do stolicy województwa.
- 6) Dotychczasowe przepisy regulujące sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych i samych dyspozytorów nie uwzględniały odmienności Centrum Operacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, zwanego dalej „CO LPR”. Pracujący w nim dyspozytorzy medyczni nie są zatrudniani przez wojewodów, jak stanowi obecnie ustawa o PRM, lecz przez dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Oprócz dyspozytorów medycznych, pracują tam również dyspozytorzy lotniczy, których zakres czynności również powinien być zdefiniowany. Ponadto zapisania wprost w ustawie wymaga zlecenie przez Ministra Zdrowia Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu zakupu sprzętu do SWD PRM i jego przekazywania odbiorcom docelowym (wojewodom i dysponentom).
- 7) Możliwość zatrudnienia psychologów udzielających wsparcia dyspozytorom medycznym, wyłącznie na podstawie umowy o pracę, przy jednocześnie wysokich wymaganiach dotyczących doświadczenia zawodowego, powoduje w niektórych województwach trudności w znalezieniu kandydatów do pracy w liczbie odpowiedniej do potrzeb.

4. Rejestry

Kolejne zagadnienie wymagające odmiennego (niż dotychczas) uregulowania to wpisywanie się do Rejestru Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „RJWPRM”, jednostek posiadających taki status z mocy ustawy o PRM. Są nimi jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej i jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego oraz jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Jednostki te powinny mieć uprawnienia do dokonywania wpisów we własnym zakresie. Konieczne jest ponadto dokonanie weryfikacji zakresu danych objętych RJWPRM, pod kątem ich przydatności dla systemu PRM. Doświadczenia zebrane w czasie funkcjonowania RJWPRM nakazują dostosować zawartość tego rejestru do zakresu rzeczywistych danych w nim ujmowanych, dotyczących jednostek współpracujących z systemem PRM przez rozróżnienie miejsca stacjonowania tej jednostki od nazwy i adresu siedziby podmiotu, w skład którego jednostka wchodzi. Analogicznego dostosowania wymaga ewidencja szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa (Rejestr Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwany dalej „RPRM”). RPRM zawiera funkcjonalności wspierające wojewodę w procesie prowadzenia ewidencji szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W związku z powyższym RPRM ma zostać głównym zbiorem danych tych jednostek, do którego będzie się odwoływał wojewódzki plan działania systemu.

5. Personel medyczny

Zachodzi ponadto potrzeba aktualizacji definicji lekarza systemu i pielęgniarki systemu, które nie uwzględniają niektórych przepisów dotyczących specjalizacji i kursów kwalifikacyjnych. Liczba specjalistów medycyny ratunkowej (1185 osób) wciąż pozostaje niewystarczająca w stosunku do potrzeb jednostek systemu PRM, a doskonalenie zawodowe i kształcenie podyplomowe lekarzy systemu i pielęgniarek systemu nie jest ukierunkowane na pogłębianie i aktualizowanie wiedzy z medycyny ratunkowej. Stąd potrzeba ustalenia realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego przez uczestnictwo w kursach z zakresu postępowania z osobami w stanie nagłym.

6. Pierwsza pomoc

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

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

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

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

9. Ponadto zasadna jest rezygnacja z przepisu dotyczącego wyliczania **trzeciego kwartyła** czasu dotarcia, gdyż nie był on dotychczas przydatny.

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

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

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

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

14. Kwestią wymagającą uwagi jest potrzeba dostosowań w zakresie **opinii o celowości inwestycji**, jaka obecnie jest wymagana dla niektórych jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.) w art. 95e ust. 1 określa katalog podmiotów, które zobowiązane są do uzyskania opinii o celowości inwestycji. Są to: podmioty wykonujące działalność leczniczą, podmioty zamierzające wykonywać działalność leczniczą oraz podmioty zamierzające utworzyć podmiot leczniczy. Przedmiotowa ustawa w art. 95d ust. 2 określa również podmioty, wobec których nie wydaje się opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 tej ustawy, wśród nich znajdują się jednostki wchodzące w skład systemu PRM, tj.: szpitalny oddział ratunkowy oraz szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci. Istniejące przepisy prawa prowadzą do sytuacji, w której jedynie część jednostek wchodzących w skład systemu PRM wyłączona jest z konieczności uzyskania opinii o celowości inwestycji, pozostałe jednostki zobowiązane są do uzyskania takiej opinii, pomimo że specyfika realizowanych przez nie zadań jedynie w nieznacznym stopniu koresponduje z formularzami oceny inwestycji określonymi w rozporządzeniach ministra właściwego do spraw zdrowia.

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

1. **Motocyklowe jednostki ratownicze**, które dotychczas stanowiły składową wybranych zespołów ratownictwa medycznego wyposażonych w ambulanse, będą odrębnym rodzajem zespołów, który stanowić będzie jeden z elementów wojewódzkiego planu działania systemu PRM i oddzielny produkt do kontraktowania w ramach umów zawieranych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Motocyklowa jednostka ratownicza docierać będzie w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, w czasie zgromadzeń, w zatorach na drodze. Motocykl ratunkowy prowadzony będzie przez osobę uprawnioną do medycznych czynności ratunkowych, wyposażony zostanie w niezbędne leki i wyroby medyczne, a także w sprzęt do obsługi SWD PRM. Liczbę zespołów motocyklowych szacować się będzie przyjmując maksymalnie jeden na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców województwa, a czas działania tych jednostek to okres od dnia 1 maja do dnia 30 września, do 12 godzin w ciągu jednej doby. Wprowadza się też minimalny próg, poniżej którego nie może spaść liczba trzyosobowych zespołów podstawowych, na poziomie 3 na każde rozpoczęte 10 zespołów podstawowych.

2. Zakłada się wprowadzenie w ustawie o PRM przepisu, zgodnie z którym jeden **szpitalny oddział ratunkowy** zabezpieczy obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut.

3. Dyspozytornie medyczne

- 1) Ze względu na powstanie PZŁ SWD PRM projekt ustawy przewiduje także dodanie w ustawie o PRM definicji PZŁ SWD PRM oraz zapewnienie obowiązku jego utrzymania i finansowania zarówno przez Ministra Zdrowia, jak i wojewodów. Wprowadza się też wprost możliwość powierzenia dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zakupów sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego, wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych.
- 2) Zakłada się nowelizację ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, a w konsekwencji także ustawy z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1899) oraz ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. z 2024 r. poz. 34, z późn. zm.) w taki sposób, aby utrzymana została bezterminowo możliwość kierowania połączeń alarmowych z nr 999 bezpośrednio do dyspozytorni medycznych, z pominięciem centrów powiadamiania ratunkowego. Utrzymaniu niezależnej od centrów powiadamiania ratunkowego obsługi nr alarmowego 999 służą wdrożone już rozwiązania technologiczne.
- 3) Doprecyzowane zostaną przepisy wskazujące podstawy prawne do przeprowadzania kontroli dysponentów jednostek systemu oraz dyspozytorni medycznych przez Ministra Zdrowia. O ile w odniesieniu do dysponentów jednostek systemu zastosowanie znajdują przepisy dotyczące kontroli w podmiotach leczniczych, to w przypadku dyspozytorni medycznych stosowana będzie ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 224). Uporządkowany zostanie zakres i sposób udostępniania danych z SWD PRM organom samorządów zawodowych oraz sądom, prokuraturze, Policji i Rzecznikowi Praw Pacjenta.
- 4) Zniesiony zostanie obowiązek wnioskowania przez wojewodów do Ministra Zdrowia o środki na zadania dyspozytorni medycznych i wsparcie psychologiczne dyspozytorów medycznych.
- 5) Wprowadzona zostanie możliwość utworzenia dodatkowej dyspozytorni medycznej w województwach, w których liczba mieszkańców przekracza 3 mln osób (małopolskie, śląskie, wielkopolskie) oraz dwóch dodatkowych w województwie mazowieckim.
- 6) Do porządku prawnego wprowadzony zostanie specjalny rodzaj dyspozytorni medycznej, jakim jest CO LPR. Pracodawcą dla zatrudnionych tam dyspozytorów medycznych będzie nie wojewoda – jak stanowi ustawa o PRM – lecz Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. W projekcie ustawy wskazano zadania do realizacji przez dyspozytorów medycznych oraz dyspozytorów lotniczych w CO LPR.
- 7) Zakłada się także obniżenie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego psychologów, realizujących wsparcie psychologiczne na rzecz dyspozytorów medycznych, w taki sposób, aby je ujednolicić z wymaganiami odnoszącymi się do psychologów zatrudnianych w centrach powiadamiania ratunkowego, a także umożliwiono ich zatrudnienie na podstawie umowy cywilnoprawnej.

4. Rejestry

Nastąpi modyfikacja zakresu danych zawartych w RJWPRM. Jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej i jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego będą wpisywane do rejestru przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej, a jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa przez dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Pozostałe jednostki będą nadal wpisywane do RJWPRM na ich wniosek, przez właściwego wojewodę. W projekcie ustawy przewidziano, aby czas faktycznego dotarcia jednostki na miejsce zdarzenia nie był dłuższy niż 30 minut, licząc od chwili przyjęcia wezwania.

Przewiduje się skrócenie z 30 do 7 dni czasu, w którym dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu

Zdrowia przekazuje wojewodzie informacje o zawarciu lub o zakończeniu realizacji umów objętych RPRM. Zakres danych przetwarzanych w tym rejestrze zostanie dostosowany do stanu faktycznego.

5. **Personel medyczny**

Przewiduje się także zmianę definicji lekarza systemu poprzez jej rozszerzenie o specjalistów intensywnej terapii. Jest to dziedzina medycyny przydatna w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Z kolei zmiana definicji pielęgniarki systemu polega na dostosowaniu nazw dziedzin pielęgniarstwa, w których mogą być prowadzone specjalizacje i kursy kwalifikacyjne, do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562). W stosunku do osób udzielających świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu, a więc w ZRM i w szpitalnych oddziałach ratunkowych wprowadza się obowiązek ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych. Z obowiązku tego zwolnieni zostaną lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, intensywnej terapii, anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, a także osoby odbywające specjalizacje w tych dziedzinach. Niedopełnienie obowiązku odbycia wyżej wymienionych kursów skutkować będzie brakiem możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu. Kontrolę realizacji tego obowiązku powierza się dysponentom jednostek systemu.

6. **Pierwsza pomoc**

Definicja pierwszej pomocy zostanie rozszerzona o możliwość podawania w sytuacji nagłej leków wydawanych z przepisu lekarza. Lek taki będzie mógł podać poszkodowanemu świadek zdarzenia.

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

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

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

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

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

11. Zakłada się doprecyzowanie sposobu **postępowania ze zwłokami** osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego. Przewiduje się, że zwłoki tych osób będą przewożone do zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

12. Wprowadza się również obowiązek wypłacania **dotatków** za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przyjętego pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny, analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (art. 99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799)). Z uwagi na fakt, że obowiązek wypłaty dodatków dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny realizowany w oparciu o przepis art. 47a ustawy z

dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2023 r. poz. 1284, z późn. zm.) zakończył się wraz ze zniesieniem z dniem 1 lipca 2023 r. stanu zagrożenia epidemicznego, proponuje się określenie w ustawie, że przepis wejdzie w życie z mocą obowiązującą od lipca 2023 r. Wprowadzony zostanie również przepis wyłączający obowiązek wypłaty dodatków za okres od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia wejścia w życie regulacji wobec tych podmiotów leczniczych, które w okresie tym wypłacały dodatki na mocy regulacji wprowadzanych na podstawie wewnątrzzakładowych aktów prawa pracy.

13. Celem usunięcia wątpliwości interpretacyjnych wprowadza się przepis wskazujący wprost, że ratownik medyczny może **wykonywać zawód** w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym, na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z tym podmiotem leczniczym.

14. Celem uspoźnienia i dostosowania przepisów obowiązującego prawa zasadne jest wprowadzenie regulacji w zakresie zmiany w katalogu podmiotów zwolnionych z konieczności uzyskania **opinii o celowości inwestycji**. Katalog podmiotów wymienionych w art 95d ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zostanie uzupełniony o zespoły ratownictwa medycznego. Przepis ten określa podmioty, wobec których nie wydaje się opinii o celowości inwestycji

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

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

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

| Grupa | Wielkość | Źródło danych | Oddziaływanie |
|--|---|---------------------------|--|
| dysponenci zespołów ratownictwa medycznego | 214 | Ministerstwo Zdrowia | zmiana rodzaju ZRM; obowiązek utrzymywania PZŁ SWD PRM |
| Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | 1 | Ministerstwo Zdrowia | usankcjonowanie w porządku prawnym funkcjonowania CO LPR wraz z jego personelem |
| województwie | 16 | nie dotyczy | zmiana zawartości wojewódzkich planów działania systemu PRM; zmiana liczby dyspozytorni medycznych; obowiązek utrzymywania PZŁ SWD PRM |
| jednostki współpracujące z systemem PRM | 4922 | RPRM | zmiana w zakresie danych objętych rejestrem |
| obywatele Rzeczypospolitej Polskiej i inne osoby przebywające na terytorium RP | ok. 38 mln | Główny Urząd Statystyczny | wzmocnienie bezpieczeństwa zdrowotnego |
| pacjenci | ok. 3,2 mln osób korzystających z pomocy ZRM | Ministerstwo Zdrowia | rozszerzenie zakresu świadczeń ratowniczych o motocyklowe jednostki ratownicze |
| ratownicy medyczni, pielęgniarki systemu i lekarze systemu | ok. 200 osób niezbędnych do obsadzenia motocyklowych jednostek ratowniczych | Ministerstwo Zdrowia | nowe możliwości w zakresie zatrudnienia |
| Ministerstwo Zdrowia | 1 | nie dotyczy | zmniejszenie ogólnej liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, podlegających ocenie |
| urzędy wojewódzkie | 16 | nie dotyczy | zmniejszenie ogólnej liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, podlegających ocenie |

| | | | |
|--|----|-------------|--|
| oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia | 16 | nie dotyczy | zmniejszenie ogólnej liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, podlegających ocenie |
| centrala Narodowego Funduszu Zdrowia | 1 | nie dotyczy | zmniejszenie ogólnej liczby wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji, podlegających ocenie |

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

Projekt ustawy nie podlegał pre-konsultacjom.

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

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

- 50) Wojewoda Łódzki;
- 51) Wojewoda Małopolski;
- 52) Wojewoda Mazowiecki;
- 53) Wojewoda Opolski;
- 54) Wojewoda Podkarpacki;
- 55) Wojewoda Podlaski;
- 56) Wojewoda Pomorski;
- 57) Wojewoda Śląski;
- 58) Wojewoda Świętokrzyski;
- 59) Wojewoda Warmińsko-Mazurski;
- 60) Wojewoda Wielkopolski;
- 61) Wojewoda Zachodniopomorski;
- 62) Związek Pracodawców Business Centre Club;
- 63) Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ;
- 64) Związek Przedsiębiorców i Pracodawców;
- 65) Związek Rzemiosła Polskiego.

Skrócenie terminu na konsultacje publiczne i opiniowanie do 21 dni wynika z konieczności wejścia w życie ustawy przed końcem 2024 r. – tak, aby dysponenci jednostek systemu, ich podmioty tworzące, wojewodowie oraz Narodowy Fundusz Zdrowia mogli poczynić stosowne przygotowania do zmian w wojewódzkich planach działania systemu PRM w zakresie liczby specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego oraz motocyklowych jednostek ratowniczych.

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

Ponadto projekt ustawy został również udostępniony, zgodnie z postanowieniami uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 28 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. z 2022 r. poz. 348), w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny.

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

6. Wpływ na sektor finansów publicznych

| (ceny stałe z 2024 r.) | Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł] | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|-------------------|--|
| | 0 2024 | 1 2025 | 2 2026 | 3 2027 | 4 2028 | 5 2029 | 6 2030 | 7 2031 | 8 2032 | 9 2033 | 10 2034 | Łącznie (0-10) | |
| Dochody ogółem | | | | | | | | | | | | | |
| budżet państwa | | | | | | | | | | | | | |
| JST | | | | | | | | | | | | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) Narodowy Fundusz Zdrowia | | | | | | | | | | | | | |
| Wydatki ogółem | | 323,36 | 342,72 | 356,74 | 369,86 | 379,10 | 388,58 | 398,29 | 408,25 | 418,46 | 428,92 | 3 814,28 | |
| budżet państwa | | 10,97 | 11,31 | 11,59 | 11,88 | 12,18 | 12,48 | 12,79 | 13,11 | 13,44 | 13,78 | 123,53 | |
| JST | | | | | | | | | | | | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) Narodowy Fundusz Zdrowia | | 312,39 | 331,41 | 345,15 | 357,98 | 366,92 | 376,10 | 385,50 | 395,14 | 405,02 | 415,14 | 3 690,75 | |
| Saldo ogółem | | -323,36 | -342,72 | -356,74 | -369,86 | -379,10 | -388,58 | -398,29 | -408,25 | -418,46 | -428,92 | -3 814,28 | |
| budżet państwa | | -10,97 | -11,31 | -11,59 | -11,88 | -12,18 | -12,48 | -12,79 | -13,11 | -13,44 | -13,78 | -123,53 | |
| JST | | | | | | | | | | | | | |
| pozostałe jednostki (oddzielnie) Narodowy Fundusz Zdrowia | | -312,39 | -331,41 | -345,15 | -357,98 | -366,92 | -376,10 | -385,50 | -395,14 | -405,02 | -415,14 | -3 690,75 | |

Źródła finansowania

Wszystkie skutki finansowe z tytułu realizacji niniejszej ustawy zostaną sfinansowane w ramach środków na ochronę zdrowia, w tym w ramach ustalonego funduszu wynagrodzeń (niezwiększonego z tytułu tej ustawy), określonych zgodnie z art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, bez możliwości ubiegania się o dodatkowe środki.

| | jednostek ratowniczych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|
| | Koszt w mln zł | 9,04 | 18,65 | 24,58 | 29,39 | 30,12 | 30,88 | 31,65 | 32,44 | 33,25 | 34,08 | 274,08 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>2) Przy wyliczeniu kosztów wprowadzenia trzyosobowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego przyjęto zawarty w projekcie ustawy wskaźnik: 3 zespoły trzyosobowe na każde rozpoczęte 10 zespołów podstawowych (bez względu na ich rodzaj), co oznacza minimum 452 takie zespoły w kraju. Kolejno zakłada się, że dla obsady jednego stanowiska w 2024 r. w każdym z 452 zespołów potrzeba 1766,27 zł na dobę (różnica w stawkach na zespół podstawowy 2- i 3-osobowy, wyliczonych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji), co w skali roku 2024 dałoby 291.399.225 zł. Kwota ta została odpowiednio przeliczona na podstawie <i>Dynamiki cen towarów i usług konsumpcyjnych w oparciu o Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw – Październik 2023</i> i na lata 2025–2034 będzie się przedstawiała jak w poniższej tabeli.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Rok</th> <th>2025</th> <th>2026</th> <th>2027</th> <th>2028</th> <th>2029</th> <th>2030</th> <th>2031</th> <th>2032</th> <th>2033</th> <th>2034</th> <th>Razem</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koszt 3-osobowych ZRM P w mln zł</td> <td>303,35</td> <td>312,76</td> <td>320,57</td> <td>328,59</td> <td>336,80</td> <td>345,22</td> <td>353,85</td> <td>362,70</td> <td>371,77</td> <td>381,06</td> <td>3 416,67</td> </tr> </tbody> </table> <p>W 2024 r. nie przewiduje się kosztów dla NFZ z tytułu wprowadzenia trzyosobowych zespołów podstawowych i motocyklowych jednostek ratowniczych, z uwagi na kalendarz prac legislacyjnych i konieczność aktualizacji planów działania systemu PRM oraz przeprowadzenia przez NFZ postępowania w celu zawarcia nowych umów z dysponentami jednostek. Pierwsze koszty z tego tytułu mogą się pojawić w roku 2025.</p> <p>Pozostałe rozwiązania zawarte w projekcie nie spowodują skutków finansowych dla sektora finansów publicznych.</p> | | | | | | | | | | | | | Rok | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | Razem | Koszt 3-osobowych ZRM P w mln zł | 303,35 | 312,76 | 320,57 | 328,59 | 336,80 | 345,22 | 353,85 | 362,70 | 371,77 | 381,06 | 3 416,67 |
| Rok | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | Razem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Koszt 3-osobowych ZRM P w mln zł | 303,35 | 312,76 | 320,57 | 328,59 | 336,80 | 345,22 | 353,85 | 362,70 | 371,77 | 381,06 | 3 416,67 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | <p>Wprowadzenie obowiązku wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, wynikające z przyjętego pięciodniowego tygodnia pracy, dla członków zespołów ratownictwa medycznego wykonujących zawód medyczny nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych. Środki finansowe na ten cel zostały ujęte w budżecie na ratownictwo pozaszpitalne w roku 2024. Dysponenti zespołów ratownictwa medycznego otrzymali i otrzymują środki na ten cel.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

| | | Skutki | | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|---|----|----------------|
| Czas w latach od wejścia w życie zmian | | 0 | 1 | 2 | 3 | 5 | 10 | Łącznie (0-10) |
| W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z r.) | duże przedsiębiorstwa | | | | | | | |
| | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | | | | | | | |
| | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | | | | | | | |
| | (dodaj/usuń) | | | | | | | |
| W ujęciu niepieniężnym | duże przedsiębiorstwa | Projekt ustawy będzie sprzyjał rozwojowi dużych przedsiębiorstw, będących dysponentami ZRM oraz ich podwykonawców. | | | | | | |
| | sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw | Projekt ustawy będzie sprzyjał rozwojowi mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, będących dysponentami ZRM oraz podwykonawcami dysponentów. | | | | | | |
| | rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe | Poprawi się dostępność do świadczeń zdrowotnych w związku z utworzeniem nowych jednostek systemu PRM lub zwiększeniem ich obsady. | | | | | | |
| | osoby starsze i niepełnosprawne | Poprawi się dostępność do świadczeń zdrowotnych w związku z utworzeniem nowych jednostek systemu PRM lub zwiększeniem ich obsady. | | | | | | |
| Niemierzalne | (dodaj/usuń) | | | | | | | |
| | (dodaj/usuń) | | | | | | | |

| | |
|--|--------------|
| Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń | Nie dotyczy. |
|--|--------------|

8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nie dotyczy | |
| Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności). | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input checked="" type="checkbox"/> nie dotyczy |
| <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zmniejszenie liczby procedur <input type="checkbox"/> skrócenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: | <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby dokumentów <input type="checkbox"/> zwiększenie liczby procedur <input type="checkbox"/> wydłużenie czasu na załatwienie sprawy <input type="checkbox"/> inne: |
| Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji. | <input checked="" type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy |

Komentarz: Elektronizacji będzie wymagało włączenie do SWD PRM obsługi motocyklowych jednostek ratowniczych. System ten jest przystosowany do tej zmiany.

9. Wpływ na rynek pracy

Zmiana wprowadzona projektem ustawy przyczyni się do powstania nowych miejsc pracy w celu zapewnienia obsady 452 trzyosobowych zespołów podstawowych całorocznych, 105 motocyklowych jednostek ratowniczych (w okresie od dnia 1 maja do dnia 30 września każdego roku) oraz stanowisk funkcyjnych w nowych dyspozytorniach medycznych.

10. Wpływ na pozostałe obszary

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> środowisko naturalne <input type="checkbox"/> sytuacja i rozwój regionalny <input type="checkbox"/> sądy powszechne, administracyjne lub wojskowe | <input type="checkbox"/> demografia <input type="checkbox"/> mienie państwowe <input type="checkbox"/> inne: | <input type="checkbox"/> informatyzacja <input checked="" type="checkbox"/> zdrowie |
|--|--|--|

| | |
|------------------|--|
| Omówienie wpływu | Projekt ustawy przyczyni się do poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego wraz z uruchomieniem trzyosobowych zespołów podstawowych, motocyklowych jednostek ratowniczych i dodatkowych dyspozytorni medycznych. Skróci się też czas spędzany przez zespoły ratownictwa medycznego na przekazywaniu pacjentów do szpitali. |
|------------------|--|

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Ustawa wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

12. W jaki sposób i kiedy nastąpi ewaluacja efektów projektu oraz jakie mierniki zostaną zastosowane?

Ewaluacja efektów projektu będzie prowadzona na bieżąco, w oparciu o dane pochodzące z SWD PRM, w zakresie liczby, obsady i czasów dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczby zgłoszeń obsługiwanych przez dyspozytornie medyczne z ich obszarów działania i z obszarów działania innych dyspozytorni, czasu, jaki spędzają zespoły ratownictwa medycznego na przekazywaniu pacjentów do szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć. Działania naprawcze będą podejmowane w miarę diagnozowanych trudności.

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

Brak