UZASADNIENIE

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

1) w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91), zwanej dalej „ustawą o PRM”;

2) w ustawie z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2024 r. poz. 576);

3) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.);

4) w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799, z późn. zm.);

5) w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 748, z późn. zm.);

6) w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, z późn. zm.);

7) w ustawie z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187, z późn. zm.);

8) w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz. U. poz. 1972, z późn. zm.);

9) w ustawie z dnia 12 lipca 2024 r. – Prawo komunikacji elektronicznej (Dz. U. poz. 1221).

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

**Liczba i rodzaje zespołów ratownictwa medycznego**

Projekt przewiduje (w art. 1 pkt 10 i 33 projektu) utworzenie nowego typu zespołów ratownictwa medycznego – motocyklowych jednostek ratowniczych. Ten rodzaj zespołów będzie docierać w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, m.in. w czasie większych zgromadzeń oraz w czasie wystąpienia utrudnień komunikacyjnych. Motocykl ratunkowy będzie prowadzony przez osobę uprawnioną do medycznych czynności ratunkowych, wyposażoną w niezbędne leki i wyroby medyczne, a także w sprzęt do obsługi Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Liczba motocyklowych jednostek ratowniczych będzie określona w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Czas działania tych jednostek to okres od dnia 1 maja do dnia 30 września, do 12 godzin w ciągu jednej doby. Dopuszcza się, że w niektórych rejonach operacyjnych wojewoda może nie zaplanować motocyklowych jednostek ratowniczych, jeżeli ze względu na brak większych aglomeracji miejskich czy utrudnień w ruchu ambulansów nie zidentyfikowano przesłanek do ich uruchomienia. Z tego względu w projekcie wskazano, że na każde 400 tys. mieszkańców powinna przypadać nie więcej niż jedna jednostka motocyklowa. Pierwsze motocyklowe jednostki ratownicze rozpoczną działalność od dnia 1 lipca 2025 r., a ich finansowanie będzie się odbywało analogicznie jak w przypadku pozostałych naziemnych zespołów ratownictwa medycznego.

Ponadto w projekcie przewidziano podział zespołów podstawowych na dwu- i trzyosobowe (art. 1 pkt 33 projektu). Obecnie art. 36 ust. 1 pkt 2 ustawy o PRM ustala minimalny skład zespołów podstawowych na poziomie dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Chociaż jest to wymaganie minimalne, a stawka na podstawowy zespół ratownictwa medycznego wyliczona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji zakłada średnią obsadę w liczbie 2,4 osoby, to jednak ponad 90% zespołów podstawowych jeździ w składzie dwuosobowym. W większości przypadków, do których są wzywane zespoły, skład ten jest wystarczający. Zdarzają się jednak sytuacje, w których trzecia osoba w składzie zespołu jest niezbędna (np. resuscytacja krążeniowo-oddechowa w zespołach pozbawionych urządzeń do automatycznego masażu klatki piersiowej, transport pacjenta z otyłością olbrzymią, pacjent z urazem wielonarządowym, stosowanie przymusu bezpośredniego, transport matki z noworodkiem itd.). Dlatego projekt zakłada funkcjonowanie podstawowych zespołów ratownictwa medycznego również w składzie trzyosobowym, co poprawi komfort pracy i bezpieczeństwo członków zespołów, a także pozwoli na zróżnicowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zwany dalej „NFZ”, stawek ryczałtu dobowego w zależności od składu zespołu.

Projekt przewiduje również, że wojewódzkie plany działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne obowiązujące w dniu wejścia w życie ustawy zachowują moc do dnia 30 czerwca 2025 r., a wojewodowie dostosują wojewódzkie plany działania systemu do wyżej wymienionych wymagań i przekażą je do dnia 31 marca 2025 r. do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia (art. 15 projektu). Nowe plany będą miały zastosowanie do umów zawieranych przez NFZ z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego od dnia 1 lipca 2025 r. Odnosi się to również do kwestii uwzględnienia w wyżej wymienionym planie nowo powstałych motocyklowych jednostek ratowniczych. Jednostki te dotychczas nie były uwzględnione w planie.

**Liczba dyspozytorni medycznych w województwach**

Doświadczenia z koncentracji dyspozytorni medycznych oraz trudności, na jakie napotkali wojewodowie przy zapewnieniu funkcjonowania dyspozytorni w okresie pandemii wywołanej przez COVID-19 oraz zwiększonego napływu uchodźców z Ukrainy, wykazały, że zwłaszcza w województwach z większą liczbą mieszkańców dużym wyzwaniem jest zapewnienie pełnej obsady dyspozytorni medycznych. Z tego powodu w przypadku województw, w których liczba ludności przekracza 3 mln mieszkańców, projektowane zmiany przewidują umożliwienie wojewodzie zorganizowania drugiej dyspozytorni medycznej, a w województwach powyżej 4 mln mieszkańców, tj. obecnie w województwie mazowieckim oraz śląskim – również trzeciej dyspozytorni. Utworzenie trzeciej dyspozytorni w województwie mazowieckim oraz śląskim jest uzasadnione także dużą liczbą ludności napływowej, tj. cudzoziemców i osób na stałe zamieszkujących w innych województwach. Takie rozwiązanie pozwoli w bardziej zrównoważony sposób zabezpieczyć płynność obsługi zgłoszeń w ramach zastępowalności dyspozytorni medycznych. Realizacja opisanej zmiany zawarta jest w art. 1 pkt 20 projektu.

**Personel medyczny**

W art. 1 pkt 1 lit. c projektu została zawarta zmiana definicji pielęgniarki systemu, co wynika z konieczności dostosowania dziedzin pielęgniarstwa, w których mogą być prowadzone specjalizacje i kursy kwalifikacyjne, do nomenklatury wynikającej z przepisów wydanych na podstawie art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814, z późn. zm.), tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne (Dz. U. poz. 1562).

W stosunku do lekarzy systemu oraz pielęgniarek systemu udzielających świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, a więc w zespołach ratownictwa medycznego i w szpitalnych oddziałach ratunkowych, wprowadza się obowiązek ukończenia kursów postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, zwanych dalej „kursami stanów nagłych” (art. 1 pkt 1 lit. a i c oraz art. 1 pkt 34 projektu). Z obowiązku tego zostaną zwolnieni lekarze specjaliści medycyny ratunkowej, intensywnej terapii oraz anestezjologii i intensywnej terapii, pielęgniarki z tytułem specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki, a także osoby odbywające specjalizację w tych dziedzinach. Programy kursów stanów nagłych (dla lekarzy i pielęgniarek) zostaną opracowane przez zespoły ekspertów powołane przez dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Niedopełnienie obowiązku ukończenia kursów stanów nagłych będzie skutkować brakiem możliwości udzielania świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w charakterze lekarza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne lub pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Przez niedopełnienie tego obowiązku osoby te, odpowiednio lekarz lub pielęgniarka, stracą albo nie uzyskają statusu lekarza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne lub pielęgniarki systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Jednocześnie projekt przewiduje okres przejściowy do odbycia kursów stanów nagłych w terminie do dnia 31 grudnia 2027 r. Umożliwi to odpowiednie zaplanowanie przez te osoby terminu odbycia kursów stanów nagłych. Ponadto projekt wskazuje, że osoby, które ukończyły inny kurs, którego program odpowiadał programowi kursu stanów nagłych, nie wcześniej niż na 24 miesiące przed dniem wejścia w życie ustawy, są obowiązane do jego ukończenia w terminie 48 miesięcy od dnia ukończenia poprzedniego kursu stanów nagłych (art. 20 ust. 2 projektu). Koresponduje to z okresem rozliczeniowym, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 18 ust. 9 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, z późn. zm.). Weryfikację realizacji tego obowiązku powierza się dysponentom jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Będzie ona prowadzona przez sprawdzenie zaświadczeń o ukończeniu kursu stanów nagłych. Dodatkowo minister właściwy do spraw zdrowia ma wydać rozporządzenie, w którym zostanie określony zakres problematyki omawianych kursów stanów nagłych oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego odbycie tego kursu.

Konieczne jest także złagodzenie wymagań w zakresie doświadczenia zawodowego psychologów. Zmiany w przedmiotowym zakresie pozwolą zapewnić lepszą obsadę stanowisk psychologów w dyspozytorniach medycznych (art. 1 pkt 24 projektu). W projekcie dokonano zmiany w zakresie poprawnego wskazania podmiotu pełniącego funkcję pracodawcy dla dyspozytorów medycznych i psychologów. Obecnie jest wskazane, że pracodawcą psychologów i dyspozytorów jest urząd wojewódzki. Natomiast projekt zawiera nowe rozwiązanie wskazujące, że pracodawcą dyspozytorów medycznych i psychologów funkcjonujących w urzędzie wojewódzkim pozostanie ten urząd, zaś dyspozytorów medycznych w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, zwanym dalej „LPR”, będzie ta jednostka (art. 1 pkt 25 projektu).

Ze względu na braki w obsadzie stanowisk dyspozytorów medycznych jest niezbędne obniżenie z 3 lat do roku doświadczenia wymaganego dla kandydatów na dyspozytorów medycznych w realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego lub w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala posiadającego oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej oraz oddział ortopedii lub ortopedii i traumatologii (art. 1 pkt 23 lit. c projektu). Jednocześnie doprecyzowano przepis określający wymagania dla kierownika dyspozytorni medycznej w zakresie posiadanego doświadczenia na stanowiskach pracy (art. 1 pkt 21 lit. a projektu). Ponadto uzupełniono zakres zadań dyspozytora medycznego o kwestię współpracy z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (art. 1 pkt 27 lit. a projektu).

Konieczne jest uzupełnienie przepisów dotyczących możliwości poświęcenia przez osoby udzielające pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoby wchodzące w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytora medycznego, wojewódzkiego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego podczas wykonywania swoich zadań dóbr osobistych innej osoby, innych niż życie lub zdrowie, a także dóbr majątkowych w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, o możliwość poświęcenia tych dóbr również w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ochrony lub ratowania własnego życia lub zdrowia podczas realizowania przez nich zadań (art. 1 pkt 2 projektu). Osoby wskazane powyżej, a przede wszystkim zespoły ratownictwa medycznego, często wykonują swoje obowiązki w miejscach trudnych i sytuacjach nieprzewidywalnych, wręcz niebezpiecznych, często narażając swoje zdrowie i życie. Spotykają się także często z agresją słowną i przemocą fizyczną. W celu ochrony lub ratowania własnego życia lub zdrowia zasadne jest, aby osoby te miały możliwość poświęcenia dóbr osobistych innych osób, innych niż życie lub zdrowie, a także dóbr majątkowych nie tylko w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ale również w sytuacji bezpośredniego zagrożenia własnego życia lub zdrowia.

Ponadto zachodzi również potrzeba uregulowania kwestii wsparcia psychologicznego członków zespołów ratownictwa medycznego. Obecne przepisy zapewniają wsparcie psychologiczne wyłącznie dla dyspozytorów medycznych. Natomiast takiego obowiązku nie ma w przypadku członków zespołów ratownictwa medycznego. Niewątpliwie członkowie tych zespołów stykają się w dużej mierze z sytuacjami trudnymi, wymagającymi znacznej odporności psychicznej, o czym była mowa również wcześniej. Obowiązek zapewnienia tego wsparcia będzie spoczywał na dysponentach zespołów ratownictwa medycznego (art. 1 pkt 26 projektu), przy czym należy odnotować, że już obecnie ponad połowa dysponentów zapewnia takie wsparcie. Jest ono realizowane zarówno na podstawie umów z różnego rodzaju podmiotami, np. gabinetami i poradniami psychologicznymi (outsourcing), jak i przez zatrudnienie psychologów we własnym zakresie. Zakłada się więc, że również w przyszłości to dysponent będzie podejmował decyzję co do sposobu zapewnienia ww. wsparcia. Decyzja ta będzie w dużej mierze uzależniona od liczby zespołów ratownictwa medycznego pozostających w strukturze danego dysponenta, która waha się od kilku do kilkudziesięciu i przekłada się bezpośrednio na liczbę osób, którym będzie okazywane wsparcie psychologiczne. W projekcie ustalono zakres zadań, jakie powinny być realizowane w ramach wsparcia psychologicznego na rzecz członków zespołów ratownictwa medycznego. Zadania te są wzorowane na wsparciu psychologicznym, jakie wojewodowie są zobowiązani zapewnić dyspozytorom medycznym, jednak nie będzie obejmowało udziału psychologów w procesie rekrutacyjnym do pracy w zespołach ratownictwa medycznego ani szkoleń doskonalących członków zespołów ratownictwa medycznego, gdyż te są już realizowane w ramach kształcenia podyplomowego w zawodach medycznych. Wsparcie psychologiczne będzie okazywane członkowi zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie za zgodą zainteresowanego. Psycholog zostanie zobowiązany do przedstawiania dysponentowi corocznego raportu ze zrealizowanych zadań. W projekcie (w art. 18) zawarto również przepis dotyczący sporządzenia pierwszego takiego sprawozdania (tj. za okres od dnia 1 lipca 2025 r. do dnia 31 grudnia 2025 r.).

Również z przyczyn opisanych wcześniej konieczne jest uregulowanie kwestii cyklicznych szkoleń w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych, które m.in. obejmie sposoby postępowania minimalizujące ryzyko agresji i jej następstw. Planuje się, że przeszkolenie w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych dotyczyłoby wszystkich członków zespołów ratownictwa medycznego, nie rzadziej niż raz na 5 lat, przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego (art. 1 pkt 34 projektu). Przeszkolenie obejmowałoby omówienie podstaw prawnych związane z samoobroną (w tym omówienie granic obrony koniecznej oraz stosowania przymusu bezpośredniego), stosowanie zasad i technik samoobrony w sytuacji zagrożenia oraz stosowanie przymusu bezpośredniego, jak również stosowanie technik deeskalacyjnych mających na celu zmniejszenie intensywności agresywnych zachowań oraz zapobieganie eskalacji konfliktów. Przeszkolenie byłoby finansowane przez wojewodów, zaś możliwość ich finansowania albo dofinansowania byłaby również ze środków dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, jednostki samorządu terytorialnego, organizatora przeszkolenia oraz w ramach dofinansowania ze środków europejskich w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, z późn. zm.). Wojewoda, zgodnie z przyjętymi założeniami, będzie finansował przeszkolenia w zakresie, w jakim zostało to wskazane w ocenie skutków regulacji do projektu ustawy, tj. od 2026 r. zgodnie z założeniem, że środki rocznie, jakimi wojewoda będzie dysponował na finansowanie przeszkolenia, będą w wysokości odpowiadającej możliwości przeszkolenia ⅕ uprawnionych osób, tak aby w ciągu 5 lat móc przeszkolić wszystkich członków zespołów ratownictwa medycznego. Projekt nie nakłada obowiązku przeszkolenia wszystkich członków w ciągu jednego roku, ale jednocześnie tego nie zakazuje, stąd w dodawanym do ustawy o PRM art. 38b ust. 5 została wprowadzona możliwość finansowania i dofinansowania przeszkolenia również z innych źródeł. Jednocześnie zaproponowane przepisy dotyczące zakresu omawianego przeszkolenia są w ocenie projektodawcy wystarczające do uregulowania tej kwestii i nie jest intencją regulowanie sposobu przeprowadzenia tego przeszkolenia analogicznie do przepisów w sprawie kursów w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (w tym w zakresie dotyczącym wydawania zaświadczeń o ich ukończeniu i podmiotów je przeprowadzających). Przeszkolenie w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych obejmie jedynie wąski zakres kompetencji członków zespołów ratownictwa medycznego i nie będzie dotyczyło podstawowej wiedzy i umiejętności tych osób, polegających na diagnozowaniu i leczeniu pacjentów w stanie nagłym. Równocześnie projekt przewiduje przepis przejściowy, zgodnie z którym członkowie zespołów ratownictwa medycznego, którzy w ostatnich 2 latach odbyli kurs lub inną formę szkolenia w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych, obejmujących co najmniej elementy omawianego przeszkolenia, mogliby nie odbywać tego przeszkolenia, jeżeli przedstawiliby dysponentowi dokument potwierdzający odbycie tego kursu lub innej formy szkolenia (art. 22 projektu).

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

Projekt przewiduje nowelizację ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, a w konsekwencji także ustawy z dnia 12 lipca 2024 r. – Prawo komunikacji elektronicznej (odpowiednio art. 5 i art. 9), w taki sposób, aby została utrzymana bezterminowo możliwość kierowania bezpośrednio do dyspozytorni medycznych połączeń alarmowych napływających na nr 999. Ustawa z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1899) zakładała, że połączenia kierowane na nr alarmowy 999 mogły być odbierane przez dyspozytornie medyczne bez pośrednictwa centrów powiadamiania ratunkowego wyłącznie do dnia 31 grudnia 2023 r. Po tym czasie osoba wybierająca nr 999 miała dodzwaniać się do centrum powiadamiania ratunkowego i dopiero stamtąd byłaby przekierowywana do właściwej dyspozytorni medycznej. Do takiej zmiany organizacji systemu powiadamiania ratunkowego jednak nie doszło, z uwagi na brak gotowości tego systemu od strony technicznej. Ponadto zmiana ta wydłużyłaby niewątpliwie czas obsługi zgłoszeń dotyczących stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, które obecnie są kierowane bezpośrednio do dyspozytorni medycznych. Utrzymaniu niezależnej od centrów powiadamiania ratunkowego obsługi nr alarmowego 999 służą wdrożone już rozwiązania technologiczne.

Do lipca 2024 r. SWD PRM współdzielił środowisko Podsystemu Zintegrowanej Łączności z Systemem Teleinformatycznym Centrów Powiadamiania Ratunkowego (PZŁ ST CPR). PZŁ ST CPR jest logicznym modułem architektury ST CPR. Wszystkie połączenia na nr alarmowy 999 trafiały do PZŁ ST CPR, a następnie za pośrednictwem łączy ogólnopolskiej sieci teleinformatycznej 112 były przekierowywane do SWD PRM. Dyspozytorzy medyczni podejmowali rozmowę razem z formatką, która była do niej przypisana w ST CPR.

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

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

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

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

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

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

Ze względu na powstanie PZŁ SWD PRM projekt przewiduje także zmianę definicji SWD PRM (art. 1 pkt 1 lit. h projektu). W definicji uwzględniono, że częścią SWD PRM jest PZŁ SWD PRM, co w konsekwencji powoduje obowiązek utrzymania i finansowania PZŁ SWD PRM zarówno przez ministra właściwego do spraw zdrowia, jak i wojewodów (art. 24a ust. 3 ustawy o PRM).

Zakres finansowania PZŁ SWD PRM przez ministra właściwego do spraw zdrowia obejmuje koszty utrzymania łączy do obsługi połączeń przychodzących z numeru alarmowego 999. Finansowanie pozostające po stronie wojewodów obejmuje koszty obsługi połączeń wychodzących do sieci PSTN (*Public Switched Telephone Network* – jest to publiczna sieć telefoniczna wykorzystująca technologię komutacji łączy) oraz obsługi połączeń przychodzących dla numerów DDI (*Direct Dial In* – to pula dodatkowych numerów, które mogą być wykorzystywane przez administratora centrali) i powinno odbywać się w ramach środków przeznaczonych na utrzymanie i eksploatację dyspozytorni medycznych. Do obsługi połączeń wychodzących z dyspozytorni są wykorzystywane łącza SS7 dostarczone w ramach budowy PZŁ SWD PRM, co wyeliminowało konieczność budowy nowych łączy po stronie wojewodów i odciążyło ich z obowiązku zawierania nowych umów na niezależne połączenia wychodzące i przychodzące na numery DDI. Wojewodowie i dysponenci zespołów ratownictwa medycznego zostaną zobowiązani do zapewnienia integracji systemów łączności radiowej wykorzystywanych w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa z PZŁ SWD PRM do dnia 31 grudnia 2027 r. (art. 16 projektu).

Ponadto w art. 1 pkt 8 projektu przewiduje się dodanie przepisu umożliwiającego ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodzie sprawowanie nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medycznego z wykorzystaniem SWD PRM. System ten gromadzi wszystkie informacje o zdarzeniu medycznym obsługiwanym przez system Państwowego Ratownictwa Medycznego. Dzięki SWD PRM jest możliwe nadzorowanie prawidłowego postępowania dyspozytorni medycznych, zespołów ratownictwa medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w całym procesie udzielania świadczeń zdrowotnych. SWD PRM pozwala też w czasie rzeczywistym na dostarczanie informacji dla ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wojewody co do przebiegu zdarzeń pojedynczych, mnogich i masowych.

**Ochrona danych osobowych**

Przez zmianę brzmienia art. 24e ust. 3 ustawy o PRM (art. 1 pkt 18 lit. a projektu) został doprecyzowany zakres danych udostępnianych konsultantom w ochronie zdrowia, wynikający z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2024 r. poz. 69, z późn. zm.), oraz została dodana możliwość udostępniania danych organom samorządu zawodowego w ramach postępowania w zakresie odpowiedzialności zawodowej, a także sądom, prokuraturze, Policji i Rzecznikowi Praw Pacjenta. Tym samym dane osobowe członków zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego będą udostępniane tym podmiotom, ze względu na postępowania prowadzone przez te organy. Konsekwencją tej zmiany będzie szerszy katalog danych udostępnianych na wniosek sądów, prokuratury, Policji i Rzecznika Praw Pacjenta. W związku z powyższym projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych, ale nie wpływa negatywnie na poziom zabezpieczeń zastosowanych w przypadku ich przechowywania w SWD PRM i udostępniania.

Dane, które będą udostępniane uczelniom medycznym, placówkom kształcenia ustawicznego dorosłych i stowarzyszeniom lekarskim o zasięgu ogólnokrajowym prowadzącym działalność w zakresie medycyny ratunkowej, będą przekazywane tym podmiotom w postaci zanonimizowanej, uniemożliwiającej identyfikację konkretnych świadczeniobiorców bądź też osób wykonujących zadania w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne (art. 1 pkt 18 lit. a tiret czwarte projektu).

W projekcie uzupełniono treść art. 24c ust. 2 pkt 2 ustawy o PRM o uregulowanie sposobu udostępniania danych z SWD PRM dla wyżej wymienionych podmiotów (art. 1 pkt 17 lit. a projektu). Dotychczasowy przepis nie określał, w jaki sposób (w jakiej formie) podmiot wskazany w tym przepisie ma wystąpić o dane. Projekt zakłada, że minister właściwy do spraw zdrowia określi sposób udostępniania tych danych. W konsekwencji tego przewiduje się, że uprawniony podmiot będzie występował ze stosownym wnioskiem w formie pisemnej lub elektronicznej, zaś wzór wniosku zostanie określony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, stosownie do treści projektowanego art. 24c ust. 2 pkt 2 ustawy o PRM. Wniosek taki będzie kierowany do podmiotu będącego współadministratorem danych w SWD PRM, tj. do dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, wojewody, LPR lub ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z ich zakresem uprawnień, determinowanym poziomem administrowania danymi w SWD PRM.

Zostało także doprecyzowane , że obowiązek rejestrowania i przechowywania przez okres 20 lat nagrań rozmów i korespondencji radiowej prowadzonych na stanowiskach dyspozytorów medycznych, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego dotyczy każdej formy korespondencji, którą rejestruje PZŁ SWD PRM, stwarzając możliwość odtworzenia całości informacji, która dotyczy danego przypadku (art. 1 pkt 19 projektu). Okres przechowywania nagrań rozmów został wydłużony z 3 do 20 lat, co wynika z potrzeby dostosowania tego okresu do przepisów dotyczących dokumentacji medycznej. Został uwzględniony także sposób rejestrowania, przechowywania, udostępniania i usuwania nagrań rozmów w przypadku wystąpienia awarii PZŁ SWD PRM. Jednocześnie (art. 17 projektu) zawarto przepis stanowiący, że nagrania rozmów zarejestrowanych w SWD PRM nie wcześniej niż w okresie 3 lat przed dniem wejścia w życie zmian są przechowywane już na nowych zasadach.

**Kontrola dysponentów i dyspozytorni medycznych**

Zostały doprecyzowane przepisy wskazujące podstawy prawne do przeprowadzania kontroli dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz dyspozytorni medycznych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (zmiana zawarta w art. 1 pkt 9 projektu), przy czym o ile w odniesieniu do dysponentów jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne zastosowanie znajdą tu przepisy dotyczące kontroli w podmiotach leczniczych zawarte w przepisach o działalności leczniczej, to w przypadku dyspozytorni medycznych będzie stosowana ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o kontroli w administracji rządowej (Dz. U. z 2020 r. poz. 224). W przypadku kontroli przeprowadzanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w ramach nadzoru nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie kraju, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie ustawy, przewiduje się stosowanie przepisów dotychczasowych. Rozwiązanie zapewni ciągłość działania, bowiem taka kontrola będzie prowadzona na podstawie przepisów, które obowiązywały w chwili wszczęcia postępowania.

Projekt wprowadza też zasadę, że rozwiązanie przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ umowy na świadczenia zdrowotne udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zespołach ratownictwa medycznego skutkuje po stronie wojewody aktualizacją wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, polegającą na wykreśleniu danego oddziału lub zespołu z planu. Przepis został wprowadzony na wniosek NFZ, który zgłaszał problem ze skutecznym rozwiązaniem umowy w sytuacji, gdy wojewoda nie dokonywał następczo aktualizacji planu. NFZ będzie informował wojewodę o rozwiązaniu umowy, który następnie będzie dokonywał zmian w planie (art. 1 pkt 13 projektu).

Ponadto w projekcie umożliwiono wojewodzie kontrolę podmiotów prowadzących kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy w zakresie spełnienia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 8 ustawy o PRM (art. 1 pkt 31 lit. a projektu). Dotychczas przepis art. 31 ust. 1 pkt 3 ustawy o PRM nie przewidywał takiej możliwości. Jednocześnie doprecyzowano, że do obserwowania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz do oceny dokumentacji medycznej będzie uprawniona wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny (art. 1 pkt 31 lit. b projektu).

**Rejestr Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne (RJWPRM)**

Doświadczenia zebrane w czasie funkcjonowania RJWPRM wskazują na potrzebę dostosowania zawartości tego rejestru do rzeczywistego zakresu danych w nim ujmowanych, dotyczących jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz ich jednostek organizacyjnych. Wskazano, że RJWPRM będzie zawierał informacje dotyczące jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne. Natomiast jeżeli jednostka ta posiada jednostki organizacyjne, wpisowi podlegają jej poszczególne jednostki organizacyjne (art. 1 pkt 7 projektu). Uproszczono też procedurę wpisywania do RJWPRM jednostek, które są jednostkami współpracującymi z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, z mocy ustawy o PRM. Jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej i jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego będą wpisywane do rejestru przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej, a jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa – przez dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Pozostałe jednostki będą nadal wpisywane do RJWPRM na ich wniosek, przez właściwego wojewodę, na podstawie decyzji administracyjnej. W celu uniknięcia przypadków roszczeń wynikających z zadysponowania przez dyspozytora medycznego jednostki przed dostarczeniem jej decyzji administracyjnej o wpisie do RJWPRM jest konieczne nadanie tej decyzji rygoru natychmiastowej wykonalności. Te zasady będzie się stosowało do nowych decyzji, zaś w zakresie postępowań, dotyczących wpisu i wykreślenia z RJWPRM wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zmian wydaniem decyzji, będą miały zastosowanie przepisy dotychczasowe, jednak nie później niż do dnia 30 czerwca 2025 r. (art. 13 projektu). W przypadku jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, posiadających jednostki organizacyjne, wpisowi podlega każda z tych jednostek organizacyjnych oddzielnie.

Obowiązek osiągnięcia gotowości operacyjnej przez te jednostki w ciągu 30 minut został zamieniony na obowiązek zapewnienia gotowości do działań ratowniczych (art. 1 pkt 4 lit. a projektu). Projekt przewiduje również okres dostosowawczy (art. 10 projektu) do wyżej wymienionych wymagań do dnia 30 czerwca 2025 r. W tym czasie wojewodowie dokonają stosownych zmian w rejestrze jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, uwzględniającym zmiany proponowane w projekcie.

**Kwalifikowana pierwsza pomoc**

Na wniosek Ministra Obrony Narodowej oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych rozdzielono upoważnienie ustawowe do wydania rozporządzenia w sprawie kursów w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy dla pracowników podległych lub nadzorowanych przez nich służb, policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy (dotychczasowy art. 16 ust. 2 ustawy o PRM jest uchylany i dodawany art. 16a–16j ustawy o PRM – art. 1 pkt 5 i 6 projektu). Przedmiotowe rozdzielenie upoważnienia ustawowego wynika z dotychczasowych doświadczeń z realizacji szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, a także różnic wynikających ze specyfiki i środowiska realizacji zadań przez wyżej wymienione służby nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz inne dla Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej. Nie bez znaczenia jest również fakt, że prowadzenie prac nad wspólnym projektem rozporządzenia – jak pokazują doświadczenia – jest kłopotliwe i czasochłonne, gdyż wymaga dwuetapowych uzgodnień. W związku z powyższym wprowadzono odpowiednie regulacje ustawowe w wyżej wymienionym zakresie (dodawane art. 16a–16j ustawy o PRM). Projektowane przepisy art. 16a ust. 1 i art. 16f ust. 1 ustawy o PRM regulują odpowiednio wymogi organizacyjne do prowadzenia szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w jednostkach organizacyjnych, jednostkach szkoleniowych, ośrodkach lub centrach szkolenia lub kształcenia, służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych lub w innych podmiotach wybranych przez te służby oraz jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej lub przez niego nadzorowanych. Projektowane art. 16e i art. 16j ustawy o PRM zawierają odpowiednie upoważnienia do wydania rozporządzeń przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Obrony Narodowej (oba w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia).

Do projektowanych przepisów art. 16a–16d ustawy o PRM zostały przeniesione przepisy stanowiące materię ustawową, które dotychczas były zawarte w rozporządzeniu Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy (Dz. U. poz. 1537, z późn. zm.), a obejmują właściwość ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Dotyczy to m.in. przepisów określających wymagania, jakie muszą spełniać podmioty szkolące prowadzące szkolenie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, zwane dalej „szkoleniem KPP MSWiA”, jak również kwestii związanych z przeprowadzaniem egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA, składu komisji egzaminacyjnej, dokumentów dotyczących ukończenia szkolenia KPP MSWiA oraz oceny jakości szkolenia KPP MSWiA prowadzonego przez podmioty szkolące.

Podmiot szkolący będzie musiał spełniać wymagania dotyczące programu szkolenia KPP MSWiA, kadry dydaktycznej, bazy dydaktycznej oraz prowadzonej dokumentacji, o których mowa w art. 16a ust. 1 ustawy o PRM.

W kwestii programu szkolenia KPP MSWiA w projekcie ustawy w art. 16a ust. 2 ustawy o PRM przyjęto, że dokument ten będzie opracowywany przez koordynatora szkolenia KPP służby, z uwzględnieniem specyfiki zadań realizowanych przez służby, na podstawie ramowego programu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 8 ustawy o PRM. Program szkolenia KPP MSWiA będzie podlegał zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

W projekcie ustawy zostały określone tryb powoływania, wymagane kwalifikacje oraz zadania:

1) koordynatora szkolenia KPP MSWiA (art. 16a ust. 4 ustawy o PRM), którego będzie powoływał minister właściwy do spraw wewnętrznych,

2) koordynatorów szkolenia KPP służby (art. 16a ust. 5 ustawy o PRM), którzy będą powoływani przez Komendanta Głównego Policji, Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, Komendanta Głównego Straży Granicznej oraz Komendanta Służby Ochrony Państwa,

3) koordynatorów szkolenia KPP w jednostkach podległych Komendantowi Centralnego Biura Śledczego Policji, komendantom wojewódzkim, powiatowym (miejskim) lub rejonowym Policji, Komendantowi-Rektorowi Akademii Policji w Szczytnie, komendantom szkół policyjnych, komendantom wojewódzkim, powiatowym (miejskim) Państwowej Straży Pożarnej, Rektorowi-Komendantowi Akademii Pożarniczej, komendantom szkół Państwowej Straży Pożarnej, komendantom oddziałów, placówek i dywizjonów Straży Granicznej, Rektorowi-Komendantowi Wyższej Szkoły Straży Granicznej, komendantom ośrodków szkolenia oraz ośrodków Straży Granicznej. Powoływanie tych koordynatorów będzie miało charakter fakultatywny i będzie następowało w zależności od potrzeb danej służby.

Zadania koordynatorów będą polegały na realizacji zadań związanych ze szkoleniem KPP MSWiA i przeprowadzaniem egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń oraz nadzorem nad jakością szkolenia. Zadania poszczególnych koordynatorów zostały określone w art. 16a ust. 7–10 ustawy o PRM.

Szkolenie KPP MSWiA będzie kończyło się egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia. Komisja egzaminacyjna będzie powoływana przez kierownika podmiotu szkolącego. Komisja będzie składała się z trzech osób:

1) przewodniczącego komisji egzaminacyjnej, którym jest koordynator szkolenia KPP służby albo wyznaczony przez niego:

a) koordynator szkolenia w jednostce albo

b) lekarz systemu, pielęgniarka systemu albo ratownik medyczny posiadający wymagane doświadczenie;

2) konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny ratunkowej właściwego ze względu na siedzibę podmiotu szkolącego albo wskazanej przez niego osoby będącej lekarzem systemu, pielęgniarką systemu albo ratownikiem medycznym, która posiada wymagane doświadczenie;

3) przedstawiciela podmiotu szkolącego, którym jest lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny lub ratownik, wskazanego przez kierownika podmiotu szkolącego.

Egzamin z wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA będzie składał się z egzaminu teoretycznego i egzaminu praktycznego. Do egzaminu będzie mógł przystąpić policjant, funkcjonariusz, strażak i pracownik służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, który:

1) odbył szkolenie KPP MSWiA i uzyskał pozytywny wynik ze wszystkich zajęć teoretycznych i praktycznych – w przypadku osoby, która nie posiada ważnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważnego zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika, albo

2) posiada ważne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważne zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje ratownika – w przypadku osoby, która potwierdza te kwalifikacje.

Do egzaminu praktycznego będzie mogła przystąpić osoba, która uzyskała pozytywny wynik z egzaminu teoretycznego. Osoba, która nie zaliczy całości egzaminu lub jego części albo nie przystąpi do części egzaminu, może przystąpić do egzaminu lub jego części w następnym terminie, nie więcej jednak niż 2 razy w okresie 12 miesięcy od dnia egzaminu. Po upływie tego okresu osoba ta jest obowiązana powtórzyć szkolenie KPP MSWiA w całości.

Ukończenie szkolenia KPP MSWiA i zdanie egzaminu będzie potwierdzone wydanym przez kierownika podmiotu szkolącego zaświadczeniem o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika, natomiast zdanie egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia KPP MSWiA będzie potwierdzone wydanym przez kierownika podmiotu szkolącego zaświadczeniem potwierdzającym kwalifikacje ratownika. Zaświadczenia będą ważne przez okres 3 lat od dnia ich wydania i będą wydawane w terminie miesiąca od dnia zdania egzaminu. Projekt ustawy określa, jakie dane będą zawierały te zaświadczenia.

Szkolenia KPP MSWiA będą podlegały cyklicznej ocenie (co najmniej raz w roku) w zakresie zgodności prowadzonego szkolenia z zatwierdzonym programem szkolenia KPP MSWiA, spełnienia przez podmiot szkolący wymogów w zakresie kadry i bazy dydaktycznej, wykorzystania przez podmiot szkolący kadry i bazy dydaktycznej, dostępności w podmiocie szkolącym aktualnych materiałów i pomocy szkoleniowych. Projekt ustawy przewiduje również odpowiednie regulacje i postępowanie w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w prowadzeniu szkolenia KPP MSWiA lub w przeprowadzaniu egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia: w takim wypadku koordynator szkolenia KPP MSWiA będzie miał możliwość wstrzymania takiego szkolenia lub egzaminu.

Projekt ustawy w art. 16d ustawy o PRM nakłada na ratowników pełniących służbę albo wykonujących zadania zawodowe w służbach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych obowiązek aktualizacji wiedzy i umiejętności ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

W art. 16e ustawy o PRM jest zawarte upoważnienie do wydania przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia) rozporządzenia. W rozporządzeniu zostaną określone:

1) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie KPP MSWiA;

2) sposób przeprowadzania oraz organizacja egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia KPP MSWiA;

3) wzór zaświadczenia o ukończeniu szkolenia KPP MSWiA i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzór zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika;

4) formy i sposób aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Analogiczne regulacje przewidziano również dla szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej.

W art. 16f ust. 2 ustawy o PRM została uregulowana kwestia możliwości zlecania przez Ministra Obrony Narodowej w trybie, o którym mowa w art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej albo art. 37 ustawy z dnia 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych (Dz. U. z 2024 r. poz. 534), prowadzenia szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy lub przeprowadzenia egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia dla żołnierzy i pracowników resortu obrony narodowej, jednostkom nadzorowanym przez Ministra Obrony Narodowej (szpitalom wojskowym, instytutom badawczym, jednostkom wojskowym) – co znacznie rozszerzy możliwości prowadzenia szkolenia żołnierzy i pracowników MON, a tym samym pozytywnie wpłynie na usprawnienie procesu szkolenia i recertyfikacji uprawnień.

Do art. 16f ustawy o PRM przeniesiono – z rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Obrony Narodowej z dnia 12 grudnia 2008 r. w sprawie szkoleń w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy – rozwiązania dotyczące zapewnienia nadzoru nad przebiegiem, realizacją oraz jakością prowadzenia szkoleń kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz przeprowadzania egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tych szkoleń przez osobę funkcyjną wyznaczaną przez Ministra Obrony Narodowej – koordynatora szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. W projektowanych przepisach uregulowano także wymagania kwalifikacyjne, jakie musi spełnić ten koordynator (art. 16f ust. 6 ustawy o PRM), a także zakres jego obowiązków (art. 16f ust. 7 ustawy o PRM). Zakres zadań koordynatora został zaktualizowany względem dotychczasowego, zgodnie z potrzebami szkolenia na potrzeby resortu obrony narodowej.

Przepisy art. 16f w ust. 9 ustawy o PRM określają jednolite kryteria oceny jakości szkolenia prowadzonego w poszczególnych jednostkach organizacyjnych podległych Ministrowi Obrony Narodowej, w oparciu o które koordynator szkolenia będzie oceniać jakość i zgodność prowadzenia szkolenia i egzaminowania z wymogami określonymi w przepisach. Przepisy przewidują także uprawnienie dla koordynatora szkolenia MON do wstrzymywania prowadzenia szkolenia w przypadku stwierdzenia, w ramach cyklicznej oceny jakości, nieprawidłowości w prowadzeniu szkoleń lub w przeprowadzaniu egzaminów z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego szkolenia, określają także tryb i sposób wstrzymywania i wznawiania tego szkolenia.

Przepisy art. 16g ust. 9 i 10 ustawy o PRM określają zasady utraty ważności zaświadczeń w sytuacji dwukrotnego niezaliczenia egzaminu. Przepis ma na celu uregulowanie konsekwencji kilkukrotnego niezaliczenia egzaminu przez osobę posiadającą ważne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika albo ważne zaświadczenie potwierdzającego kwalifikacje ratownika – w przypadku osób potwierdzających te kwalifikacje.

W projektowanych przepisach przewidziano także wprowadzenie obowiązku aktualizacji wiedzy i umiejętności ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w okresie międzyrecertyfikacyjnym (art. 16i ustawy o PRM).

W art. 16j ustawy o PRM zawarto upoważnienie dla Ministra Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia do określenia, w drodze rozporządzenia:

1) kwalifikacji kadry dydaktycznej prowadzącej szkolenie;

2) sposobu przeprowadzania oraz organizacji egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem szkolenia;

3) wzoru zaświadczenia o ukończeniu szkolenia i uzyskaniu tytułu ratownika oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje ratownika;

4) form i sposobów aktualizacji wiedzy ratownika w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Konsekwencją zmian w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy jest konieczność dokonania nowelizacji art. 13 ustawy o PRM (art. 1 pkt 3 projektu) w zakresie uzupełnienia tego przepisu o zaświadczenia przewidziane w dodawanych art. 16c ust. 1 i art. 16h ust. 1 ustawy o PRM, tak aby zapewnić spójność ustawy o PRM i kompletność przepisów o ratownikach.

Jednocześnie przewidziano odpowiednie przepisy przejściowe (art. 11 i art. 12 projektu) w zakresie zachowania ważności dotychczasowych zaświadczeń o ukończeniu szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika oraz zaświadczeń o zdaniu egzaminu potwierdzającego posiadanie tytułu ratownika, jak również przepis, że szkolenia toczące się przed dniem wejścia w życie zmian są prowadzone na dotychczasowych zasadach.

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

Przewiduje się skrócenie z 30 dni do 7 dni okresu czasu, w którym dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ przekazuje wojewodzie informacje o zawarciu lub o zakończeniu realizacji umów objętych RPRM. Projekt dostosowuje też zakres danych przetwarzanych w tym rejestrze do stanu faktycznego. Uzupełniono przepisy dotyczące danych w rejestrze w zakresie danych podmiotu leczniczego, w tym danych kontaktowych, a także posiadania lotniska bądź lądowiska (art. 1 pkt 14 lit. a projektu).

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

Zrezygnowano z przepisu dotyczącego wyliczania trzeciego kwartylu czasu dotarcia, gdyż nie był on dotychczas przydatny (art. 1 pkt 15 projektu). Regulacja w tym zakresie była bezprzedmiotowa.

**Centrum Operacyjne LPR**

Projekt uwzględnia specjalny rodzaj dyspozytorni medycznej, jakim jest Centrum Operacyjne LPR. Centrum to już obecnie funkcjonuje w strukturach LPR i jest niezbędne usankcjonowanie jego istnienia jako specjalnego rodzaju dyspozytorni, działającej w sposób odmienny niż dyspozytornie medyczne funkcjonujące w strukturach urzędów wojewódzkich. Centrum Operacyjne odgrywa istotną rolę w zakresie koordynacji i zapewnienia realizacji zadań przez jednostki LPR zgodnie z ustawą z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz. U. z 2023 r. poz. 2110, z późn. zm.) i przepisami prawa międzynarodowego. Pracują w nim dyspozytorzy medyczni oraz dyspozytorzy lotniczy (regulacja zawarta w art. 1 pkt 26 projektu). Obecność działu operacyjnego i pracujących w nim licencjonowanych dyspozytorów lotniczych jest warunkiem koniecznym do funkcjonowania LPR jako przewoźnika lotniczego realizującego transport sanitarny w ramach przewozu lotniczego.

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

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

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

**Pierwsza pomoc**

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

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

Wprowadza się możliwość powierzenia dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia zakupów sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych. Dotychczas takie powierzenie odbywało się na zasadach ogólnych i stwarzało trudności od strony prawnej co do procedury przekazywania docelowym odbiorcom zakupionego sprzętu (art. 1 pkt 16 lit. c projektu).

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

Wprowadzenie (art. 4 projektu) dodatków w wysokości 45% i 65% wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy, a także za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej, z mocą od dnia 1 lipca 2023 r., zagwarantuje wypłatę tych dodatków w zespołach ratownictwa medycznego (art. 24 ust. 1 projektu). Umożliwi to zatrzymanie kadry medycznej w tych zespołach.

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

Przewiduje się nałożenie obowiązku ukończenia kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego jedynie na te osoby, które rozpoczęły pracę na tych stanowiskach po dniu 31 grudnia 2023 r. (art. 6 projektu). Pozostałe osoby z uwagi na posiadane już doświadczenie i realizację obowiązku doskonalenia zawodowego nie będą musiały przechodzić kursów uprawniających. Osoby, które ukończą kurs uprawniający, będą zobowiązane do przedstawienia pracodawcy zaświadczenia o ukończeniu kursu, przed podjęciem przez nie realizacji zadań dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

Przewiduje się również umożliwienie, aby przewodniczącym komisji egzaminacyjnej był – oprócz lekarza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne – również ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, wskazani przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej. Jest to związane z brakiem odpowiedniej liczby lekarzy systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zaś poziom wykształcenia i wiedzy ratowników medycznych i pielęgniarek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne jest wystarczający do przewodniczenia komisji egzaminacyjnej (art. 1 pkt 29 projektu).

Z kolei zmiany w ustawie z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (art. 8 projektu) wynikają z konieczności uregulowania zasad realizacji doskonalenia zawodowego osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego, którzy rozpoczęli okres edukacyjny przed dniem 1 stycznia 2024 r. Do dnia 31 grudnia 2023 r. dyspozytor medyczny miał prawo i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego, natomiast od dnia 1 stycznia 2024 r. nastąpiła zmiana systemu doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych polegająca w szczególności na uruchomieniu kursów doskonalących organizowanych przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, zwane dalej „KCMRM”.

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

Ponadto osoba, z którą została zawarta umowa na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, będzie zobowiązana do przedstawienia zaświadczenia o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego przed rozpoczęciem realizacji tych zadań (art. 1 pkt 23 lit. b projektu). Wojewoda, planując powierzenie osobie wykonywania zadań na tym stanowisku, kieruje ją na wyżej wymieniony kurs. Dopiero po ukończeniu kursu i pozytywnym zdaniu egzaminu osoba ta może wykonywać zadania dyspozytora medycznego (po przedstawieniu wyżej wymienionego zaświadczenia).

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

Przewiduje się (art. 1 pkt 38 projektu), że ciała osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego, w trakcie wykonywania wobec nich medycznych czynności ratunkowych, będą przewożone do zakładu medycyny sądowej albo do prosektorium szpitala. Następnie szpital albo zakład medycyny sądowej, do którego zostały przywiezione zwłoki pacjenta, będzie stosował przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej odnoszące się do osób zmarłych w szpitalach. Obecnie nie ma przepisów regulujących takie sytuacje i zespoły ratownictwa medycznego często przewożą takie osoby, nie stwierdzając zgonu, do najbliższego szpitalnego oddziału ratunkowego. W tym miejscu należy podkreślić, że ustawa z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych umożliwia kierownikowi zespołu ratownictwa medycznego (art. 11 ust. 1 tej ustawy) stwierdzenie zgonu. Projektowana regulacja obejmuje także sposób postępowania ze zwłokami osób zmarłych w specjalistycznym środku transportu sanitarnego, których tożsamości nie można było ustalić na podstawie dokumentów, którymi dysponował zespół. W takim przypadku zespół ratownictwa medycznego, pozostawiając ciało pacjenta w prosektorium szpitala lub w zakładzie medycyny sądowej, będzie przekazywał jedynie kartę medycznych czynności ratunkowych. Wystawienie karty zgonu pozostanie zadaniem lekarza zatrudnionego w szpitalu lub w zakładzie (art. 2 pkt 3 projektu). Jednocześnie proponuje się uregulować sposób postępowania zespołu ratownictwa medycznego w przypadku martwego urodzenia dziecka, które miało miejsce w specjalistycznym środku transportu sanitarnego. W takiej sytuacji zwłoki martwo urodzonego dziecka przewozi się do najbliższego pod względem czasu dotarcia szpitala udzielającego świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii albo do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego albo wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Za sporządzenie i wydanie karty zgonu oraz karty martwego urodzenia odpowiada szpital, do którego przewieziono zwłoki martwo urodzonego dziecka (art. 1 pkt 38 i art. 2 projektu).

**Finansowanie dyspozytorni medycznych**

Projekt zakłada rezygnację (w art. 1 pkt 39 projektu) z regulacji art. 46 ust. 2a–4 ustawy o PRM w zakresie przedstawiania przez ministra właściwego do spraw zdrowia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycji wysokości środków na finansowanie dyspozytorni medycznych oraz wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych, wraz z podziałem tych środków między poszczególne województwa. Co do zasady materiały do projektu ustawy budżetowej na każdy kolejny rok opracowują poszczególni dysponenci części budżetowych na podstawie art. 138 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych i minister właściwy do spraw zdrowia nie przedstawia propozycji finansowania w innych rozdziałach będących w dyspozycji wojewodów.

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

Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, w tym LPR, są zobowiązani do uzyskania opinii o celowości inwestycji, mimo że specyfika realizowanych przez nich zadań jedynie w nieznacznym stopniu koresponduje z formularzami oceny inwestycji. Jednocześnie zwolnienie z tego obowiązku obecnie obejmuje szpitalny oddział ratunkowy oraz szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci. W związku z powyższym projekt przewiduje (art. 3 pkt 1 projektu) zrównanie w tym zakresie praw przysługujących wszystkim dysponentom jednostek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, w tym dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Z kolei wyłączenie LPR jedynie w zakresie lotniczego zespołu ratownictwa medycznego spowodowałoby, że w pozostałym zakresie podmiot ten byłby zobowiązany do uzyskiwania oceny celowości inwestycji, w tym inwestycji dotyczących w szczególności organizacji obsługowej (zajmującej się m.in. obsługą techniczną statków powietrznych) lub Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Kryteria zawarte w formularzu w żaden sposób nie przystają do działalności prowadzonej przez LPR. Należy zaznaczyć, że działalność LPR, w tym inwestycyjna, jest finansowana na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Stąd też projekt zakłada zwolnienie z przedmiotowego obowiązku również LPR.

Obecnie z obowiązku uzyskiwania opinii o celowości inwestycji są zwolnione szpitalne oddziały ratunkowe. Uchylenie przepisu dotyczącego szpitalnego oddziału ratunkowego dla dzieci (art. 3 pkt 2 projektu) jest związane z faktem, że obowiązujące przepisy ustawy o PRM nie różnicują szpitalnych oddziałów ratunkowych na oddziały przeznaczone dla dzieci oraz dla dorosłych.

Jednocześnie przewidziano przepis przejściowy (art. 23 projektu), zgodnie z którym do postępowań o wydanie opinii o celowości inwestycji dotyczących zespołów ratownictwa medycznego lub dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie projektu ustawy, będą miały zastosowanie nowe przepisy.

**Wykonywanie zawodu ratownika medycznego w charakterze przedsiębiorcy**

Projekt w art. 7 pkt 2 projektu doprecyzowuje art. 38 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, wprowadzając przepis wskazujący wprost, że ratownik medyczny może wykonywać zawód w podmiocie leczniczym jako przedsiębiorca niebędący podmiotem leczniczym. Dotychczas część podmiotów leczniczych nie dopuszczała takiej możliwości, wymagając od ratowników medycznych albo zakładania podmiotów leczniczych, albo proponując wyłącznie umowy o pracę.

Z kolei w art. 7 pkt 3 projektu dodano do ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych przepis art. 231a. Celem dodawanego przepisu jest ewentualne przekazanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia na rzecz samorządu ratowników medycznych środków finansowych w pierwszym okresie wykonywania zadań przez samorząd. Część zadań, a co za tym idzie nakładów na pokrycie kosztów ich wykonania, samorząd musi zrealizować w okresie, w którym nie posiada środków finansowych pozyskanych ze składek członków samorządu. Dodawany przepis nie ma na celu tworzenia podstawy prawnej do stałego finansowania z budżetu państwa realizacji zadań wykonywanych przez samorząd ratowników medycznych i wprost przewiduje limit czasowy jego obowiązywania – do dnia 31 grudnia 2026 r. Dotacja jako jedno z ustawowo dopuszczonych źródeł finansowania działalności samorządu jest przewidziana w art. 135 ust. 2 pkt 2 wyżej wymienionej ustawy.

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

Obecnie ustawa o PRM nie przewiduje sankcji dla szpitala za niewykonanie decyzji administracyjnej wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego lub krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, dotyczącej obowiązku przyjęcia do szpitala pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego. W praktyce oznaczało to, że decyzja taka mogła pozostać niewykonana, bez konsekwencji dla szpitala. Konieczne więc było wprowadzenie regulacji (art. 1 pkt 38 projektu) zwiększającej skuteczność decyzji wydawanych przez obu koordynatorów. Zgodnie z dodawanym art. 45b taka odmowa będzie skutkować zastosowaniem przez NFZ kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy. Jednocześnie wprowadzono przepis mówiący o tym, że maksymalny czas na przyjęcie pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego w szpitalu ma wynosić 15 minut od przybycia zespołu do tego szpitala (art. 1 pkt 37 projektu). Zespoły ratownictwa medycznego udzielają świadczeń zdrowotnych na etapie przedszpitalnym. Tym samym jest istotne, aby zespół jak najszybciej mógł powrócić do stanu gotowości do niesienia pomocy medycznej kolejnym osobom. Przedmiotowy przepis ma na celu wyeliminowanie zjawiska przetrzymywania zespołów ratownictwa medycznego na podjazdach do szpitala. Długi czas oczekiwania na przekazanie pacjenta skutkuje brakiem wolnych zespołów. Oznacza to, że osoby, które znalazły się w stanie nagłym poza szpitalem, otrzymają pomoc medyczną z opóźnieniem. To z kolei stwarza ryzyko nieodwracalnych skutków dla ich zdrowia i życia.

**Pozostałe zmiany**

Zmiany o charakterze porządkowym zawarte w art. 1 pkt 12 i 40 projektu dotyczą uchylenia art. 49 ustawy o PRM i wprowadzenia tych przepisów w art. 22 ust. 2 ustawy o PRM. Natomiast zmiany zawarte w art. 1 pkt 35 i 36 projektu dotyczą doprecyzowania, że czas dotarcia z miejsca zdarzenia do centrum urazowego odnosi się do zespołu ratownictwa medycznego.

**Deklaracje i oświadczenia projektodawcy**

Proponuje się, aby ustawa weszła w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem art. 1 pkt 3, 5 i 6, art. 11 i art. 12, które wchodzą w życie po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia, art. 6, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, oraz art. 1 pkt 26 w zakresie dodawanego art. 26e oraz art. 18, które wchodzą w życie z dniem 1 lipca 2025 r. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Proponowana zmiana polega na zwolnieniu z odbywania kursów uprawniających do pracy w charakterze dyspozytora medycznego tych dyspozytorów, którzy pracowali na tym stanowisku przed dniem 31 grudnia 2023 r., i nie nakłada nowych obowiązków, zatem brak jest jakichkolwiek zagrożeń wynikających ze skróconego okresu *vacatio legis* i wejścia w życie regulacji z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Jednocześnie omawiana zmiana, aby była skuteczna, musi wejść w życie przed dniem 31 marca 2025 r. Tym samym, w ocenie projektodawcy, zaproponowane rozwiązanie nie narusza zasad demokratycznego państwa prawnego. Z kolei wejście w życie przepisów art. 1 pkt 3, 5 i 6, art. 11 i art. 12 po upływie 3 miesięcy od dnia ogłoszenia ustawy, które to przepisy obejmują zmiany w szkoleniach z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy, jest spowodowane koniecznością zachowania odpowiedniego *vacatio legis* do wydania odpowiednich aktów wykonawczych przez Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych. W zakresie dodawanego art. 26e ustawy o PRM oraz art. 18 projektu, dotyczących zapewnienia dostępu do wsparcia psychologicznego członków zespołów ratownictwa medycznego udzielanego przez psychologa, proponuje się, aby te przepisy weszły w życie z dniem 1 lipca 2025 r., co pozwoli na odpowiednie przygotowanie się dysponentów do realizacji tego obowiązku.

Projekt ustawy wywiera wpływ na obszar danych osobowych. W związku z tym przeprowadzono ocenę skutków ochrony danych osobowych, o której mowa w art. 35 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.). Wyżej wymieniona ocena wykazała, że projekt ustawy nie wpływa negatywnie na poziom zabezpieczeń zastosowanych do przechowywania danych osobowych w SWD PRM i udostępniania.

Projekt ustawy będzie miał wpływ na mikro-, małe i średnie przedsiębiorstwa, będące dysponentami zespołów ratownictwa medycznego oraz podwykonawcami dysponentów, przez realizacje zadań polegających na zapewnieniu wsparcia psychologicznego członkom zespołów ratownictwa medycznego i przeszkolenia w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych.

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

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

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

Projekt ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

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