

Dz.U. 2006 Nr 191 poz. 1410

Opracowano na podstawie: t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1868, 2020, z 2017 r. poz. 60.

U S T A W A

z dnia 8 września 2006 r.

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

Art. 1. W celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwany dalej „systemem”.

Art. 2. 1. Ustawa określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

2. W ramach systemu działają:

- 1) organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu,
- 2) jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1
– zapewniające utrzymanie gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych.

3. Z systemem współpracują jednostki, o których mowa w art. 15.

Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) dysponent jednostki – podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1;
- 2) kwalifikowana pierwsza pomoc – czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, o którym mowa w art. 13 ust. 1;
- 3) lekarz systemu – lekarz posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej albo lekarz, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, z zastrzeżeniem art. 57;
- 4) medyczne czynności ratunkowe – świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1

pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

- 5) miejsce zdarzenia – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki;
- 6) pielęgniarka systemu – pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym;
- 7) pierwsza pomoc – zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 876 i 1918 oraz z 2016 r. poz. 542, 1228 i 1579), oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;
- 9) szpitalny oddział ratunkowy – komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie;
- 10) zespół ratownictwa medycznego – jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniającą wymagania określone w ustawie;
- 11) centrum urazowe – wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą

organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniająca wymagania określone w ustawie;

- 11a) centrum urazowe dla dzieci – wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego dziecięcego, spełniająca wymagania określone w ustawie;
- 12) pacjent urazowy – osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała;
- 12a) pacjent urazowy dziecięcy – osobę do ukończenia 18. roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała;
- 13) obszar działania – obszar działania zespołu ratownictwa medycznego, określony w sposób zapewniający realizację parametrów czasów dotarcia, o których mowa w art. 24, w ramach którego zespół ten będzie dysponowany na miejsce zdarzenia w pierwszej kolejności;
- 14) rejon operacyjny – rejon określony w wojewódzkim planie działania systemu, obejmujący co najmniej jeden obszar działania;
- 15) System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego – system teleinformatyczny umożliwiający przyjęcie z centrum powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), zgłoszeń alarmowych, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację miejsca geograficznego zdarzenia alarmowego oraz pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego.

Art. 4. Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności ma obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów

ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 5. 1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) dla funkcjonariuszy publicznych.

2. Osoba, o której mowa w ust. 1, może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 6. 1. Osobie, która poniosła szkodę na mieniu powstałą w następstwie udzielania przez nią pierwszej pomocy, przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa reprezentowanego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce powstania szkody.

2. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, obejmuje szkodę rzeczywistą.

3. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje, jeżeli szkoda powstała wyłącznie z winy osoby, o której mowa w ust. 1, lub osoby trzeciej, za którą Skarb Państwa nie ponosi odpowiedzialności.

4. W zakresie nieuregulowanym w ust. 1–3 do naprawienia szkody, o którym mowa w ust. 1, stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2016 r. poz. 380, 585 i 1579).

Art. 7. (uchylony)

Art. 8. [1. Podstawa programowa, o której mowa w art. 22 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156 oraz z 2016 r. poz. 35, 64, 195, 668 i 1010), uwzględnia edukację w zakresie udzielania pierwszej pomocy.]

**Nowe brzmienie
ust. 1 w art. 8
wejdzie w życie z
dn. 1.09.2017 r.
(Dz. U. z 2017 r.
poz. 60).**

<1. Podstawa programowa, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59), uwzględnia edukację w zakresie udzielania pierwszej pomocy.>

2. Zajęcia edukacyjne w zakresie udzielania pierwszej pomocy są realizowane z udziałem:

- 1) lekarzy systemu,
- 2) pielęgniarek systemu,

3) ratowników medycznych

– którzy otrzymują wynagrodzenie według stawki godzinowej na podstawie umowy cywilnoprawnej.

3. Wysokość stawki godzinowej dla lekarzy systemu, pielęgniarek systemu oraz ratowników medycznych, biorących udział w zajęciach edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy ustala dyrektor szkoły w ramach posiadanych środków finansowych, z tym że wysokość tej stawki nie może być niższa niż wysokość stawki godzinowej dla nauczyciela posiadającego stopień nauczyciela kontraktowego oraz tytuł zawodowy magistra z przygotowaniem pedagogicznym, realizującego tygodniowy obowiązkowy wymiar godzin, określony w art. 42 ust. 3 lp. 3 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2016 r. poz. 1379) ustalonej na podstawie przepisów, o których mowa w art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela.

4. Zajęcia edukacyjne w zakresie udzielania pierwszej pomocy mogą być realizowane przez nauczycieli posiadających odpowiednie przygotowanie.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, określi, w drodze rozporządzenia, zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do prowadzenia zajęć edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy, tryb ich nabywania oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przygotowania do prowadzenia zajęć w zakresie udzielania pierwszej pomocy, mając na celu zapewnienie właściwej ich realizacji.

Art. 9. Ustanawia się dzień 13 października Dniem Ratownictwa Medycznego.

Rozdział 2

Ratownicy medyczni i ratownicy

Art. 10. 1. Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;
- 3) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu i złożyła oświadczenie o następującej treści: „Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego”, z zastrzeżeniem ust. 2;
- 4) spełnia następujące wymagania:

- a) rozpoczęła przed dniem 30 września 2012 r. studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskała tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności), lub
- b) rozpoczęła po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe na kierunku studiów związanym z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego, obejmujące co najmniej 2455 godzin kształcenia i co najmniej 80 punktów ECTS, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 18d ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572, z późn. zm.¹⁾), zwanych dalej „punktami ECTS”, w zakresie ratownictwa medycznego i uzyskała tytuł zawodowy licencjata, lub
- c) rozpoczęła po dniu 30 września 2016 r. studia wyższe na kierunku studiów związanym z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego, obejmujące co najmniej 2455 godzin kształcenia i co najmniej 80 punktów ECTS w zakresie ratownictwa medycznego i uzyskała tytuł zawodowy licencjata oraz odbyła sześciomiesięczną praktykę w podmiotach określonych w art. 10a ust. 9, zwaną dalej „praktyką”, oraz złożyła z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego, zwany dalej „PERM”, lub
- d) rozpoczęła przed dniem 1 marca 2013 r. naukę w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny, lub
- e) posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego i uzyskała prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami, lub

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2012 r. poz. 742 i 1544, z 2013 r. poz. 675, 829, 1005, 1588 i 1650, z 2014 r. poz. 7, 768, 821, 1004, 1146 i 1198, z 2015 r. poz. 357, 860, 1187, 1240, 1268, 1767 i 1923 oraz z 2016 r. poz. 64, 907, 908, 1010 i 1311.

- f) posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 65).

2. Wymóg złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, nie dotyczy osoby, która ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub studia w zakresie ratownictwa medycznego, prowadzone w języku polskim lub publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej, kształcąca w języku polskim.

Art. 10a. 1. Do praktyki przystępuje osoba, która rozpoczęła po dniu 30 września 2016 r. studia wyższe na kierunku studiów związanym z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 4 lit. c, i złożyła ostatni wymagany planem studiów egzamin.

2. Praktyka rozpoczyna się nie później niż z dniem 1 października, i kończy się po 6 miesiącach, pod warunkiem zrealizowania pełnego programu praktyki w wymiarze 960 godzin dydaktycznych, przy czym godzina dydaktyczna realizacji zajęć w ramach praktyki trwa 45 minut.

3. Okres praktyki ulega przedłużeniu o czas nieobecności osoby odbywającej praktykę w okresie pobierania świadczeń określonych w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2016 r. poz. 372, 960, 1265 i 1579) na wniosek osoby odbywającej praktykę.

4. Okres praktyki może być skrócony na uzasadniony wniosek osoby odbywającej praktykę, o okres nie dłuższy niż 1/2 okresu praktyki.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 3 i 4, osoba odbywająca praktykę, składa do opiekuna, o którym mowa w ust. 6. Opiekun przekazuje rozstrzygnięcie do kierownika, o którym mowa w ust. 10.

6. Osoba odbywająca praktykę wykonuje zadania zawodowe wynikające z ramowego programu praktyki pod bezpośrednim nadzorem opiekuna.

7. Opiekunem może być lekarz systemu lub pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny, wykonujący zawód w podmiocie określonym w ust. 9, posiadający co najmniej 5-letni staż pracy w zawodzie.

8. Osoba odbywająca praktykę prowadzi dziennik praktyki, który zawiera:

- 1) oznaczenie kierownika, o którym mowa w ust. 10;
- 2) imię i nazwisko osoby odbywającej praktykę;
- 3) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 4) datę rozpoczęcia praktyki;
- 5) imię i nazwisko opiekuna;
- 6) wykaz czynności praktycznych wykonywanych przez osobę odbywającą praktykę;
- 7) wykaz zaliczonych umiejętności określonych w programie praktyki;
- 8) rozstrzygnięcie w sprawie skrócenia praktyki oraz informację o jego przekazaniu do kierownika, o którym mowa w ust. 10, jeżeli dotyczy;
- 9) datę ukończenia praktyki.

9. Praktyka odbywa się w podmiotach leczniczych, o których mowa w art. 89 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638), będących dysponentami jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

10. Osoby, o których mowa w ust. 1, odbywają praktykę na podstawie skierowania przez kierownika jednostki organizacyjnej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną w dziedzinie nauk medycznych, na której są prowadzone studia wyższe na kierunku studiów związanym z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 10 ust. 1 pkt 4 lit. c, w ramach ustalonego przez niego harmonogramu i czasu jego odbywania w wymiarze maksymalnym 40 godzin tygodniowo, zgodnie z ramowym programem praktyki.

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

- 1) ramowy program praktyki,
 - 2) sposób odbywania, skrócenia, dokumentowania i zaliczania praktyki,
 - 3) wzór dziennika praktyki
- uwzględniając zakres wiedzy niezbędnej do wykonywania zawodu oraz formę i sposób prowadzenia dziennika.

Art. 10b. 1. PERM organizuje i przeprowadza Centrum Egzaminów Medycznych, zwane dalej „CEM”. CEM jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

2. Do PERM może przystąpić osoba, o której mowa w art. 10 ust. 1 pkt 4 lit. c, i która uzyskała dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku studiów związanym z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego.

3. Konto w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 30 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535 i 1579), zwanym dalej „SMK”, zakłada w celu dokonywania czynności w tym systemie osoba, o której mowa w ust. 2.

4. Warunkiem dokonywania przez osoby określone w ust. 3 czynności za pomocą SMK jest potwierdzenie tożsamości osoby, która konto założyła, i weryfikacja uprawnień tej osoby.

5. Potwierdzenia, o którym mowa w ust. 4, dokonuje się na podstawie wniosku o nadanie uprawnień:

- 1) podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP lub
- 2) potwierdzonego przez właściwą uczelnię lub wojewodę właściwego ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie właściwego wojewody, Wojewodę Mazowieckiego, w zakresie tożsamości osoby, która konto założyła.

6. Weryfikacji uprawnień, o których mowa w ust. 4, dokonuje właściwa uczelnia lub wojewoda właściwy ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku, gdy nie jest możliwe ustalenie właściwego wojewody, Wojewoda Mazowiecki.

7. Osoba zamierzająca przystępować do PERM składa do dyrektora CEM, za pomocą SMK, zgłoszenie do PERM do dnia:

- 1) 28 lutego roku kalendarzowego, w którym przeprowadzany jest dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od dnia 1 kwietnia do dnia 15 maja;
- 2) 31 sierpnia roku kalendarzowego, w którym przeprowadzany jest dany egzamin – w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od dnia 2 listopada do dnia 15 grudnia.

8. Do terminów, o których mowa w ust. 7, nie stosuje się przepisów art. 58–60 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U.

z 2016 r. poz. 23, 868, 996 i 1579). W przypadku awarii SMK trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie zgłoszenia w okresie tygodnia przed upływem terminów, o których mowa w ust. 7, termin ten przedłuża się o czas trwania awarii od momentu jej usunięcia. Przedłużenie następuje z urzędu przez operatora systemu.

9. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 7, zawiera następujące dane:

- 1) imię (imiona) i nazwisko;
- 2) datę urodzenia;
- 3) miejsce urodzenia;
- 4) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 5) obywatelstwo (obywatelstwa);
- 6) adres do korespondencji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i adres poczty elektronicznej oraz numer telefonu, jeżeli posiada;
- 7) nazwę i adres ukończonej uczelni, numer i datę wydania dyplomu, o którym mowa w ust. 2.

10. Zgłaszający się wnosi opłatę egzaminacyjną, która stanowi dochód budżetu państwa. Opłata ta nie może być wyższa niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku.

11. Opłatę egzaminacyjną, o której mowa w ust. 10, pobiera dyrektor CEM. Opłata jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany za pomocą SMK w trakcie składania zgłoszenia, o którym mowa w ust. 7. Opłata powinna być uiszczona niezwłocznie po dokonaniu zgłoszenia, nie później niż w terminie 5 dni od upływu terminu składania zgłoszeń, o którym mowa w ust. 7.

12. W przypadku niewniesienia opłaty, o której mowa w ust. 10, albo wniesienia jej w wysokości niższej niż należna, dyrektor CEM wzywa zgłaszającego się do uzupełnienia braków formalnych, za pomocą SMK lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej pod adresem poczty elektronicznej wskazanym przez zgłaszającego się w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 9 pkt 6. Przepisu art. 64 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego nie stosuje się. W przypadku niezuzupełnienia braków formalnych w terminie 7 dni od skierowania wezwania dotknięte nim zgłoszenie do PERM traktuje się jako niezłożone.

O konsekwencji tej dyrektor CEM informuje w wezwaniu do uzupełnienia braków formalnych.

13. Dyrektor CEM zawiadamia zgłaszającego się o miejscu i terminie PERM oraz nadanym numerze kodowym. Zawiadomienie jest przekazywane za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej pod adresem poczty elektronicznej wskazanym przez zgłaszającego się w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 9 pkt 6, nie później niż w terminie 14 dni przed terminem danego PERM.

Art. 10c. 1. PERM składa się przed Komisją Egzaminacyjną.

2. Członków Komisji Egzaminacyjnej powołuje i odwołuje dyrektor CEM. Kandydatów do Komisji Egzaminacyjnej zgłaszają:

- 1) dyrektor CEM;
- 2) konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej;
- 3) rektorzy uczelni prowadzących kształcenie w zakresie ratownictwa medycznego;
- 4) wojewodowie.

3. Członkiem Komisji Egzaminacyjnej nie może być osoba skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

4. Przewodniczącym Komisji Egzaminacyjnej oraz przewodniczącym Zespołu Egzaminacyjnego jest osoba wskazana przez dyrektora CEM.

5. Dyrektor CEM odwołuje członka Komisji Egzaminacyjnej w przypadku:

- 1) złożenia rezygnacji;
- 2) choroby uniemożliwiającej sprawowanie przez niego funkcji członka Komisji Egzaminacyjnej;
- 3) niewykonywania lub nienależytego wykonywania obowiązków członka Komisji Egzaminacyjnej;
- 4) skazania prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
- 5) złożenia niezgodnego z prawdą oświadczenia, o którym mowa w ust. 9.

6. W celu przeprowadzenia PERM w ustalonych terminach i miejscach dyrektor CEM spośród członków Komisji Egzaminacyjnej wyznacza Zespoły Egzaminacyjne.

7. Członkiem Zespołu Egzaminacyjnego nie może być osoba, w stosunku do której zdająca PERM przed tym Zespołem Egzaminacyjnym jest:

- 1) jego małżonkiem;
- 2) osobą pozostającą z nim w stosunku:
 - a) pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia,

- b) przysposobienia;
- 3) osobą pozostającą z nim we wspólnym pożyciu;
- 4) osobą pozostającą wobec niego w stosunku zależności służbowej.

8. Powody wyłączenia określone w ust. 7 pkt 1 i 2 lit. b trwają pomimo ustania małżeństwa albo przysposobienia.

9. Członkowie Zespołu Egzaminacyjnego przed rozpoczęciem PERM składają dyrektorowi CEM pisemne oświadczenie, że nie pozostają z żadnym ze zgłaszających się do PERM w tym Zespole Egzaminacyjnym w stosunku, o którym mowa w ust. 7, oraz nie zostali skazani prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

10. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 9, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej jak za składanie fałszywych oświadczeń. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

11. Członkom Zespołu Egzaminacyjnego przysługuje:

- 1) wynagrodzenie za udział w pracach tego Zespołu, w wysokości nie wyższej niż 500 złotych dla przewodniczącego oraz nie wyższej niż 300 złotych dla członka;
- 2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77⁵ § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 1666) przysługujących pracownikom z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju;
- 3) zwolnienie od pracy w dniu wykonywania czynności Zespołu Egzaminacyjnego, bez zachowania prawa do wynagrodzenia w przypadku organizowania PERM w dniu roboczym.

12. Szczegółowy tryb wypłaty wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 11 pkt 1, oraz zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 11 pkt 2, określa, w drodze zarządzenia, dyrektor CEM.

Art. 10d. 1. CEM organizuje PERM przy współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.

2. Pytania testowe obejmują problematykę z zakresu ratownictwa medycznego, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 10g.

3. PERM przeprowadza się w formie egzaminu testowego, składającego się z 100 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa. Za

każdą prawidłową odpowiedź uzyskuje się 1 punkt. W przypadku braku odpowiedzi, zaznaczenia nieprawidłowej odpowiedzi albo zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi punkty nie są przyznawane.

4. Test opracowuje i ustala CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.

5. Testy i pytania testowe są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu, przechowywaniu, przeprowadzające PERM lub sprawujące nadzór nad ich prowadzeniem.

6. Testy i pytania testowe nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764). Dyrektor CEM może udostępnić po egzaminie testy i pytania testowe osobie zdającej dany PERM. Udostępnienie oraz jego dokumentowanie następuje na zasadach określonych w zarządzeniu dyrektora CEM.

7. PERM przeprowadza się zgodnie z regulaminem porządkowym, ustalonym przez dyrektora CEM i zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 10e. 1. Zgłaszający się do PERM przedstawia bezpośrednio przed egzaminem Zespołowi Egzaminacyjnemu, o którym mowa w art. 10c ust. 6, dokument potwierdzający tożsamość. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość zgłaszającego się, nie może on przystąpić do egzaminu.

2. Przebieg PERM może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o czym zgłaszającego się do PERM informuje się w zawiadomieniu o egzaminie lub bezpośrednio przed rozpoczęciem egzaminu.

3. Test jest rozwiązywany przez osobę zdającą samodzielnie. Podczas zdawania PERM osoba zdająca nie może korzystać z żadnych pomocy naukowych i dydaktycznych, a także nie może korzystać z urządzeń służących do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji. W celu weryfikacji, czy osoba zdająca posiada urządzenia służące do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji możliwe jest użycie wykrywaczy takich urządzeń. Naruszenie tego zakazu stanowi podstawę zdyskwalifikowania osoby zdającej egzamin, co jest równoznaczne z uzyskaniem przez nią wyniku negatywnego.

4. W przypadku stwierdzenia w trakcie trwania egzaminu, naruszenia zakazów, o których mowa w ust. 3, lub rozwiązywania testu niesamodzielnie Przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego, o którym mowa w art. 10c ust. 4, dokonuje

dyskwalifikacji i odnotowuje dyskwalifikację wraz ze wskazaniem jej przyczyny oraz godziną przerwania egzaminu testowego w protokole egzaminacyjnym.

5. W przypadku stwierdzenia po zakończeniu egzaminu na podstawie analizy obrazów zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o których mowa w ust. 2, że zdający naruszył zakazy, o których mowa w ust. 3, lub rozwiązał test niesamodzielnie, przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej, o którym mowa w art. 10c ust. 4, dokonuje dyskwalifikacji zdającego. Fakt zdyskwalifikowania wraz ze wskazaniem przyczyny dyskwalifikacji odnotowuje się w protokole egzaminacyjnym.

6. O dyskwalifikacji, o której mowa w ust. 5, dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę zdyskwalifikowaną. Informację o dyskwalifikacji dyrektor CEM zamieszcza również w SMK. Osoba zdyskwalifikowana może złożyć, w terminie 7 dni od dnia doręczenia zawiadomienia, wniosek o weryfikację rozstrzygnięcia o dyskwalifikacji.

7. Dyrektor CEM rozstrzyga wniosek o weryfikację rozstrzygnięcia o dyskwalifikacji w terminie 14 dni. Rozstrzygnięcie dyrektora CEM jest ostateczne.

8. W przypadku utrzymania w mocy przez dyrektora CEM rozstrzygnięcia o dyskwalifikacji, osoba zdyskwalifikowana nie może przystąpić do PERM w kolejnym najbliższym terminie egzaminu od dnia dyskwalifikacji.

Art. 10f. 1. Zdający PERM w danym terminie może wnieść, w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenia do pytania testowego wykorzystanego podczas tego PERM. Zastrzeżenia składa się do dyrektora CEM na formularzu, którego wzór opracowuje CEM.

2. Zastrzeżenia, o których mowa w ust. 1, rozpatruje, w terminie nie dłuższym niż 3 dni od dnia, w którym odbywał się PERM, komisja powołana przez dyrektora CEM spośród osób, których wiedza, doświadczenie i autorytet dają rękojmię prawidłowego rozpatrzenia wniesionych zastrzeżeń. W przypadku uznania zastrzeżenia, pytanie testowe objęte zastrzeżeniem zostaje unieważnione. Rozstrzygnięcie to powoduje obniżenie maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów z testu. Za unieważnione pytanie nie przyznaje się punktów.

3. Pozytywny wynik z PERM otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 56% maksymalnej liczby punktów z testu. Wynik egzaminu nie stanowi decyzji w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego.

4. Osoba, która nie przystąpiła do PERM w wyznaczonym terminie albo złożyła PERM z wynikiem negatywnym, może przystąpić ponownie do egzaminu w innym terminie.

5. Osobie, która złożyła PERM, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia PERM w terminie 21 dni od dnia złożenia egzaminu. Podpis dyrektora CEM zamieszczony na świadectwie może być odwzorowany mechanicznie. Wyniki egzaminu danej osoby są jej udostępniane za pomocą SMK.

6. Na wniosek tej osoby dyrektor CEM wydaje odpłatnie duplikat albo dokonuje korekty świadectwa złożenia PERM. Opłata za te czynności wynosi 50 złotych. Opłaty nie wnosi się, w przypadku gdy korekta wynika z błędu CEM.

7. CEM ewidencjonuje wydane świadectwa, o których mowa w ust. 5.

8. Wyniki PERM są udostępniane za pomocą SMK uczelniom wyższym, w zakresie studentów i absolwentów ich wydziałów.

9. W przypadku rażących uchybień dotyczących procedury przebiegu PERM lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie PERM dyrektor CEM, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zdrowia, może wydać zarządzenie o unieważnieniu egzaminu dla poszczególnych albo wszystkich zdających.

10. W przypadku unieważnienia PERM, nie pobiera się opłaty egzaminacyjnej od osób zgłaszających się do kolejnego PERM, które przystępowały do unieważnionego egzaminu.

11. Dokumentacja dotycząca PERM, która nie jest gromadzona w SMK, jest przechowywana przez właściwe podmioty zgodnie z przepisami art. 5 i art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1506).

Art. 10g. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań testowych PERM, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności, które powinien posiadać ratownik medyczny,
- 2) tryb powoływania członków Komisji Egzaminacyjnej, o której mowa w art. 10c ust. 2, oraz wysokość wynagrodzenia dla przewodniczącego i członków Zespołów Egzaminacyjnych,
- 3) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 10c ust. 9,

- 4) sposób i szczegółowy tryb przeprowadzania PERM, w tym okres, w którym powinny być wyznaczone ich terminy
– uwzględniając konieczność sprawnego i efektywnego przeprowadzenia PERM, zachowania bezstronności pracy Komisji Egzaminacyjnej i Zespołów Egzaminacyjnych, nakład pracy przewodniczącego i członków Komisji Egzaminacyjnej;
- 5) wysokość opłaty, o której mowa w art. 10b ust. 10, oraz sposób jej uiszczania, uwzględniając koszty przeprowadzenia PERM oraz wydania dokumentu potwierdzającego złożenie PERM,
- 6) szczegółowy tryb unieważniania PERM,
- 7) szczegółowy sposób ustalania wyników PERM
– uwzględniając konieczność sprawnego i efektywnego przeprowadzenia PERM;
- 8) wzór świadectwa złożenia PERM,
- 9) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu świadectwa złożenia PERM oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 10f ust. 6,
- 10) tryb dokonywania przez dyrektora CEM korekty świadectwa złożenia PERM oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 10f ust. 6
– uwzględniając konieczność prawidłowego i sprawnego wydania dokumentu potwierdzającego złożenie PERM.

Art. 10h. 1. Jeżeli ratownik medyczny spełniający warunki, o których mowa w art. 10, nie wykonuje zawodu w zakresie udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż 5 lat łącznie w okresie ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć wykonywanie zawodu ratownika medycznego przez udzielanie tych świadczeń, jest obowiązany do odbycia przeszkolenia.

2. Przeszkolenie trwa przez okres 6 miesięcy i jest realizowane w pełnym wymiarze czasu pracy przez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pod nadzorem innego ratownika medycznego lub lekarza systemu lub pielęgniarki systemu posiadających co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe.

Art. 11. 1. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na:

- 1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub pod nadzorem lekarza;

- 2) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

2. Ratownik medyczny postępuje zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz z należytą starannością.

3. Ratownik medyczny wykonuje zadania zawodowe, o których mowa w ust. 1 pkt 1:

- 1) w podmiotach leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 2) w ramach ratownictwa górskiego i narciarskiego, o którym mowa w art. 2 pkt 7 i 8 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. poz. 1241 oraz z 2013 r. poz. 7);
- 3) w ramach ratownictwa wodnego, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 656);
- 4) w ramach ratownictwa górniczego, o którym mowa w art. 122–124 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2016 r. poz. 1131);
- 5) w ramach morskiej służby poszukiwania i ratownictwa, o której mowa w art. 116 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2016 r. poz. 281);
- 6) w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej niebędących podmiotami leczniczymi;
- 6a) w realizujących działania antyterrorystyczne jednostkach podległych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych niebędących podmiotami leczniczymi;
- 7) w jednostkach ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2016 r. poz. 191, 298 i 904), włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, w zakresie ćwiczeń, szkoleń oraz działań w strefie zagrożenia;

- 8) na lotniskach w związku z zapewnieniem wymagań, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 85 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz. U. z 2016 r. poz. 605, 904 i 1361);
- 9) w ramach podmiotu leczniczego wykonując zadania z zakresu zabezpieczenia medycznego imprezy masowej, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2139 oraz z 2016 r. poz. 1250);
- 10) w ramach wykonywania transportu sanitarnego w rozumieniu art. 161ba ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.²⁾);
- 11) w izbach wytrzeźwień, wchodząc w skład zmiany, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 42³ ust. 5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2016 r. poz. 487);
- 12) na stanowisku dyspozytora medycznego.

4. Za wykonywanie zawodu ratownika medycznego uważa się również:

- 1) nauczanie zawodu ratownika medycznego oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych;
- 2) organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 3) prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych w zakresie ratownictwa medycznego;
- 4) kierowanie i zarządzanie:
 - a) ratownikami medycznymi,
 - b) dyspozytorami medycznymi;
- 5) zatrudnienie lub pełnienie służby na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego.

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 1240, 1269, 1365, 1569, 1692, 1735, 1830, 1844, 1893, 1916, 1991 i 1994 oraz z 2016 r. poz. 65, 652, 960, 1355 i 1579.

5. Ratownik medyczny ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej oraz do uzyskania od lekarza, felczera, pielęgniarki, położnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

6. Ratownik medyczny, w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, wykonuje zlecenia określone w dokumentacji medycznej.

7. Ratownik medyczny dokumentuje świadczenia zdrowotne udzielane w ramach realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2–10, w karcie indywidualnej ratownika medycznego. Karta indywidualna ratownika medycznego zawiera dane, o których mowa w art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, 823, 960 i 1070).

8. Do podmiotów, w których ratownik medyczny udziela świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 3 pkt 2–10, stosuje się odpowiednio art. 23, art. 24 i art. 26–29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

9. Ratownik medyczny jest obowiązany:

- 1) informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
- 2) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie związanym z podejmowaniem medycznych czynności ratunkowych w podstawowym zespole ratownictwa medycznego;
- 3) do zachowania tajemnicy zawodowej.

10. Ratownik medyczny może, po dokonaniu oceny stanu pacjenta, nie podejmować lub odstąpić od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli nie spowoduje to niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. Ratownik medyczny uzasadnia i odnotowuje w dokumentacji medycznej przyczyny niepodjęcia lub odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych albo udzielania świadczeń zdrowotnych.

11. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres:

- 1) medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub pod nadzorem lekarza systemu,
- 2) świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie – kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych w ramach kształcenia przed- i podyplomowego.

12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzór karty indywidualnej ratownika medycznego, kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych przez ratownika medycznego oraz uwzględniając konieczność zapewnienia realizacji prawa dostępu do tej karty oraz rzetelnego jej prowadzenia.

Art. 12. 1. Ratownik medyczny ma prawo i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego.

2. Doskonalenie zawodowe w zawodzie ratownik medyczny może być realizowane przez:

- 1) kursy doskonalące;
- 2) samokształcenie.

3. Ratownik medyczny ma obowiązek przedstawienia wojewodzie właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania ratownika medycznego, do wglądu, karty doskonalenia zawodowego, niezwłocznie po zakończeniu danego okresu edukacyjnego, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego okresu edukacyjnego.

Art. 12a. 1. Kurs doskonalący ma na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych, w tym szkolenie praktyczne.

2. Kurs doskonalący odbywa się na podstawie programu kursu doskonalącego, który zawiera:

- 1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj i cel kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania efektów kształcenia;
- 2) plan nauczania;
- 3) wykaz umiejętności wynikowych;
- 4) treści nauczania;
- 5) wskazówki metodyczne;
- 6) standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej.

3. Program kursu doskonalącego aktualizuje, zgodnie z postępem wiedzy, zespół ekspertów, o którym mowa w ust. 4. Program kursu doskonalącego redaguje Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej „CMKP”, i zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.

4. Dyrektor CMKP powołuje zespół ekspertów spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym i dorobkiem naukowym w zakresie medycyny ratunkowej.

5. CMKP redaguje i przedstawia do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia opracowany przez zespół ekspertów program kursu doskonalącego.

6. Dyrektor CMKP podaje do publicznej wiadomości zatwierdzony program kursu doskonalącego w formie publikacji oraz informacji na swojej stronie internetowej.

Art. 12b. Prowadzenie kursów doskonalących przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, z późn. zm.³⁾).

Art. 12c. 1. Kurs doskonalący mogą prowadzić podmioty, które:

- 1) realizują program kursu doskonalącego, o którym mowa w art. 12a;
- 2) zapewniają kadre dydaktyczną posiadającą kwalifikacje zgodne ze standardami, o których mowa w art. 12a ust. 2 pkt 6;
- 3) zapewniają bazę dydaktyczną zgodną ze standardami, o których mowa w art. 12a ust. 2 pkt 6, niezbędną do realizacji programu kursu, w tym do szkolenia praktycznego;
- 4) posiadają wewnętrzny system oceny jakości kształcenia;
- 5) prowadzą dokumentację związaną z organizacją i przebiegiem kształcenia, w szczególności regulaminy organizacyjne kształcenia, protokoły postępowania kwalifikacyjnego oraz przebiegu sprawdzianów lub innych form zaliczenia danego rodzaju kształcenia;
- 6) prowadzą ewidencję wydanych zaświadczeń o ukończeniu danego rodzaju kształcenia, obejmującą:
 - a) dane osoby, która ukończyła kurs doskonalący:
 - imię i nazwisko,

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2015 r. poz. 699, 875, 978, 1197, 1268, 1272, 1618, 1649, 1688, 1712, 1844 i 1893 oraz z 2016 r. poz. 65, 352, 615, 780, 868, 903, 960, 1165, 1228 i 1579.

- numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania,
 - adres miejsca zamieszkania,
- b) rodzaj i nazwę kształcenia,
 - c) nazwę (firmę) organizatora kształcenia,
 - d) datę wydania i numer zaświadczenia.

2. Podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego, przed jego rozpoczęciem, jest obowiązany uzyskać wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego.

3. Podmiot ubiegający się o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego składa do wojewody właściwego ze względu na miejsce, w którym ten podmiot będzie realizował kurs doskonalący, wniosek zgodny z wzorem, o którym mowa w art. 12e pkt 4, do którego dołącza się:

- 1) dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań, o których mowa w ust. 1 pkt 1–3;
- 2) oświadczenie o zgodności danych zawartych we wniosku oraz znajomości i spełnianiu warunków wykonywania działalności w zakresie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, określonych w ustawie.

4. Wniosek, o którym mowa w ust. 3, zawiera:

- 1) oznaczenie podmiotu ubiegającego się o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego;
- 2) liczbę i kwalifikacje kadry dydaktycznej;
- 3) opis bazy dydaktycznej, w której podmiot zamierza prowadzić kurs doskonalący;
- 4) plan realizacji programu kursu doskonalącego.

5. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej jak za składanie fałszywych oświadczeń. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

6. Wojewoda dokonuje weryfikacji formalnej wniosku, o którym mowa w ust. 3, oraz załączonych dokumentów i przekazuje je do CMKP w terminie 14 dni od złożenia wszystkich dokumentów określonych ustawą.

7. W przypadku stwierdzenia we wniosku braków formalnych wojewoda wzywa do ich uzupełnienia, pod rygorem pozostawienia sprawy bez rozpoznania, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.

8. Dyrektor CMKP, w celu uzyskania opinii o spełnieniu przez podmiot warunków, o których mowa w ust. 1, powołuje zespół ekspertów, w składzie:

- 1) przedstawiciel stowarzyszenia będącego zgodnie z postanowieniami jego statutu towarzystwem naukowym o zasięgu krajowym, zrzeszającym ratowników medycznych, zgłoszony przez zarząd tego stowarzyszenia;
- 2) dwóch ekspertów w zakresie ratownictwa medycznego, zgłoszonych przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej.

9. Zespół ekspertów, o którym mowa w ust. 8, opiniuje wnioski w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na kwartał i przekazuje swoją opinię dyrektorowi CMKP niezwłocznie po jej sporządzeniu, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia jej sporządzenia. Wnioski mogą być opiniowane w trybie obiegowym, z użyciem dostępnych systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

10. Dyrektor CMKP dokonuje wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego oraz prowadzi listę kursów doskonalących. Listy te zamieszcza się na stronie internetowej CMKP.

11. Dyrektor CMKP skreśla z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego. Skreślenie następuje w drodze decyzji administracyjnej w przypadku:

- 1) złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, niezgodnego ze stanem faktycznym;
- 2) wydania prawomocnego orzeczenia zakazującego podmiotowi uprawnionemu do prowadzenia kursu doskonalącego działalności objętej wpisem na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego;
- 3) naruszenia warunków wymaganych do prowadzenia kursu doskonalącego;
- 4) niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych, będących wynikiem kontroli, o której mowa w art. 31 ust. 1 pkt 4;
- 5) złożenia przez podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego wniosku o wykreślenie z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego.

12. Każda zmiana programu kursu doskonalącego oraz warunków realizacji programu powoduje obowiązek ponownego uzyskania wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego.

13. Lista podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego zawiera następujące dane:

- 1) numer wpisu;
- 2) nazwę (firmę);
- 3) adres siedziby;
- 4) adres do korespondencji;
- 5) numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada.

14. Lista kursów doskonalących zawiera następujące dane:

- 1) nazwę (firmę) podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego;
- 2) adres siedziby podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego;
- 3) adres do korespondencji;
- 4) numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada;
- 5) termin i miejsce prowadzenia kursu doskonalącego.

15. Podmiot wpisany na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego jest obowiązany zgłaszać właściwemu wojewodzie termin i miejsce prowadzenia danego kursu, w terminie co najmniej 60 dni przed jego rozpoczęciem. Dyrektor CMKP zamieszcza informacje o terminie kursu doskonalącego na liście, o której mowa w ust. 14.

16. Wojewoda niezwłocznie przesyła informacje, o których mowa w ust. 15 i art. 31 ust. 1 pkt 4, do CMKP.

Art. 12d. 1. Przebieg doskonalenia zawodowego ratownika medycznego dokumentuje się w karcie doskonalenia zawodowego.

2. Kartę doskonalenia zawodowego na wniosek ratownika medycznego wydaje wojewoda właściwy ze względu na miejsce zamieszkania ratownika medycznego, a w przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie właściwego wojewody – Wojewoda Mazowiecki.

3. Wniosek o wydanie karty doskonalenia zawodowego zawiera:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) datę i miejsce urodzenia;
- 3) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 4) adres miejsca zamieszkania;
- 5) adres do korespondencji;
- 6) numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada;
- 7) numer prawa wykonywania zawodu.

4. Karta doskonalenia zawodowego zawiera:

- 1) imię i nazwisko;
- 2) datę i miejsce urodzenia;
- 3) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
- 4) numer prawa wykonywania zawodu;
- 5) nazwę i adres podmiotu, u którego ratownik medyczny wykonuje zawód;
- 6) datę rozpoczęcia okresu edukacyjnego;
- 7) informację o terminach i miejscach odbycia doskonalenia zawodowego;
- 8) nazwę i adres podmiotu przeprowadzającego kurs doskonalący;
- 9) informację o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego.

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

- 1) formy samokształcenia, o którym mowa w art. 12 ust. 2 pkt 2,
- 2) sposób i tryb odbywania doskonalenia zawodowego przez ratowników medycznych,
- 3) zakres doskonalenia zawodowego ratowników medycznych,
- 4) wzór wniosku o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego oraz zaświadczenia o wpisie na tę listę,
- 5) sposób potwierdzania, dokumentowania i zatwierdzania poszczególnych form doskonalenia zawodowego,
- 6) wzór karty doskonalenia zawodowego

– uwzględniając zapewnienie jednolitości odbywania doskonalenia zawodowego, szybkości i jednolitości postępowania oraz przejrzystości wniosku, dokumentowania oraz zatwierdzania form doskonalenia zawodowego i karty doskonalenia zawodowego.

Art. 12f. Koszty doskonalenia zawodowego ponosi ratownik medyczny lub podmiot, u którego ratownik medyczny wykonuje zawód, lub jednostka prowadząca szkolenie.

Art. 12g. Podmiot, u którego ratownik medyczny wykonuje zawód, jest obowiązany ułatwić ratownikowi medycznemu aktualizowanie wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego.

Art. 12h. Ratownik medyczny przedstawia podmiotowi, u którego wykonuje zawód, dokumenty poświadczające realizację obowiązku określonego w art. 12 ust. 1.

Art. 13. 1. Ratownikiem może być osoba:

- 1) posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) zatrudniona lub pełniąca służbę w jednostkach współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, lub będąca członkiem tych jednostek;
- 3) posiadająca ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zwanego dalej „kursem”, i uzyskaniu tytułu ratownika;
- 4) której stan zdrowia pozwala na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

2. Podmiot prowadzący kurs, przed jego rozpoczęciem, jest obowiązany uzyskać zatwierdzenie programu kursu.

3. Program kursu zatwierdza wojewoda właściwy ze względu na siedzibę podmiotu prowadzącego kurs.

4. Wojewoda zatwierdza program kursu po:

- 1) stwierdzeniu jego zgodności z ramowym programem, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 1;
- 2) przeprowadzeniu weryfikacji kwalifikacji kadry dydaktycznej w zakresie ich zgodności z przepisami wydanymi na podstawie ust. 8 pkt 2.

5. Wojewoda odmawia zatwierdzenia albo cofa zatwierdzenie programu kursu, jeżeli program nie spełnia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 1 lub podmiot prowadzący kurs nie zapewnia kadry dydaktycznej o kwalifikacjach określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 2.

6. Odmowa zatwierdzenia oraz cofnięcie zatwierdzenia programu kursu następuje w drodze decyzji administracyjnej.

7. Każda zmiana programu kursu obejmująca zakres merytoryczny powoduje obowiązek ponownego uzyskania zatwierdzenia programu.

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

- 1) ramowy program kursu obejmujący założenia organizacyjno-programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności wynikowych i treści nauczania, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- 2) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs, mając na celu zapewnienie odpowiedniego jej poziomu;
- 3) sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kurs, skład, tryb powoływania i odwoływania komisji egzaminacyjnej, okres ważności oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika, mając na celu

uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności zdobytych podczas kursu.

Art. 14. Zakres czynności wykonywanych przez ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy obejmuje:

- 1) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzyrządową i przyrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;
- 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;
- 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;
- 4) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;
- 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 6) stosowanie tlenoterapii biernej;
- 7) ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 9) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43 ust. 2.

Art. 15. 1. Jednostkami współpracującymi z systemem są służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich, podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych, inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej.

2. Jednostkami współpracującymi z systemem mogą być społeczne organizacje ratownicze, które, w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

3. Jednostki współpracujące z systemem udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 16. 1. Minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Obrony Narodowej zapewniają przeszkolenie pracowników podległych lub nadzorowanych przez nich służb, policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, i uzyskanie przez nich tytułu ratownika oraz aktualizację wiedzy w tym zakresie.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Obrony Narodowej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określają, w drodze rozporządzenia, sposób i organizację przeprowadzenia szkoleń, o których mowa w ust. 1, mając na względzie potrzebę przeszkolenia osób wymienionych w tym przepisie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w liczbie niezbędnej do sprawnego funkcjonowania służb podległych lub nadzorowanych przez tych ministrów.

Art. 17. 1. Wojewoda prowadzi w postaci elektronicznej rejestr jednostek współpracujących z systemem, zwany dalej „rejestrem”.

2. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, wpisuje do rejestru jednostkę współpracującą z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 2, na jej wniosek, pod warunkiem, że jednostka ta:

- 1) zapewnia gotowość operacyjną;
- 2) dysponuje ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1;
- 3) dysponuje środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.

3. Rejestr obejmuje następujące dane:

- 1) nazwę, siedzibę i adres jednostki współpracującej z systemem;
- 2) teren działania jednostki współpracującej z systemem;
- 3) liczbę ratowników posiadających ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika;
- 4) wykaz wyposażenia, jakim dysponuje jednostka współpracująca z systemem;
- 5) maksymalny czas dotarcia ratowników tej jednostki na miejsce zdarzenia;
- 6) numery telefonów kontaktowych.

4. Jednostka współpracująca z systemem jest obowiązana niezwłocznie informować wojewodę o wszelkich zmianach dotyczących danych, o których mowa w ust. 3.

5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem, która przestała spełniać wymagania określone w ust. 2.

6. Dane, o których mowa w ust. 3 i 5, wojewoda przekazuje, nie później niż do dnia 10 każdego miesiąca, do wojewódzkiego centrum zarządzania kryzysowego.

7. Administratorem rejestru, o którym mowa w ust. 1, jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

Rozdział 3

Planowanie i organizacja systemu

Art. 18. Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są:

- 1) minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wojewoda.

Art. 19. 1. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody.

Art. 20. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia:

- 1) zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizacje;
- 2) może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa;
- 3) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej.

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

2. Plan w razie potrzeb podlega aktualizacji.

3. Plan obejmuje w szczególności:

- 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów o stanie klęski żywiołowej;

- 2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 3) obszary działania i rejony operacyjne;
- 4) sposób koordynowania działań jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 5) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego;
- 6) sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
- 7) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15;
- 8) informacje o lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego;
- 9) opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponenta zespołów ratownictwa medycznego;
- 10) lokalizację, teren działania i liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych, którą określa się, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde 200 tys. mieszkańców, jednak nie mniej niż 2 stanowiska dyspozytorów medycznych w lokalizacji.

3a. W celu zapewnienia odpowiedniego poziomu obsługi zgłoszeń przez dyspozytorów medycznych wojewoda co roku, jednak nie później niż do dnia 30 czerwca, dokonuje analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.

3b. W wyniku analizy, o której mowa w ust. 3a, możliwe jest dostosowanie lokalizacji, terenu działania i liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o których mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu.

3c. Elementy planu, o których mowa w ust. 3 pkt 2–4 i 7–9, uwzględniają postanowienia umów międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego.

4. W planie umieszcza się ponadto:

- 1) odpowiednią do potrzeb liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń;
- 2) wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- 3) informację o centrum urazowym oraz centrum urazowym dla dzieci wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji jego zadań, jeżeli centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci znajduje się na obszarze danego województwa.

5. Umieszczenie elementów planu:

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

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

7. Projekt aktualizacji planu uzgodniony z podmiotami, o których mowa w ust. 5, wojewoda przekazuje do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego. Jednostki te przedstawiają opinię w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu.

8. Organy jednostek samorządu terytorialnego i inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu.

9. Wojewoda przekazuje projekt aktualizacji planu ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w celu zatwierdzenia.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu:

- 1) może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu aktualizacji planu;
- 2) uzupełnia projekt aktualizacji planu o część dotyczącą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia odmawia zatwierdzenia projektu aktualizacji planu i zaleca wojewodzie dokonanie zmian, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.

12. Wojewoda zmienia projekt aktualizacji planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia i przesyła go ministrowi w celu zatwierdzenia, chyba że w terminie 3 dni od dnia otrzymania tych zaleceń zgłosi do nich zastrzeżenia.

13. W terminie 3 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje je, w razie uwzględnienia – zatwierdza projekt aktualizacji planu albo zaleca wojewodzie wprowadzenie zmian w terminie nie dłuższym niż 3 dni.

14. W przypadku zalecenia wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 13, wojewoda zmienia projekt aktualizacji planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia.

15. Plan zostaje zaktualizowany z chwilą zatwierdzenia projektu aktualizacji planu.

16. Ujednolicony tekst planu, w wersji zaktualizowanej, zatwierdzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewoda podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej.

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

- 1) szczegółowy zakres danych objętych planem oraz poziom ich szczegółowości,
 - 2) ramowy wzór planu
- mając na względzie potrzebę zapewnienia sprawnego planowania i nadzoru nad systemem oraz utrzymania przejrzystości i jednolitej konstrukcji planów tworzonych w poszczególnych województwach;
- 3) kryteria kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, związanych z utrzymaniem zespołów.

Art. 22. Zatwierdzony plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, z zastrzeżeniem art. 49 ust. 2.

Art. 23. [1. *Wojewoda prowadzi w formie elektronicznej lub pisemnej ewidencję jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z obszaru województwa.*]

<1. Wojewoda prowadzi ewidencję jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, na obszarze województwa. Ewidencja jest prowadzona w systemie teleinformatycznym.

1a. Ewidencja, o której mowa w ust. 1, zawiera:

- 1) kolejny numer wpisu do ewidencji;**
- 2) daty: wpisu i wykreślenia z ewidencji;**
- 3) numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w strukturze którego działa jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1;**
- 4) adres siedziby podmiotu leczniczego;**
- 5) adres szpitalnego oddziału ratunkowego lub adres miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, w tym lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, na terenie województwa;**
- 6) identyfikator terytorialny miejscowości lub dzielnicy lokalizacji jednostki systemu;**
- 7) całodobowy numer telefonu dysponenta jednostki;**
- 8) adres poczty elektronicznej podmiotu leczniczego, jeżeli posiada;**
- 9) datę rozpoczęcia, zmiany i zakończenia realizacji umów, o których mowa w art. 23 ust. 2 i 3;**
- 10) czas pozostawania w gotowości poszczególnych zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa (okres w roku i liczba godzin na dobę).**

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zawarciu umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, przekazuje wojewodzie następujące dane o tych zespołach:

- 1) liczbę zespołów na terenie województwa, na których medyczne czynności ratunkowe zawarto umowę z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;
- 2) miejsce stacjonowania i zasięg działania poszczególnych lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa;
- 3) czas pozostawania w gotowości.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po zawarciu umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych oraz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dysponentami jednostek, przekazuje wojewodzie dane o jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, w zakresie

Nowe brzmienie ust. 1 i dodany ust. 1a w art. 23 wejdą w życie z dn. 1.08.2017 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1991).

określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Dane, o których mowa w ust. 2, są przekazywane wojewodzie w terminie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w sprawie zawarcia umów lub dokonania zmian tych umów.

<5. Administratorem systemu, o którym mowa w ust. 1 zdanie drugie, jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.

Dodane ust. 5 w art. 23 oraz art. 23a i 23 b wejdą w życie z dn. 1.08.2017 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 1991).

Art. 23a. 1. Wojewoda prowadzi ewidencję centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Ewidencja jest prowadzona w systemie teleinformatycznym.

2. Ewidencja, o której mowa w ust. 1, zawiera następujące dane:

- 1) numer kolejny wpisu do ewidencji;**
- 2) daty wpisu i wykreślenia z ewidencji;**
- 3) nazwę podmiotu leczniczego;**
- 4) numer REGON przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w strukturze którego działa centrum urazowe lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;**
- 5) adres siedziby podmiotu leczniczego;**
- 6) adres centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;**
- 7) całodobowy numer telefonu podmiotu leczniczego;**
- 8) całodobowy adres poczty elektronicznej podmiotu leczniczego;**
- 9) identyfikator terytorialny miejscowości lub dzielnic lokalizacji oddziałów szpitalnych wchodzących w skład centrum urazowego;**
- 10) identyfikator terytorialny miejscowości lub dzielnic lokalizacji jednostek organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;**
- 11) nazwę własną oddziału szpitalnego;**
- 12) specjalność zgodnie z VIII częścią kodu resortowego;**

13) datę rozpoczęcia, zmiany i zakończenia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych zgodnie z art. 47.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki, o których mowa w ust. 1, przekazuje wojewodzie dane, o których mowa w ust. 2 pkt 12.

4. Administratorem systemu teleinformatycznego ewidencji, o której mowa w ust. 1, jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

Art. 23b. Wojewoda przekazuje do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia dane, o których mowa w art. 17, art. 23 i art. 23a.>

Art. 24. 1. Wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:

- 1) mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- 2) trzeci kwartył czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- 3) maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

2. Przyjmuje się, że 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

Art. 24a. 1. Minister właściwy do spraw administracji publicznej zapewnia utrzymanie oraz obsługę techniczną Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „SWD PRM”. Wojewoda zapewnia utrzymanie SWD PRM na terenie województwa.

2. Funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw administracji publicznej, oraz z części, których dysponentami są właściwi wojewodowie.

3. Minister właściwy do spraw administracji publicznej może powierzyć, w drodze porozumienia, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem oraz obsługą techniczną SWD PRM w zakresie zapewnienia utrzymania powierzchni serwerowej. W takim przypadku realizacja zadania jest finansowana z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw finansów publicznych.

4. SWD PRM przekazuje dane do systemu informacji w ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

5. Minister właściwy do spraw administracji publicznej, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, parametry funkcjonalne SWD PRM, sposób jego funkcjonowania w sytuacjach awaryjnych oraz sposób utrzymania, mając na uwadze potrzebę zapewnienia optymalnego poziomu współpracy między systemem teleinformatycznym systemu powiadamiania ratunkowego i SWD PRM.

Art. 24b. 1. SWD PRM zapewnia bezpieczne przetwarzanie danych, w tym kontrolę dostępu użytkowników do danych, oraz dokumentuje dokonywane przez nich zmiany, umożliwiając w szczególności odtworzenie historii każdego zgłoszenia alarmowego.

2. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego przetwarza dane zarejestrowane w SWD PRM, w tym nagrania rozmów telefonicznych, dane osobowe osoby zgłaszającej, dane innych osób wskazanych w trakcie przyjmowania zgłoszenia, pozycje geograficzne, dane teleadresowe lub opis zdarzenia, i udostępnia je na wniosek sądu, prokuratury, Policji lub Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Mechanizmy, w które jest wyposażony SWD PRM, zapewniają zachowanie ciągłości jego funkcjonowania.

4. SWD PRM zawiera rozwiązania techniczne przeznaczone do szkolenia dyspozytorów medycznych.

Art. 24c. 1. Minister właściwy do spraw administracji publicznej jest administratorem danych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) przetwarzanych w SWD PRM.

2. Minister może upoważnić dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do udzielania i cofania, w jego imieniu, upoważnień do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM dla osób uczestniczących w przetwarzaniu tych danych.

3. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego, o którym mowa w ust. 2, tworzy i aktualizuje ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM.

Art. 24d. 1. SWD PRM uzyskuje za pośrednictwem centralnego punktu systemu powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w art. 78 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. z 2016 r. poz. 1489 i 1579), informacje dotyczące lokalizacji zakończenia sieci, z którego zostało wykonane połączenie do numeru alarmowego 112 albo innego numeru alarmowego, oraz dane dotyczące abonenta, o których mowa w art. 78 ust. 2 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. – Prawo telekomunikacyjne.

2. SWD PRM uzyskuje nieodpłatnie dostęp do danych przestrzennych i związanych z nimi usług, udostępnianych za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 40 ust. 3e ustawy z dnia 17 maja 1989 r. – Prawo geodezyjne i kartograficzne (Dz. U. z 2016 r. poz. 1629).

Art. 25. (uchylony)

Art. 26. 1. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie.

1a. (uchylony)

2. Dyspozytorem medycznym może być osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada wykształcenie wymagane dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
- 3) przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala.

3. Dyspozytor medyczny ma prawo i obowiązek, doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach i formach kształcenia, w szczególności:

- 1) kursu doskonalącego;
- 2) samokształcenia.

3a. Dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania z wykorzystaniem SWD PRM.

4. Do doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych przepisy art. 12–12h stosuje się odpowiednio.

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

- 1) formy samokształcenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2,
 - 2) sposób i tryb odbywania doskonalenia zawodowego przez dyspozytorów medycznych,
 - 3) zakres doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych,
 - 4) wzór wniosku o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego,
 - 5) sposób potwierdzania dokumentowania i zatwierdzania poszczególnych form doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych,
 - 6) wzór karty doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych
- uwzględniając zapewnienie jednolitości odbywania doskonalenia zawodowego, szybkości i jednolitości postępowania oraz przejrzystości wniosku, dokumentowania i zatwierdzania form doskonalenia zawodowego i karty doskonalenia zawodowego.

Art. 27. 1. Do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5;
- 2) przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- 3) przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zwanej dalej „kierującym”, niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- 4) zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji lekarzowi koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- 5) zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- 6) powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek

organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;

7) powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia.

1a. Wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, o których mowa w ust. 1, stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

1b. Zadania dyspozytora medycznego uwzględniają postanowienia umów międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego.

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

3. Lekarz koordynator ratownictwa medycznego w celu sprawnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych, ich przeprowadzenia i zapewnienia kierowania tymi czynnościami:

- 1) wyznacza dyspozytorów medycznych realizujących zadania określone w ust. 1 pkt 1–4, 6 i 7 dla całego rejonu, którego dotyczy sytuacja określona w ust. 2;
- 2) koordynuje działania dysponentów jednostek.

4. Dysponent jednostki ma obowiązek prowadzić dokumentację medycznych czynności ratunkowych zgodnie z przepisami o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, mając na względzie potrzebę jak najszybszego ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia najwłaściwszego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego.

Art. 28. (uchylony)

Art. 29. 1. W centrum powiadamiania ratunkowego albo w wojewódzkim centrum zarządzania kryzysowego działają lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 2.

1a. Działalność lekarza koordynatora ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda.

2. Do zadań lekarza koordynatora ratownictwa medycznego należy w szczególności:

- 1) nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych;
- 2) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego rejonu operacyjnego;
- 3) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy;
- 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego;
- 5) pełnienie całodobowego dyżuru.

2a. Zadania lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, o których mowa w ust. 2, uwzględniają postanowienia umów międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego.

3. Z lekarzami koordynatorami ratownictwa medycznego wojewoda nawiązuje stosunek pracy na podstawie powołania.

4. Lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego może być lekarz, który spełnia warunki określone dla lekarza systemu.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, kierując się koniecznością zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w ustawie, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Art. 30. 1. W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. z 2014 r. poz. 333 i 915) lub gdy w ocenie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, lekarz ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, działających na obszarze danego województwa.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na podmioty wykonujące działalność leczniczą określone w ust. 1 obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

3. Decyzji, o której mowa w ust. 2, nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

4. Wojewoda może upoważnić lekarza koordynatora ratownictwa medycznego do wydawania decyzji, o których mowa w ust. 2.

5. Jeżeli świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 2, nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przepisy art. 19 ust. 2–6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się odpowiednio.

Art. 31. 1. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 2, wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli:

- 1) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 17 ust. 2;
- 2) dysponentów jednostek działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej;
- 3) podmiotów prowadzących kursy, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 13 ust. 8 pkt 1 i 2;
- 4) podmiotów prowadzących kursy doskonalące ratowników medycznych i kursy doskonalące dyspozytorów medycznych pod względem spełnienia wymagań określonych w przepisach wydanych odpowiednio na podstawie art. 12e i art. 26 ust. 5.

2. Do przeprowadzania kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, stosuje się odpowiednio przepisy o działalności leczniczej dotyczące nadzoru i kontroli.

Rozdział 4

Jednostki systemu

Art. 32. 1. Jednostkami systemu są:

- 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
- 2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego

– zwane dalej „jednostkami systemu”, na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie.

Art. 32a. Medyczne czynności ratunkowe są udzielane przez zespół ratownictwa medycznego w ramach rodzaju działalności leczniczej zgodnego z rodzajem działalności wykonywanej przez dysponenta jednostki, w którego skład wchodzi ten zespół ratownictwa medycznego.

Art. 33. 1. Szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego niezwłocznie udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, pacjentowi urazowemu dziecięcemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

2. W razie konieczności szpital, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zapewnia niezwłoczny transport sanitarny pacjenta urazowego, pacjenta urazowego dziecięcego albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu leczniczego podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

Art. 34. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych,
- 2) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych,
- 3) minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych

– uwzględniając konieczność zapewnienia osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 35. (uchylony)

Art. 36. 1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

- 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;

2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

2. Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

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 2016 r. poz. 627, 904, 1241 i 1579).

Art. 37. 1. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

2. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze.

Art. 38. 1. Oznaczenia systemu używają jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, oraz lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

2. (uchylony)

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

- 1) wzór graficzny systemu, będący jego oznaczeniem,
- 2) sposób oznakowania:
 - a) jednostek systemu,
 - b) lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2,
- 3) wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego

– uwzględniając zapewnienie możliwości rozpoznania rodzaju funkcji i zadań wykonywanych w systemie przez oznaczone osoby i jednostki.

Art. 39. Z systemem współdziałają uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej – w zakresie edukacji

i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie medycyny ratunkowej, oceny jakości systemu oraz wytyczania kierunków jego rozwoju.

Rozdział 4a

Centra urazowe

Art. 39a. W centrum urazowym świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 39c ust. 1, są udzielane pacjentowi urazowemu przez zespół lekarzy posiadających tytuł specjalisty, zwany dalej „zespołem urazowym”.

Art. 39b. Centrum urazowe:

- 1) zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 39c ust. 1, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny;
- 2) współpracuje z publiczną uczelnią, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym;
- 3) zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych:
 - a) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu,
 - b) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu,
 - c) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę,
 - d) oddziałów, w szczególności:
 - chirurgii ogólnej lub obrażeń wielonarządowych,
 - ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
 - neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii,
 - chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń;
- 4) zapewnia dostęp do pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, czynnej całą dobę;
- 5) zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub torakochirurgii

w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń;

- 6) dysponuje lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego, bez pośrednictwa specjalistycznych środków transportu sanitarnego.

Art. 39c. 1. Centrum urazowe przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjenta urazowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała.

2. Centrum urazowe, po zakończeniu udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, kieruje pacjenta urazowego do innego oddziału szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub do zakładu leczniczego innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.

3. Zespół urazowy zaleca wskazania co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta urazowego w oddziale szpitala lub w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, o których mowa w ust. 2, właściwych ze względu na jego stan zdrowia.

Art. 39d. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego,
 - 2) minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego,
 - 3) kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym,
 - 4) sposób postępowania z pacjentem urazowym
- uwzględniając konieczność zapewnienia pacjentowi urazowemu odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 39e. W centrum urazowym dla dzieci świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 39g ust. 1, są udzielane pacjentowi urazowemu dziecięcemu przez zespół lekarzy posiadających tytuł specjalisty, zwany dalej „zespołem urazowym dziecięcym”, określony w przepisach wydanych na podstawie art. 39h.

Art. 39f. Centrum urazowe dla dzieci:

- 1) zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 39g ust. 1, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar

pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego dla dzieci w ciągu 1,5 godziny;

- 2) współpracuje z publiczną uczelnią, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym;
- 3) zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych:
 - a) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu dziecięcemu,
 - b) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu dziecięcemu,
 - c) oddziału chirurgii dziecięcej oraz oddziałów lub specjalistów neurochirurgii lub neurotraumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- 4) zapewnia dostęp do pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, endoskopii diagnostycznej i zabiegowej czynnej całą dobę;
- 5) zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub chirurgii klatki piersiowej w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń;
- 6) zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej w czasie nie dłuższym niż 12 godzin od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń;
- <7) **dysponuje lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego dziecięcego, bez pośrednictwa specjalistycznego środka transportu sanitarnego.>**

**Pkt 7 w art. 39f
wejdzie w życie z
dn. 1.01.2021 r.
(Dz. U. z 2015 r.
poz. 1887).**

Art. 39g. 1. Centrum urazowe dla dzieci przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjenta urazowego dziecięcego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała.

2. Centrum urazowe dla dzieci, po zakończeniu udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, kieruje pacjenta urazowego dziecięcego do

innego oddziału szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe dla dzieci, lub do zakładu leczniczego innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.

3. Zespół urazowy dziecięcy zaleca wskazania co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta urazowego dziecięcego w oddziale szpitala lub w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, o których mowa w ust. 2, właściwych ze względu na jego stan zdrowia.

Art. 39h. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego dla dzieci, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego,
 - 2) minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego dziecięcego,
 - 3) kryteria kwalifikacji osoby do ukończenia 18. roku życia będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym dla dzieci,
 - 4) sposób postępowania z pacjentem urazowym dziecięcym
- uwzględniając konieczność zapewnienia pacjentowi urazowemu dziecięcemu odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozdział 5

Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych

Art. 40. 1. Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych rozpoczyna się w momencie przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia.

2. Zespół ratownictwa medycznego po przybyciu na miejsce zdarzenia niezwłocznie rozpoczyna medyczne czynności ratunkowe.

Art. 41. 1. Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje wyznaczony przez dyspozytora medycznego kierujący.

2. Podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kierujący pozostaje w kontakcie z dyspozytorem medycznym.

3. Kierujący może zasięgnąć opinii lekarza wskazanego przez dyspozytora medycznego.

Art. 42. 1. Podczas zdarzeń, w których prowadzone są także działania w zakresie gaszenia pożarów, ratownictwa chemicznego, ekologicznego lub technicznego, kierowanie jest prowadzone przez kierującego działaniem ratowniczym

w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kierujący koordynuje medyczne czynności ratunkowe i wspomaga kierującego działaniem ratowniczym.

3. Członkowie zespołów ratownictwa medycznego wskazanych do realizacji umów międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego, zgodnie z planem, o którym mowa w art. 21, są obowiązani do przestrzegania postanowień tych umów.

4. Do członków zespołów ratownictwa medycznego udzielających świadczeń czasowo i okazjonalnie wyłącznie w ramach umów międzynarodowych zawartych z państwem członkowskim Unii Europejskiej w celu współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego nie stosuje się przepisów art. 31–38 ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Art. 43. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz stowarzyszeń będących, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowo-lekarskimi albo towarzystwami naukowymi o zasięgu ogólnokrajowym, wpisanymi do Krajowego Rejestru Sądowego, ogłasza, w drodze obwieszczenia, standardy postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia w obwieszczeniu, o którym mowa w ust. 1, konieczność ustalenia kolejności udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (segregacji medycznej), ich transportu i udzielania wsparcia psychicznego tym osobom.

Art. 44. 1. Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

2. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpitalny oddział ratunkowy lub szpital, o których mowa w ust. 1, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.

Art. 45. 1. W przypadku gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który zgodnie ze standardami postępowania, o których

mowa w art. 43, wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci, albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, lub gdy tak zadecyduje kierownik zespołu ratownictwa medycznego, osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego transportuje się bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się odpowiednie centrum albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza obszar działania dyspozytorni medycznej, transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

2. W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta urazowego lub pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital, o którym mowa w ust. 1, albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez jednostkę, o której mowa w ust. 1, przepis art. 44 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

Rozdział 6

Finansowanie jednostek systemu

Art. 46. [1. Zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.]

<1. Zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, w tym wynikające z umów międzynarodowych, są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.>

Nowe brzmienie
ust. 1 w art. 46
wejdzie w życie z
dn. 1.01.2018 r.
(Dz. U. z 2016 r.
poz. 2020).

2. W przypadku gdy dysponent jednostki zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną, koszt medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespół ratownictwa medycznego uwzględnia koszty związane z funkcjonowaniem tego dyspozytora medycznego.

3. Wojewodowie, do dnia 15 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego, a w przypadku realizowania przez zespoły ratownictwa medycznego w danym województwie umów międzynarodowych

dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego, z wyodrębnieniem środków na realizację tych umów.

4. Na podstawie założeń, o których mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 6 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie zadań, o których mowa w ust. 1, wraz z podziałem tych środków między poszczególne województwa.

5. W celu ustalenia propozycji wysokości środków na finansowanie zadań, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem podziału tych środków między poszczególne województwa, minister właściwy do spraw zdrowia wydziela środki na realizację umów międzynarodowych, a następnie kolejno oblicza:

- 1) dla każdego województwa – sumę:
 - a) iloczynu liczby zespołów podstawowych w tym województwie i wskaźnika kosztów całodobowego utrzymania zespołu podstawowego stanowiącego 0,75 kosztów całodobowego utrzymania zespołu specjalistycznego oraz
 - b) liczby zespołów specjalistycznych– zwaną dalej „unormowaną liczbą zespołów”;
- 2) sumę unormowanej liczby zespołów łącznie dla wszystkich województw;
- 3) dla każdego województwa – udział procentowy unormowanej liczby zespołów w sumie, o której mowa w pkt 2.

6. Liczby zespołów, o których mowa w ust. 5 pkt 1, ustala się na podstawie planów, uwzględniając współczynniki stanowiące stosunek okresu funkcjonowania zespołu ratownictwa medycznego w danym roku do całego roku.

7. W terminie określonym w art. 120 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych przekazuje Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia informację o wysokości środków na finansowanie, o którym mowa w ust. 1, które będą ujęte w projekcie ustawy budżetowej.

[8. Wysokość środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego dla danego województwa stanowi iloczyn środków ustalonych w ustawie budżetowej z przeznaczeniem na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego i udziału procentowego, o którym mowa w ust. 5 pkt 3.]

<8. Wysokość środków na finansowanie zadań, o których mowa w ust. 1, dla danego województwa stanowi sumę środków na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego wynikających z umów międzynarodowych w tym

**Nowe brzmienie
ust. 8 w art. 46
wejdzie w życie z
dn. 1.01.2018 r.
(Dz. U. z 2016 r.
poz. 2020).**

województwie oraz iloczynu ogólnej kwoty środków planowanych na zadania zespołów ratownictwa medycznego pomniejszonych o środki wydzielone zgodnie z ust. 5 na realizację zadań wynikających z umów międzynarodowych i udziału procentowego, o którym mowa w ust. 5 pkt 3.>

Art. 47. 1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego są finansowane na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentowi urazowemu lub pacjentowi urazowemu dziecięcemu odbywa się oddzielnie dla każdego zakresu tych świadczeń, na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 48. 1. Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Do zadań lotniczego zespołu ratownictwa medycznego należy wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.

3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu ratownictwa medycznego do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 5.

4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego dokonywana jest z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności:

- 1) kosztów osobowych;
- 2) kosztów eksploatacyjnych;
- 3) kosztów administracyjno-gospodarczych;
- 4) odpisu amortyzacyjnego z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.

5. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

6. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 5, przeprowadza się rokowania pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

7. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

8. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania medycznych czynności ratunkowych.

9. Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego mogą wykonywać zadania poszukiwawcze w ramach lotniczego systemu poszukiwania i ratownictwa (ASAR).

10. Zadania, o których mowa w ust. 9, są finansowane ze środków przeznaczonych na funkcjonowanie systemu ASAR.

Art. 49. 1. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy, o których mowa w ust. 1, na rejon operacyjny, na podstawie planu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Środki na finansowanie umów, o których mowa w ust. 1, wojewoda przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Koszty medycznych czynności ratunkowych wykonanych w roku poprzednim mogą być pokrywane ze środków finansowych przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w formie dotacji celowej, w roku następnym.

5. Do postępowania w sprawie zawarcia umów, o których mowa w ust. 1, ich zawierania, rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia

27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o wszelkich nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów, o których mowa w ust. 1, przez zespoły ratownictwa medycznego.

7. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając w porozumieniu z wojewodą, może rozwiązać umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się zespołów ratownictwa medycznego z obowiązków wynikających z zawartej umowy.

Art. 50. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie, podmiot tworzący podmiot leczniczy, wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje związane z działalnością:

- 1) zespołów ratownictwa medycznego – w liczbie właściwej dla zapewnienia parametrów czasu określonych w art. 24;
- 2) szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz centrów urazowych;
- 3) stanowisk pracy dyspozytorów medycznych.

2. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, dokonywane jest także na podstawie programów wieloletnich ustanawianych przez Radę Ministrów na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych, dotyczących rozwoju ratownictwa medycznego, w formie dotacji celowej z budżetu państwa na rzecz właściwego dysponenta jednostki.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 51–56. (pominięte)

Rozdział 8

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 56a. 1. W 2009 r. na podstawie założeń, o których mowa w art. 46 ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 15 stycznia 2009 r., przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych wysokość środków na

finansowanie zadań, o których mowa w art. 46 ust. 1, wraz z podziałem tych środków pomiędzy poszczególne województwa.

2. W celu ustalenia wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego pomiędzy poszczególne województwa należy kolejno obliczyć:

- 1) dla każdego województwa – sumę:
 - a) iloczynu liczby zespołów podstawowych w tym województwie i wskaźnika kosztów całodobowego utrzymania zespołu podstawowego stanowiącego 0,75 kosztów całodobowego utrzymania zespołu specjalistycznego oraz
 - b) liczby zespołów specjalistycznych– zwaną dalej „unormowaną liczbą zespołów”;
- 2) sumę unormowanej liczby zespołów łącznie dla wszystkich województw;
- 3) dla każdego województwa – udział procentowy unormowanej liczby zespołów w sumie, o której mowa w pkt 2.

3. Wysokość środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego dla danego województwa stanowi iloczyn środków ustalonych w ustawie budżetowej z przeznaczeniem na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego i udziału procentowego, o którym mowa w ust. 2 pkt 3.

4. Na rok 2009 liczby zespołów, o których mowa w ust. 2 pkt 1, ustala się na podstawie planów, o których mowa w art. 21, uwzględniając współczynniki stanowiące stosunek okresu funkcjonowania zespołu ratownictwa medycznego w danym roku do całego roku.

Art. 57. 1. Do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający:

- 1) specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii albo
- 2) 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.

2. Lekarz, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, jest obowiązany rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej do dnia 1 stycznia 2018 r.

3. W przypadku niespełnienia wymogu, o którym mowa w ust. 2, lekarz przestaje być lekarzem systemu, o którym mowa w ust. 1.

Art. 58. 1. Osoby, które przed dniem:

- 1) wejścia w życie ustawy uzyskały tytuł zawodowy:
 - a) „ratownik medyczny”,
 - b) licencjata na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne,
- 2) 1 października 2008 r. rozpoczęły studia wyższe na kierunku innym niż ratownictwo medyczne i uzyskały tytuł zawodowy licencjata w zakresie (specjalności) ratownictwa medycznego

– stają się z dniem wejścia w życie ustawy ratownikami medycznymi w rozumieniu niniejszej ustawy. Przepisy art. 12 stosuje się odpowiednio.

2. Z dniem wejścia w życie ustawy ratownicy jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, stają się ratownikami w rozumieniu niniejszej ustawy.

3. Osoba zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, niespełniająca wymagania określonego w art. 26 ust. 2 pkt 2 może pełnić tę funkcję po tym dniu. Osoba ta ma obowiązek doskonalenia zawodowego w trybie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 26 ust. 4.

Art. 59. (pominięty)

Art. 60. (pominięty)

Art. 61. (uchylony)

Art. 62. (pominięty)

Art. 63. (pominięty)

Art. 64. (pominięty)

Art. 65. (pominięty)

Art. 66. Tracą moc ustawy:

- 1) z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. poz. 1207 i 1801, z 2002 r. poz. 2073, z 2003 r. poz. 391 i 1152, z 2004 r. poz. 2135 oraz z 2005 r. poz. 1365 i 2256);
- 2) z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 2073, z 2003 r. poz. 920 oraz z 2004 r. poz. 2135).

Art. 67. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 64, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia⁴⁾;

⁴⁾ Ustawa została ogłoszona w dniu 20 października 2006 r.

- 2) art. 18–22, 49 i 60, które wchodzą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia⁴⁾;
- 3) art. 8, który wchodzi w życie z dniem 1 września 2009 r.;
- 4) art. 52 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 2 stycznia 2008 r.