

**U S T A W A**

z dnia .....2024 r.

**o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych  
ustaw<sup>1)</sup>**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 652) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 3:

a) pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) lekarz systemu:

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

---

<sup>1)</sup> Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, ustawę z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne, ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawę z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, ustawę z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego, ustawę z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych oraz ustawę z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych.

- e) lekarza po drugim roku specjalizacji w dziedzinie neurologii, który jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, i ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1, lub
  - f) lekarza, który ukończył szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii, chirurgii ogólnej i uzyskał potwierdzenie zakończenia danego szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, 1617, 1831 i 1972 oraz z 2024 r. poz. 854) albo uzyskał decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 pkt 1 albo ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jednak nie dłużej niż przez 5 lat od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od dnia uzyskania decyzji, oraz ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1;”
- b) po pkt 3 dodaje się pkt 3a i 3b w brzmieniu:
- „3a) lekarz w trakcie szkolenia specjalizacyjnego – lekarza, który realizuje program danego szkolenia specjalizacyjnego, albo uzyskał potwierdzenie zakończenia danego szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty albo uzyskał decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 pkt 1 albo ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jednak nie dłużej niż przez 5 lat od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od dnia uzyskania decyzji;
  - 3b) lekarz po drugim roku specjalizacji – lekarza, który od minimum 2 lat odbywa szkolenie specjalizacyjne i uzyskał potwierdzenie od kierownika specjalizacji posiadania wiedzy i umiejętności umożliwiających wykonywanie zadań lekarza systemu;”
- c) pkt 6 i 7 otrzymują brzmienie:
- „6) pielęgniarka systemu:
    - a) pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub będącą w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki, lub

- b) pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub będącą w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatricznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2, lub
  - c) pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego lub pediatricznego oraz co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć lub w zespole ratownictwa medycznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2, lub
  - d) pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego i ukończony kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 2;
- 7) pierwsza pomoc – zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych, w rozumieniu art. 1 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.<sup>2)</sup>), oraz produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;”,
- d) w pkt 9 po wyrazach „spełniająca wymagania określone w ustawie” dodaje się przecinek i wyrazy „wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1”,
  - e) po pkt 9 dodaje się pkt 9a w brzmieniu:  
„9a) jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego – jednostkę organizacyjną szpitala udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej

---

<sup>2)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 117 z 03.05.2019, str. 9, Dz. Urz. UE L 334 z 27.12.2019, str. 165, Dz. Urz. UE L 130 z 24.04.2020, str. 18, Dz. Urz. UE L 241 z 08.07.2021, str. 7, Dz. Urz. UE L 70 z 08.03.2023, str. 1 i Dz. Urz. UE L 80 z 20.03.2023, str. 24.

osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1;”,

- f) w pkt 11 po wyrazach „spełniająca wymagania określone w ustawie” dodaje się przecinek i wyrazy „wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1”,
- g) w pkt 11a po wyrazach „spełniająca wymagania określone w ustawie” dodaje się przecinek i wyrazy „wpisaną do ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1”,
- h) pkt 15 otrzymuje brzmienie:

„15) System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego – system, na który składają się:

- a) system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego oraz
- b) Podsystem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego umożliwiający w warstwie telekomunikacyjnej łączności głosowej obsługę zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, współpracę z systemami łączności radiowej na potrzeby systemu funkcjonującymi w województwach, zapewniający rejestrację i archiwizację zapisów rozmów głosowych oraz korespondencji radiowej.”;

2) w art. 15:

- a) w ust. 1a pkt 1–3 otrzymują brzmienie:
  - „1) zapewniają czas dotarcia na miejsce zdarzenia jednostki współpracującej z systemem na terenie jej działania nie przekraczający 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego;
  - 2) dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w pkt 1;

- 3) dysponują wyposażeniem i środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w pkt 1.”,
- b) po ust. 1a dodaje się ust. 1b w brzmieniu:
  - „1b. W przypadku jednostki współpracującej z systemem, o której mowa w ust. 1 pkt 5–9, posiadającej jednostki organizacyjne:
    - 1) wpisowi do rejestru podlegają jej poszczególne jednostki organizacyjne;
    - 2) warunki wymienione w ust. 1a stosuje się do każdej jednostki organizacyjnej odrębnie.”;
- 3) w art. 17:
  - a) ust. 1. otrzymuje brzmienie:
    - „1. Wojewoda prowadzi rejestr jednostek współpracujących z systemem, zwany dalej „rejestrem”. Rejestr jest prowadzony w systemie teleinformatycznym.”,
  - b) w ust. 1a we wprowadzeniu do wyliczenia wyrazy „W celu uzyskania wpisu do rejestru, dane, o których mowa w ust. 3, są przekazywane wojewodzie właściwemu” zastępuje się wyrazami „Dane, o których mowa w ust. 3, są wpisywane z urzędu do rejestru prowadzonego przez wojewodę właściwego”,
  - c) w ust. 2 uchyla się pkt 1,
  - d) po ust. 2a dodaje się ust. 2b w brzmieniu:
    - „2b. Decyzji, o której mowa w ust. 2 pkt 2, nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.”,
  - e) w ust. 3:
    - pkt 1 otrzymuje brzmienie:
      - „1) nazwę, siedzibę i adres podmiotu, w skład którego wchodzi jednostka współpracująca z systemem;”,
    - po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:
      - „1a) adres miejsca stacjonowania jednostki współpracującej z systemem, a w przypadku jednostki organizacyjnej jednostki współpracującej z systemem – adres miejsca jej stacjonowania;”,
    - w pkt 5 wyrazy „osiągnięcia gotowości operacyjnej” zastępuje się wyrazami „dotarcia na miejsce zdarzenia”,
  - f) w ust. 4 po wyrazach „obowiązana niezwłocznie” dodaje się wyrazy „jednak nie później niż w terminie 7 dni od zaistnienia zmiany”,

g) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, w odniesieniu do jednostek, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3-7 i 9:

1) odmawia jednostce wpisu do rejestru,

2) wykreśla z rejestru jednostkę

– jeżeli jednostka ta nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a;

3) może wykreślić z rejestru jednostkę, jeżeli nie wykona ona w terminie obowiązku, o którym mowa w ust. 4.”,

h) ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Administratorem systemu teleinformatycznego, za pomocą którego prowadzony jest rejestr, o którym mowa w ust. 1, jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.”;

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

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

5) w art. 20:

a) w ust. 1:

– pkt 4 otrzymuje brzmienie:

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

– dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

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

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

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

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

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

- 1) obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w sposób nienaruszający praw pacjenta;
- 2) oceny uzyskanej dokumentacji dyspozytorni medycznej prowadzonej w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego;
- 3) oceny realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym w zakresie dostępności i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

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

6) w art. 21:

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

b) w ust. 3:

– pkt 2 otrzymuje brzmienie:

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

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

- na każde rozpoczęte 10 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2, przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1,
- na każde rozpoczęte 10 podstawowych dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret pierwsze, przypadają nie mniej niż 3 podstawowe trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2 tiret drugie,
- na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców w województwie przypada nie więcej niż jedna motocyklowa jednostka ratownicza, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 3, a czas działania tej jednostki mieści się w okresie od 1 maja do 30 września w

roku kalendarzowym i nie przekracza 12 godzin w ciągu jednej doby,

- b) szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut,
  - c) centrów urazowych, kierując się kryterium określonym w art. 39b pkt 1,
  - d) centrów urazowych dla dzieci, kierując się kryterium określonym w art. 39f pkt 1,
  - e) jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”
- po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:  
„2a) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa miejsc stacjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;”
  - w pkt 9 wyrazy „jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponenta zespołów ratownictwa medycznego” zastępuje się wyrazami „dyspozytorni medycznych”
- c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:  
„4. Dane dotyczące elementów planu, o których mowa w ust. 3 pkt 2 lit. b–e, są gromadzone i przetwarzane w ewidencji, o której mowa w art. 23a ust. 1.”
  - d) w ust. 5 w pkt 1 skreśla się wyrazy „oraz ust. 4”
  - e) w ust. 10 uchyla się pkt 2;
- 7) w art. 21a w ust. 2 zdanie drugie otrzymuje brzmienie:  
„Wojewoda przekazuje harmonogram wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego, dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyspozytorni medycznej i dysponentom zespołów ratownictwa medycznego działającym w województwie.”;
- 8) w art. 22 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje się ust. 2 w brzmieniu:



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

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

„Art. 22a. 1. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem przez dysponenta jednostki umowy, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1 lub pkt 2, w terminie 14 dni od dnia powzięcia informacji o tych nieprawidłowościach.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może rozwiązać umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z dysponentem jednostki, o której mowa w art. 32 ust.1:

1) pkt 1, w związku z niespełnieniem wymagań określonych w art. 33a oraz przepisach wydanych na podstawie art. 34;

2) pkt 2, w związku z niespełnieniem wymagań określonych w art. 36 – lub w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się dysponenta jednostki z obowiązków wynikających z zawartej umowy.

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

10) w art. 23a:

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

„1a. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia z podmiotami leczniczymi posiadającymi szpitalne oddziały ratunkowe, centra urazowe, centra urazowe dla dzieci lub jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub zawarcia aneksu dokonującego zmiany takiej umowy, przekazuje wojewodzie dane, o których mowa w ust. 2 pkt 3–13.

1b. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia zakończenia wykonywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ust.

1a, jej wygaśnięcia, rozwiązania lub odstąpienia od takiej umowy, przekazuje wojewodzie informację o zakończeniu wykonywania tej umowy.

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

b) w ust. 2:

– pkt 3 otrzymuje brzmienie:

„3) nazwę, adres siedziby, numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, część IV systemu resortowych kodów identyfikacyjnych podmiotu leczniczego, w strukturze którego działa szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;”

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

3a) numer telefonu i adres poczty elektronicznej podmiotu leczniczego, w którego strukturze działa szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;”

– uchyla się pkt 5,

– pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) całodobowy numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej, dla której zapewniono całodobowy odbiór wiadomości szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;”

– po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:

„7a) lokalizację i czas funkcjonowania lotniska lub lądowiska wpisanego do instrukcji operacyjnej dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia;”

- uchyla się pkt 8,
  - w pkt 10 po wyrazach „identyfikator terytorialny” dodaje się wyraz „gminy”;
  - pkt 11 otrzymuje brzmienie:
    - „11) nazwę własną szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa”;
  - w pkt 12 po wyrazach „kodu resortowego” dodaje się wyrazy „szpitalnego oddziału ratunkowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa”;
  - po pkt 12 dodaje się pkt 12a w brzmieniu:
    - „12a) VII część kodu resortowego szpitalnego oddziału ratunkowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa”;
  - w pkt 13 skreśla się kropkę i dodaje się wyrazy: „oraz numery tych umów, ich rodzaj i zakres, z uwzględnieniem kolejnych zmian.”;
- c) uchyla się ust. 3;
- 11) w art. 24 w ust. 1 uchyla się pkt 2;
- 12) w art. 24a:
- a) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Wojewodowie i dysponenti zespołów ratownictwa medycznego są obowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie na terenie województwa, z Podsystemem Zintegrowanej Łączności Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego.”;
  - b) dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

„9. Zadania, o których mowa w ust. 7 i 8, minister właściwy do spraw zdrowia może powierzyć dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”;
- 13) w art. 24c:

- a) w ust. 2 pkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:
    - „1) wydaje i cofa upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM dla osób, które zawarły z urzędem obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną, oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2024 r. poz. 69), w zakresie, o którym mowa w pkt 2;
    - 2) określa zakres danych, które mogą być udostępniane podmiotom, o których mowa w art. 24e ust. 3 pkt 3 i 3a oraz w art. 39, a także zasady ich udostępniania;”
  - b) w ust. 3 pkt 1 otrzymuje brzmienie:
    - „1) wydają i cofają upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM dla osób, które zawarły z urzędem wojewódzkim umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną;”
  - c) w ust. 5 w pkt 1 po wyrazach „dla pracowników” dodaje się wyrażenie „oraz osób, z którymi została zawarta umowa cywilnoprawna”;
- 14) w art. 24e:
- a) w ust. 3:
    - po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:  
„2a) sądowi, prokuraturze, Policji i Rzecznikowi Praw Pacjenta;”
    - pkt 3 otrzymuje brzmienie:  
„3) konsultantom krajowym i wojewódzkim, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, w zakresie, niezbędnym do realizacji przez nich zadań, o których mowa w art. 10 tej ustawy;”
    - po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:  
„3a) organom samorządu zawodowego w ramach postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej;”
    - pkt 4 otrzymuje brzmienie:  
„4) w postaci zanonimizowanej podmiotom, o których mowa w art. 39, w zakresie określonym w art. 24c ust. 2 pkt 2.”
  - b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a i 3b w brzmieniu:

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

3b. Narodowy Fundusz Zdrowia wykorzystuje dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1–5, 7 i 8, do monitorowania, kontroli i rozliczania wykonania umów zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.”;

15) uchyla się art. 24f;

16) w art. 25a ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W województwach liczących powyżej:

- 1) 3 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić jedną dodatkową dyspozytornię medyczną;
- 2) 5 mln ludności wojewoda może utworzyć i prowadzić dwie dodatkowe dyspozytornie medyczne.”;

17) w art. 25b w ust. 3 w pkt 5 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 6 w brzmieniu:

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

18) w art. 25c:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wojewoda, przy pomocy SWD PRM, zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku:

- 1) dyspozytora medycznego,
- 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – z wykorzystaniem dostępnych form łączności.”,

b) w ust. 3 wyraz „Wojewoda” zastępuje się wyrazem „Administrator SWD PRM”;

19) w art. 26 po ust. 1b dodaje się ust. 1c w brzmieniu:

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

20) w art. 26a:

- a) w ust. 1 skreśla się wyrazy „zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w urzędzie wojewódzkim”,
  - b) w ust. 2 w pkt 2 skreśla się wyrazy „co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe, w tym”,
- 21) w art. 26b:
- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:
    - „1. Stroną umów o pracę lub umów cywilnoprawnych zawartych z dyspozytorami medycznymi lub psychologami, o których mowa odpowiednio w:
      - 1) art. 26 ust. 1 pkt 1 – jest jednostka nadzorowana przez ministra właściwego do spraw zdrowia będąca dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;
      - 2) art. 26 ust. 1 pkt 2 i art. 26a ust. 1 – jest urząd wojewódzki.”,
    - b) uchyla się ust. 2,
    - c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:
      - „3. Z dyspozytorami medycznymi, o których mowa w art. 26, oraz psychologami, o których mowa w art. 26a, jest zawierana umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna. Do zatrudnienia dyspozytorów medycznych i psychologów na podstawie umowy cywilnoprawnej nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 i 1720).”;
- 22) po art. 26c dodaje się art. 26d w brzmieniu:
- „Art. 26d. 1. W jednostce nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia będącej dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczych zespołów transportu sanitarnego, działa Centrum Operacyjne.
  - 2. W Centrum Operacyjnym zadania wykonują dyspozytorzy medyczni, o których mowa w art. 26 ust. 1 pkt 1, oraz dyspozytorzy lotniczy spełniający wymagania określone w art. 94 ust. 6 pkt 5 oraz art. 96 ust. 1 i 2 pkt 11 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo lotnicze, w zakresie niezbędnym do realizacji celów statutowych jednostki nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia utworzonej w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego oraz lotniczych zespołów transportu sanitarnego, z tym że:

- 1) dyspozytor medyczny, o którym mowa w art. 26 ust. 1 pkt 1 – dysponuje lotnicze zespoły ratownictwa medycznego i lotnicze zespoły transportu sanitarnego, oraz koordynuje realizację ich zadań;
  - 2) dyspozytor lotniczy – wykonuje zadania związane z koordynacją i zapewnieniem realizacji zadań przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego oraz lotnicze zespoły transportu sanitarnego zgodnie z ustawą z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo lotnicze i przepisami prawa międzynarodowego, a także współpracuje z dyspozytorem medycznym w zakresie realizacji jego zadań niewymagających wiedzy medycznej, w tym przez dysponowanie statków powietrznych.”;
- 23) w art. 27a w ust. 2 pkt 6 otrzymuje brzmienie:
- „6) całodobowe monitorowanie przebiegu zdarzeń obsługiwanych przez dyspozytorów medycznych oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym zdarzeń, których skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, oraz współpraca i wspomaganie realizacji zadań przez krajowego koordynatora ratownictwa medycznego oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego;”;
- 24) w art. 29 po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:
- „6a. Osoba, z którą zawarto umowę na wykonywanie zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, przed rozpoczęciem realizacji tych zadań, jest obowiązana przedstawić wojewodzie zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na tym stanowisku.”;
- 25) w art. 31:
- a) w ust. 1 w pkt 3 skreśla się wyrazy „pkt 1 i 3”,
  - b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. W ramach kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny uprawniona jest do obserwacji czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz dokonywania oceny uzyskanej dokumentacji medycznej.”;
- 26) w art. 32 w ust. 1 w pkt 2 po wyrazach „lotnicze zespoły ratownictwa” dodaje się wyrazy „medycznego oraz motocyklowe jednostki ratownicze”;
- 27) w art. 36:
- a) w ust. 1:
    - pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zespoły podstawowe:

- a) dwuosobowe, w skład których wchodzić dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym,
- b) trzyosobowe, w skład których wchodzić trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym;”

– dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) motocyklowe jednostki ratownicze, w skład których wchodzi co najmniej jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych.”;

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W skład zespołów, o których mowa w ust. 1, wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2023 r. poz. 622, 1123, 1234, 1312, 1560 i 1872).”;

c) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Kierownikiem motocyklowej jednostki ratowniczej, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest osoba wskazana przez dysponenta tej jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu.”;

28) po art. 38 dodaje się art. 38a w brzmieniu:

„Art. 38a. 1. Lekarze, o których mowa w art. 3 pkt 3 lit. c–f, są obowiązani do odbycia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. Pielęgniarki, o których mowa w art. 3 pkt 6 lit. b-d, są obowiązane do odbycia, nie rzadziej niż raz na 48 miesięcy, kursu w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

3. Kursy, o których mowa w ust. 1 i 2, prowadzą:

- 1) uczelnie, w których jest prowadzone kształcenie na kierunku lekarskim,
- 2) dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne,
- 3) Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego



– na podstawie ramowego programu kursu określonego w przepisach wydanych na podstawie ust. 4.

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

- 1) program kursu, o którym mowa w ust. 1,
  - 2) program kursu, o którym mowa w ust. 2
- obejmujący czas trwania, założenia organizacyjno-programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności i treści nauczania oraz warunki ukończenia kursu, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do wykonywania zadań odpowiednio lekarza systemu albo pielęgniarki systemu;
- 3) wymagania dla podmiotów prowadzących kursy, o których mowa w ust. 1 i 2, uwzględniając konieczność zapewnienia kadry dydaktycznej oraz niezbędnego zaplecza dydaktycznego,
  - 4) wzory zaświadczeń o ukończeniu kursów, o których mowa w ust. 1 i 2, mając na uwadze zapewnienie jednolitości wydawanych zaświadczeń.

5. Dysponent jednostki jest obowiązany do kontroli realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1 i 2, oraz art. 74 ust. 1 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego i samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187).

6. Koszty kursów, o których mowa w ust. 1 i 2, ponosi odpowiednio lekarz albo pielęgniarka lub dysponent jednostki, u którego lekarz albo pielęgniarka wykonuje zawód, lub podmiot prowadzący kurs. Koszty te mogą być również pokrywane w ramach dofinansowania pochodzącego ze środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, 1273, 1407, 1693 i 1872 oraz z 2024 r. poz. 858).”;

29) w art. 39b pkt 1 i art. 39f pkt 1 po wyrazie „dotarcie” dodaje się wyrazy „zespołu ratownictwa medycznego”;

30) art. 45a otrzymuje brzmienie:

„Art. 45a. Maksymalny czas na przyjęcie pacjenta w szpitalach, o których mowa w art. 44 ust. 1 i art. 45, od zespołu ratownictwa medycznego wynosi nie więcej niż 15 minut, licząc od momentu przybycia zespołu do szpitala.”;

31) po art. 45a dodaje się art. 45b i art. 45c w brzmieniu:

„Art. 45b. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek

systemu albo niewykonanie decyzji, o których mowa 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy. Informacja o odmowie przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu albo o niewykonaniu decyzji, o których mowa 20a ust. 4 lub art. 29 ust. 9a, jest przekazywana odpowiednio przez dysponenta jednostki albo przez krajowego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 7 dni o dnia udzielenia tej odmowy albo niewykonania decyzji.

Art. 45c. 1. W przypadku zgonu pacjenta w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala. Kierownik zespołu ratownictwa medycznego sporządza kartę zgonu i wydaje ją zakładowi medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala.

2. W przypadku martwego urodzenia dziecka w specjalistycznym środku transportu sanitarnego zespołu ratownictwa medycznego zwłoki przewozi się do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Szpital, do którego przewieziono zwłoki martwo urodzonego dziecka, sporządza i przekazuje kartę martwego urodzenia zgodnie z art. 53 i art. 54 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. – Prawo o aktach stanu cywilnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1378 i 1615).

3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, zakład medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala przekazuje kartę zgonu podmiotom, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576).

4. W przypadku, o którym mowa w art. 11 ust. 5a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych, kartę zgonu sporządza szpital, o którym mowa w ust. 2.

5. Przewozu zwłok, o którym mowa w ust. 1 i 2, dokonuje się specjalistycznym środkiem transportu, w którym nastąpił zgon albo martwe urodzenie.

6. Przewozu zwłok, o którym mowa w ust. 1 i 2, oraz ich przyjęcia do zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala, albo do szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii, dokonuje się niezwłocznie.

7. Podmiot, o którym mowa w ust. 1 i 2, jest obowiązany przyjąć zwłoki i wykonać czynności, o których mowa w art. 28 ust. 1 pkt 2 i ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz w przepisach wydanych na podstawie art. 28 ust. 7 tej ustawy. Przepisy art. 28 ust. 3, 5 i 6 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej stosuje się do opłat za te czynności.”;

32) w art. 46 uchyla się ust. 2a-4;

33) uchyla się art. 49.

**Art. 2.** W ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576) w art. 11 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) podmiotom, o których mowa w art. 10 ust. 1 i 3,
- 2) zakładowi medycyny sądowej uczelni medycznej albo prosektorium szpitala, o których mowa w art. 45c ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w sytuacji określonej w tym przepisie – w jednym egzemplarzu.”.

**Art. 3.** W ustawie z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. z 2024 r. poz. 34, 731 i 834) w art. 78 w:

- 1) ust. 1 w części wspólnej po wyrazach „właściwego terytorialnie centrum powiadamiania ratunkowego” dodaje się przecinek i wyrazy „właściwej terytorialnie dyspozytorni medycznej”;
- 2) ust. 4 w pkt 1 wyrazy „dysponenta zespołów ratownictwa medycznego” zastępuje się wyrazami „dyspozytorni medycznej”.

**Art. 4.** W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146 i 854) w art. 95d w ust. 2 po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) zespołu ratownictwa medycznego, w tym lotniczego zespołu ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;”.

**Art. 5.** W ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799) w art. 99 dotychczasową treść oznacza się jako ust. 1 i dodaje ust. 2 w brzmieniu:

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

**Art. 6.** W ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748 oraz z 2024 r. poz. 731) wprowadza się następujące zmiany:

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

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

„3. Do czasu zapewnienia kierowania połączeń do numerów alarmowych 997 i 998 do właściwego terytorialnie centrum powiadamiania ratunkowego, dostawca publicznie dostępnych usług telefonicznych kieruje te połączenia do właściwych terytorialnie jednostek Policji oraz Państwowej Straży Pożarnej.

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

**Art. 7.** W ustawie z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1899) w art. 6:

- 1) w ust. 1:
  - a) wyrazy „numerów alarmowych 998 i 999” zastępuje się wyrazami „numeru alarmowego 998”
  - b) skreśla się wyrazy „oraz dyspozytorni medycznych”;
- 2) w ust. 2:
  - a) wyrazy „numerów alarmowych 998 i 999” zastępuje się wyrazami „numeru alarmowego 998”,
  - b) skreśla się wyrazy „oraz dyspozytornie medyczne”,
  - c) wyrazy „tych numerów” zastępuje się wyrazami „tego numeru”.

**Art. 8.** W ustawie z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 38 w pkt 4 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 5 w brzmieniu:  
„5) w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej.”;
- 2) w art. 135 ust. 3 otrzymuje brzmienie:  
„3. Minister właściwy do spraw zdrowia może, w ramach środków budżetu państwa, z części, której jest dysponentem, dofinansować koszty związane z realizacją zadań samorządu. Dofinansowanie działalności samorządu ze środków publicznych realizowane w ramach dotacji nie może dotyczyć działalności samorządu o charakterze gospodarczym.”.

**Art. 9.** W ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) art. 104 otrzymuje brzmienie:  
„Art. 104. 1. Dyspozytor medyczny, którego okres edukacyjny kończy się 31 grudnia 2024 r. lub 31 grudnia 2025 r., w przypadku braku dokumentu poświadczającego realizację obowiązku określonego w art. 21aa ust. 1 ustawy zmienianej w art. 93, jest obowiązany do zrealizowania kursu, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. c ustawy zmienianej w art. 89.

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

2) uchyla się art. 105.

**Art. 10.** Wojewodowie i dysponenci zespołów ratownictwa medycznego spełniają obowiązek, o którym mowa w art. 24a ust. 3a ustawy zmienianej w art. 1, do dnia 31 grudnia 2027 r.

**Art. 11.** Jednostki współpracujące z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9 ustawy zmienianej w art. 1, dostosują się do dnia 30 czerwca 2025 r. do wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a i 1b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

**Art. 12.** 1. Wojewodowie w terminie 60 dni od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy przekażą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia aktualizacje wojewódzkich planów działania systemu, o których mowa w art. 21 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, sporządzone zgodnie z wymaganiami określonymi w art. 21 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

2. Motocyklowe jednostki ratownicze, o których mowa w art. 1 pkt 6 lit. b, mogą być finansowane na podstawie art. 46 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, od dnia 1 maja 2025 r.

**Art. 13.** 1. Lekarz systemu, o którym mowa w art. 3 pkt 3 lit. c–f ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i pielęgniarka systemu, o której mowa w art. 3 pkt 6 lit. b–d ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zatrudnieni w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, są obowiązani, do dnia 31 grudnia 2026 r., ukończyć odpowiednio kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, z wyjątkiem lekarzy systemu i pielęgniarek systemu, o których mowa w ust. 2.

2. Lekarze systemu i pielęgniarki systemu, którzy ukończyli, nie wcześniej niż 24 miesiące przed dniem wejścia niniejszej ustawy, kurs, którego program odpowiadał programowi kursu, o którym mowa odpowiednio w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, są obowiązani ukończyć kolejny kurs, o którym mowa odpowiednio w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w okresie 48 miesięcy od dnia ukończenia poprzedniego kursu.

3. Weryfikacja tego, czy program kursu odbytego przez lekarza systemu i pielęgniarkę systemu nie wcześniej niż 24 miesiące przed dniem wejścia niniejszej ustawy, odpowiada programowi kursu, o którym mowa odpowiednio w art. 38a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, należy do dysponenta jednostki.

**Art. 14.** Do decyzji wydanych na podstawie art. 17 ust. 2 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, wydanych przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, stosuje się przepisy dotychczasowe.

**Art. 15.** Przepisy art. 95d ust. 2 pkt 1a ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji złożonych po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

**Art. 16.** 1. Przepis art. 99 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 5, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się do wynagrodzeń należnych od dnia 1 lipca 2023 r.

2. Podmioty lecznicze, które za okres od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy wypłacały pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, dodatki do wynagrodzenia odpowiadające dodatkom do wynagrodzenia, o których mowa w art. 99 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 5, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, zaliczają kwotę dodatków do wynagrodzenia wypłaconych za okres od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy na poczet dodatków, które będą wypłacone za ten okres zgodnie art. 99 ust. 2 ustawy zmienianej w art. 5, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

**Art. 17.** 1. Wymagania dotyczące ukończenia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku:

- 1) dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. b,
- 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 29 ust. 6 – ustawy zmienianej w art. 1, stosuje się do osób zatrudnionych na tych stanowiskach po dniu 31 grudnia 2023 r.

2. Osoby, z którymi w 2024 r. zawarto umowy na wykonywanie zadań na stanowiskach, o których mowa w ust. 1, są obowiązane do przedstawienia wojewodzie zaświadczenia o ukończeniu kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 ustawy zmienianej w art. 1, do dnia 31 marca 2025 r.

**Art. 18.** Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 8 pkt 2, który wchodzi w życie z dnia 1 stycznia 2025 r.

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM,  
LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM  
Władysław Puzoń  
Dyrektor Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia  
/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/



## Uzasadnienie

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

- 1) w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 652), zwanej dalej „ustawą o PRM”;
- 2) w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576);
- 3) w ustawie z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. z 2024 r. poz. 34, z późn. zm.);
- 4) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.);
- 5) w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799);
- 6) w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748, z późn. zm.);
- 7) w ustawie z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1899);
- 8) w ustawie z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187);
- 9) w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972).

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

### **Liczba i rodzaje zespołów ratownictwa medycznego**

Projekt przewiduje (w art. 1 pkt 6 i 27) utworzenie nowego typu zespołów ratownictwa medycznego – motocyklowych jednostek ratowniczych. Ten rodzaj zespołów docierać będzie w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, m. in. w czasie większych zgromadzeń oraz w czasie wystąpienia utrudnień komunikacyjnych. Motocykl ratunkowy prowadzony będzie przez osobę uprawnioną do medycznych czynności ratunkowych, wyposażoną w niezbędne leki i wyroby medyczne, a także w sprzęt do obsługi Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Liczba motocyklowych jednostek ratowniczych będzie określona w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Czas działania tych jednostek to okres od dnia 1 maja do dnia 30 września każdego roku, do 12 godzin w ciągu jednej doby. Dopuszcza się, że w niektórych rejonach wojewoda może nie zaplanować motocyklowych jednostek ratowniczych, jeśli ze względu na brak większych aglomeracji miejskich czy utrudnień w ruchu nie zidentyfikowano przesłanek do ich uruchomienia. Z tego względu w projekcie wskazano, że na każde 400 tys. mieszkańców powinna przypadać nie więcej niż jedna jednostka motocyklowa. Pierwsze motocyklowe jednostki ratownicze rozpoczną działalność od dnia 1 maja 2025 r., a ich finansowanie będzie się odbywało analogicznie, jak w przypadku pozostałych naziemnych zespołów ratownictwa medycznego.

Ponadto w projekcie przewidziano podział zespołów podstawowych na dwu- i trzyosobowe (art. 1 pkt 6 i 27). Obecnie art. 36 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM ustala minimalny skład zespołów podstawowych na poziomie dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Choć jest to wymaganie minimalne, a stawka na podstawowy zespół ratownictwa medycznego wyliczona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zakłada średnią obsadę w liczbie 2,4 osoby, to jednak ponad 90% zespołów podstawowych jeździ w składzie dwuosobowym. W większości przypadków, do których wzywane są zespoły, skład ten jest wystarczający. Zdarzają się jednak sytuacje, w których trzecia osoba w składzie zespołu jest niezbędna (np. resuscytacja krążeniowo-oddechowa w zespołach pozbawionych urządzeń do automatycznego masażu klatki piersiowej, transport pacjenta z otyłością olbrzymią, pacjent z urazem wielonarządowym, stosowanie przymusu bezpośredniego, transport matki z noworodkiem itd.). Dlatego projekt zakłada funkcjonowanie podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w składzie trzyosobowym na poziomie co najmniej trzech na każde rozpoczęte 10 zespołów

podstawowych w każdym województwie. Umożliwi to równomierne zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych województwach, poprawi komfort pracy członków zespołów, jak również pozwoli na zróżnicowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, stawek ryczałtu dobowego w zależności od składu zespołu.

Wojewodowie dostosują wojewódzkie plany działania systemu do ww. wymagań w terminie 60 dni od dnia wejścia w życie ustawy (art. 12 projektu).

### **Liczba dyspozytorni medycznych w województwach**

Doświadczenia z koncentracji dyspozytorni medycznych oraz trudności, na jakie napotkali wojewodowie przy zapewnieniu funkcjonowania dyspozytorni w okresie pandemii wywołanej przez COVID-19 oraz zwiększonego napływu uchodźców z Ukrainy wykazały, że zwłaszcza w województwach z większą liczbą mieszkańców, dużym wyzwaniem jest zapewnienie pełnej obsady dyspozytorni medycznych. Z tego powodu w przypadku województw, w których liczba ludności przekracza 3 mln osób, projektowane zmiany przewidują umożliwienie wojewodzie zorganizowania drugiej dyspozytorni medycznej, a w województwach powyżej 5 mln osób, tj. obecnie jedynie w województwie mazowieckim – również trzeciej dyspozytorni. Utworzenie trzeciej dyspozytorni w województwie mazowieckim jest uzasadnione także dużą ilością ludności napływowej tj. cudzoziemców i osób na stałe zamieszkujących w innych województwach. Takie rozwiązanie pozwoli też w bardziej zrównoważony sposób zabezpieczyć płynność obsługi zgłoszeń w ramach zastępowalności dyspozytorni. Realizacja opisanej zmiany zawarta jest w art. 1 pkt 16 projektu.

### **Personel medyczny**

W art. 1 pkt 1 lit. b projektu zawarta została zmiana definicji pielęgniarstwa systemu, co wynika z konieczności usunięcia błędów w nazewnictwie dziedzin pielęgniarstwa, w których mogą być prowadzone specjalizacje i kursy kwalifikacyjne. Obecne nazewnictwo odbiega od określeń stosowanych w przepisach wydanych na podstawie art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814, z późn. zm.), tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562).

W stosunku do lekarzy systemu oraz pielęgniarek systemu udzielających świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a więc w zespołach ratownictwa medycznego i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, wprowadza się obowiązek ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych (art. 1 pkt 1 lit. a i b, art. 1 pkt 28). Z obowiązku tego zwolnieni zostaną lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, intensywnej terapii oraz anestezjologii i intensywnej terapii, pielęgniarki z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, a także osoby odbywające specjalizację w tych dziedzinach. Niedopełnienie obowiązku odbycia wyżej wymienionych kursów skutkować będzie brakiem możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Przez niedopełnienie tego obowiązku, osoby te, odpowiednio lekarz i pielęgniarka, stracą bądź nie uzyskają statusu lekarza systemu bądź pielęgniarki systemu. Jednocześnie projekt przewiduje okres przejściowy do odbycia ww. kursów do dnia 31 grudnia 2026 r. Umożliwi to odpowiednie zaplanowanie przez te osoby terminu odbycia stosownych kursów. Ponadto projekt wskazuje, że osoby, które ukończyły kurs, którego program odpowiadał programowi kursu postępowania w stanach nagłych nie wcześniej niż 24 miesięcy przed dniem wejścia ustawy, są obowiązane do jego ukończenia w terminie 48 miesięcy (art. 13 ust. 2 projektu). Koresponduje to z okresem rozliczeniowym, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516, z późn. zm.). Kontrolę realizacji tego obowiązku powierza się dysponentom jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Sposób przeprowadzania tej kontroli powinien być uregulowany wewnętrznie w podmiocie leczniczym będącym dysponentem jednostki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Natomiast program ww. kursów zostanie określony przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu (art. 1 pkt 28).

Konieczne jest także uelastyczenie zasad zatrudniania psychologów wspierających dyspozytorów medycznych (art. 1 pkt 21 lit. c) oraz dostosowanie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego tych osób do wymagań obowiązujących na analogicznych stanowiskach w centrach powiadamiania ratunkowego. Zmiany w przedmiotowym zakresie pozwolą zapewnić lepszą obsadę stanowisk psychologów w dyspozytorniach medycznych. W projekcie dokonano zmiany w zakresie poprawnego wskazania podmiotu pełniącego funkcję pracodawcy dla dyspozytorów medycznych i psychologów. Obecnie wskazane jest, że pracodawcą psychologów i dyspozytorów jest urząd wojewódzki. Natomiast projekt zawiera

nowe rozwiązanie wskazujące, że pracodawcą dyspozytorów medycznych i psychologów funkcjonujących w urzędzie wojewódzkim pozostanie ten urząd, zaś dyspozytorów medycznych w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, zwanym dalej „LPR”, będzie ta jednostka (art. 1 pkt 21 lit. a).

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

Projekt przewiduje nowelizację ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, a w konsekwencji także ustawy z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego oraz ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (art. 3, art. 6 i art. 7), w taki sposób, aby utrzymana została bezterminowo możliwość kierowania bezpośrednio do dyspozytorni medycznych połączeń alarmowych napływających na nr 999. Ustawa z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego zakłada, że połączenia kierowane na nr alarmowy 999 mogły być odbierane przez dyspozytornie medyczne, bez pośrednictwa centrów powiadamiania ratunkowego, wyłącznie do 31 grudnia 2023 r. Po tym czasie osoba wybierająca nr 999 miała dodzwaniać się do centrum powiadamiania ratunkowego i dopiero stamtąd byłaby przekierowywana do właściwej dyspozytorni medycznej. Do takiej zmiany organizacji systemu powiadamiania ratunkowego jednak nie doszło, z uwagi na brak gotowości tego systemu od strony technicznej. Ponadto zmiana ta wydłużyłaby niewątpliwie czas obsługi zgłoszeń dotyczących stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, które obecnie kierowane są bezpośrednio do dyspozytorni medycznych. Utrzymaniu niezależnej od centrów powiadamiania ratunkowego obsługi nr alarmowego 999 służą wdrożone już rozwiązania technologiczne.

Do lipca 2021 r. SWD PRM współdzielił środowisko Podsystemu Zintegrowanej Łączności (PZŁ) z Systemem Teleinformatycznym Centrów Powiadamiania Ratunkowego (ST CPR). PZŁ ST CPR jest logicznym modułem architektury ST CPR. Wszystkie połączenia na nr alarmowy 999 trafiały do PZŁ ST CPR, a następnie za pośrednictwem łączy ogólnopolskiej sieci teleinformatycznej 112 były przekierowywane do SWD PRM. Dyspozytorzy medyczni podejmowali rozmowę razem z formatką, która była do niej przypisana w ST CPR.

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

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

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

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

Wdrożenie PZŁ SWD PRM (art. 1 pkt 12 lit. a) umożliwiło wprowadzenie pełnego nadzoru nad funkcjonowaniem dyspozytorni medycznych przez monitorowanie przepływu połączeń przychodzących i wychodzących, czasu obsługi zgłoszeń oraz zapewnienie dostępu do nagrań rozmów prowadzonych na stanowiskach dyspozytorów medycznych. Przez PZŁ SWD PRM możliwe jest także prowadzenie monitoringu poprawności działania łączy wszystkich aplikacji działających w jego obszarze, a także zapobieganie wystąpieniu sytuacji awaryjnych oraz szybkie reagowanie w razie ich wystąpienia. Ponadto niezależne administrowanie PZŁ SWD PRM pozwala precyzyjnie określić zakres odpowiedzialności w przypadku wystąpienia sytuacji awaryjnych pomiędzy współpracującymi systemami, takimi jak ST CPR, lub usługami udostępnianymi w ramach OST 112. Warto zaznaczyć, że minister właściwy do spraw zdrowia będąc jedynym administratorem PZŁ SWD PRM, bezpośrednio podejmuje kluczowe decyzje dotyczące jego działania, zarówno w obszarze rozwoju, jak i w przypadku awarii.

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

Ze względu na powstanie PZŁ SWD PRM projekt przewiduje także zmianę definicji SWD PRM (art. 1 pkt 1 lit. h) oraz zapewnienie obowiązku utrzymania i finansowania PZŁ SWD PRM zarówno przez Ministra Zdrowia, jak i wojewodów (art. 1 pkt 12).

Zakres finansowania PZŁ SWD PRM przez Ministra Zdrowia obejmuje koszty utrzymania łączy do obsługi połączeń przychodzących z numeru alarmowego 999. Finansowanie pozostające po stronie wojewodów obejmuje koszty obsługi połączeń wychodzących do sieci PSTN (Public Switched Telephone Network – jest to publiczna sieć telefoniczna wykorzystująca technologię komutacji łączy) oraz obsługi połączeń przychodzących dla numerów DDI (Direct Dial In – to pula dodatkowych numerów, które mogą być wykorzystywane przez administratora centrali) i powinno odbywać się w ramach środków przeznaczonych na utrzymanie i eksploatację dyspozytorni medycznych. Do obsługi połączeń wychodzących z dyspozytorni wykorzystywane są łącza SS7 dostarczone w ramach budowy PZŁ SWD PRM, co wyeliminowało konieczność budowy nowych łączy po stronie wojewodów i odciażyło ich z obowiązku zawierania nowych umów na niezależne połączenia wychodzące i przychodzące na numery DDI. Wojewodowie i dysponenci zespołów ratownictwa medycznego zostaną zobowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa z PZŁ SWD PRM, do dnia 31 grudnia 2027 r. (art. 10).

Ponadto w art. 1 pkt 4 przewiduje się dodanie przepisu umożliwiającego Ministrowi Zdrowia oraz wojewodzie sprawowanie nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne z wykorzystaniem SWD PRM. System ten gromadzi wszystkie informacje o zdarzeniu medycznym obsługiwanym przez system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Dzięki SWD PRM jest możliwe nadzorowanie prawidłowego postępowania dyspozytorni medycznych, zespołów ratownictwa medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w całym procesie udzielania świadczenia zdrowotnego. SWD PRM pozwala też w czasie rzeczywistym na dostarczanie informacji dla Ministra Zdrowia oraz wojewody co do przebiegu zdarzeń pojedynczych, mnogich i masowych.

### **Ochrona danych osobowych**

Przez zmianę brzmienia art. 24e ust. 3 ustawy o PRM (art. 1 pkt 13 lit. a projektu) uporządkowany został zakres danych udostępnianych konsultantom w ochronie zdrowia oraz dodana została możliwość udostępniania danych organom samorządu zawodowego w ramach postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej, a także poszerzony został katalog danych udostępnianych na wniosek sądów, prokuratury, Policji i Rzecznika Praw Pacjenta o dane osobowe członków zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, które są niezbędne w postępowaniach prowadzonych przez te organy.

Doprecyzowane także zostało (art. 1 pkt 18), iż obowiązek rejestrowania i przechowywania przez okres 3 lat nagrań rozmów prowadzonych na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego dotyczy każdej formy korespondencji, którą rejestruje PZŁ SWD PRM, stwarzając możliwość odtworzenia całości informacji, która dotyczy danego przypadku.

Dane, które udostępniane będą uczelniom medycznym, placówkom kształcenia ustawicznego dorosłych i stowarzyszeniom lekarskim o zasięgu ogólnokrajowym prowadzącym działalność w zakresie medycyny ratunkowej, przekazywane będą tym podmiotom w postaci zanonimizowanej, uniemożliwiającej identyfikację konkretnych świadczeniobiorców, bądź też osób wykonujących zadania w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (art. 1 pkt 14 lit. a tiret czwarte).

### **Kontrola dysponentów i dyspozytorni medycznych.**

Doprecyzowane zostały przepisy wskazujące podstawy prawne do przeprowadzania kontroli dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz dyspozytorni medycznych przez Ministra Zdrowia (zmiana zawarta w art. 1 pkt 5 projektu). O ile w odniesieniu do dysponentów jednostek systemu zastosowanie tu znajdują przepisy dotyczące kontroli w podmiotach leczniczych zawarte w przepisach o działalności leczniczej, 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). Projekt wprowadza też przepis dający wprost dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia możliwość rozwiązania umowy na świadczenia zdrowotne udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym i w zespołach ratownictwa medycznego, co skutkować ma również aktualizacją wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, polegającą na wykreśleniu danego oddziału z planu. Przepis został wprowadzony na wniosek ww.



Funduszu, który zgłaszał problem ze skutecznym rozwiązaniem umowy w sytuacji, gdy wojewoda nie dokonywał następczo aktualizacji planu. Pozostawienie fakultatywności co do rozwiązania umowy pozwoli zapobiec brakom w dostępie do świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w sytuacji, gdy dojdzie do rozwiązania umowy z jedynym świadczeniodawcą na danym terenie. Obligatoryjne rozwiązanie umowy skutkowałoby brakiem zabezpieczenia ww. świadczeń i zagrożeniem dla bezpieczeństwa zdrowotnego ludności.

### **Rejestr Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne (R JWPRM)**

Doświadczenia zebrane w czasie funkcjonowania R JWPRM wskazują na potrzebę dostosowania zawartości tego rejestru do rzeczywistego zakresu danych w nim ujmowanych, dotyczących jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz ich jednostek organizacyjnych, przez rozróżnienie miejsca stacjonowania jednostki i adresu siedziby podmiotu, w skład którego ta jednostka wchodzi (art. 1 pkt 3). Uproszczono też procedurę wpisywania do R JWPRM jednostek, które są jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne z mocy ustawy o PRM. Jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej i jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego będą wpisywane do rejestru przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej, a jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa przez dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Pozostałe jednostki będą nadal wpisywane do R JWPRM na ich wniosek, przez właściwego wojewodę, na podstawie decyzji administracyjnej. W celu uniknięcia przypadków roszczeń wynikających z zadysponowania przez dyspozytora medycznego jednostki przed dostarczeniem jej decyzji administracyjnej o wpisie do R JWPRM, jest konieczne nadanie tej decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności. Te zasady będzie się stosowało do nowych decyzji (art. 14 projektu).

Czas obowiązywania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii i stanu zagrożenia epidemicznego, spowodowanych chorobą COVID-19 pokazał, że w sytuacji braku odpowiedniej liczby zespołów ratownictwa medycznego lub ich przeciążenia, jednostki współpracujące z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne były często dysponowane do osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Ważny stał się nie tyle czas osiągnięcia gotowości operacyjnej przez te jednostki, ile czas faktycznego dotarcia na miejsce zdarzenia,

licząc od chwili przyjęcia wezwania. Dlatego w projekcie przewidziano, aby czas ten nie był dłuższy niż 30 minut. Projekt przewiduje również okres dostosowawczy (art. 11) do ww. wymagań do dnia 30 czerwca 2025 r. W tym czasie wojewodowie dokonają stosownych zmian w rejestrze jednostek współpracujących z systemem, uwzględniającym zmiany wprowadzone niniejszą ustawą.

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

Przewiduje się skrócenie z 30 dni do 7 dni okresu czasu, w którym dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ przekazuje wojewodzie informacje o zawarciu lub o zakończeniu realizacji umów objętych RPRM. Projekt dostosowuje też zakres danych przetwarzanych w tym rejestrze do stanu faktycznego. Uzupełniono przepisy dotyczące danych w rejestrze w zakresie danych podmiotu leczniczego, w tym danych kontaktowych, a także posiadania lotniska bądź lądowiska (art. 1 pkt 10 lit. b).

### **Czasy dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia**

Zrezygnowano z przepisu dotyczącego wyliczania trzeciego kwartyła czasu dotarcia, gdyż nie był on dotychczas przydatny (art. 1 pkt 11). Regulacja w tym zakresie była bezprzedmiotowa.

### **Centrum Operacyjne Lotniczego Pogotowia Ratunkowego**

Projekt uwzględnia specjalny rodzaj dyspozytorni medycznej, jakim jest Centrum Operacyjne LPR. Centrum to już obecnie funkcjonuje w strukturach LPR i niezbędne jest usankcjonowanie jego istnienia jako specjalnego rodzaju dyspozytorni, działającej w sposób odmienny niż dyspozytornie medyczne funkcjonujące w strukturach urzędów wojewódzkich. Centrum Operacyjne odgrywa istotną rolę w zakresie koordynacji i zapewnienia realizacji zadań przez jednostki LPR zgodnie z ustawą z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz. U. z 2023 r. poz. 2110, z późn. zm.) i przepisami prawa międzynarodowego. Pracują w nim dyspozytorzy medyczni oraz dyspozytorzy lotniczy (regulacja zawarta w art. 1 pkt 22 projektu). Obecność działu operacyjnego i pracujących w nim licencjonowanych dyspozytorów lotniczych jest warunkiem koniecznym do funkcjonowania LPR jako przewoźnika lotniczego realizującego transport sanitarny w ramach przewozu lotniczego.

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

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

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

### **Pierwsza pomoc**

Z powodu coraz częstszego stosowania w ramach pierwszej pomocy produktów leczniczych wydawanych z przepisu lekarza, a niezbędnych osobom przewlekle chorym (np. zagrożonym wystąpieniem wstrząsu anafilaktycznego, napadu padaczki czy chorującym na cukrzycę), konieczne jest rozszerzenie definicji pierwszej pomocy również o takie leki, w celu umożliwienia świadkom zdarzenia postępowania zgodnego z prawem. Zgodnie z obecną definicją pierwszej pomocy nie ma możliwości podania leku na receptę przez osobę udzielającą tej pomocy, chociaż lek ten jest dostępny na miejscu zdarzenia. Proponowane brzmienie definicji pierwszej pomocy (art. 1 pkt 1 lit. c) umożliwia, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykorzystanie, przez osobę udzielającą pierwszej pomocy, która nie wykonuje zawodu medycznego, wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych, w rozumieniu art. 1 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. U rz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.), oraz produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

### **Realizacja zakupów sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM**

Wprowadza się możliwość powierzenia dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia zakupów sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych. Dotychczas powierzenie takie odbywało się na zasadach ogólnych i stwarzało trudności od strony prawnej co do procedury przekazywania docelowym odbiorcom zakupionego sprzętu (art. 1 pkt 12 lit. b).

### **Dodatki do wynagrodzenia dla członków zespołów ratownictwa medycznego**

Wprowadzenie (w art. 5) dodatków w wysokości 45% i 65% wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej, z mocą od dnia 1 lipca 2023 r.,

zagwarantuje wypłatę tych dodatków w zespołach ratownictwa medycznego. Umożliwi to zatrzymanie kadry medycznej w tych zespołach.

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

Przewiduje się nałożenie obowiązku ukończenia kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego jedynie na te osoby, które rozpoczęły pracę na tych stanowiskach po dniu 31 grudnia 2023 r. (art. 17). Pozostałe osoby z uwagi na posiadane już doświadczenie i realizację obowiązku doskonalenia zawodowego nie będą musiały przechodzić kursów uprawniających.

Z kolei zmiany w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (art. 9) wynikają z konieczności uregulowania zasad realizacji doskonalenia zawodowego osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego, którzy rozpoczęli okres edukacyjny przed dniem 1 stycznia 2024 r. Do dnia 31 grudnia 2023 r. dyspozytor medyczny miał prawo i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego, natomiast od dnia 1 stycznia 2024 r. nastąpiła zmiana systemu doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych polegająca w szczególności na ukończeniu kursu doskonalącego organizowanego przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM).

Przewiduje się, iż dyspozytorzy medyczni, którzy rozpoczęli okres edukacyjny przed dniem 1 stycznia 2024 r, będą go kontynuowali, jednakże realizując już te kursy, które są organizowane przez KCMRM, a nie jak dotychczas kursy organizowane przez podmioty akredytowane przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego. Zaświadczenie o ukończeniu kursu doskonalącego dla dyspozytorów medycznych zrealizowanego w trybie wcześniejszych przepisów, przed dniem 1 stycznia 2024 r. jest ważne do zakończenia trzyletniego okresu edukacyjnego. Konsekwencją powyższych zmian jest konieczność uchylecia art. 105 ustawy dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych, co spowoduje brak możliwości realizowania kursów doskonalących dla dyspozytorów medycznych na dotychczasowych zasadach. Z uwagi na fakt, iż kursy te faktycznie obecnie nie są realizowane, zmiana ta nie spowoduje negatywnych konsekwencji ani dla dyspozytorów medycznych ani dla podmiotów szkolących.

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

Przewiduje się (art. 1 pkt 31), że ciała osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego, w trakcie wykonywania wobec nich medycznych czynności ratunkowych, będą przewożone do zakładu medycyny sądowej uczelni medycznej albo do prosektorium szpitala. Następnie szpital, do którego zostały przywiezione zwłoki stosował będzie przepisy ustawy o działalności leczniczej odnoszące się do osób zmarłych w szpitalach. Obecnie nie ma przepisów regulujących takie sytuacje i zespoły ratownictwa medycznego często przewożą takie osoby, nie stwierdzając zgonu, do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego. W tym miejscu należy podkreślić, że ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych umożliwia kierownikowi zespołu ratownictwa medycznego (art. 11 ust. 1) stwierdzenie zgonu. Jednocześnie proponuje się uregulować sposób postępowania zespołu ratownictwa medycznego w przypadku martwego urodzenia dziecka, które miało miejsce w specjalistycznym środku transportu sanitarnego. W takiej sytuacji zwłoki martwo urodzonego dziecka przewozi się do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

### **Finansowanie dyspozytorni medycznych**

Projekt zakłada rezygnację (w art. 1 pkt 32) z regulacji art. 46 ust. 2a-4 ustawy o PRM w zakresie przedstawiania przez ministra właściwego do spraw zdrowia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycji wysokości środków na finansowanie dyspozytorni medycznych oraz wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych, wraz z podziałem tych środków między poszczególne województwa. Co do zasady materiały do projektu ustawy budżetowej na każdy kolejny rok opracowują poszczególni dysponenti części budżetowych na podstawie art. 138 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 1270, z późn. zm.) i minister właściwy do spraw zdrowia nie przedstawia propozycji finansowania w innych rozdziałach będących w dyspozycji wojewodów.

### **Zwolnienie dysponentów zespołów ratownictwa medycznego z obowiązku uzyskiwania oceny celowości inwestycji**

Obecnie z obowiązku uzyskiwania oceny celowości inwestycji zwolnione są szpitalne oddziały ratunkowe oraz szpitalne oddziały ratunkowe dla dzieci. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, w tym Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, są zobowiązani do uzyskania przedmiotowej opinii, pomimo, że specyfika realizowanych przez nich zadań jedynie w nieznacznym stopniu koresponduje z formularzami oceny inwestycji. W związku z powyższym projekt przewiduje (w art. 4) zrównanie w tym zakresie praw przysługujących wszystkim dysponentom jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Jednocześnie przewidziano przepis przejściowy (art. 15), zgodnie z którym zmiana ta stosowana będzie do wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji złożonych po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy.

### **Wykonywanie zawodu ratownika medycznego w charakterze przedsiębiorcy**

Projekt w art. 8 doprecyzowuje art. 38 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych wprowadzając przepis wskazujący wprost, że ratownik medyczny może wykonywać zawód w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej zawartej z tym podmiotem leczniczym. Dotychczas część podmiotów leczniczych nie dopuszczała takiej możliwości, wymagając od ratowników medycznych albo zakładania podmiotów leczniczych albo proponując wyłącznie umowy o pracę.

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

Obecnie ustawa o PRM nie przewiduje sankcji dla szpitala za niewykonanie decyzji administracyjnej wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego lub krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, dotyczącej obowiązku przyjęcia do szpitala pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego. W praktyce oznaczało to, że decyzja taka mogła pozostać niewykonana, bez konsekwencji dla szpitala. Konieczne więc było wprowadzenie regulacji (art. 1 pkt 31) zwiększającej skuteczność decyzji wydawanych przez obu koordynatorów. Zgodnie z dodawanym art. 45b taka odmowa będzie skutkować zastosowaniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.

Zmiany o charakterze porządkowym zawarte w art. 1 pkt 8 i 33 dotyczą uchylecia art. 49 ustawy o PRM i wprowadzenia tych przepisów w art. 22 ust. 2 ustawy o PRM. Natomiast

zmiany zawarte w art. 1 pkt 29 dotyczą doprecyzowania, że czas dotarcia z miejsca zdarzenia do centrum urazowego odnosi się do zespołu ratownictwa medycznego.

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

Projekt ustawy będzie sprzyjał rozwojowi mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw, będących dysponentami zespołów ratownictwa medycznego oraz podwykonawcami dysponentów.

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

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

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

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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