



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Prezes Rady Ministrów
RM-10-167-17

Druk nr 2137 cz. I

Warszawa, 11 grudnia 2017 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

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

**- o zmianie ustawy o Państwowym
Ratownictwie Medycznym oraz
niektórych innych ustaw** z projektami aktów
wykonawczych.

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

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

Z poważaniem

(-) Beata Szydło

U S T A W A

z dnia

o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw¹⁾

Art. 1. W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 2 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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;
 - 3) dyspozytornie medyczne.”;
- 2) w art. 3:
 - a) pkt 14 otrzymuje brzmienie:

„14) rejon operacyjny – rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu;”,
 - b) po pkt 14 dodaje się pkt 14a w brzmieniu:

„14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635, z 2014 r. poz. 1877 i 1915 oraz z 2017 r. poz. 60), przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych;”,
 - c) pkt 15 otrzymuje brzmienie:

„15) System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego – system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, ustawę z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych, ustawę z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich oraz ustawę z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego.

alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.”;

3) w art. 5 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytor medyczny podczas wykonywania swoich zadań oraz wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 29 ust. 5, korzystają z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204), dla funkcjonariuszy publicznych.”;

4) w art. 10 w ust. 1 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) spełnia następujące wymagania:

- a) rozpoczęła przed dniem 1 października 2018 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 2018 r. studia wyższe na kierunku ratownictwo medyczne, zgodnie ze standardami kształcenia, o których mowa w art. 9b ust. 1b ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2183 i 2201), i uzyskała tytuł zawodowy licencjata oraz złożyła z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego, zwany dalej „PERM”, lub
- c) 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

- d) 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
 - e) 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).”;
- 5) uchyla się art. 10a;
- 6) w art. 10b ust. 2 otrzymuje brzmienie:
- „2. Do PERM może przystąpić osoba, o której mowa w art. 10 ust. 1 pkt 4 lit. b, i która uzyskała dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku ratownictwo medyczne.”;
- 7) art. 10h otrzymuje brzmienie:
- „Art. 10h. 1. Jeżeli ratownik medyczny spełniający warunki, o których mowa w art. 10, nie wykonuje zawodu przez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż 5 lat łącznie w okresie ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć wykonywanie zawodu ratownika medycznego polegające na udzielaniu tych świadczeń, jest obowiązany do odbycia przeszkolenia.
2. Przeszkolenie trwa przez okres 6 miesięcy i jest realizowane w podmiocie leczniczym będącym dysponentem jednostki, w pełnym wymiarze czasu pracy, przez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod nadzorem innego ratownika medycznego lub lekarza systemu, lub pielęgniarki systemu, posiadających co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe.”;

8) w art. 11:

a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza;”,

b) w ust. 3:

– pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„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 i 1948 oraz z 2017 r. poz. 32, 60, 785 i 1215);”,

– uchyla się pkt 6a,

– pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) w jednostkach ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2017 r. poz. 736 i 1169), włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podczas działań ratowniczo-gaśniczych, ćwiczeń oraz szkoleń;”,

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

„7a) w ramach działań antyterrorystycznych realizowanych przez służby podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych;

7b) w wyodrębnionych oddziałach prewencji i pododdziałach antyterrorystycznych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2017 r. poz. 2067);

7c) w ramach zadań Biura Ochrony Rządu, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu (Dz. U. z 2017 r. poz. 985 i 1321);

7d) w ramach zadań Straży Granicznej, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1–2a, 4–5d, 10, 12–14 i ust. 2a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.²⁾);”,

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2016 r. poz. 1948 i 1995 oraz z 2017 r. poz. 60, 244, 768, 1086, 1321 i 2217.

c) w ust. 9 po pkt 2 dodaje się pkt 2a w brzmieniu:

„2a) zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211);”,

d) ust. 11 otrzymuje brzmienie:

„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 na zlecenie lekarza,
- 2) świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie lekarza w jednostkach wymienionych w ust. 3 pkt 1–5 i 8–12, z wyłączeniem podmiotów leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej

– kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych w ramach kształcenia przed- i podyplomowego.”;

9) po art. 11 dodaje się art. 11a i art. 11b w brzmieniu:

„Art. 11a. 1. Ratownik medyczny wykonujący zadania zawodowe w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz w jednostkach, o których mowa w art. 11 ust. 3 pkt 6, może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 10 pkt 2, po ukończeniu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego.

2. Wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez ratownika medycznego dodatkowych umiejętności i kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej.

3. Zakres wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego uwzględnia wiedzę i umiejętności praktyczne niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 10 pkt 2.

4. Wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny odbywa się na podstawie programu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego, 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.

5. Program wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego opracowuje zespół ekspertów powołany przez Ministra Obrony Narodowej spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym i dorobkiem naukowym w zakresie medycyny ratunkowej i medycyny pola walki.

6. Program wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego zatwierdza Minister Obrony Narodowej, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. Wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny prowadzą jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, które:

- 1) realizują program wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego;
- 2) zapewniają kadrę dydaktyczną posiadającą odpowiednie kwalifikacje niezbędne do realizacji programu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego;
- 3) zapewniają bazę dydaktyczną zgodną ze standardami, o których mowa w ust. 4 pkt 6, niezbędną do realizacji programu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego, 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 egzaminów;
- 6) prowadzą ewidencję wydanych zaświadczeń o ukończeniu danego wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego.

8. Zaświadczenie o ukończeniu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego, w zależności od umiejętności wynikowych poszczególnych wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych, jest ważne od 1 roku do 3 lat od dnia jego wydania.

9. Minister Obrony Narodowej określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) ramowe programy wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych,
- 2) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
- 3) szczegółowe wymogi dla podmiotów prowadzących wojskowo-medyczne kursy kwalifikacyjne,
- 4) skład i tryb powoływania komisji egzaminacyjnej oraz sposób przeprowadzania egzaminów kończących wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny,
- 5) okres ważności zaświadczeń o ukończeniu poszczególnych wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych,
- 6) wzór zaświadczenia o ukończeniu poszczególnych wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych

– uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 10 pkt 2, oraz mając na uwadze potrzebę przeszkolenia ratowników medycznych w liczbie niezbędnej do sprawnego funkcjonowania jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej, a także zapewnienie jednolitych standardów postępowania, przestrzegania obowiązujących procedur oraz przejrzystości dokumentowania i zatwierdzania realizacji wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego.

10. Minister Obrony Narodowej w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ratownika medycznego, o którym mowa w ust. 1:

- 1) samodzielnie lub na zlecenie lekarza,
- 2) samodzielnie, w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek, o których mowa w ust. 2

– kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych w ramach kształcenia przed- i podyplomowego oraz uwzględniając specyfikę zagrożeń wynikających z charakteru służby.

Art. 11b. 1. Ratownik medyczny wykonujący zadania zawodowe w podmiotach, o których mowa w art. 11 ust. 3 pkt 7–7d, może udzielać świadczeń zdrowotnych:

- 1) samodzielnie;

- 2) samodzielnie – w przypadku realizacji zadań służbowych w warunkach zagrożenia wystąpieniem zdarzenia o charakterze terrorystycznym, w obszarach katastrof, klęsk żywiołowych i w strefie działań wojennych;
- 3) pod nadzorem lub w porozumieniu z lekarzem.

2. Medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji ma na celu uzyskanie przez ratownika medycznego dodatkowych umiejętności i kwalifikacji do udzielania świadczeń w warunkach zagrożenia wystąpieniem zdarzenia o charakterze terrorystycznym, w obszarach katastrof, klęsk żywiołowych i w strefie działań wojennych oraz uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3.

3. Zakres medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji obejmuje wiedzę i umiejętności praktyczne niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3.

4. Medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji odbywa się na podstawie programu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, 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.

5. Program medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji opracowuje zespół powołany przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych spośród funkcjonariuszy legitymujących się kwalifikacjami w zakresie ratownictwa medycznego i doświadczeniem zawodowym w zakresie ratownictwa medycznego oraz ekspertów legitymujących się doświadczeniem zawodowym i dorobkiem naukowym w zakresie medycyny ratunkowej i medycyny pola walki.

6. Program medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji zatwierdza minister właściwy do spraw wewnętrznych, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.

7. Medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji prowadzą podmioty, które zapewniają:

- 1) realizację programu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 2) kadrę dydaktyczną posiadającą odpowiednie kwalifikacje;
- 3) bazę dydaktyczną dostosowaną do programu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

8. Podmioty prowadzące medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji sporządzają dokumentację związaną z przebiegiem tego kursu i przebiegiem egzaminu oraz prowadzą ewidencję wydanych zaświadczeń o ukończeniu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

9. Medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji kończy się egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego kursu.

10. Zaświadczenie o ukończeniu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji jest ważne przez okres 3 lat od dnia uzyskania pozytywnego wyniku z egzaminu.

11. Odnowienie uprawnień wynikających z medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji polega na:

- 1) przystąpieniu do egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych medycznym kursem kwalifikacyjnym Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, a w przypadku nieuzyskania pozytywnego wyniku z egzaminu – na odbyciu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 2) ponownym odbyciu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji po upływie 6 lat od jego ukończenia i uzyskaniu pozytywnego wyniku z egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

12. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego w podmiotach, o których mowa w art. 11 ust. 3 pkt 7–7d:

- 1) samodzielnie – niezależnie od ukończenia medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- 2) samodzielnie – w przypadku realizacji zadań służbowych w warunkach zagrożenia wystąpieniem zdarzenia o charakterze terrorystycznym, w obszarach katastrof, klęsk żywiołowych i w strefie działań wojennych,
- 3) pod nadzorem lub w porozumieniu z lekarzem
– kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych w ramach kształcenia przed- i podyplomowego, uwzględniając specyfikę zagrożeń wynikających z charakteru służby oraz zakresu zadań realizowanych przez te służby.

13. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) ramowy program medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- 2) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
- 3) szczegółowe wymogi dla podmiotów prowadzących medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- 4) skład i tryb powoływania komisji egzaminacyjnej oraz sposób przeprowadzania egzaminów kończących medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- 5) wzór zaświadczenia o ukończeniu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji

– uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, oraz mając na uwadze potrzebę przeszkolenia ratowników medycznych w liczbie niezbędnej do sprawnego funkcjonowania służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, a także zapewnienie jednolitych standardów postępowania, przestrzegania obowiązujących procedur oraz przejrzystości dokumentowania i zatwierdzania realizacji kursu kwalifikacyjnego.”;

10) w art. 12 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Ratownik medyczny w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego okresu edukacyjnego przekazuje wojewodzie właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania ratownika medycznego kartę doskonalenia zawodowego w celu potwierdzenia przez wojewodę dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez ratownika medycznego.”;

11) w art. 12d:

a) w ust. 3 pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) datę wydania i numer dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny lub datę wydania i numer dyplomu ukończenia studiów wyższych, lub datę i numer świadectwa złożenia PERM, lub datę wydania i numer decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu kwalifikacji ratownika medycznego uzyskanych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub datę wydania i numer zaświadczenia wydanego przez właściwą uczelnię na zakończenie postępowania nostryfikacyjnego, lub datę i numer, jeżeli widnieją na dokumencie, zaświadczenia wydanego przez właściwego kuratora oświaty na zakończenie postępowania w sprawie o nostryfikację świadectwa.”,

b) w ust. 4 pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) datę wydania i numer dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny lub datę wydania i numer dyplomu ukończenia studiów wyższych, lub datę i numer świadectwa złożenia PERM, lub datę wydania i numer decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu kwalifikacji ratownika medycznego uzyskanych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub datę wydania i numer zaświadczenia wydanego przez

właściwą uczelnię na zakończenie postępowania nostryfikacyjnego, lub datę i numer, jeżeli widnieją na dokumencie, zaświadczenia wydanego przez właściwego kuratora oświaty na zakończenie postępowania w sprawie o nostryfikację świadectwa;”;

12) w art. 12e:

- a) w pkt 4 skreśla się wyrazy „oraz zaświadczenia o wpisie na tę listę”,
- b) pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) sposób potwierdzania zrealizowania przez ratownika medycznego poszczególnych form doskonalenia zawodowego oraz potwierdzenia przez wojewodę dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez ratownika medycznego;”;

13) w art. 13:

- a) w ust. 1 uchyla się pkt 2,
- b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Ratownik posiadający kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego, lekarza systemu lub pielęgniarki systemu, realizujący doskonalenie zawodowe posiada uprawnienia do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy bez obowiązku ukończenia kursu.

1b. Ratownicy Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, którzy ukończyli przeszkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy oraz przeszkolenie w zakresie sprawowania opieki medycznej nad chorym zgodnie z programem, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 74 ust. 4 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim, i posiadają świadectwo o ukończeniu tego przeszkolenia, mają prawo udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy w jednostkach współpracujących z systemem bez obowiązku ukończenia kursu.”;

14) w art. 15:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Jednostkami współpracującymi z systemem są:

- 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej,
- 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego,
- 3) jednostki organizacyjne Policji i Straży Granicznej,

- 4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej,
 - 5) 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,
 - 6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych,
 - 7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze,
 - 8) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim,
 - 9) podmioty niewymienione w pkt 1–8 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – które uzyskały wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.”,
- b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:
- „1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 3–7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem że:
- 1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu;
 - 2) dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1;
 - 3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.”,
- c) uchyla się ust. 2,
- d) dodaje się ust. 4 w brzmieniu:
- „4. W jednostkach współpracujących z systemem, o których mowa w ust. 1 pkt 1–8, osoba będąca ratownikiem medycznym może udzielać w tych jednostkach świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 11 pkt 2, osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.”;

15) w art. 17:

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

„1a. W celu uzyskania wpisu do rejestru, dane, o których mowa w ust. 3, są przekazywane wojewodzie właściwemu ze względu na miejsce stacjonowania jednostki współpracującej z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1:

- 1) pkt 1 i 2 – przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej;
- 2) pkt 8 – przez dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa.”,

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Wojewoda właściwy ze względu na miejsce stacjonowania jednostki współpracującej z systemem wpisuje do rejestru jednostkę współpracującą z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1:

- 1) pkt 1, 2 i 8 – z urzędu;
- 2) pkt 3–7 i 9 – na jej wniosek zawierający dane, o których mowa w ust. 3, w drodze decyzji.”,

c) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Wojewoda właściwy ze względu na miejsce stacjonowania jednostki współpracującej z systemem zawiadamia jednostkę współpracującą z systemem, o której mowa w art. 15, o dokonaniu wpisu do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.”,

d) w ust. 3:

– pkt 3–5 otrzymują brzmienie:

- „3) liczbę ratowników posiadających ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika, a w przypadku jednostek organizacyjnych Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa – liczbę ratowników posiadających świadectwo, o którym mowa w art. 13 ust. 1b;
- 4) wykaz wyposażenia niezbędnego do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy, jakim dysponuje jednostka współpracująca z systemem;
- 5) maksymalny czas osiągnięcia gotowości operacyjnej, licząc od chwili przekazania powiadomienia o zdarzeniu;”,

– w pkt 6 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 7–9 w brzmieniu:

- „7) wskazanie rodzaju wykonywanych działań ratowniczych;
- 8) współrzędne geograficzne miejsca stacjonowania jednostki współpracującej z systemem;

- 9) czas pozostawania jednostki współpracującej z systemem w gotowości operacyjnej do wykonywania działań ratowniczych w ciągu doby i w ciągu roku.”,
- e) ust. 5 i 6 otrzymują brzmienie:
- „5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej:
- 1) odmawia jednostce współpracującej z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9, wpisu do rejestru,
 - 2) wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem – jeżeli jednostka ta nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a.
6. Dane, o których mowa w ust. 3, wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznym i wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.”,
- f) po ust. 6 dodaje się ust. 6a w brzmieniu:
- „6a. Wojewoda zawiadamia ministra właściwego do spraw wewnętrznych o wydaniu decyzji, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i ust. 5, w stosunku do podmiotów, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 5 i 6.”;
- 16) art. 20 otrzymuje brzmienie:
- „Art. 20. 1. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia:
- 1) zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizację;
 - 2) może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa;
 - 3) może żądać od wojewody dokonania czynności kontrolnych na podstawie art. 31;
 - 4) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek oraz dyspozytorni medycznej na zasadach określonych w dziale VI ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 2, wojewoda może:
- 1) żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od dysponentów jednostek;
 - 2) przeprowadzać kontrolę, o której mowa w art. 31.
3. Dysponenci jednostek są obowiązani, na żądanie wojewody, do umożliwienia realizacji czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2.”;

17) w art. 21:

a) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Plan, w zakresie, o którym mowa w ust. 3 pkt 10, jest aktualizowany co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 30 marca, według danych za rok poprzedni.”,

b) w ust. 3:

- uchyla się pkt 1,
- pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu powiadamiania, alarmowania i dysponowania jednostek, o których mowa w art. 15 oraz art. 32 ust. 1, organizacji działań ratowniczych na miejscu zdarzenia, analizy działań ratowniczych oraz organizacji wspólnych ćwiczeń, w szczególności obejmujących przypadki, o których mowa w art. 30 ust. 1;”,

- pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) dane dotyczące:

a) dyspozytorni medycznej, obejmujące:

- lokalizację dyspozytorni medycznej,
- liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko dyspozytora medycznego przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców; do kryterium nie wlicza się stanowiska głównego dyspozytora medycznego,
- sposób współpracy między dyspozytorniami medycznymi,
- liczbę i kwalifikacje zawodowe dyspozytorów medycznych,

b) wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, obejmujące:

- medianę czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
- maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
- średni i maksymalny czas trwania akcji medycznej,
- liczbę wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,

c) granic i symboli rejonów operacyjnych,

- d) liczby pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego oraz izby przyjęć szpitala,
 - e) liczby pacjentów urazowych oraz liczby pacjentów urazowych dziecięcych,
 - f) liczby osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;”,
- dodaje się pkt 11 w brzmieniu:
- „11) sposób organizacji i działania łączności radiowej, w tym z wykorzystaniem przydzielonych numerów identyfikacyjnych zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych, zapewniający sprawną komunikację między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, izbami przyjęć szpitali, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci, jednostkami organizacyjnymi szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15.”,
- c) uchyla się ust. 3a,
 - d) ust. 3b otrzymuje brzmienie:

„3b. Po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń jest możliwe dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10 lit. a tiret drugie, do aktualnych potrzeb systemu.”,
 - e) w ust. 5 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„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, wymaga uzgodnienia z właściwym:

 - a) komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej,
 - b) komendantem wojewódzkim Policji,
 - c) dyrektorem Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa,
 - d) komendantem oddziału Straży Granicznej

– jeżeli jednostki podległe lub nadzorowane przez te organy zostały wpisane do rejestru.”,

f) ust. 8 i 9 otrzymują brzmienie:

„8. Organy jednostek samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze oraz inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu oraz do zaplanowania środków finansowych, o których mowa w art. 46.

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

g) ust. 16 otrzymuje brzmienie:

„16. Ujednolicony tekst planu, w wersji zaktualizowanej, zatwierdzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewoda w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej, z wyłączeniem informacji, o których mowa w ust. 3 pkt 5–11.”,

h) po ust. 16 dodaje się ust. 16a w brzmieniu:

„16a. Informacje, o których mowa w ust. 3 pkt 5–11, stanowią tajemnicę prawnie chronioną i nie podlegają udostępnieniu na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933) oraz nie podlegają udostępnieniu lub przekazywaniu w celu ponownego wykorzystania na podstawie ustawy z dnia 25 lutego 2016 r. o ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego (Dz. U. poz. 352 oraz z 2017 r. poz. 60).”,

i) ust. 17 otrzymuje brzmienie:

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

- 1) szczegółowy zakres danych objętych planem,
- 2) ramowy wzór planu,
- 3) zakres danych podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej

– mając na względzie potrzebę zapewnienia sprawnego planowania i nadzoru nad systemem oraz utrzymania przejrzystości i jednolitej konstrukcji planów tworzonych w poszczególnych województwach.”;

18) uchyla się art. 23;

19) w art. 23a:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Wojewoda prowadzi ewidencję 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. Ewidencja jest prowadzona w systemie teleinformatycznym.”,

b) w ust. 2:

– pkt 4 otrzymuje brzmienie:

„4) numer REGON zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w strukturze którego działa szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;”,

– pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) adres szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;”,

– uchyla się pkt 9,

– pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) identyfikator terytorialny miejscowości lub dzielnicy oraz współrzędne geograficzne lokalizacji szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostek organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„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 3–13.”;

20) w art. 23b wyrazy „art. 17, art. 23 i art. 23a” zastępuje się wyrazami „art. 17 i art. 23a”;

21) art. 24a otrzymuje brzmienie:

„Art. 24a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia:

- 1) nadzoruje System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwany dalej „SWD PRM”;
- 2) określa kierunki rozwoju SWD PRM;
- 3) jest administratorem SWD PRM;
- 4) jest podmiotem odpowiedzialnym za rozbudowę i modyfikacje SWD PRM.

2. Wojewoda zapewnia utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie województwa.

3. Utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części:

- 1) której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) których dysponentami są właściwi wojewodowie.

4. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, minister właściwy do spraw zdrowia powierza dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia może powierzyć, w drodze porozumienia, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych lub Komendantowi Głównemu Policji wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem i funkcjonowaniem SWD PRM, w zakresie zapewnienia utrzymania powierzchni serwerowej.

6. Realizacja zadania, o którym mowa w ust. 5, jest finansowana z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw finansów publicznych lub minister właściwy do spraw wewnętrznych.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje zakupu sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych.

8. Sprzęt, o którym mowa w ust. 7, jest przekazywany przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewodom. Sprzęt przeznaczony do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego wojewodowie przekazują dysponentom zespołów ratownictwa

medycznego w terminie 14 dni od dnia otrzymania tego sprzętu od ministra właściwego do spraw zdrowia.”;

22) art. 24c otrzymuje brzmienie:

„Art. 24c. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia jest administratorem danych w rozumieniu art. 7 pkt 4 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) oraz innych danych uzyskanych w związku z przyjmowaniem oraz obsługą zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z wykorzystaniem SWD PRM.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia upoważnia wojewodę do:

- 1) przetwarzania danych osobowych zgromadzonych w SWD PRM,
 - 2) nadawania i odwoływania upoważnień do przetwarzania danych osobowych zgromadzonych w SWD PRM,
 - 3) nadawania uprawnień w SWD PRM
- w celu i w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań wynikających z przepisów ustawy.

3. Wojewoda upoważnia dysponenta jednostki, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, do:

- 1) przetwarzania danych osobowych zgromadzonych w SWD PRM,
 - 2) nadawania i odwoływania upoważnień do przetwarzania danych osobowych
- w celu i w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań wynikających z przepisów ustawy.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia upoważnia dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia do:

- 1) przetwarzania danych w celu zapewnienia utrzymania, rozbudowy, modyfikacji i obsługi technicznej SWD PRM;
- 2) nadawania i odwoływania upoważnień do przetwarzania danych osobowych w zakresie obejmującym zadania wynikające z administrowania SWD PRM;
- 3) nadawania uprawnień w SWD PRM;
- 4) powierzania przetwarzania danych przetwarzanych w SWD PRM podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań

związanych z utrzymaniem i funkcjonowaniem, rozbudową i modyfikacjami SWD PRM.

5. Podmioty wyspecjalizowane w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, którym powierzono przetwarzanie danych osobowych w SWD PRM, nie mogą powierzać przetwarzania danych innym podmiotom ani udostępniać danych innym podmiotom niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa. W przypadku zaistnienia konieczności udostępnienia danych osobowych podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiot, który udostępnił dane, informuje o tym fakcie podmiot upoważniony na podstawie ust. 4 oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, nie później niż w terminie 3 dni od dnia jego zaistnienia.

6. Podmioty, o których mowa w ust. 2–4, prowadzą ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych, o której mowa w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, którym nadały upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM.

7. W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem przetwarzania danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty wyspecjalizowane w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, są one obowiązane, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem przetwarzania danych, do przekazania przetwarzanych danych administratorowi SWD PRM.”;

23) po art. 24d dodaje się art. 24e–24h w brzmieniu:

„Art. 24e. 1. Dyspozytorzy medyczni, wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego oraz zespoły ratownictwa medycznego wykonują zadania z wykorzystaniem SWD PRM.

2. SWD PRM przetwarza i udostępnia dane:

- 1) dotyczące usługobiorców w rozumieniu art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 tej ustawy;
- 2) obejmujące imiona i nazwiska osób wykonujących wyłącznie zadania kierowców, o których mowa w art. 36 ust. 3;
- 3) obejmujące imiona i nazwiska osób dokonujących zgłoszenia na numer alarmowy, numery ich telefonów oraz stopień pokrewieństwa z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli dotyczy;

- 4) umożliwiające wymianę dokumentów elektronicznych między usługodawcami oraz usługodawcami a płatnikami w rozumieniu odpowiednio art. 2 pkt 9 lit. a i pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

3. Dane, o których mowa w ust. 2, są udostępniane:

- 1) ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 2) wojewodom;
- 3) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
- 4) jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia;
- 5) dysponentom zespołów ratownictwa medycznego;
- 6) Krajowemu Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 1.

4. Do danych, o których mowa w ust. 2, nie stosuje się przepisów art. 24 ust. 1 i art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

5. SWD PRM przekazuje dane, o których mowa w ust. 2, do systemu informacji o ochronie zdrowia, o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

6. W SWD PRM na potrzeby obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach prowadzona jest dokumentacja dyspozytorni medycznej.

7. Do dokumentacji, o której mowa w ust. 6, stosuje się przepisy art. 24 oraz art. 26 ust. 1, 2 i 3 pkt 2, 2a i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

8. Dokumentacja dyspozytorni medycznej jest przechowywana przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu.

9. Wojewoda po upływie terminu, o którym mowa w ust. 8, niszczy dokumentację dyspozytorni medycznej w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjentów, których ta dokumentacja dotyczyła.

10. Administrator SWD PRM po upływie terminu, o którym mowa w ust. 8, niszczy elektroniczną dokumentację dyspozytorni medycznej w SWD PRM w sposób uniemożliwiający identyfikację pacjentów, których ta dokumentacja dotyczyła.

Art. 24f. 1. W ramach SWD PRM zapewnia się rejestrowanie nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego oraz wojewódzkiego

koordynatora ratownictwa medycznego, z wykorzystaniem łączności telefonicznej, i ich przechowywanie przez okres co najmniej 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania.

2. Do nagrań, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 24 oraz art. 26 ust. 1, 2 i 3 pkt 2, 2a i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Administrator SWD PRM niszczy nagrania, o których mowa w ust. 1, po upływie terminu, o którym mowa w ust. 1.

Art. 24g. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) minimalne funkcjonalności SWD PRM,
- 2) sposób utrzymania SWD PRM,
- 3) sposób zarządzania SWD PRM,
- 4) sposób działania systemu w sytuacji awarii SWD PRM,
- 5) minimalne wyposażenie stanowisk pracy SWD PRM w dyspozytorni medycznej, w miejscu stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, w specjalistycznym środku transportu sanitarnego wykorzystywanym przez zespół ratownictwa medycznego i na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego

– mając na uwadze potrzebę zapewnienia sprawnego działania SWD PRM, realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych, zespoły ratownictwa medycznego, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz współpracy SWD PRM z systemem teleinformatycznym w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego.

Art. 24h. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje dokumentacji dyspozytorni medycznej prowadzonej w SWD PRM, mając na uwadze potrzebę zapewnienia sprawnej realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych oraz współpracy SWD PRM z systemem teleinformatycznym w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego.”;

24) po art. 25 dodaje się art. 25a–25c w brzmieniu:

„Art. 25a. 1. Wojewoda tworzy i prowadzi jedną dyspozytornię medyczną w województwie.

2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć i prowadzić dwie dyspozytornie medyczne.

3. Dyspozytornie medyczne działają w sposób zapewniający ich zastępowalność w przypadku miejscowej awarii sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego albo jej przeciążenia, awarii SWD PRM, łączności radiowej lub telefonicznej.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje wytyczne dotyczące sposobu i trybu zastępowalności dyspozytorni medycznych i przekazuje je wojewodom. Wytyczne stanowią tajemnicę prawnie chronioną i nie podlegają udostępnieniu na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej i nie podlegają udostępnieniu lub przekazywaniu w celu ponownego wykorzystania na podstawie ustawy z dnia 25 lutego 2016 r. o ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego.

5. Dyspozytornie medyczne mają obowiązek stosowania wytycznych, o których mowa w ust. 4.

Art. 25b. 1. Wojewoda zatrudnia na podstawie stosunku pracy osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej, zwaną dalej „kierownikiem dyspozytorni”.

2. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która:

- 1) ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej pięcioletnie doświadczenie w zakresie realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego;
- 2) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

3. Do zadań kierownika dyspozytorni należy:

- 1) opracowanie szczegółowego sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej, z uwzględnieniem zapewnienia ciągłości jej funkcjonowania oraz organizacji pracy dyspozytorów medycznych;
- 2) opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych na podstawie wytycznych, o których mowa w art. 25a ust. 4;

- 3) przygotowanie, weryfikacja i aktualizacja wykazów i opracowań niezbędnych podczas realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych;
- 4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych;
- 5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego, uwzględniającego kryteria oceny pracy dyspozytora medycznego, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 5.

4. Wojewoda może zatrudnić na podstawie stosunku pracy zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być osoba, która:

- 1) ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej trzyletnie doświadczenie w realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego;
- 2) nie była skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

5. Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i centrami powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, w celu podjęcia działań ratowniczych w związku z realizacją zadań dyspozytora medycznego, przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego i sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych w rozumieniu odpowiednio art. 2 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, na potrzeby przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach oraz zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego przez dyspozytora medycznego.

6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, organizację, sposób funkcjonowania oraz elementy techniczne dyspozytorni medycznej, biorąc pod uwagę podział zadań między dyspozytorami medycznymi oraz zapewnienie

możliwie najkrótszego czasu oczekiwania na odbiór przez dyspozytora medycznego zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu.

Art. 25c. 1. Wojewoda zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres co najmniej 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku:

- 1) dyspozytora medycznego,
- 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego

– z wykorzystaniem łączności radiowej.

2. Do nagrań, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 24 oraz art. 26 ust. 1, 2 i 3 pkt 2, 2a i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

3. Wojewoda niszczy nagrania, o których mowa w ust. 1, po upływie terminu, o którym mowa w ust. 1.”;

25) w art. 26:

- a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Dyspozytor medyczny wykonuje zadania w ramach stosunku pracy:

- 1) w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego związanym z dysponowaniem i koordynacją działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego oraz innych statków powietrznych będących na wyposażeniu podmiotu, w tym lotniczego zespołu transportu sanitarnego;
- 2) na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie.”,

- b) w ust. 2:

– pkt 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2) posiada wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;

3) posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie 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;”,

– dodaje się pkt 4 i 5 w brzmieniu:

„4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu;

5) ukończyła kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. b, oraz realizuje obowiązek indywidualnego rozwoju zawodowego.”,

c) po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2e w brzmieniu:

„2a. W celu zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania dyspozytorni medycznej, wojewoda wyznacza spośród zatrudnionych dyspozytorów medycznych osoby zapewniające całodobową obsadę stanowiska głównego dyspozytora medycznego oraz jego zastępcy.

2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być osoba, która:

- 1) spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 2, 4 i 5;
- 2) przez okres co najmniej 5 lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.

2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być osoba, która:

- 1) spełnia wymagania, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 2, 4 i 5;
- 2) przez okres co najmniej 3 lat w okresie ostatnich 4 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.

2d. Do zadań głównego dyspozytora medycznego należy:

- 1) koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznej;
- 2) współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego;
- 3) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych w obrębie jednej dyspozytorni medycznej;
- 4) bieżąca analiza zadań realizowanych przez dyspozytorów medycznych;
- 5) bieżąca analiza optymalnego wykorzystania zespołów ratownictwa medycznego;
- 6) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy;
- 7) przygotowywanie raportu dobowego z pracy dyspozytorni medycznej.

2e. Główny dyspozytor medyczny wykonuje zadania, o których mowa w ust. 2d, przy pomocy zastępcy.”,

d) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Dyspozytor medyczny ma prawo i obowiązek:

- 1) indywidualnego rozwoju zawodowego przez aktualizację wiedzy i umiejętności w ramach kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. c;
- 2) brać udział w szkoleniach, o których mowa w art. 26a ust. 4 pkt 3.”,

e) uchyla się ust. 3a–5,

f) dodaje się ust. 6 i 7 w brzmieniu:

„6. Informację o przebiegu indywidualnego rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 1, przekazuje wojewodzie za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

7. Informacja, o której mowa w ust. 6, zawiera:

- 1) imię i nazwisko dyspozytora medycznego;
- 2) oznaczenie urzędu wojewódzkiego;
- 3) datę rozpoczęcia okresu edukacyjnego;
- 4) dane dotyczące indywidualnego rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego:
 - a) czas trwania kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. c, i jego temat,
 - b) podpis organizatora kształcenia.”;

26) po art. 26 dodaje się art. 26a i art. 26b w brzmieniu:

„Art. 26a. 1. Wojewoda zapewnia dostęp do wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych realizowanego przez psychologów zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w urzędzie wojewódzkim.

2. Wsparcia psychologicznego udziela dyspozytorowi medycznemu osoba, która spełnia następujące wymagania:

- 1) ukończyła pięcioletnie jednolite studia magisterskie na kierunku psychologia;

- 2) posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie zawodowe, w tym:
 - a) co najmniej dwa lata doświadczenia w interwencji kryzysowej lub w pracy polegającej na udzielaniu wsparcia osobom wykonującym zawód medyczny lub
 - b) co najmniej trzy lata doświadczenia w pracy w Policji, wojsku lub w Państwowej Straży Pożarnej na stanowisku psychologa.

3. Wsparcie psychologiczne udzielane dyspozytorowi medycznemu ma na celu:

- 1) zapobieganie konsekwencjom zdrowotnym stresu zawodowego;
- 2) zwiększenie efektywności realizacji zadań przez dyspozytora medycznego.

4. Zadania psychologa w ramach wsparcia psychologicznego obejmują:

- 1) udział w procedurze rekrutacji przez weryfikację umiejętności radzenia sobie ze stresem, stabilności emocjonalnej, odporności psychicznej oraz innych niezbędnych z punktu widzenia specyfiki pracy kompetencji psychologicznych osób ubiegających się o stanowisko dyspozytora medycznego;
- 2) prewencję skutków stresorów zawodowych;
- 3) szkolenia doskonalące dla dyspozytorów medycznych oraz kierownika dyspozytorni medycznej i zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej, w zakresie kompetencji psychologicznych zapobiegających stresowi na stanowisku pracy oraz służących wypracowaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem zawodowym;
- 4) poradnictwo i pomoc psychologiczną w zakresie problemów psychologicznych wpływających na dobrostan psychiczny dyspozytora medycznego;
- 5) interwencje psychologiczne w sytuacjach kryzysowych.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres zadań psychologa w ramach wsparcia psychologicznego, biorąc pod uwagę konieczność zapobiegania skutkom psychicznym stresu zawodowego oraz traumatycznego, umożliwienie sprawnego podejmowania decyzji przez dyspozytorów medycznych przez ograniczanie wpływu stresu na proces decyzyjny, a także diagnozowanie i zapobieganie występowaniu objawów wypalenia zawodowego wśród dyspozytorów medycznych.

Art. 26b. 1. Pracodawcą dyspozytorów medycznych i psychologów, o których mowa odpowiednio w art. 26 i art. 26a ust. 1, jest urząd wojewódzki.

2. Wojewoda wykonuje czynności pracodawcy w stosunku do dyspozytorów medycznych i psychologów, o których mowa odpowiednio w art. 26 i art. 26a ust. 1.”;

27) w art. 27:

a) w ust. 1:

– pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5 oraz z uwzględnieniem algorytmu zbierania wywiadu medycznego, o którym mowa w ust. 6;”,

– pkt 3 i 4 otrzymuje brzmienie:

„3) przekazywanie kierującemu akcją medyczną 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 wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego;”,

– w pkt 7 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 8 w brzmieniu:

„8) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2017 r. poz. 209 i 1566).”,

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

„1c. Do dyspozytorów medycznych zatrudnionych w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w art. 26 ust. 1 pkt 1, nie stosuje się ust. 1 pkt 2 i 4.”,

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

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

d) w ust. 3 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego w celu sprawnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych, ich prowadzenia i zapewnienia kierowania tymi czynnościami:”,

e) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

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

1) przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego,

2) dysponowania zespołami ratownictwa medycznego

– mając na względzie potrzebę jak najszybszego ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu oraz zapewnienia odpowiedniego sposobu obsługi tego zgłoszenia lub powiadomienia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia właściwego zespołu ratownictwa medycznego.”,

f) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii ekspertów właściwych w zakresie medycyny ratunkowej i ratownictwa medycznego, ogłasza w drodze obwieszczenia, algorytm zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego, stanowiący zbiór pytań kierowanych do osoby dokonującej zgłoszenia, opracowany z uwzględnieniem ramowych procedur, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 5, zgodnie z aktualną wiedzą w zakresie medycyny ratunkowej.”;

28) po art. 27 dodaje się art. 27a i art. 27b w brzmieniu:

„Art. 27a. 1. Dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia tworzy komórkę organizacyjną pod nazwą „Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego”, zwaną dalej „KCMRM”.

2. Do zadań KCMRM należy:

1) realizowanie zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie rozbudowy i modyfikacji SWD PRM;

2) realizowanie zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie administrowania SWD PRM;

- 3) opracowywanie na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia opisów przedmiotu zamówienia oraz specyfikacji istotnych warunków zamówienia do postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu do obsługi SWD PRM;
- 4) uczestniczenie w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych;
- 5) opracowanie kryteriów oceny pracy dyspozytora medycznego;
- 6) monitorowanie przebiegu akcji medycznej w zdarzeniu, którego skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób;
- 7) przygotowywanie i prowadzenie:
 - a) kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego,
 - b) kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego,
 - c) kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, odbywanego w ramach rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego;
- 8) opracowywanie testów do wstępnej kwalifikacji kandydatów ubiegających się o zatrudnienie na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.

3. Finansowanie zadań KCMRM, o których mowa w ust. 2:

- 1) pkt 1,
- 2) pkt 2,
- 3) pkt 3–6,
- 4) pkt 7 i 8

– odbywa się z dotacji celowej, z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

4. Finansowanie wydatków inwestycyjnych związanych w szczególności z budową i wyposażeniem KCMRM odbywa się z dotacji celowej, z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Art. 27b. 1. Kursy, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7, odbywają się na podstawie programu, który zawiera:

- 1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj i cel kształcenia oraz czas jego trwania;
- 2) plan nauczania;
- 3) wykaz umiejętności wynikowych;
- 4) szczegółowy program kursów;
- 5) wskazówki metodyczne.

2. Ukończenie kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego ma na celu uzyskanie umiejętności niezbędnych do realizacji przez dyspozytora medycznego zadań, o których mowa w art. 27 ust. 1.

3. Ukończenie kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego ma na celu aktualizację i doskonalenie posiadanych umiejętności umożliwiających realizację przez dyspozytora medycznego zadań, o których mowa w art. 27 ust. 1.

4. Ukończenie kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego ma na celu uzyskanie niezbędnych umiejętności do realizacji przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego zadań, o których mowa w art. 29 ust. 5.

5. Programy kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7, opracowuje i aktualizuje, zgodnie z postępem wiedzy, zespół ekspertów powołany przez KCMRM spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym w zakresie medycyny ratunkowej, ratownictwa medycznego i powiadamiania ratunkowego.

6. KCMRM przedstawia do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia opracowane lub zaktualizowane programy kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7.

7. KCMRM podaje do publicznej wiadomości zatwierdzone programy kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7, przez ich publikację na swojej stronie internetowej.

8. Nadzór nad realizacją kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7, sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia w zakresie:

- 1) zgodności realizacji zajęć z programami kursów;
- 2) prawidłowości prowadzonej dokumentacji przebiegu kursów;
- 3) zapewnienia odpowiedniej jakości kursów;

- 4) osiągnięcia oczekiwanych wyników kształcenia;
- 5) sposobu sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych;
- 6) określania praw i obowiązków uczestników kursów;
- 7) ustalenia zakresu obowiązków kadry dydaktycznej;
- 8) przeprowadzenia weryfikacji kwalifikacji kadry dydaktycznej;
- 9) sposobu oceny organizacji i przebiegu kursów przez jego uczestników.

9. Wojewoda, w terminie do dnia 15 października każdego roku, powiadamia KCMRM o liczbie uczestników, którzy zostaną w roku następnym skierowani na kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.

10. Do dnia 20 listopada każdego roku KCMRM informuje wojewodę, o którym mowa w ust. 9, o terminie kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego w roku kolejnym.

11. Wojewoda, o którym mowa w ust. 9, przekazuje KCMRM listę uczestników kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego zawierającą:

- 1) imię i nazwisko uczestnika,
- 2) numer telefonu kontaktowego uczestnika,
- 3) adres poczty elektronicznej uczestnika

– nie później niż na 20 dni przed planowanym dniem rozpoczęcia tego kursu.

12. Wojewoda, o którym mowa w ust. 9, przekazuje uczestnikowi kursu informację o terminie i miejscu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.

13. Informacje, o których mowa w ust. 9–12, są przekazywane za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

14. Kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego kończy się egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem kursu. W przypadku gdy osoba zdająca nie zda egzaminu lub nie przystąpi do niego, z ważnych przyczyn losowych, może ona przystąpić do egzaminu w następnym terminie, nie więcej jednak niż 1 raz.

15. Do egzaminu, o którym mowa w ust. 14, może przystąpić osoba, która uczestniczyła we wszystkich zajęciach teoretycznych i praktycznych objętych programem kursu uprawniającego do pracy dyspozytora medycznego.

16. Egzamin, o którym mowa w ust. 14, składa się z części teoretycznej i praktycznej.

17. Miejsce i termin egzaminu, o którym mowa w ust. 14, ustala KCMRM.

18. Egzamin, o którym mowa w ust. 14, jest przeprowadzany przez komisję składającą się z:

- 1) konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej lub wskazanego przez niego lekarza systemu jako przewodniczącego;
- 2) przedstawiciela KCMRM;
- 3) jednej z osób prowadzących zajęcia na kursie uprawniającym do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.

19. Członków komisji, o której mowa w ust. 18, powołuje i odwołuje dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

20. Do składu komisji, o której mowa w ust. 18, nie może być powołana osoba, która jest małżonkiem, krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie osoby zdającej egzamin.

21. Do kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego przepisy ust. 9–20 stosuje się odpowiednio.

22. Dyspozytor medyczny i wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego przedstawiają wojewodzie, do wglądu, zaświadczenia o ukończeniu kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7, w terminie 30 dni od dnia wydania zaświadczenia.

23. Zaświadczenia o ukończeniu kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7, są przekazywane osobom, które odbyły kursy i zdały egzamin z wynikiem pozytywnym, przez KCMRM w postaci elektronicznej i są ważne przez okres 3 lat od dnia ich wydania.

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

- 1) ramowe programy kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7,
- 2) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
- 3) szczegółowy sposób przeprowadzania egzaminów kończących kursy, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7,
- 4) wzory zaświadczeń o ukończeniu kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 – mając na uwadze zapewnienie odpowiedniego indywidualnego rozwoju zawodowego, jednolitości odbywania kursów, szybkości i jednolitości postępowania oraz przygotowania do pracy na stanowiskach dyspozytora medycznego i wojewódzkiego

koordynatora ratownictwa medycznego, a także jednolitych standardów postępowania dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, przestrzegania obowiązujących procedur oraz przejrzystości dokumentowania i zatwierdzania realizacji obowiązku indywidualnego rozwoju zawodowego.”;

29) art. 29 otrzymuje brzmienie:

„Art. 29. 1. W urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, zatrudnieni przez wojewodę na podstawie stosunku pracy, w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 3.

2. Pracodawcą dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego jest urząd wojewódzki.

3. Wojewoda wykonuje czynności pracodawcy w stosunku do wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.

4. Działalność wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa z części, której dysponentem jest wojewoda.

5. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy:

- 1) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą;
- 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) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego;
- 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego;
- 5) współpraca z KCMRM oraz innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego;
- 6) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.

6. Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być:

- 1) lekarz systemu lub

2) ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, którzy ukończyli studia drugiego stopnia i posiadają co najmniej czteroletnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego

– posiadający ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

7. Zadania wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, o których mowa w ust. 5, uwzględniają postanowienia umów międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego.

8. Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 5, może żądać od kierownika podmiotu leczniczego lub osoby go zastępującej informacji dotyczących funkcjonowania podmiotu leczniczego, w skład którego wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1, oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, o której mowa w art. 32 ust. 2.

9. Kierownik podmiotu leczniczego lub osoby go zastępujące są obowiązane, bez zbędnej zwłoki, udzielać, na żądanie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, informacji dotyczących funkcjonowania podmiotu leczniczego.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, kierując się koniecznością zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w ust. 5.”;

30) w art. 30:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu odpowiednio art. 3 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1897) lub gdy w ocenie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, koordynator ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, działających na obszarze danego województwa.”,

b) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Wojewoda może upoważnić wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do wydawania decyzji, o których mowa w ust. 2.”;

31) art. 31 otrzymuje brzmienie:

„Art. 31. 1. Wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli działalności:

- 1) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9, pod względem spełniania wymagań określonych w art. 17 ust. 1a;
- 2) dysponentów jednostek działających na obszarze województwa, pod względem medycznym oraz zgodności z prawem;
- 3) podmiotów prowadzących kursy, pod względem spełniania wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 13 ust. 8 pkt 1 i 3;
- 4) podmiotów prowadzących kursy doskonalące ratowników medycznych pod względem spełniania wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 12e.

2. Do przeprowadzania kontroli, o której mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio art. 122 ust. 1–5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisy wydane na podstawie art. 122 ust. 6 tej ustawy.”;

32) w art. 32 w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, wchodzące w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub publicznej uczelni medycznej”;

33) w art. 36 dodaje się ust. 4 i 5 w brzmieniu:

„4. Kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest lekarz systemu.

5. Kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, może być osoba będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego, wskazana przez dysponenta jednostki.”;

34) w art. 38:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Oznaczenia systemu używają jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1.”;

- b) w ust. 3 w pkt 2 lit. b otrzymuje brzmienie:
„b) kierującego akcją medyczną, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 9,”;
- 35) tytuł rozdziału 5 otrzymuje brzmienie:
„Akcja medyczna”;
- 36) w art. 40 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
„1. Akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego.”;
- 37) art. 41 otrzymuje brzmienie:
„Art. 41. 1. Kierującym akcją medyczną jest kierownik zespołu ratownictwa medycznego.
2. W przypadku gdy do zdarzenia został zadysponowany więcej niż jeden zespół ratownictwa medycznego, dyspozytor medyczny wyznacza kierującego akcją medyczną spośród kierowników zespołów ratownictwa medycznego zadysponowanych na miejsce zdarzenia.
3. Podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kierujący akcją medyczną pozostaje w stałym kontakcie z dyspozytorem medycznym, wskazanym przez głównego dyspozytora medycznego, lub z głównym dyspozytorem medycznym.
4. Do zadań kierującego akcją medyczną należy:
1) w przypadku nieobecności na miejscu zdarzenia podmiotów krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, dokonanie weryfikacji warunków panujących na miejscu zdarzenia ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń panujących na miejscu zdarzenia;
2) koordynowanie działań realizowanych przez osoby wykonujące medyczne czynności ratunkowe oraz udzielające kwalifikowanej pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia;
3) współpraca z dyspozytorem medycznym w zakresie ustalania kierunku transportu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z miejsca zdarzenia oraz zapotrzebowania na zespoły ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia;
4) współpraca z kierującym działaniem ratowniczym, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej;

- 5) współpraca z koordynatorem zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1160);
 - 6) współpraca z kierującym działaniami antyterrorystycznymi, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o działaniach antyterrorystycznych (Dz. U. poz. 904 i 1948).”;
- 38) w art. 42:
- a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kierujący akcją medyczną koordynuje medyczne czynności ratunkowe i wspomaga kierującego działaniem ratowniczym.”,
 - b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. W sytuacji wystąpienia zdarzeń o charakterze terrorystycznym w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o działaniach antyterrorystycznych, kierujący akcją medyczną koordynuje medyczne czynności ratunkowe i wspomaga zarządzającego pozostałymi czynnościami na miejscu zdarzenia o charakterze terrorystycznym.”;
- 39) w art. 43 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „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 akcją medyczną, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej.”;
- 40) w art. 44 ust. 1 otrzymuje brzmienie:
- „1. Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.”;

41) w art. 45 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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 wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza obszar działania dyspozytorni medycznej, transport koordynuje wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego.”;

42) w art. 46:

a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Koszty funkcjonowania dyspozytorni medycznej oraz wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.”,

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Kalkulacji rocznych kosztów finansowania dyspozytorni medycznej dokonuje się z uwzględnieniem kryterium, o którym mowa w art. 21 ust. 3 pkt 10 lit. a tiret drugie, z podziałem na:

- 1) koszty osobowe;
- 2) koszty eksploatacyjne;
- 3) koszty administracyjno-gospodarcze;
- 4) odpis amortyzacyjny z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych zakupionych z budżetu ministra właściwego do spraw zdrowia.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Wojewodowie, do dnia 15 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania:

- 1) zespołów ratownictwa medycznego,
- 2) wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych,
- 3) dyspozytorni medycznych

– z wyodrębnieniem środków na realizację umów międzynarodowych dotyczących współpracy transgranicznej w zakresie ratownictwa medycznego – w przypadku realizowania przez zespoły ratownictwa medycznego w danym województwie tych umów.”;

43) w art. 48:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana w formie dotacji podmiotowej z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.”,

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.”,

c) uchyla się ust. 6–8,

d) ust. 9 i 10 otrzymują brzmienie:

„9. Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego mogą wykonywać zadania ratownicze w ramach służby poszukiwania i ratownictwa lotniczego (ASAR).

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

44) w art. 49 po ust. 5 dodaje się ust. 5a w brzmieniu:

„5a. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym.”;

45) w art. 57 w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) specjalizację lub tytuł specjalisty albo który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne co najmniej po drugim roku odbywania specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, albo”.

Art. 2. W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, 2110 i 2217) w art. 161d:

1) ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) w formie dotacji podmiotowej z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, w zakresie, o którym mowa w ust. 4;”;

2) ust. 6 otrzymuje brzmienie:

„6. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a podmiotem leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów transportu sanitarnego.”;

3) uchyla się ust. 7–9.

Art. 3. W ustawie z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2183 i 2201) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 9b po ust. 1a dodaje się ust. 1b w brzmieniu:

„1b. Minister właściwy do spraw szkolnictwa w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standardy kształcenia na kierunku ratownictwo medyczne, uwzględniając wymogi dotyczące kształcenia i szkolenia przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego.”;

2) w art. 167 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Datą ukończenia studiów jest data złożenia egzaminu dyplomowego, w przypadku kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i weterynarii – data złożenia ostatniego wymaganego planem studiów egzaminu, a w przypadku kierunku farmacja oraz kierunku związanego z kształceniem w zakresie fizjoterapii – data zaliczenia ostatniej, przewidzianej w planie studiów praktyki.”.

Art. 4. W ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 656 oraz z 2017 r. poz. 1566) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 pkt 5 otrzymuje brzmienie:

„5) ratownika wodnym – rozumie się przez to osobę posiadającą wiedzę i umiejętności z zakresu ratownictwa wodnego i technik pływackich oraz inne kwalifikacje przydatne w ratownictwie wodnym i spełniającą wymagania określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 i ...) dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu, ratownika medycznego realizujących doskonalenie zawodowe lub ratownika, zatrudnioną lub pełniącą służbę w podmiocie uprawnionym do wykonywania ratownictwa wodnego lub będącą członkiem tego podmiotu;”;

2) w art. 12:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ratownictwo wodne mogą wykonywać podmioty, które uzyskały zgodę ministra właściwego do spraw wewnętrznych na wykonywanie ratownictwa wodnego oraz wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwane dalej „podmiotami uprawnionymi do wykonywania ratownictwa wodnego”.”,

b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. Decyzja, o której mowa w ust. 2, wygasa, jeżeli podmiot uprawniony do wykonywania ratownictwa wodnego, który uzyskał zgodę, o której mowa w ust. 1, w terminie 6 miesięcy od dnia jej wydania nie został wpisany do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”,

c) w ust. 5 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) cofa zgodę, o której mowa w ust. 1, jeżeli podmiot uprawniony do wykonywania ratownictwa wodnego, któremu taka zgoda została udzielona, przestał spełniać warunki, o których mowa w ust. 2, lub został wykreślony z rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo

Medyczne, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub”,

d) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Minister właściwy do spraw wewnętrznych zawiadamia wojewodę właściwego do dokonania wpisu do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, o cofnięciu zgody, o której mowa w ust. 1.”;

3) uchyla się art. 19.

Art. 5. W ustawie 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) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 2 pkt 9 i 10 otrzymują brzmienie:

„9) ratownika górskim – rozumie się przez to osobę posiadającą uprawnienia ratownicze lub instruktorskie w zakresie ratownictwa górskiego oraz specjalistyczną wiedzę z zakresu technik ratownictwa górskiego i topografii obszaru, na którym działa dany podmiot uprawniony do wykonywania ratownictwa górskiego, i spełniającą wymagania określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 i ...) dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu, ratownika medycznego realizujących doskonalenie zawodowe lub ratownika, zatrudnioną lub pełniącą służbę w tym podmiocie lub będącą członkiem tego podmiotu;

10) ratownika narciarskim – rozumie się przez to osobę, która ukończyła szkolenie w zakresie transportu osób potrzebujących pomocy na zorganizowanych terenach narciarskich, organizowane przez podmiot uprawniony do wykonywania ratownictwa górskiego i spełniającą wymagania określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu, ratownika medycznego realizujących doskonalenie zawodowe lub ratownika;”;

2) w art. 5:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Ratownictwo górskie mogą wykonywać podmioty, które uzyskały zgodę ministra właściwego do spraw wewnętrznych na wykonywanie ratownictwa

górskiego oraz wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwane dalej „podmiotami uprawnionymi do wykonywania ratownictwa górskiego”.

b) po ust. 3 dodaje się ust. 3a w brzmieniu:

„3a. Decyzja, o której mowa w ust. 2, wygasa, jeżeli podmiot uprawniony do wykonywania ratownictwa górskiego, który uzyskał zgodę, o której mowa w ust. 1, w terminie 6 miesięcy od dnia jej wydania nie został wpisany do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”

c) w ust. 4 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) cofa zgodę, o której mowa w ust. 1, jeżeli podmiot uprawniony do wykonywania ratownictwa górskiego, któremu taka zgoda została udzielona, przestał spełniać warunki, o których mowa w ust. 2, lub został wykreślony z rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, lub”

d) dodaje się ust. 5 w brzmieniu:

„5. Minister właściwy do spraw wewnętrznych zawiadamia wojewodę właściwego do dokonania wpisu do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o którym mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, o cofnięciu zgody, o której mowa w ust. 1.”

3) uchyla się art. 12.

Art. 6. W ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1635, z 2014 r. poz. 1877 i 1915 oraz z 2017 r. poz. 60) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 19 w ust. 2 w pkt 2 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 3 w brzmieniu:

„3) podłączenie urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia do sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych oraz utrzymanie łącza z tą siecią.”

2) w art. 35:

a) w ust. 1:

- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Maksymalny limit wydatków z budżetu państwa, w częściach ministra właściwego do spraw administracji publicznej, ministra właściwego do spraw finansów publicznych oraz wojewodów w zakresie systemu powiadamiania ratunkowego, będących skutkiem finansowym ustawy, wynosi 692 120 908 zł, z tego:”,
- pkt 5–10 otrzymują brzmienie:
 - „5) w 2018 r. – 78 248 078 zł;
 - 6) w 2019 r. – 88 066 846 zł;
 - 7) w 2020 r. – 68 188 873 zł;
 - 8) w 2021 r. – 69 943 006 zł;
 - 9) w 2022 r. – 71 739 240 zł;
 - 10) w 2023 r. – 73 536 007 zł.”,

b) w ust. 5:

- wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:
„Maksymalny limit wydatków z budżetu państwa, w częściach ministra właściwego do spraw wewnętrznych w zakresie dotyczącym współpracy Policji, Państwowej Straży Pożarnej, dysponentów zespołów ratownictwa medycznego i ministra właściwego do spraw zdrowia z systemem powiadamiania ratunkowego oraz wojewodów w zakresie dotyczącym współpracy Państwowej Straży Pożarnej z systemem powiadamiania ratunkowego, będących skutkiem finansowym ustawy, wynosi 342 993 193 zł, z tego:”,
- pkt 5 otrzymuje brzmienie:
„5) w 2018 r. – 59 303 331 zł;”,
- pkt 8–10 otrzymują brzmienie:
 - „8) w 2021 r. – 36 071 254 zł;
 - 9) w 2022 r. – 36 437 254 zł;
 - 10) w 2023 r. – 36 796 454 zł.”.

Art. 7. 1. Do dnia 31 grudnia 2018 r. minister właściwy do spraw administracji publicznej:

- 1) jest administratorem Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „SWD PRM”;
- 2) finansuje zadania polegające na utrzymaniu i obsłudze technicznej SWD PRM z budżetu państwa, z części, której jest dysponentem;
- 3) nadzoruje SWD PRM.

2. Do dnia 31 grudnia 2018 r. minister właściwy do spraw administracji publicznej w ramach realizacji zadania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zapewnia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dostęp do SWD PRM oraz systemów działających na rzecz tego systemu.

3. Minister właściwy do spraw zdrowia w ramach uprawnień, o których mowa w ust. 2, nie dokonuje zmian w systemach, o których mowa w ust. 2.

Art. 8. 1. Do dnia 31 grudnia 2020 r. dyspozytornia medyczna jest komórką organizacyjną dysponenta zespołów ratownictwa medycznego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych.

2. Do dyspozytorni medycznych, o których mowa w ust. 1, przepisy art. 25a, art. 25b i art. 26 ust. 2a–2e ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, stosuje się odpowiednio, z tym że do dnia 31 grudnia 2020 r. dyspozytorzy medyczni, dyspozytorzy główni i ich zastępcy oraz kierownicy dyspozytorni i ich zastępcy są zatrudniani na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, posiadających w swoich strukturach dyspozytornię medyczną.

3. Z dniem 1 stycznia 2021 r. dyspozytorzy medyczni wykonujący zadania dyspozytora medycznego u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego stają się pracownikami urzędów wojewódzkich, z wyjątkiem dyspozytorów medycznych, którzy nie wyrazili zgody na zmiany w zakresie obowiązujących ich umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego.

4. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego jest obowiązany, w terminie do dnia 30 września 2020 r., zawiadomić na piśmie dyspozytorów medycznych o zmianach, jakie mają nastąpić w zakresie ich umowy na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego.

5. Dyspozytor medyczny może bez wypowiedzenia, za siedmiodniowym wyprzedzeniem, złożyć oświadczenie o rozwiązaniu umowy na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. Termin złożenia tego oświadczenia upływa po siedmiu dniach od dnia poinformowania go o zmianach, o których mowa w ust. 4.

6. Rozwiązanie stosunku pracy w trybie, o którym mowa w ust. 5, powoduje dla pracownika skutki, jakie przepisy prawa pracy wiążą z rozwiązaniem stosunku pracy przez pracodawcę za wypowiedzeniem.

7. Do dnia 31 grudnia 2027 r. dyspozytornie medyczne mogą funkcjonować w liczbie większej niż określona w art. 25a ust. 1 i 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, i w liczbie nie większej niż na dzień wejścia w życie niniejszej ustawy.

Art. 9. Do dnia 31 grudnia 2020 r. wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli podmiotów prowadzących kursy doskonalące dyspozytorów medycznych pod względem spełniania wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 26 ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym.

Art. 10. Osoba zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, niespełniająca wymagania określonego w art. 26 ust. 2 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, może pozostawać na dotychczasowym stanowisku.

Art. 11. W okresie od dnia 1 lipca 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., w celu realizacji zadań polegających na zapewnieniu od dnia 1 stycznia 2019 r. utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM przez ministra właściwego do spraw zdrowia, dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia zatrudnia i przeskala, w zakresie niezbędnym do utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM, pracowników, którzy z dniem 1 stycznia 2019 r. staną się pracownikami Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego.

Art. 12. 1. Do dnia 31 marca 2020 r. minister właściwy do spraw zdrowia przedstawi ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznych w 2021 r.

2. W 2021 r. wysokość środków na zadania zespołów ratownictwa medycznego ulega pomniejszeniu o wysokość środków, o których mowa w ust. 1.

Art. 13. Wpisy do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia 31 grudnia 2018 r.

Art. 14. Zgody ministra właściwego do spraw wewnętrznych na wykonywanie ratownictwa wodnego wydane na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 4, w brzmieniu dotychczasowym, zachowują moc do dnia 31 grudnia 2018 r.

Art. 15. Zgody ministra właściwego do spraw wewnętrznych na wykonywanie ratownictwa górskiego wydane na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy zmienianej w art. 5, w brzmieniu dotychczasowym, zachowują moc do dnia 31 grudnia 2018 r.

Art. 16. 1. Ratownicy medyczni odbywający w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy przeszkolenie na podstawie art. 10h ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu dotychczasowym, odbywają je na dotychczasowych zasadach.

2. Wymaganie, o którym mowa w art. 29 ust. 6 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w zakresie ukończenia kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego stosuje się od dnia 1 lipca 2021 r.

Art. 17. 1. Osoba zatrudniona na stanowisku lekarza koordynatora ratownictwa medycznego w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy może pozostawać na tym stanowisku po tym dniu. Osoba ta ma obowiązek ukończenia kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w terminie do dnia 31 grudnia 2021 r.

2. Wymaganie, o którym mowa w art. 29 ust. 4 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w zakresie ukończenia kursu dla wojewódzkiego koordynatora medycznego stosuje się od dnia 1 lipca 2021 r.

Art. 18. Wojewódzkie plany działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne przyjęte na 2018 r. zachowują ważność i mogą być aktualizowane zgodnie z dotychczasowymi przepisami.

Art. 19. 1. Pierwsze kursy, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, rozpoczynają się po dniu 1 stycznia 2021 r.

2. Dyspozytor medyczny i wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego mają obowiązek przedstawić wojewodzie po raz pierwszy zaświadczenia o ukończeniu kursów,

o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, po dniu 1 stycznia 2022 r.

Art. 20. Do dnia 31 grudnia 2020 r. umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego mogą być zawarte z podmiotami leczniczymi, w skład których wchodzi zespoły ratownictwa medycznego, niebędącymi samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej albo jednostkami budżetowymi, albo spółkami kapitałowymi, w których co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, lub publicznych uczelni medycznych, w przypadku gdy w postępowaniu w sprawie zawarcia tych umów, w rejonie operacyjnym, którego dotyczyło to postępowanie, nie zawarto umów z wystarczającą liczbą dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, w których skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą.

Art. 21. Umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, obowiązują na okres, na jaki zostały zawarte, nie dłużej jednak niż do dnia 30 czerwca 2018 r.

Art. 22. Dotychczasowe przepisy wykonawcze, wydane na podstawie:

- 1) art. 11 ust. 11 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 11 ust. 11 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2019 r.;
- 2) art. 12e ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 12e ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2019 r.;
- 3) art. 24a ust. 5 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 24g ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2018 r.;
- 4) art. 38 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 38 ust. 3 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2019 r.

Art. 23. 1. W latach 2018–2027 maksymalny limit wydatków budżetu państwa będących skutkiem finansowym ustawy w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia wynosi 357 063 tys. zł, z tym że w poszczególnych latach wyniesie odpowiednio w:

- 1) 2018 r. – 8 164 tys. zł;
- 2) 2019 r. – 39 719 tys. zł;
- 3) 2020 r. – 53 860 tys. zł;
- 4) 2021 r. – 37 096 tys. zł;
- 5) 2022 r. – 37 329 tys. zł;
- 6) 2023 r. – 30 804 tys. zł;
- 7) 2024 r. – 31 795 tys. zł;
- 8) 2025 r. – 43 617 tys. zł;
- 9) 2026 r. – 39 602 tys. zł;
- 10) 2027 r. – 35 077 tys. zł.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia monitoruje wykorzystanie rocznych limitów wydatków, o których mowa w ust. 1, i wdraża mechanizmy korygujące, o których mowa w ust. 3.

3. W przypadku gdy wydatki, o których mowa w ust. 1, po pierwszym półroczu danego roku przekroczą 65% limitów przewidzianych na ten rok, wysokość tych wydatków obniża się przez ograniczenie wydatków związanych z:

- 1) zakupem wyposażenia do obsługi SWD PRM;
- 2) szkoleniami użytkowników SWD PRM i pracowników niebędących członkami korpusu służby cywilnej;
- 3) kosztami obsługi serwisu urządzeń mobilnych.

Art. 24. 1. W latach 2018–2027 maksymalny limit wydatków budżetu państwa będących skutkiem finansowym niniejszej ustawy w części pozostającej w dyspozycji wojewodów wynosi 1 312 588 tys. zł, z tym że w poszczególnych latach wyniesie odpowiednio w:

- 1) 2018 r. – 0 zł;
- 2) 2019 r. – 2 434 tys. zł;
- 3) 2020 r. – 2 413 tys. zł;
- 4) 2021 r. – 169 056 tys. zł;
- 5) 2022 r. – 179 205 tys. zł;

- 6) 2023 r. – 184 999 tys. zł;
- 7) 2024 r. – 186 469 tys. zł;
- 8) 2025 r. – 193 914 tys. zł;
- 9) 2026 r. – 193 966 tys. zł;
- 10) 2027 r. – 200 132 tys. zł.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia monitoruje wykorzystanie rocznych limitów wydatków, o których mowa w ust. 1.

3. W przypadku gdy wydatki, o których mowa w ust. 1, po pierwszym półroczu danego roku przekroczą 65% limitów przewidzianych na ten rok, wojewodowie wdrażają mechanizm korygujący polegający na tym, że wysokość wydatków ponoszonych na:

- 1) administratorów wojewódzkich SWD PRM,
- 2) wsparcie psychologiczne dyspozytorów medycznych,
- 3) dyspozytornie medyczne

– obniża się w drugim półroczu o kwotę gwarantującą, że maksymalny limit wydatków, o których mowa w ust. 1, przyjęty na dany rok budżetowy nie zostanie przekroczony.

4. Wojewodowie przekazują ministrowi właściwemu do spraw zdrowia sprawozdania z wykorzystania limitów wydatków, o których mowa w ust. 1, w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po upływie każdego półrocza.

Art. 25. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem:

- 1) art. 1 pkt 2 lit. a, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2018 r.;
- 2) art. 3 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r.;
- 3) art. 1 pkt 21 w zakresie art. 24a ust. 1 pkt 1–3, ust. 3 pkt 1 i ust. 4–6 ustawy zmienianej w art. 1, pkt 22, pkt 23 w zakresie art. 24f ust. 3 i art. 24g ustawy zmienianej w art. 1, pkt 27 lit. a tiret pierwsze, lit. e i f oraz pkt 28 w zakresie art. 27a ust. 2 pkt 2 i ust. 3 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.;
- 4) art. 1 pkt 25 lit. b tiret drugie w zakresie art. 26 ust. 2 pkt 5 ustawy zmienianej w art. 1, lit. d w zakresie art. 26 ust. 3 pkt 1 ustawy zmienianej w art. 1 i lit. e w zakresie uchylenia art. 26 ust. 4 i 5 ustawy zmienianej w art. 1, pkt 28 w zakresie art. 27a ust. 2 pkt 7 i 8 i ust. 3 pkt 4 oraz art. 27b ustawy zmienianej w art. 1 i pkt 42 lit. b i c, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.;
- 5) art. 1 pkt 2 lit. b, pkt 21 w zakresie art. 24a ust. 7 i 8 ustawy zmienianej w art. 1, pkt 23 w zakresie art. 24e ust. 6–10 i art. 24h ustawy zmienianej w art. 1, pkt 24 w zakresie art. 25a ust. 1 i 2 i art. 25c ustawy zmienianej w art. 1, pkt 25 lit. a w zakresie art. 26

ust. 1 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1, lit. d w zakresie art. 26 ust. 3 pkt 2 ustawy zmienianej w art. 1 i lit. f, pkt 26, pkt 28 w zakresie art. 27a ust. 2 pkt 3–6 i ust. 3 pkt 3 ustawy zmienianej w art. 1 oraz pkt 42 lit. a, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, zwany dalej „projektem ustawy”, dokonuje zmiany w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195), zwanej dalej „ustawą o PRM”, w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), w ustawie z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2183 i 2201), w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 656 oraz z 2017 r. poz. 1566), w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. poz. 1241 oraz 2013 r. poz. 7) oraz w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635, z późn. zm.).

Obecnie obowiązująca ustawa o PRM weszła w życie z dniem 1 stycznia 2007 r. Ustawa o PRM reguluje zasady organizacji i funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM), utworzonego w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Projekt ustawy jest wynikiem analizy funkcjonowania systemu PRM w odniesieniu do obszaru dotyczącego funkcjonowania dyspozytorni medycznych, roli dyspozytora medycznego, możliwości zastosowania nowoczesnych technologii teleinformatycznych w obszarze koordynowania działań poszczególnych uczestników akcji medycznej na miejscu zdarzenia i poza nim. W projekcie uwzględniono także zmiany, które zaszły od momentu wejścia w życie ustawy o PRM, w szczególności w zakresie funkcjonowania Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „SWD PRM”, wprowadzonego mocą ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego.

Dyspozytornie medyczne

W związku z przyjętym przez Ministerstwo Zdrowia od 2011 r. kierunkiem zmian w obszarze organizacji systemu powiadamiania ratunkowego do osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, który zakłada koncentrację dyspozytorni

medycznych i tworzenie dużych rejonów operacyjnych, wojewódzkie plany działania systemu PRM już od połowy 2011 r. przewidywały stopniową reorganizację systemu powiadamiania ratunkowego. Na przestrzeni ostatnich 6 lat nastąpiła redukcja liczby dyspozytorni medycznych – z 338 w 2011 r. do 42 na początek IV kwartału 2017 r. Na dzień 1 stycznia 2018 r. w kraju będą działały wyłącznie wielostanowiskowe dyspozytornie medyczne w maksymalnej liczbie – 42 w kraju. Docelowo, tj. od 1 stycznia 2028 r. na każde województwo będzie przypadała jedna dyspozytornia medyczna, z wyłączeniem województw śląskiego i mazowieckiego, gdzie z uwagi na znaczną liczbę mieszkańców przewiduje się po dwie dyspozytornie medyczne. Tworzenie wielostanowiskowych dyspozytorni medycznych poprawia zarządzanie zespołami ratownictwa medycznego (ZRM) i przynosi wymierne korzyści – głównie w postaci skrócenia mediany czasu dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia oraz lepszego ich wykorzystania. Dyspozytornia medyczna, zarządzająca znaczną liczbą ZRM, zdolna do koordynowania akcji medycznej w zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych stanowić ma punkt centralny systemu PRM na terenie województwa. Od dnia 1 stycznia 2021 r. dyspozytornia medyczna będzie komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego, a jej obszar działania pokryje się z granicami rejonu operacyjnego, na który zawierane będą umowy z płatnikiem świadczeń. Zatrudnianie dyspozytorów medycznych u wojewodów na podstawie stosunku pracy wpisuje się w całość działań nakierowanych na stabilizację i zapewnienie ciągłości działania systemu PRM.

W okresie przejściowym, tj. od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2020 r. dyspozytornie medyczne pozostawać będą w strukturach organizacyjnych dysponentów ZRM.

Już od dnia wejścia w życie ustawy dyspozytornie medyczne będą obowiązane do spełnienia wymagań w zakresie struktury organizacyjnej przez powołanie kierownika dyspozytorni medycznej i jego zastępcy (fakultatywnie), głównego dyspozytora medycznego i jego zastępcy oraz przez wprowadzenie podziału dyspozytorów medycznych na przyjmujących zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach oraz dysponujących ZRM na miejsce zdarzenia. Stopniowo zmniejszy się też liczba stanowisk dyspozytorów medycznych, aż do osiągnięcia modelu: jedno stanowisko na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. Powyższe zmiany znajdą swoje odzwierciedlenie w kolejnych aktualizacjach wojewódzkich planów działania systemu PRM. Usytuowanie dyspozytorni medycznych u wojewodów pozwoli na skupienie

w jednym ośrodku decyzyjnym realizacji zadań z obszaru powiadamiania ratunkowego oraz utrzymanie personelu i infrastruktury wykorzystywanej do obsługi SWD PRM. Rozwiązanie to spowoduje uniezależnienie decyzji podejmowanych przez dyspozytorów medycznych od wpływu dysponentów ZRM (przestrzeganie procedur kwalifikacji zgłoszeń, równomierne dysponowanie ZRM bez względu na ich rodzaj, odciążenie dyspozytorów medycznych od zadań związanych z obsługą transportów sanitarnych, zleceń komercyjnych oraz wyjazdów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej).

Projektowana nowelizacja jest zgodna z zaleceniami Najwyższej Izby Kontroli (NIK) opublikowanymi w 2014 r. po kontroli przeprowadzonej w województwie małopolskim. NIK zaleciła wówczas podjęcie działań zmierzających do usytuowania dyspozytorni medycznych w strukturach kontrolowanych przez administrację państwową, co jest szczególnie ważne z uwagi na rolę, jaką dyspozytornie medyczne pełnią podczas akcji medycznych (Informacja o wynikach kontroli z dnia 26 listopada 2014 r. za okres od 2011 r. do 2014 r.).

Przeniesienie dyspozytorni medycznych do urzędów wojewódzkich jest działaniem kompatybilnym z zadaniami sprawowanymi przez wojewodów w zakresie utrzymania ciągłości działania systemu powiadamiania ratunkowego w województwie. SWD PRM jest systemem w dużej mierze zintegrowanym z systemem informatycznym centrów powiadamiania ratunkowego, zaś centra powiadamiania ratunkowego (CPR) są także usytuowane w urzędach wojewódzkich. Ponadto wojewodowie są właścicielami sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM, przekazanego w użyczenie dysponentom ZRM, celem zamontowania go na stanowiskach dyspozytorów medycznych i w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego. Sprzęt ten wykorzystywany będzie również na stanowiskach wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, którzy zastąpią lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego.

Wskazać również należy, iż przejście dyspozytorni medycznych przez wojewodów nie będzie generowało dodatkowych kosztów. Dopuszcza się pozostawienie po 2020 r. dyspozytorni medycznych w dotychczasowych lokalizacjach, tj. u dysponentów ZRM, jednak zatrudnienie dyspozytorów medycznych i kierowników dyspozytorni medycznych będzie obowiązkiem wojewody. Tym samym powstanie możliwość przejęcia dotychczasowej infrastruktury dyspozytorni medycznych, tj. lokali i ich

wyposażenia na podstawie stosownych umów. Jednocześnie dyspozytorzy medyczni zatrudnieni przez wojewodę nie będą członkami korpusu służby cywilnej.

NIK zaleciła ponadto wprowadzenie jednolitego w skali kraju systemu informatycznego, zapewniającego współpracę między województwami w zakresie dysponowania ZRM. Prowadzone od czerwca 2016 r. działania polegające na uruchomieniu SWD PRM na terenie całego kraju spowodowały, że wg stanu na dzień 31 października 2017 r. w oparciu o SWD PRM działają 42 dyspozytornie medyczne, które będą mogły funkcjonować po dniu 1 stycznia 2018 r., o ile spełnią wymogi w zakresie organizacji dyspozytorni medycznej. W tym celu stosuje się do nich odpowiednio przepisy art. 25a, art. 25b i art. 26 ust. 2a–2e ustawy o PRM w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą, z tym, że do dnia 31 grudnia 2020 r. dyspozytorzy medyczni, dyspozytorzy główni i ich zastępcy oraz kierownicy dyspozytorni i ich zastępcy są zatrudniani na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, posiadających w swoich strukturach dyspozytornię medyczną. W związku z tym przepisy art. 25b ustawy o PRM w brzmieniu nadanym projektowaną ustawą wchodzi w życie tak jak cała projektowana ustawa – po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Nowe rozwiązania pozwolą na udoskonalenie sposobu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych, przekazywanych z CPR oraz powiadomień o zdarzeniach, kierowanych bez pośrednictwa CPR na numer alarmowy 999, a także zabezpieczą od strony logistycznej sprawne działania jednostek systemu PRM. Dodatkowo implementacja SWD PRM przyczyni się do ujednolicenia podziału zadań w ramach struktury organizacyjnej dyspozytorni medycznych oraz zapewni ich zastępowalność na wypadek nagromadzenia zwiększonej liczby zgłoszeń na poszczególnych stanowiskach dyspozytorów medycznych, długiego czasu oczekiwania na przyjęcie zgłoszenia telefonicznego, a także na okoliczność awarii.

Realizacja wskazanych założeń ma za zadanie poprawić zarządzanie informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, zapewnić sprawne przekazywanie danych między służbami ratownictwa i porządku publicznego, a także przyczynić się do rozwoju systemu PRM w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne. Zastosowanie takich rozwiązań powoduje, że do zdarzenia dysponowany jest ten ZRM, który znajduje się w danym momencie najbliższej miejsca zdarzenia. Dyspozytornie medyczne będą kierować ruchem ZRM na całym przypisanym im terenie, co zmniejszy kolejkę oczekujących na zadysponowanie ZRM. Regulacje zawarte w projekcie ustawy

umożliwią również współpracę i wymianę informacji między dyspozytorem medycznym, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, a także CPR oraz centrami zarządzania kryzysowego. Usprawni to podejmowanie decyzji, w szczególności w sytuacjach kryzysowych, np. związanych z zagrożeniem terrorystycznym oraz w zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych.

Wojewoda będzie zapewniał dostęp do wsparcia psychologicznego na rzecz dyspozytorów medycznych. Zakres zadań psychologów realizowanych w ramach wsparcia psychologicznego zostanie uregulowany w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia i obejmie opiekę psychologiczną na rzecz całej grupy dyspozytorów medycznych – przez udział w procesie rekrutacji dyspozytorów medycznych, profilaktykę psychotraumy i pomoc psychologiczną po zdarzeniu. Wsparcie psychologiczne dyspozytorów medycznych będzie realizowane przez psychologów zatrudnionych przez wojewodów na podstawie stosunku pracy od 1 stycznia 2021 r. Wsparcie psychologiczne dyspozytorów medycznych będzie realizowane przez osobę będącą psychologiem, która ukończyła pięcioletnie jednolite studia na kierunku psychologia oraz legitymuje się co najmniej pięcioletnim doświadczeniem, w tym doświadczeniem w interwencji kryzysowej lub w pracy polegającej na udzielaniu wsparcia pracownikom medycznym, funkcjonariuszom Policji, wojska lub Państwowej Straży Pożarnej.

SWD PRM

Obecnie ustawa o PRM wskazuje ministra właściwego do spraw administracji publicznej jako organ zobowiązany do zapewnienia utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM. Celowym jest jednak przejęcie przez ministra właściwego do spraw zdrowia całości zadań z zakresu zapewnienia narzędzi teleinformatycznych do odbioru oraz obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych w systemie PRM. Pozostawienie obecnego nadzoru nad SWD PRM ministrowi właściwemu do spraw administracji publicznej powoduje brak pełnego nadzoru nad systemem PRM ze strony ministra właściwego do spraw zdrowia. Z uwagi na kluczową rolę, jaką powinien odgrywać SWD PRM w systemie PRM, obecna sytuacja, w której minister właściwy do spraw zdrowia ma bardzo ograniczony wpływ na wdrażanie SWD PRM, jego utrzymanie i rozwój, jest niekorzystna i pozostaje – do pewnego stopnia –

w sprzeczności z art. 19 ust. 1 ustawy o PRM, zgodnie z którym to minister właściwy do spraw zdrowia jest odpowiedzialny za nadzór nad systemem PRM na terenie kraju.

Podkreślenia wymaga, że SWD PRM jest systemem rozbudowanym, który już na obecnym etapie, oprócz swych podstawowych funkcji związanych z obsługą zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, zapewnia także takie funkcje, jak: prowadzenie i przetwarzanie dokumentacji medycznej, archiwizację zgłoszeń, sporządzanie raportów z działalności dyspozytorni medycznych i ZRM, układanie grafików pracy. Docelowo ma również obejmować moduł rozliczeń z płatnikiem świadczeń, moduł apteczny oraz moduł do obsługi zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych, a także łączność ze szpitalami w celu zapewnienia ciągłości leczenia osób przewożonych z miejsca zdarzenia. Obecnie poszczególne moduły SWD PRM dostępne są: na stanowiskach dyspozytorów medycznych, w miejscach stacjonowania ZRM, w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez ZRM oraz na stanowiskach lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego. Docelowo SWD PRM wykorzystywany będzie również przez lotnicze ZRM funkcjonujące w strukturze Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

W zakresie monitorowania realizacji świadczeń ratowniczych dostęp do SWD PRM będą mieli minister właściwy do spraw zdrowia, wojewodowie i płatnik świadczeń. Minister właściwy do spraw zdrowia pełnić będzie rolę administratora danych przetwarzanych w SWD PRM oraz zobowiązany zostanie do nadzorowania SWD PRM i określania kierunków jego rozwoju. Zapewnienie rozwoju SWD PRM stanowi nowe zadanie, dotychczas nierealizowane przez ministra właściwego do spraw administracji publicznej, ani przez żaden inny podmiot. Zakres zadań nałożonych na ministra właściwego do spraw zdrowia wymaga powołania w Ministerstwie Zdrowia, w departamencie właściwym w zakresie ratownictwa medycznego, wydziału do spraw SWD PRM. Wydział ten będzie realizował zadania polegające na:

- 1) wskazywaniu kierunków rozwoju SWD PRM,
- 2) pełnieniu roli administratora danych przetwarzanych w SWD PRM,
- 3) pełnieniu roli głównego użytkownika SWD PRM,
- 4) wsparciu merytorycznym wojewodów, pracowników Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „KCMRM” i personelu dyspozytorni medycznych,
- 5) powierzaniu, nadzorze i rozliczaniu zadań wykonywanych przez KCMRM,

- 6) przygotowaniu przepisów regulujących funkcjonowanie SWD PRM i dyspozytorni medycznych,
- 7) udziale w opracowywaniu algorytmów zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytorów medycznych,
- 8) diagnozowaniu konieczności aktualizacji poszczególnych modułów SWD PRM,
- 9) monitorowaniu wydatków ponoszonych z części 46 i wdrażaniu mechanizmów korygujących.

Przejęcie SWD PRM przez ministra właściwego do spraw zdrowia podzielone zostanie na trzy etapy:

- 1) od dnia wejścia w życie ustawy tworzony będzie wydział ds. SWD PRM w Ministerstwie Zdrowia;
- 2) od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2020 r. powstawać będzie stopniowo KCMRM; opracowywana będzie dokumentacja konieczna do zgłoszenia zbioru danych do Głównego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, na bieżąco monitorowane będzie funkcjonowanie SWD PRM w dyspozytorniach medycznych, a także prowadzone będą analizy błędów występujących w SWD PRM, celem podejmowania działań zaradczych; równolegle będzie realizowana również rozbudowa SWD PRM do wersji 2.0, stanowiąca nowe zadanie ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 3) od dnia 1 stycznia 2019 r. przejęcie będzie dotyczyło reszty zadań z zakresu SWD PRM, a więc: nadzoru, administrowania SWD PRM i danymi przetwarzanymi w tym systemie.

W okresie przejściowym, tj. do 31 grudnia 2018 r., po stronie ministra właściwego do spraw administracji publicznej pozostanie nadzór nad SWD PRM i administrowanie tym systemem. W tym okresie będą też realizowane zadania związane z wdrażaniem nowych funkcjonalności i modyfikacji funkcjonalności już zaimplementowanych do SWD PRM wersji 1.0.

Od dnia 1 stycznia 2019 r. rola administratora SWD PRM oraz rozbudowa i modyfikacje SWD PRM powierzone zostaną Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu. Wojewodowie – podobnie jak dotychczas – będą zapewniać utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie województwa. W celu zapewnienia od dnia 1 stycznia 2019 r. utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM konieczne jest, aby

dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego już na 6 miesięcy przed tym terminem zatrudnił i przeszkolił osoby, które będą odpowiedzialne za realizację tego zadania.

Ponadto w terminie do dnia 31 grudnia 2018 r. minister właściwy do spraw administracji publicznej umożliwi ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dostęp, bez możliwości modyfikacji, SWD PRM oraz systemów działających na jego rzecz, w szczególności:

- 1) System zarządzania certyfikatami działającymi na rzecz SWD PRM;
- 2) System kopii zapasowych zabezpieczający dane systemu SWD PRM;
- 3) System bilingowy – system, za pomocą którego administrator SWD PRM ma wgląd w bilingi kart SIM użytych w SWD PRM;
- 4) SWD PRM – system w warstwie sprzętowej, system wirtualizujący, system operacyjny poszczególnych serwerów działających na rzecz SWD PRM oraz warstwa aplikacyjna i sieciowa środowiska;
- 5) System monitoringu – o ile System działa na rzecz SWD PRM;
- 6) System Antywirusowy – dostęp do konsoli zarządzającej Systemem Antywirusowym.

Przyszły administrator SWD PRM musi poznać nie tylko architekturę SWD PRM, która jest opisana w dokumentacji oraz w protokołach modyfikacji. Istotnym elementem jest poznanie bieżącego sposobu rozpatrywania zgłoszeń wpływających do administratora SWD PRM (obecnie Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji), sposobu ich analizy oraz rozwiązywania problemów związanych z bieżącym funkcjonowaniem SWD PRM, a także przeprowadzaniem procedur związanych z okresowym badaniem i monitoringiem SWD PRM. W tym celu minister właściwy do spraw zdrowia musi mieć dostęp do całości SWD PRM oraz systemów działających na jego rzecz, w szczególności do logów oraz alertów SWD PRM, które ujawniają źródło problemu, dzięki czemu minister właściwy do spraw zdrowia będzie mógł nie tylko poznać efekt działania administratora SWD PRM, ale i źródła problemu na poziomie systemowym.

W celu przeprowadzenia analizy SWD PRM pod kątem jego rozbudowy i modyfikacji zarówno wydajnościowej, jak i funkcjonalnej, minister właściwy do spraw zdrowia powinien mieć możliwość badania takich parametrów w każdej warstwie działania SWD PRM. W okresie od dnia wejścia w życie ustawy minister właściwy do spraw

zdrowia w ramach współpracy z administratorem SWD PRM przygotowuje się do przejęcia SWD PRM, a także opracowuje na podstawie informacji uzyskanych w okresie od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2018 r. zakres rozbudowy i modyfikacji SWD PRM po przejęciu funkcji administratora SWD PRM.

Zadanie, w zakresie dostępu do SWD RPM i systemów działających na jego rzecz, będzie realizowane przez dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Minister właściwy do spraw zdrowia uzyska uprawnienia do powierzenia czynności związanych z zapewnieniem utrzymania powierzchni serwerowej ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych lub Komendantowi Głównemu Policji. Utrzymanie powierzchni serwerowej SWD PRM realizowane w drodze porozumienia przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych lub Komendanta Głównego Policji odnosi się tylko i wyłącznie do zapewnienia warunków do prawidłowego funkcjonowania dwóch serwerowni Podstawowego Ośrodka Krajowego i Zapasowego Ośrodka Krajowego. Finansowanie utrzymania powierzchni serwerowej będzie się odbywało z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw finansów publicznych lub – odpowiednio – minister właściwy do spraw wewnętrznych. Obecnie między ministrem właściwym do spraw administracji publicznej a ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz między ministrem właściwym do spraw administracji publicznej a Komendantem Głównym Policji zawarte są porozumienia na utrzymanie powierzchni serwerowej dla infrastruktury fizycznej Systemu Informatycznego Powiadamiania Ratunkowego, w tym SWD PRM.

KCMRM

Projekt ustawy przewiduje powołanie w strukturach dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, nadzorowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia, KCMRM. W ramach KCMRM zostaną wydzielone dwa piony: pion do obsługi SWD PRM i pion szkoleniowy, w tym centrum monitoringu.

Pion obsługi SWD PRM KCMRM będzie realizował zadania w zakresie:

- 1) administrowania SWD PRM,
- 2) rozbudowy i modyfikacji SWD PRM,

- 3) opracowywania na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia opisów przedmiotu zamówienia oraz specyfikacji istotnych warunków zamówienia do postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu do obsługi SWD PRM,
- 4) uczestniczenia w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez ZRM, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych.

Pion szkoleniowy KCMRM będzie realizował zadania w zakresie:

- 1) przygotowywania i prowadzenia:
 - a) kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego,
 - b) kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego,
 - c) kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, odbywanego w ramach rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego w zakresie pionu szkoleniowego;
- 2) monitorowania przebiegu akcji medycznej w zdarzeniu, którego skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób;
- 3) opracowywania testów do wstępnej kwalifikacji kandydatów ubiegających się o zatrudnienie na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w zakresie pionu szkoleniowego;
- 4) opracowania kryteriów oceny pracy dyspozytora medycznego w zakresie pionu szkoleniowego.

Przeprowadzanie kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego, kursów uprawniających do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i kursów doskonalących dla dyspozytorów medycznych wpłynie na zwiększenie efektywności kształcenia podyplomowego, przez jego dostosowanie do aktualnych wymagań wynikających z rozwoju SWD PRM oraz ujednolicenia procedur dotyczących obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach. Jednym z elementów ww. procedur będzie algorytm zbierania wywiadu medycznego, który będzie stanowił zbiór pytań kierowanych do osoby dokonującej zgłoszenia ogłaszany w formie obwieszczenia przez ministra właściwego do spraw

zdrowia, w celu ujednolicenia sposobu postępowania dyspozytorów medycznych we wszystkich dyspozytorniach medycznych.

W kształceniu podyplomowym wykorzystywane będą wnioski z monitorowania przebiegu akcji medycznych w zdarzeniach z dużą liczbą poszkodowanych oraz wyniki prowadzonych kontroli.

Realizacja obowiązku doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych w dotychczas obowiązujących formach nie zapewnia właściwego poziomu wyszkolenia. Z przeprowadzonej analizy materiałów przekazanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, zwane dalej „CMKP”, wynika, że w latach 2010–2015 znaczna część szkoleń dla dyspozytorów medycznych prowadzona była przez podmioty, które tylko raz w roku lub raz na kilka lat prowadzą szkolenia w omawianym zakresie. W związku z powyższym niemożliwym jest, aby podmiot, który tak rzadko prowadzi szkolenie doskonalące dla dyspozytorów medycznych, wykonywał to dobrze. Ponadto uruchomienie dyspozytorni medycznych w oparciu o SWD PRM oraz zmiana organizacji systemu PRM wymusza nowy standard i jakość szkoleń, które powinny być kompatybilne z przyjętymi rozwiązaniami. Obecnie brak jest podmiotu, który byłby w stanie w pełni realizować zadania związane z indywidualnym rozwojem zawodowym dyspozytorów medycznych i przygotowaniem do pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Dlatego też powołanie KCMRM stanowi warunek niezbędny do wprowadzenia większości rozwiązań zawartych w projekcie ustawy. Przepisy art. 26 ust. 2 pkt 5 (obowiązek ukończenia kursów przez dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego) oraz art. 27b ustawy zmienianej w art. 1 projektu ustawy wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r. Jednocześnie KCMRM przystąpi do przygotowania tych kursów już od dnia 1 stycznia 2019 r. Z uwagi na to, że jest konieczne podjęcie określonych czynności związanych z przygotowaniem (w tym powołanie zespołu ekspertów i opracowanie programów kursów) i przeprowadzeniem po raz pierwszy ww. kursów. W art. 19 projektu ustawy wprowadzano przepis przejściowy, zgodnie z którym pierwsze kursy, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym projektem ustawy, rozpoczną się po dniu 1 stycznia 2021 r., a dyspozytorzy medyczni i wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego będą mieli obowiązek przedstawić wojewodzie po raz pierwszy zaświadczenia o ukończeniu ww. kursów po dniu 1 stycznia 2022 r.

Jednocześnie przyjęcie ujętych w projekcie rozwiązań pozwoli na realizację zaleceń pokontrolnych przedstawionych przez NIK w uwagach końcowych i wnioskach kontroli dotyczącej organizacji i przygotowania do działań ratowniczych na autostradach i drogach ekspresowych przeprowadzonej w 2016 r. W kontroli tej wykazano brak centralnego organu koordynującego działania jednostek systemu PRM, co utrudnia zachowanie jednolitości działania oraz szkolenia i procedur działania dyspozytorów medycznych.

Realizacja zadań przez KCMRM odbywać się będzie na podstawie umowy powierzenia zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Środki na finansowanie ww. zadań zabezpieczone zostaną w ramach dotacji celowej w budżecie państwa.

Powołanie KCMRM spowoduje, że na poziomie centralnym zostanie zapewniona realizacja wszystkich zadań na potrzeby powiadamiania ratunkowego w systemie PRM począwszy od kursów dla dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego przez monitorowanie funkcjonowania SWD PRM, na realizacji jego rozwoju kończąc.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowe programy kursów: uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego, uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, kwalifikacje kadry dydaktycznej, szczegółowy sposób przeprowadzania egzaminów kończących kursy, wzory zaświadczeń o ukończeniu kursów, o których mowa w proponowanym art. 27a ust. 2 pkt 7 ustawy o PRM.

Jednostki współpracujące z systemem PRM

Projekt ustawy rozszerza dotychczasowy katalog jednostek współpracujących z systemem PRM, zwanymi dalej „jednostkami współpracującymi z systemem”, o:

- 1) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2016 r. poz. 1131, z późn. zm.);
- 2) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2016 r. poz. 281, z późn. zm.).

Uzasadnieniem dla powyższej zmiany jest konieczność zaplanowania i przećwiczenia współpracy między ww. podmiotami a systemem PRM, co zostanie sformalizowane w wojewódzkich planach działania systemu.

Z urzędu do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „rejestrem”, prowadzonego przez wojewodę będą wpisywane:

- 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej;
- 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego;
- 3) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa.

Są to podmioty, które szczególnie często współpracują z jednostkami systemu PRM oraz dysponują ratownikami i sprzętem niezbędnym do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy. Pozostałe podmioty będą mogły uzyskać wpis do rejestru na ich wniosek. Wojewoda zawiadomi jednostkę współpracującą z systemem wpisaną do rejestru z urzędu o tym, że taki wpis został dokonany. Natomiast w przypadku jednostek rejestrowanych na wniosek ich wpis do rejestru, odmowa wpisu i wykreślenie z rejestru będą wymagały wydania decyzji administracyjnej przez wojewodę, w związku z czym dostarczenie ww. decyzji jednostkom rejestrowanym na wniosek będzie równoznaczne z zawiadomieniem tych podmiotów o wpisie do rejestru, odmowie wpisu, czy wykreśleniu z rejestru. Wpisy jednostek współpracujących z systemem zachowują moc do dnia 31 grudnia 2018 r.

Jednostki uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego lub górskiego będą wpisane do rejestru, na ich wniosek, po wydaniu zgody na wykonywanie działań ratowniczych na mocy decyzji ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Uzyskanie statusu jednostki współpracującej z systemem wpisywanej do rejestru na jej wniosek będzie uzależnione od tego, czy dana jednostka:

- 1) osiąga gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu;
- 2) dysponuje ratownikami z ważnym zaświadczeniem o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości;
- 3) dysponuje środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.

Ochrona jak dla funkcjonariuszy publicznych

Projekt ustawy rozszerza katalog osób, którym będzie przysługiwała ochrona przewidziana w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204) dla funkcjonariuszy publicznych o:

- 1) osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym;
- 2) dyspozytorów medycznych;
- 3) wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.

Będzie to zapobiegało sytuacjom, w których osoby wzywające zespół ratownictwa medycznego, oraz pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych i osoby im towarzyszące bezkarnie znieważają, grożą lub fizycznie atakują personel medyczny.

Wojewódzkie plany działania systemu PRM

Przepisy określające zawartość wojewódzkich planów działania systemu PRM zostaną zmienione przez:

- 1) usunięcie z nich zbędnych informacji już zawartych w innych planach przygotowywanych przez wojewodów np. w wojewódzkich planach zarządzania kryzysowego;
- 2) uzupełnienie o dane dotyczące:
 - a) centrów urazowych i centrów urazowych dla dzieci,
 - b) dyspozytorni medycznych, granic rejonów operacyjnych i liczby stanowisk dyspozytorów medycznych,
 - c) czasu realizacji poszczególnych etapów akcji medycznej,
 - d) sposobu organizacji i działania łączności radiowej.

Ze względu na modyfikację przepisów dotyczących katalogu podmiotów, które są uprawnione do uzyskania z mocy ustawy statusu jednostki współpracującej z systemem PRM, zmianie poddany zostanie także wykaz podmiotów, z którymi konsultowane będą zmiany planów w zakresie sposobu współpracy jednostek systemu PRM z jednostkami współpracującymi z systemem. Z uwagi na wprowadzenie elektronicznego rejestru, odstąpiono od ujmowania w planach wykazów tych jednostek, w celu uniknięcia duplikowania zbiorów tych samych danych.

Istotną zmianą jest ograniczenie zakresu danych zawartych w wojewódzkich planach działania systemu PRM, podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji

Publicznej, przez wyłączenie informacji, które będą stanowiły tajemnicę prawnie chronioną. Nie będą podlegały upublicznieniu:

- 1) dane dotyczące struktury, organizacji i usytuowania w terenie poszczególnych elementów systemu powiadamiania ratunkowego wykorzystywanych w systemie PRM;
- 2) opisy sposobów współpracy jednostek systemu PRM z jednostkami współpracującymi z systemem i organami administracji publicznej;
- 3) opisy organizacji i działania łączności radiowej.

Powyższe stanowi odpowiedź na wątpliwości przedstawiane przez przedstawicieli NIK podczas kontroli nr P16/037 „Organizacja i przygotowanie do działań ratowniczych na autostradach i drogach ekspresowych”, w zakresie publikowania całej zawartości wojewódzkich planów działania systemu PRM, w kontekście ryzyka niezgodnego z prawem wykorzystania zawartych w nich informacji. Powyższe nabiera szczególnego znaczenia w obliczu zdarzeń o charakterze terrorystycznym, jakie miały miejsce w ostatnim czasie w Europie i na świecie. Tym samym informacje dotyczące organizacji i lokalizacji dyspozytorni medycznych oraz współpracy podmiotów odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i życia nie powinny być powszechnie dostępne.

Lekarz systemu

Z uwagi na braki w obsadzie lekarskiej jednostek systemu PRM, uzupełniono brzmienie art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM o regulację, zgodnie z którą do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu będzie mógł być również lekarz specjalista neurolog i lekarz kardiolog. Obie specjalności lekarskie znajdują szerokie zastosowanie w udzielaniu świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne.

Wspólne ubieganie się o zawarcie umowy na wykonywanie zadań ZRM i rejonu operacyjnego

W celu zabezpieczenia świadczeń ratowniczych na obszarze całego rejonu operacyjnego, bez konieczności wprowadzania instytucji podwykonawcy świadczeń ratowniczych, projekt ustawy daje możliwość podmiotom leczniczym z danego terenu wspólnego ubiegania się o zawarcie umowy na wykonywanie zadań ZRM w rejonie operacyjnym, który od dnia 1 lipca 2018 r. będzie tożsamy z rejonem operacyjnym dyspozytorni medycznej.

Upublicznienie systemu PRM

Projekt ustawy dotyczy tzw. upublicznienia systemu PRM w sektorze pozaszpitalnym, a więc w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.

Celem tego rozwiązania jest wzmocnienie wpływu państwa na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, którzy znajdują się w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Upublicznienie jest wprowadzane z uwagi na ważny interes społeczny, jakim jest zapewnienie pomocy medycznej w obliczu zagrożenia, niezależnie od koniunktury panującej na rynku usługodawców świadczeń zdrowotnych. Zapewnienie tych świadczeń jest szczególnie istotne w czasach, w których oprócz powszechnie spotykanych ryzyk dla zdrowia i życia obywateli (zachorowania, urazy, zatrucia, wypadki komunikacyjne, wypadki przy pracy, przestępstwa przeciwko zdrowiu i życiu ludzkiemu), narasta niebezpieczeństwo związane np. z atakami terrorystycznymi, lub działaniami zbrojnymi, w których poszkodowanych może być wiele osób.

Projektowana zmiana w zakresie upublicznienia systemu PRM wynika z samej istoty i charakteru działalności podmiotów niepublicznych, na obecność których na rynku władze publiczne odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne obywateli mają ograniczony wpływ. Stwarza to bezpośrednie ryzyko zaistnienia sytuacji, w której dysponent prywatny uzależniać będzie realizację świadczeń ratowniczych od uzyskania kontraktu w satysfakcjonującej go wysokości. Dalsze przejmowanie usług ratowniczych przez podmioty prywatne prowadzić będzie do sytuacji, w której władze publiczne utracą realny wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Tymczasem w stosunku do systemu PRM, podobnie jak w odniesieniu do służb odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i porządek publiczny (Policja, Państwowa Straż Pożarna), państwo powinno mieć możliwość wypełniania swojej podstawowej roli w zakresie odpowiedzialności za bezpieczeństwo zdrowotne.

Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli – niezależnie od faktu, czy są oni ubezpieczeni, czy też nie – nie może być związane z ewentualnością braku zabezpieczenia świadczeń, jakie niesie ze sobą mechanizm zawierania umów z podmiotami prywatnymi.

Upublicznienie odbywać się będzie przez powierzenie realizacji umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie podmiotom leczniczym w formie:

- 1) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 2) jednostek budżetowych;
- 3) spółek kapitałowych z co najmniej większościowym udziałem Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub publicznej uczelni medycznej.

Ze względu na stosunkowo niewielki udział, tzw. niepublicznych dysponentów zespołów ratownictwa w strukturze świadczeniodawców ratownictwa medycznego (8%) nie przewiduje się, aby po 2020 r. istniała konieczność dalszego dopuszczania zawierania umów z podmiotami niepublicznymi. Przedłużanie takiej możliwości po 1 stycznia 2021 r. doprowadzi do sytuacji, w której upublicznienie systemu PRM stałoby się jedynie działaniem pozornym.

Powierzenie realizacji zadań z zakresu ratownictwa medycznego podmiotom z większościowym udziałem kapitału publicznego sprawi, że można będzie uniknąć sytuacji, w której jakikolwiek podmiot leczniczy realizujący te świadczenia odmówi zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Gwarantem tego stanu rzeczy jest fakt, że samorządy terytorialne będące w większości przypadków podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych będących dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, są jednocześnie odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne osób zamieszkujących na terenie tych jednostek. Podobna odpowiedzialność za zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego spoczywa na innych władzach publicznych, w tym na ministrach będących podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych.

Natomiast tzw. podmioty niepubliczne nie są związane żadnym zobowiązaniem do realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych – oczywiście poza umową z Narodowym Funduszem Zdrowia – i w każdej chwili mogą zrezygnować z działalności na danym obszarze, bez uzyskiwania czyjejkolwiek zgody.

Zaproponowane rozwiązanie jest zgodne z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP, który dopuszcza ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw (w danym przypadku ograniczenie dotyczy wykonywaniu działalności leczniczej w ramach systemu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych udzielanych w zakresie ratownictwa medycznego) z uwagi na ochronę zdrowia oraz prawa innych osób (prawo obywateli do uzyskania równego dostępu do opieki zdrowotnej).

Obowiązek ochrony zdrowia obywateli nałożony na państwo w art. 68 Konstytucji RP w powiązaniu z art. 31 ust. 3 ustawy zasadniczej dopuszczającym ograniczenia

wolności jednostki ze względu na ochronę zdrowia jako dobra publicznego, uzasadnia uprawnienie państwa do ograniczenia swobody działalności gospodarczej dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Ograniczenie tej swobody przez zawężenie kręgu podmiotów, które będą mogły realizować świadczenia w rodzaju ratownictwo medyczne, do pomiotów leczniczych z większościovym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub publicznych uczelni medycznych jest uzasadnione względami interesu społecznego oraz jest proporcjonalne do zamierzonego celu, jakim jest zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego oraz wpływu państwa na to bezpieczeństwo w obliczu narastających zagrożeń o różnym charakterze.

Upublicznienie zwiększy też poczucie bezpieczeństwa podmiotów publicznych, co do uzyskania środków publicznych na realizację działań ratowniczych. Dotychczas bowiem podmioty te wykazywały ostrożność w działaniach inwestycyjnych w związku z ryzykiem przegrania postępowania konkursowego, w konkurencji z podmiotem prywatnym.

Upublicznienie jest też działaniem kompatybilnym z przejęciem dyspozytorni medycznych przez wojewodów od dnia 1 stycznia 2021 r. Taki kierunek zmian wynika również z wniosków z kontroli przeprowadzonej przez NIK w województwie małopolskim, w zakresie oceny funkcjonowania tamtejszego systemu powiadamiania ratunkowego w oparciu o skoncentrowane dyspozytornie medyczne. NIK wnioskowała o podjęcie, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, działań zmierzających do wyłączenia z zakresu kontraktowania co najmniej dyspozytorni i usytuowania ich w systemie służb publicznych, dla zapewnienia ciągłości działania oraz inwestowania w wyposażenie. Optymalnym rozwiązaniem w zakresie upublicznienia systemu PRM byłoby utworzenie narodowej służby ratownictwa medycznego na wzór Policji, czy Państwowej Straży Pożarnej. Takie służby działają m.in. we Francji, Szwecji, czy na Węgrzech. Jednak w warunkach polskiego systemu ochrony zdrowia z uwagi na brak możliwości przejęcia przez państwo majątku dysponentów zespołów, ratownictwa medycznego oraz ze względu na ogromny koszt takiego przedsięwzięcia nie jest możliwe takie rozwiązanie. Natomiast jest możliwe podjęcie działań mających na celu zwiększenie wpływu państwa na stabilizację i niezawodność systemu PRM.

Jednocześnie w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ratownictwo medyczne, do czasu zapewnienia realizacji tych świadczeń

przez podmioty o publicznym charakterze na terenie całego kraju, przewiduje się, że do dnia 31 grudnia 2020 r. umowa na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego może być zawarta, po spełnieniu warunku określonego w art. 19a projektu ustawy, z podmiotem leczniczym, w skład którego wchodzi zespoły ratownictwa medycznego, niebędącym samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub publicznej uczelni medycznej.

Wykonywanie zawodu ratownika medycznego w służbach podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji

Projekt ustawy przewiduje również wprowadzenie zmian w zakresie umożliwienia wykonywania zadań zawodowych ratowników medycznych przez posiadających odpowiednie kwalifikacje funkcjonariuszy służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, tj. Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu i Państwowej Straży Pożarnej. Projektowane rozwiązania mają na celu umożliwienie wykonywania zadań ratownika medycznego, o których mowa w art. 11 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM, tj. udzielania świadczeń zdrowotnych przez posiadających odpowiednie kwalifikacje funkcjonariuszy służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych w ramach działań antyterrorystycznych, w wyodrębnionych oddziałach prewencji i pododdziałach antyterrorystycznych Policji, w ramach zadań Biura Ochrony Rządu, o których mowa w art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 16 marca 2001 r. o Biurze Ochrony Rządu (Dz. U. z 2017 r. poz. 985, z późn. zm.) oraz w ramach zadań Straży Granicznej, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1–2a, pkt 4–5d, pkt 10, pkt 12–14 i ust. 2a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1643, z późn. zm.), a także w jednostkach ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2017 r. poz. 736 i 1169) włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego podczas działań ratowniczo-gaśniczych, ćwiczeń i szkoleń. Przedmiotowe rozwiązanie ma szczególnie istotne znaczenie w kontekście specyfiki zdarzeń o charakterze terrorystycznym, wskutek których jednocześnie poszkodowana może zostać znaczna

liczba osób, a kluczową rolę odgrywa czas i możliwości dotarcia ratowników medycznych na miejsce zdarzenia, w tym często do strefy zagrożonej lub obszaru działań bojowych. Właściwy sposób reagowania na tego rodzaju zdarzenia wymaga zaś zapewnienia sprawnego prowadzenia działań ratowniczych, w tym także umożliwienia działania w tym zakresie prowadzącym działania antyterrorystyczne służbom podległym lub nadzorowanym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Rozszerzenie regulacji zapewniające możliwość wykonywania czynności ratownika poza systemem PRM w ramach zadań wykonywanych przez funkcjonariuszy Policji, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, a także strażaków Państwowej Straży Pożarnej wynika ze specyfiki realizowanych zadań i miejsc, w których wykonywane są te zadania. Działania w obszarze zagrożenia z użyciem materiałów wybuchowych, udzielanie pomocy osobom znajdującym się w stanie zagrożenia życia przy czasowym braku możliwości ewakuacji z terenu zagrożenia czy udzielanie pomocy poszkodowanym w terenie niedostępnym dla cywilnych środków transportu sanitarnego, stanowi tylko przykładowe wyliczenie sytuacji, w których niezbędna może okazać się pomoc funkcjonariuszy posiadających kwalifikacje ratowników medycznych.

Posiadający kwalifikacje ratownika medycznego – funkcjonariusze służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych będą mogli udzielać świadczeń zdrowotnych: samodzielnie; samodzielnie – w przypadku realizacji zadań służbowych w warunkach zagrożenia wystąpieniem zdarzenia o charakterze terrorystycznym, w obszarach katastrof, klęsk żywiołowych i w strefie działań wojennych oraz pod nadzorem lub w porozumieniu z lekarzem.

Z zastrzeżeniem, że udzielanie świadczeń samodzielnie – w przypadku realizacji zadań służbowych w warunkach zagrożenia wystąpieniem zdarzenia o charakterze terrorystycznym, w obszarach katastrof, klęsk żywiołowych i w strefie działań wojennych oraz pod nadzorem lub w porozumieniu z lekarzem może nastąpić po ukończeniu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz uzyskaniu pozytywnego wyniku z egzaminu kończącego ten kurs. Projekt określa również wymagania dla podmiotów prowadzących medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, okres ważności zaświadczenia o ukończeniu kursu oraz wskazuje, iż kurs kończy się egzaminem z wiedzy i umiejętności objętych programem kursu.

W projekcie wprowadzono obowiązek dla ministra właściwego do spraw wewnętrznych do określenia w drodze rozporządzeń:

- 1) wykazu świadczeń, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego podczas wykonywania zadań służbowych w jednostkach podległych lub nadzorowanych ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych, w tym z uwzględnieniem specyfiki tych jednostek, które udzielają pomocy w warunkach nadzwyczajnych podczas działań zbrojnych, antyterrorystycznych i prewencyjnych,
- 2) ramowego programu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, kwalifikacji kadry dydaktycznej, szczegółowych wymogów dla podmiotów prowadzących ten kurs, składu i trybu powoływania komisji egzaminacyjnej oraz sposobu przeprowadzania egzaminów kończących ten kurs, a także wzoru zaświadczenia o ukończeniu kursu.

W projekcie wprowadzono upoważnienia dla Ministra Obrony Narodowej, zwanego dalej „MON” do wydania rozporządzeń, które będą określały zakres świadczeń zdrowotnych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego wykonującego zadania zawodowe w jednostkach podległych MON, z uwzględnieniem specyfiki tych jednostek, które udzielają pomocy.

W rozporządzeniu zostanie uregulowany szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego wykonującego zadania zawodowe w jednostkach podległych MON, w tym zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych samodzielnie, w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych MON. Do udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych MON, uprawnian będzie ukończenie wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego. Ramowy program, kwalifikacje kadry dydaktycznej oraz szczegółowe wymogi dla podmiotów prowadzących wojskowo-medyczne kursy kwalifikacyjne, a także skład i tryb powoływania komisji egzaminacyjnej oraz sposób przeprowadzania egzaminów wojskowo-medycznych, zostanie uregulowany w rozporządzeniu, do wydania którego upoważniony został MON.

Inne przepisy

W art. 1 pkt 4 projektu ustawy wprowadzono zmianę w art. 10 ustawy o PRM w zakresie wymagań, dotyczących kwalifikacji zawodowych, jakie musi spełniać

osoba, która chce wykonywać zawód ratownika medycznego, uaktualniono daty kształcenia, które w obecnie obowiązującym przepisie merytorycznym były niespójne z wejściem w życie tej zmiany. Natomiast w celu zharmonizowania kształcenia na kierunku studiów ratownictwo medyczne wprowadzono regulację, która zobowiązuje do tego aby kształcenie w tym zakresie po dniu 30 września 2018 r. odbywało się zgodnie ze standardami kształcenia, o których mowa w art. 9b ust. 1b ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym.

Ponadto usunięto, zgodnie z wnioskami uczelni kształcących na kierunku studiów związanym z kształceniem w zakresie ratownictwa medycznego, art. 10a, który zobowiązywał po odbyciu studiów wyższych i uzyskaniu tytułu zawodowego licencjata do odbycia sześciomiesięcznej praktyki. Jednocześnie należy wskazać, iż uczelnie są przygotowane do tej zmiany i po wejściu w życie ww. zmiany dostosują programy kształcenia przez usunięcie z planu studiów praktyki.

W art. 1 pkt 7 projektu ustawy nadano nowe brzmienie art. 10h ustawy o PRM przez wprowadzenie obowiązku odbycia przeszkolenia u dysponenta jednostki, w przypadku, gdy ratownik medyczny nie udziela świadczeń opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż 5 lat łącznie w okresie ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć wykonywanie zawodu ratownika medycznego polegającego na udzielaniu tych świadczeń. Obecnie takie przeszkolenie może odbywać się w innych podmiotach związanych z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe zapewni odpowiednie przygotowanie ratownika medycznego do realizacji zadań zawodowych.

W art. 1 pkt 10 projektu ustawy w zmienianym art. 12 ustawy o PRM wprowadzono zmianę związaną z przedstawieniem wojewodzie przez ratownika medycznego karty doskonalenia zawodowego w celu potwierdzenia obowiązku doskonalenia zawodowego przez wojewodę. Dotychczasowe rozwiązanie nie wymagało potwierdzania dopełnienia tego obowiązku przez wojewodę.

W art. 1 pkt 11 projektu ustawy w zmienianym art. 12d ustawy o PRM dostosowano przepis do obecnie obowiązujących rozwiązań dotyczących wniosku o wydanie karty doskonalenia zawodowego. Obecnie obowiązujące przepisy nie przewidują prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego. W związku z tym zachodzi konieczność uzupełnienia wniosku o informacje dotyczące dokumentów potwierdzających

posiadanie odpowiednich kwalifikacji do wykonywania zawodu ratownika medycznego.

W art. 1 pkt 12 projektu ustawy w zmienianym art. 12e pkt 5 ustawy o PRM wprowadzono zmianę upoważnienia ustawowego dla ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania rozporządzenia określającego sposób potwierdzania zrealizowania przez ratownika medycznego poszczególnych form doskonalenia zawodowego oraz potwierdzenia przez wojewodę dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez ratownika medycznego.

W art. 1 pkt 13 projektu ustawy w zmienianym art. 13 ustawy o PRM wprowadzono możliwość udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy przez lekarzy systemu, pielęgniarki systemu oraz ratowników medycznych realizujących doskonalenie zawodowe bez konieczności odbywania kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Powyższa zasada odnosi się również do ratowników Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa.

W art. 1 pkt 16 projektu ustawy w zmienianym art. 20 ustawy o PRM rozszerzono uprawnienia nadzorcze ministra właściwego do spraw zdrowia nad systemem PRM. Nadzór dodatkowo będzie obejmował możliwość żądania od wojewody dokonania czynności kontrolnych na podstawie art. 31 oraz możliwość przeprowadzania kontroli dysponentów jednostek systemu PRM oraz dyspozytorni medycznej. Natomiast wojewodzie, w ramach nadzoru nad systemem PRM, przyznano możliwość żądania informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od dysponentów jednostek systemu PRM, a także przeprowadzania kontroli, o której mowa w art. 31. W powyższej sytuacji dysponent jednostki będzie obowiązany, na żądanie wojewody, do umożliwienia realizacji ww. czynności.

W art. 1 pkt 33 projektu ustawy w zmienianym art. 36 ustawy o PRM określono kierownika ZRM zarówno podstawowego, jak i specjalistycznego. W podstawowym ZRM kierownikiem ZRM może być osoba będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada co najmniej pięcioletnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lub lotniczym ZRM, wskazana przez dysponenta jednostki. Natomiast w specjalistycznym ZRM kierownikiem jest lekarz systemu. Brak regulacji w przedmiotowym zakresie w odniesieniu do lotniczych ZRM wynika z ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo

lotnicze (Dz. U. z 2017 r. poz. 959 i 1089) oraz rozporządzenia Komisji (UE) nr 965/2012 z dnia 5 października 2012 r. ustanawiające wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do operacji lotniczych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008 (Dz. Urz. UE L 296 z 25.10.2012, str. 1, z późn. zm.).

Za realizację operacji lotniczych w ramach operacji HEMS – tj. określania posiadania gotowości operacyjnej podczas dyżuru, zgody na wykonanie zlecenia pod kątem posiadania odpowiednich warunków pogodowych, możliwości operacyjnych, podejmowaniu ostatecznej decyzji i miejscu lądowania, a także odpowiedzialności za bezpieczne wykonanie operacji, odpowiedzialnym i przełożonym załogi jest pilot-dowódca. Natomiast lekarz dyżurny HEMS ponosi odpowiedzialność za pacjenta w kontekście realizacji medycznych czynności ratunkowych, tj. określanie priorytetów leczniczo-transportowych, wdrażanie określonych zaawansowanych zabiegów ratujących życie. W związku z powyższym odpowiedzialnym za utrzymanie gotowości operacyjnej załogi dyżurnej HEMS jest pilot dowódca. Kierownikiem medycznym zespołu w zakresie podejmowania decyzji medycznych jest lekarz dyżurny. Niemniej jednak podejmowanie decyzji co do kierunku transportu pacjenta, miejsca lądowania etc. wymaga uzgodnienia na poziomie całego zespołu HEMS w szczególności pilota-dowódcy i lekarza dyżurnego.

W art. 1 pkt 42 projektu ustawy w zmieniającym art. 46 ustawy o PRM wprowadzono nowe zasady finansowania uwzględniające finansowanie wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych oraz umieszczenie dyspozytorów medycznych w strukturach urzędu wojewódzkiego.

Projekt ustawy w art. 1 pkt 43 wprowadza zmiany w art. 48 ustawy o PRM, która zakłada również zawarcie umowy przez ministra właściwego do spraw zdrowia z podmiotem leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Zmiana ta ma na celu zapewnienie właściwego funkcjonowania lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Należy podkreślić, iż Lotnicze Pogotowie Ratunkowe zostało wyposażone, ze środków budżetu państwa, w 23 nowoczesne śmigłowce i symulator lotów w ramach programu wieloletniego realizowanego w latach 2005–2010. Ponadto, pod koniec 2015 r. pozyskano kolejne 4 nowe śmigłowce ratunkowe EC 135 P3

w ramach realizacji projektu systemowego pn. „Bezpieczeństwo ruchu drogowego VIII osi priorytetowej bezpieczeństwo transportu i krajowe sieci transportowe”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków europejskiego funduszu Infrastruktura i Środowisko. Obowiązek zawierania umów z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym umożliwi efektywne wykorzystanie inwestycji sfinansowanych z budżetu państwa, a ponadto takie rozwiązanie jest celowe, gdy ww. podmiot leczniczy jest jedynym, który zabezpiecza terytorium państwa w zakresie lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, przez co realizuje w praktyce zadanie władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Jednocześnie projekt ustawy w art. 2, zmieniającym art. 161d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przewiduje analogiczne rozwiązania w odniesieniu do lotniczego transportu sanitarnego. Obecnie Lotnicze Pogotowie Ratunkowe jest wyposażone w 2 samoloty Piaggio Avanti i planuje się zakup kolejnych dwóch ze środków publicznych. Podobnie jak w przypadku świadczenia usług ratowniczych, podmiot ten jest jedynym, który świadczy te usługi na terenie kraju. W związku z powyższym celowe jest zapewnienie jednolitych rozwiązań zarówno w odniesieniu lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, jak i do lotniczego transportu sanitarnego.

Stosownie do przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 656 oraz z 2017 r. poz. 1566) oraz ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. poz. 1241 oraz z 2017 r. poz. 60), zarówno podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego, jak i podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego, zwane dalej „podmiotami uprawnionymi”, w ramach podejmowanych przez siebie działań ratowniczych udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom, które uległy wypadkowi lub są narażone na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia w górach lub na obszarach wodnych. Czynności wykonywane przez ratowników wodnych i górskich w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy stanowią istotną część działań ratowniczych podejmowanych w ramach ratownictwa wodnego i górskiego.

Z tego też względu podmioty uprawnione powinny posiadać status jednostek współpracujących z systemem PRM. Do rejestru podmioty te będą wpisywane, po uzyskaniu stosownej zgody na wykonywanie działań ratowniczych na mocy decyzji

ministra właściwego do spraw wewnętrznych. Wykonywanie ratownictwa wodnego oraz górskiego możliwe będzie dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru. Jeśli podmiot uprawniony nie uzyska wpisu do rejestru przed upływem 6 miesięcy od wydania zgody przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, decyzja o wydaniu tej zgody będzie wygasać.

Z kolei wykreślenie podmiotu uprawnionego z rejestru oznaczać będzie, że nie będzie on uprawniony do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom, które uległy wypadkowi lub są narażone na niebezpieczeństwo utraty życia lub zdrowia na obszarach wodnych lub w górach, a tym samym nie będzie w stanie w pełni wykonywać ratownictwa wodnego lub górskiego, dlatego też w takim przypadku zgoda na wykonywanie ratownictwa wodnego lub górskiego będzie cofana przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Podmioty uprawnione, będące w dniu wejścia w życie ustawy podmiotami uprawnionymi do wykonywania ratownictwa wodnego lub górskiego, zachowują zgody na wykonywanie ratownictwa wodnego i górskiego do dnia 31 grudnia 2018 r.

Zmianie ulegną także definicje ratownika wodnego, ratownika górskiego i ratownika narciarskiego zawarte w odpowiednich ustawach, tj. w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych oraz w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich. Proponowane zmiany mają na celu umożliwienia realizacji zadań z zakresu ratownictwa wodnego, górskiego lub narciarskiego lekarzom systemu, pielęgniarkom systemu i ratownikom medycznym bez konieczności odbywania kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy pod warunkiem, że realizują oni doskonalenie zawodowe. Proponowane zmiany nawiązują do dodawanego przepisu art. 13 ust. 1a ustawy o PRM, zgodnie z którym ratownicy posiadający kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego, lekarza systemu lub pielęgniarki systemu, posiadają uprawnienia do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy bez obowiązku ukończenia kursu, o ile realizują doskonalenie zawodowe.

W zakresie używania oznaczeń systemu PRM projekt ustawy w art. 1 pkt 34 lit. a w zakresie art. 38 ust. 1 przewiduje, że oznaczeń tych będą używały jednostki systemu PRM. Dotychczas taką możliwość miał również lekarz koordynator ratownictwa medycznego, który zostanie zastąpiony wojewódzkim koordynatorem ratownictwa

medycznego. W tym miejscu należy wskazać, iż osoby te nie znajdują się na miejscu zdarzenia, nie jest celowe określanie ich sposobu oznakowania.

Pozostałe przepisy projektu ustawy mają charakter porządkujący i dostosowujący.

Wejście w życie projektowanej regulacji

Zakłada się, że projektowana ustawa wejdzie w życie w terminie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem przepisów dotyczących:

- 1) wprowadzenia definicji rejonu operacyjnego tożsamego z obszarem działania dyspozytorni medycznej – od dnia 1 lipca 2018 r. – art. 1 pkt 2 lit. a projektu ustawy;
- 2) zmiany art. 167 ust. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym, dotycząca daty ukończenia studiów kierunków lekarskiego, lekarsko-dentystycznego i weterynarii – od dnia 1 października 2018 r. – art. 3 pkt 2 projektu ustawy;
- 3) w zakresie nadzoru nad SWD PRM, określenia kierunku rozwoju SWD PRM, administrowania tym system przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz w zakresie powierzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych lub Komendantowi Głównemu Policji wykonywania czynności związanych z utrzymaniem i funkcjonowaniem SWD PRM odnośnie do zapewnienia utrzymania powierzchni serwerowej – z dniem 1 stycznia 2019 r. – art. 1 pkt 21 projektu ustawy w zakresie art. 24a ust. 1 pkt 1–3, ust. 3 pkt 1 i ust. 4–6 ustawy o PRM;
- 4) w zakresie sprawowania przez ministra właściwego do spraw zdrowia funkcji administratora danych SWD PRM – z dniem 1 stycznia 2019 r. – art. 1 pkt 22 projektu ustawy w zakresie art. 24c ustawy o PRM;
- 5) w zakresie niszczenia nagrań rejestrowanych rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – z dniem 1 stycznia 2019 r. – art. 1 pkt 23 projektu ustawy w zakresie art. 24f ust. 3 ustawy o PRM;
- 6) w zakresie wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia w sprawie SWD PRM – z dniem 1 stycznia 2019 r. – art. 1 pkt 23 projektu ustawy w zakresie art. 24g ustawy o PRM;

- 7) w zakresie przyjmowania zgłoszeń alarmowych przez dyspozytorów medycznych; wydania przez ministra właściwego do spraw zdrowia rozporządzenia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych oraz powiadomień o zdarzeniach, a także dysponowania zespołów ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego; obwieszczenia algorytmu przez ministra właściwego do spraw zdrowia odnośnie do zbierania wywiadu medycznego – z dniem 1 stycznia 2019 r. – art. 1 pkt 27 projektu ustawy w zakresie art. 27 ust. 1 pkt 1 oraz ust. 5 i 6 ustawy o PRM;
- 8) w zakresie realizowania przez KCMRM zadań w zakresie administrowania SWD PRM oraz finansowania tego zadania – z dniem 1 stycznia 2019 r. – art. 1 pkt 28 projektu ustawy w zakresie art. 27a ust. 2 pkt 2 i ust. 3 pkt 2 ustawy o PRM;
- 9) w zakresie ukończenia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego – z dniem 1 stycznia 2020 r. – art. 1 pkt 25 w zakresie art. 26 ust. 2 pkt 5 ustawy o PRM;
- 10) w zakresie przygotowywania i prowadzenia kursów uprawniających do pracy na stanowiskach: wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i dyspozytora medycznego oraz kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, a także w zakresie opracowywania testów do wstępnej kwalifikacji kandydatów ubiegających się o zatrudnienie na tych stanowiskach, jak również w zakresie obowiązku ukończenia tych kursów – z dniem 1 stycznia 2020 r. – art. 1 pkt 25 projektu ustawy w zakresie art. 26 ust. 2 pkt 5 i ust. 3 pkt 1 oraz uchylecia art. 26 ust. 4 i 5, art. 27a ust. 2 pkt 7 i 8 i ust. 3 pkt 4 oraz art. 27b ustawy o PRM;
- 11) w zakresie kalkulacji kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznej – z dniem 1 stycznia 2020 r. – art. 1 pkt 42 projektu ustawy w zakresie art. 46 ust. 2a i 3 ustawy o PRM;
- 12) w zakresie dyspozytorni medycznych – z dniem 1 stycznia 2021 r. – art. 1 pkt 2 lit. b projektu ustawy;
- 13) w zakresie zakupu sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM – z dniem 1 stycznia 2021 r. – art. 1 pkt 21 projektu ustawy w zakresie art. 24a ust. 7 i 8 ustawy o PRM;
- 14) w zakresie dokumentacji prowadzonej w dyspozytorni medycznej – z dniem 1 stycznia 2021 r. – art. 24e ust. 6–10 i art. 24h;

- 15) w zakresie utworzenia dyspozytorni medycznych w liczbie jedna dyspozytornia na województwo, z wyłączeniem województw śląskiego i mazowieckiego, gdzie z uwagi na liczbę mieszkańców przewiduje się po dwie dyspozytornie – od dnia 1 stycznia 2021 r. – art. 1 pkt 23 projektu ustawy w zakresie art. 25a ust. 1 i 2 i art. 25c ustawy o PRM;
- 16) w zakresie zatrudnienia dyspozytora medycznego i sposobu informowania wojewody o indywidualnym rozwoju zawodowym dyspozytora medycznego – z dniem 1 stycznia 2021 r. – art. 1 pkt 25 projektu ustawy w zakresie art. 26 ust. 1 pkt 2 i art. 26 ust. 6 i 7 ustawy o PRM;
- 17) w zakresie udziału w szkoleniach doskonalących dla dyspozytorów medycznych dotyczących rozwijania kompetencji psychologicznych zapobiegających stresowi na stanowisku pracy, wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych i określenia pracodawcy dla dyspozytorów medycznych i psychologów – z dniem 1 stycznia 2021 r. – art. 1 pkt 25 lit. d w zakresie art. 26 ust. 3 pkt 2 ustawy o PRM oraz art. 1 pkt 26 projektu ustawy w zakresie art. 26a i art. 26b ustawy o PRM;
- 18) w zakresie zadań KCMRM dotyczących m.in. monitorowania przebiegu akcji medycznej oraz ich finansowania – z dniem 1 stycznia 2021 r. – art. 1 pkt 28 projektu ustawy w zakresie art. 27a ust. 2 pkt 3–6 i ust. 3 pkt 3 ustawy o PRM;
- 19) w zakresie kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznej oraz wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych – z dniem 1 stycznia 2021 r. – art. 1 pkt 42 projektu ustawy w zakresie art. 46 ust. 2 ustawy o PRM.

Projekt ustawy nie będzie miał wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców, z tego względu, że projekt ustawy dotyczy organizacji systemu PRM w odniesieniu do jednostek sektora finansów publicznych.

Projekt ustawy nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze 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).

Projektowana regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

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

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektowanej ustawy umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu. Organizacja systemu PRM jest uregulowana w aktach prawnych i nie ma możliwości wprowadzenia nowej organizacji w innej formie.

Nazwa projektu Ustawa o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw Ministerstwo wiodące i ministerstwa współpracujące Ministerstwo Zdrowia Osoba odpowiedzialna za projekt w randze Ministra, Sekretarza Stanu lub Podsekretarza Stanu Marek Tombarkiewicz – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu Mateusz Komza – Dyrektor Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności w Ministerstwie Zdrowia – tel. 22 63 49 443	Data sporządzenia 24.11.2017 r. Źródło: zmiana ustawy wynika z konieczności przejęcia przez Ministra Zdrowia zadań związanych z zapewnieniem realizacji wszystkich zadań związanych z powiadamianiem ratunkowym w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne Nr w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów: UD 149
---	--

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Przesłanką do przygotowania projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, zwanego dalej „projektem”, jest konieczność uporządkowania kwestii związanych z utrzymaniem, obsługą techniczną i rozwojem Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM), przez przeniesienie tych zadań z zakresu kompetencji ministra właściwego do spraw administracji publicznej do zakresu kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia. Obecna sytuacja, w której minister właściwy do spraw zdrowia ma bardzo ograniczony wpływ na utrzymanie i obsługę techniczną, a także rozbudowę i modyfikację SWD PRM jest rozwiązaniem niekorzystnym i pozostaje – do pewnego stopnia – w sprzeczności z art. 19 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195), zwanej dalej „ustawą”, zgodnie z którym to minister właściwy do spraw zdrowia jest odpowiedzialny za nadzór nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) na terenie kraju. Brak pełnego wpływu na kształt oraz możliwości dokonywania zmian w SWD PRM uniemożliwia realizację nadzoru nad systemem PRM i dalsze usprawnianie procesu udzielania świadczeń na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Stąd Minister Zdrowia jest organem właściwym do zapewnienia utrzymania i funkcjonowania oraz rozbudowy i modyfikacji SWD PRM na terenie kraju.

Ponadto obecnie dyspozytornie medyczne znajdują się we właściwości poszczególnych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, co stoi w sprzeczności z zaleceniami Najwyższej Izby Kontroli (NIK) opublikowanymi w 2014 r. po kontroli przeprowadzonej w województwie małopolskim. NIK zaleciła wówczas podjęcie działań zmierzających do usytuowania dyspozytorni medycznych w strukturach państwa, co jest szczególnie ważne z uwagi na rolę, jaką dyspozytornie medyczne pełnią podczas akcji medycznych (Informacja o wynikach kontroli z dnia 26.11.2014 r. za okres od 2011–2014 r.). Powoduje to, iż wojewoda odpowiedzialny za system PRM oraz za utrzymanie SWD PRM na terenie województwa nie ma realnego wpływu na funkcjonowanie jednego z najistotniejszych elementów tego systemu, tj. powiadamiania ratunkowego na potrzeby PRM. Z drugiej strony dysponenti zespołów ratownictwa medycznego domagają się wprowadzenia przepisów, które będą stabilizowały system ratownictwa medycznego na terenie województwa oraz zmniejszały jego podatność na zmienność wynikającą z procedury konkursowej przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Dysponenti z mniejszą liczbą zespołów ratownictwa medycznego borykają się z problemem podwójnej niepewności co do finansowania ich działalności ze środków publicznych – z jednej strony nie mają gwarancji, że znajdą się w gronie podwykonawców świadczeń dla dużych dysponentów, a z drugiej strony, że wykonawca główny zawrze z nimi umowę na podwykonawstwo świadczeń. Pozycja podwykonawcy, z uwagi na brak stabilności i ograniczone finansowanie, zniechęca do inwestowania w nowy sprzęt i w rozwój zawodowy personelu medycznego.

Zweryfikowania wymagają ponadto przepisy dotyczące wojewódzkich planów działania systemu w obszarze obejmującym dyspozytornie medyczne oraz zbiór danych i informacji podlegających publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej, w celu zapobieżenia wykorzystaniu tych informacji w sposób zagrażający zdrowiu i życiu obywateli.

Konieczne jest także zapewnienie całodobowej koordynacji działań ratowniczych na obszarze województwa. Obecnie to zadanie jest realizowane przez lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego. Ze względu na zbyt małą liczbę lekarzy spełniających wymagania właściwe dla lekarza systemu i zainteresowanych pracą w tym charakterze, pojawia się problem z zapewnieniem całodobowej obsady na tym stanowisku.

Narasta problem z zatrudnieniem odpowiedniej liczby lekarzy systemu w jednostkach systemu PRM. Prowadzi to do niezachowania odpowiedniej jakości i dostępności do świadczeń dla osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz do realizacji świadczeń z naruszeniem postanowień umów zawieranych między dysponentami jednostek systemu PRM, a Narodowym Funduszem Zdrowia.

System doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych w obecnym kształcie nie odpowiada potrzebom wynikającym z wprowadzenia SWD PRM, nie gwarantuje stosowania jednolitych procedur postępowania i pozostaje w rozbieżności ze zmieniającą się organizacją systemu PRM. Mnogość podmiotów prowadzących kursy nie sprzyja utrzymaniu ich należytej jakości. Istnieje więc potrzeba przeprowadzania cyklicznych szkoleń dla dyspozytorów medycznych na poziomie centralnym, w połączeniu z aktualizacją programów kursów i nauczanych treści.

Kursy dla dyspozytorów medycznych powinny wzmacniać słabe strony obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniu oraz korygować najczęściej występujące błędy w postępowaniu. Konieczne jest stworzenie nowoczesnej bazy szkoleniowej ze sprzętem symulacyjnym i zmiennymi scenariuszami przebiegu poszczególnych zdarzeń, do przećwiczenia i przeanalizowania z uczestnikami szkolenia. Dyspozytorzy medyczni podkreślają potrzebę wsparcia psychologicznego, które jest niezbędne dla osób stykających się w codziennej praktyce z tragicznymi w skutkach zdarzeniami. Brakuje też nadzoru merytorycznego nad pracą dyspozytorów medycznych oraz systemu oceny jakości udzielanych przez nich świadczeń.

Przez powierzenie realizacji świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne wyłącznie podmiotom leczniczym o publicznym charakterze jest rozwiązany problem ograniczonego wpływu państwa na zapewnienie pomocy medycznej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego niezależnie od koniunktury panującej na rynku usług zdrowotnych oraz zainteresowania prywatnych podmiotów realizacją tych świadczeń.

Ponadto usystematyzowania wymagają przepisy dotyczące rejestrowania przez wojewodów jednostek współpracujących z systemem. Jak wynika z ustaleń Ministerstwa Zdrowia, wojewodowie stosują różne praktyki w zakresie wyboru podmiotów rejestrowanych jako jednostki współpracujące z systemem. Konieczne jest także zweryfikowanie katalogu podmiotów, które dysponując odpowiednimi zasobami, odgrywają szczególną rolę podczas akcji ratowniczych i mogą być wpisywane do rejestru elektronicznego jednostek współpracujących z systemem PRM, zwanym dalej „rejestrem”, prowadzonego przez wojewodę z urzędu. Przepisy muszą być dostosowane do potrzeb wynikających z wprowadzonego rejestru.

Personel medyczny i media donoszą o coraz częstszych przypadkach agresji ze strony osób dzwoniących na numery alarmowe, pacjentów i osób im towarzyszących. O ile dyspozytorzy medyczni i lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego spotykają się głównie z agresją słowną, o tyle osoby, które mają bezpośredni kontakt z pacjentami, często doświadczają czynnej napaści, powodującej uszczerbek na zdrowiu. Czyny te często pozostają bezkarne.

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

Projekt zakłada przejście przez Ministra Zdrowia zadań w zakresie utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM, dotychczas realizowanych przez ministra właściwego do spraw administracji publicznej. Minister Zdrowia będzie obowiązywał do nadzorowania SWD PRM oraz do określania kierunków jego rozwoju. Wojewodowie – podobnie jak dotychczas – będą zapewniać utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie poszczególnych województw. Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM) jako komórka organizacyjna Lotniczego Pogotowia Ratunkowego na podstawie powierzenia przez Ministra Zdrowia będzie realizować zadania wynikające z konieczności stałej rozbudowy i modyfikacji SWD PRM (od dnia wejścia w życie ustawy), oraz pełnić rolę administratora SWD PRM (od 1 stycznia 2019 r.). Minister Zdrowia uzyska uprawnienia do powierzenia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych lub Komendantowi Głównemu Policji czynności związanych z zapewnieniem utrzymania powierzchni serwerowej na potrzeby SWD PRM. Regulacje zawarte w projekcie nowelizacji ustawy dotyczą także procesu bezpiecznego przetwarzania danych osobowych, w tym danych wrażliwych, w ramach SWD PRM.

Projekt wprowadza ponadto pojęcie „dyspozytorni medycznej”, która stanie się komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego, pełniącą rolę ośrodka działania SWD PRM na terenie województwa. Dyspozytornie medyczne mają pełnić funkcję centrów, wokół których będzie tworzony rejon operacyjny, zgodnie z zasadą: jedna dyspozytornia medyczna – jeden rejon operacyjny. Co do zasady od dnia 1 stycznia 2021 r. na terenie województwa będzie działała jedna dyspozytornia medyczna tworzona i prowadzona przez wojewodę, z wyjątkiem województw: mazowieckiego i śląskiego, gdzie przewiduje się po dwie dyspozytornie medyczne na województwo. W okresie od dnia wejścia w życie ustawy do dnia 31 grudnia 2027 r. dopuszcza się funkcjonowanie dyspozytorni medycznych, które istniały w momencie wejścia w życie projektu, pod warunkiem spełnienia przez nie wymagań wynikających z projektowanej nowelizacji, w liczbie nie większej niż 42 dyspozytornie medyczne ogółem w kraju. Wśród tych wymagań znalazły się następujące warunki:

- jedno stanowisko dyspozytora medycznego tworzy się na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców,
- powołuje się kierownika dyspozytorni oraz jego zastępcę (fakultatywnie),
- zapewnia się funkcjonowanie stanowiska głównego dyspozytora,
- wyznacza się zastępcę głównego dyspozytora,
- podział dyspozytorów medycznych na przyjmujących zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach oraz dyspozytorów medycznych dysponujących zespoły ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia.

Dyspozytornie medyczne mają działać z zachowaniem zasady zastępowalności na wypadek awarii.

W okresie od dnia wejścia w życie projektu do dnia 31 grudnia 2018 r. utrzymanie i obsługa techniczna, administrowanie danymi oraz zachowanie ciągłości działania SWD PRM będzie realizował dotychczasowy administrator SWD PRM, czyli minister właściwy do spraw administracji publicznej.

Wprowadza się również w miejsce lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Wymagania dla tej funkcji będą spełniali: lekarze systemu, a także ratownicy medyczni i pielęgniarki systemu posiadający wykształcenie wyższe drugiego stopnia oraz 4-letni staż na stanowisku dyspozytora medycznego.

Powołane zostanie KCMRM. W celu obniżenia kosztów budowy i bieżącego funkcjonowania KCMRM, przewiduje się jego umiejscowienie w strukturze organizacyjnej Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. W skład KCMRM wejdą dwa pionowy:

1) pion szkoleniowy obejmujący:

- kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego,
- kursy doskonalące dla dyspozytorów medycznych,
- kursy uprawniające do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego,
- monitorowanie przebiegu akcji medycznej w zdarzeniu, którego skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób;

2) pion obsługi SWD PRM obejmujący:

- utrzymanie,
- obsługę techniczną,
- rozbudowę i modyfikację SWD PRM.

Do zadań KCMRM będzie należało:

- 1) realizowanie zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie rozbudowy i modyfikacji SWD PRM;
- 2) realizowanie zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie administrowania SWD PRM;
- 3) opracowywanie na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia opisów przedmiotu zamówienia oraz specyfikacji istotnych warunków zamówienia do postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu do obsługi SWD PRM;
- 4) uczestniczenie w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych;
- 5) opracowanie kryteriów oceny pracy dyspozytora medycznego;
- 6) monitorowanie przebiegu akcji medycznej w zdarzeniu, którego skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób;
- 7) czynności związane z przygotowaniem i prowadzeniem:
 - a) kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego,
 - b) kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego,
 - c) kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, odbywanego w ramach rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego;
- 8) opracowywanie testów do wstępnej kwalifikacji kandydatów ubiegających się o zatrudnienie na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.

Zadania, o których mowa w pkt 1–4 będą realizowane przez KCMRM w pionie SWD PRM. Natomiast zadania, o których mowa w pkt 5–8 będą realizowane przez KCMRM w pionie szkoleniowym.

Ponadto u każdego wojewody od 1 stycznia 2021 r. zostanie zapewnione wsparcie psychologiczne dla dyspozytora medycznego, kierownika dyspozytorni medycznej i zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej. Z uwagi na konieczność uzyskania przez psychologa dostępu do informacji wrażliwych, w tym do nagrań z prowadzonych rozmów radiowych i telefonicznych, zakłada się, że psycholog będzie zatrudniony przez wojewodę na podstawie stosunku pracy.

W celu zapobiegania sytuacjom, w których osoby dokonujące zgłoszeń ratownictwa medycznego, świadkowie zdarzenia, pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych i osoby im towarzyszące bezkarnie znieważają, grożą lub dokonują czynnej napaści na personel medyczny, projekt rozszerza katalog osób, którym będzie przysługiwała ochrona przewidziana w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204) dla funkcjonariuszy publicznych o:

- osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym,
- dyspozytorów medycznych,
- wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.

Przeciwdziałając brakom w obsadzie lekarskiej jednostek systemu PRM, uzupełniono brzmienie art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy o przepis, że do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu będzie mógł być również lekarz specjalista neurolog i kardiolog.

Projekt przewiduje ponadto rozwiązania sprzyjające stabilizacji systemu, tj.:

- umożliwienie podmiotom leczniczym z danego terenu wspólnego ubiegania się o zawarcie umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym,

- zatrudnienie dyspozytorów medycznych u wojewodów na podstawie stosunku pracy.
- W konsekwencji projektowanych zmian, przepisy określające zakres danych zawartych w wojewódzkich planach działania systemu zostaną zmienione przez:
- usunięcie z nich zbędnych informacji już zawartych w innych planach przygotowywanych przez wojewodów, np. w wojewódzkich planach zarządzania kryzysowego,
 - uzupełnienie o dane dotyczące: centrów urazowych i centrów urazowych dla dzieci, dyspozytorni medycznych, granic rejonów operacyjnych i liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, informacji o czasie realizacji poszczególnych etapów akcji medycznej, sposobie organizacji i działaniu łączności radiowej.

Ograniczono zakres danych zawartych w wojewódzkich planach działania systemu PRM, podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej. Nie będą podlegały upublicznieniu:

- dane dotyczące struktury, organizacji i usytuowania w terenie poszczególnych elementów systemu PRM powiadamiania ratunkowego wykorzystywanych w systemie PRM,
- opisy sposobów współpracy jednostek systemu PRM z jednostkami współpracującymi z systemem PRM i organami administracji publicznej,
- opisy organizacji i działania łączności radiowej.

Powyższe informacje będą stanowiły tajemnicę prawnie chronioną i nie będą podlegały udostępnieniu na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2015 r. poz. 2058, z późn. zm.) oraz nie będą podlegały udostępnieniu lub przekazywaniu w celu ponownego wykorzystania na podstawie ustawy z dnia 25 lutego 2016 r. o ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego (Dz. U. poz. 352 oraz z 2017 r. poz. 60).

Rekomendowane rozwiązanie to powierzenie realizacji umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego wyłącznie podmiotom leczniczym w formie:

- 1) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej;
- 2) jednostek budżetowych;
- 3) spółek kapitałowych z co najmniej większościowym udziałem Skarbu państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub publicznej uczelni medycznej.

W ten sposób można będzie uniknąć sytuacji, w której jakikolwiek podmiot leczniczy realizujący świadczenia ratownicze odmówi zawarcia umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Gwarantem tego stanu rzeczy jest fakt, że samorządy terytorialne będące w większości przypadków podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych będących dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, są jednocześnie odpowiedzialne za bezpieczeństwo zdrowotne osób zamieszkujących teren tych jednostek. Podobna odpowiedzialność za zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego spoczywa na innych władzach publicznych, w tym na ministrach będących podmiotami tworzącymi dla podmiotów leczniczych.

Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego z większościowym udziałem kapitału publicznego stanowią obecnie ponad 90% ogółu dysponentów w kraju. Posiadają oni w swoich zasobach ponad 90% zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Podkreślenia wymaga, że żaden podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia nie ma gwarancji co do ciągłości realizacji tych świadczeń i tego, że w wyniku postępowania konkursowego zostanie wybrany jako realizator świadczeń w określonym zakresie. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego o charakterze niepublicznym już od 2015 r. byli informowani o planowanych zmianach w zakresie upublicznienia systemu PRM. Przewiduje się, że od 1 stycznia 2021 r. umowa na zadania zespołów ratownictwa medycznego będzie mogła być zawarta wyłącznie z podmiotem z większościowym udziałem kapitału publicznego. Jest to więc wystarczający czas na zmianę profilu dotychczasowej działalności podmiotów prywatnych, poprzez przesunięcie zasobów do innych obszarów ochrony zdrowia, jak na przykład w kierunku usług transportu sanitarnego. Wymagania w odniesieniu do realizatorów świadczeń ratowniczych i usługodawców transportu sanitarnego – zwłaszcza w zakresie przewozów osób w stanie zagrożenia zdrowotnego – są w zasadzie tożsame.

Jednostki współpracujące z systemem – podobnie jak dotychczas – będą wpisywane do rejestru prowadzonego przez wojewodę z urzędu lub na ich wniosek. Z urzędu będą rejestrowane:

- 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej (PSP),
- 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego,
- 3) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa.

Pozostałe jednostki będą rejestrowane na ich wniosek, jednak w zależności od tego, czy dana jednostka:

- 1) osiąga gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu,
- 2) dysponuje ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości;
- 3) dysponuje środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.

Istotnym udogodnieniem dla podmiotów korzystających z rejestru jest fakt, iż jest on prowadzony w programie informatycznym, co znacznie uprości i ujednolici procedurę rejestracyjną.

Możliwe stanie się wykonywanie zadań zawodowych przez ratowników medycznych posiadających jednocześnie odpowiednie kwalifikacje funkcjonariuszy służb podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, tj. Policji, Straży Granicznej (SG), Biura Ochrony Rządu (BOR) i PSP. Wprowadzono upoważnienie ustawowe dla Ministra Obrony Narodowej i ministra właściwego do spraw wewnętrznych do wydania rozporządzeń, które będą określały świadczenia zdrowotne, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego wykonującego zadania zawodowe w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez te resorty.

W rozporządzeniach zostanie uregulowany ponadto:

- 1) przez Ministra Obrony Narodowej ramowy program wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych, kwalifikacje kadry dydaktycznej, szczegółowe wymogi dla podmiotów prowadzących wojskowo-medyczne kursy kwalifikacyjne, skład i tryb powoływania komisji egzaminacyjnej oraz sposób przeprowadzania egzaminów kończących wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny, okres ważności zaświadczeń o ukończeniu poszczególnych wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych oraz wzory zaświadczeń o ukończeniu poszczególnych wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych;
- 2) przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji ramowy program medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, kwalifikacje kadry dydaktycznej, szczegółowe wymogi dla podmiotów prowadzących medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, skład i tryb powoływania komisji egzaminacyjnej oraz sposób przeprowadzania egzaminów kończących medyczny kurs kwalifikacyjny Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, wzór zaświadczenia o ukończeniu medycznego kursu kwalifikacyjnego Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

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

Brak danych. Ze względu na bezpieczeństwo systemów powiadamiania ratunkowego w poszczególnych krajach, szczegółowe informacje dotyczące organizacji tych systemów i ich nadzorowania przez organy państwowe nie są powszechnie udostępniane.

Każde z państw członkowskich OECD/UE inaczej definiuje krąg podmiotów będących realizatorami świadczeń ratowniczych finansowanych ze środków publicznych.

Na Węgrzech przedszpitalne świadczenia ratownicze wykonywane są przez Narodową Służbę Ambulansową, a w przypadkach niemających charakteru nagłego część świadczeń przejmują podmioty prywatne, przy czym całość usług koordynuje Narodowa Służba Ambulansowa. We Francji pomoc i opieka w nagłych wypadkach są zapewniane przez dwie służby publiczne: Służbę Ratownictwa Medycznego (Service d'Aide Medicale Urgente, SAMU) oraz przez Służbę Strażaków i Pomocy (Service d'Incendie et de Secours, SIS), która składa się ze strażaków zawodowych i ochotników. Obowiązującym w Niemczech i Austrii rozwiązaniem jest znaczne zaangażowanie w ratownictwo medyczne organizacji i stowarzyszeń społecznych (Czerwony Krzyż, Związek Samarytan Zakony Joannitów i Kawalerów Maltańskich). Kontraktowanie przeprowadzane jest na szczeblu lokalnym (np. landu). Na Słowacji z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego są finansowane zarówno państwowe, jak i prywatne podmioty świadczące usługi ratownictwa medycznego. Z kolei w Szwecji cały system opieki zdrowotnej ma charakter publiczny. (Opracowano na podstawie dokumentu Biura Analiz i Dokumentacji Kancelarii Senatu RP pt. „Organizacja służb ratownictwa medycznego w wybranych państwach”).

4. Podmioty, na które oddziałuje projekt

Grupa	Wielkość	Źródło danych	Oddziaływanie
Wojewodowie	16	Ustawa	Zadaniem wojewodów będzie kontynuacja procesu koncentracji dyspozytorni medycznych i przygotowanie wojewódzkich planów działania systemu PRM zgodnie z nową definicją rejonu operacyjnego. W zakresie zadań związanych bezpośrednio z SWD PRM zadania będą, tak jak dotychczas, dotyczyły zapewnienia utrzymania i funkcjonowania SWD PRM na terenie województwa, w tym funkcjonowania stanowisk

			wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego z wykorzystaniem SWD PRM.
Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego	219	Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego/województwie	Zapewnienie funkcjonowania SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego i miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, a także na stanowiskach dyspozytorów medycznych.
Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)	1	Minister Zdrowia	LPR będzie podmiotem odpowiedzialnym za administrowanie, rozbudowę i modyfikację SWD PRM na terenie kraju oraz utworzenie KCMRM.
Minister Zdrowia	1	Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów	Minister właściwy do spraw zdrowia będzie nadzorował utrzymanie SWD PRM na terenie kraju oraz określał kierunki jego rozwoju.
Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji	1	Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów	Utrzymanie powierzchni serwerowej oraz budowa Ogólnopolskiej Sieci Teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych – (OST 112) na potrzeby SWD PRM.
Minister Finansów	1	Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów	Utrzymanie powierzchni serwerowej na potrzeby SWD PRM.
Instytucje szkolące	zmienna		Od 1 stycznia 2021 r. brak możliwości prowadzenia kursów doskonalących dla dyspozytorów medycznych.
Lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego	16 stanowisk	Ustawa	Od dnia wejścia w życie ustawy w miejsce lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego będą funkcjonowały stanowiska wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Zadania te będą mogli wykonywać poza lekarzami systemu również ratownicy medyczni lub pielęgniarki systemu.
Dyspozytorzy medyczni	zmienna	Ustawa	Od 1 stycznia 2021 r. realizacja zadań

			zawodowych na podstawie umowy o pracę oraz dostęp do bezpłatnych kursów związanych z uzyskaniem uprawnień do pracy oraz doskonaleniem zawodowym dyspozytora medycznego.
Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego	Ok. 20	Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego/województwie	W przypadku wejścia projektowanej zmiany po upływie okresu przejściowego około 20 podmiotów (8%) utraciłoby status dysponenta zespołów ratownictwa medycznego. Podmioty te posiadają obecnie w swoich strukturach 9,2% ogółu ZRM działających w kraju. Obecnie większość spośród 245 dysponentów działa jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

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

Projekt nie podlegał pre-konsultacjom.

Projekt został przesłany do konsultacji publicznych i opiniowania z 30-dniowym terminem na zgłaszanie uwag przez następujące podmioty: Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, Radę Dialogu Społecznego, Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, Rzecznika Praw Pacjenta, Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbę Aptekarską, Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Forum Związków Zawodowych, Pracodawców Rzeczypospolitej Polskiej, Konfederację Lewiatan, Związek Rzemiosła Polskiego, Związek Pracodawców Business Centre Club, Związek Powiatów Polskich, Konwent Marszałków Województw, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej, Federację Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Związek Ochotniczych Straży Pożarnych, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego NZOZ, Związek Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Centralny Instytut Ochrony Pracy, Forum Rozwoju Ratownictwa Medycznego, Polską Radę Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Pacjentów „Primum Non Nocere”, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie „Dla dobra pacjenta”, Polski Związek Niewidomych, Federację Pacjentów Polskich, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polską Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Ratownictwa Medycznego, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego, Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych, Stowarzyszenie Zawodowe Ratowników Medycznych, Radę Działalności Pożytku Publicznego.

Wyniki konsultacji publicznych i opiniowania zostały omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248) projekt ustawy został umieszczony na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej. Projekt został udostępniony, zgodnie z postanowieniami uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. poz. 1006 i 1204) w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji, w zakładce Rządowy Proces Legislacyjny.

6. Wpływ na sektor finansów publicznych												
	Skutki w okresie 10 lat od wejścia w życie zmian [mln zł]											
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Łącznie (0–10)
Dochody ogółem	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem	0	18,3	42,2	56,3	207	217,4	216,6	218,3	237,5	233,6	235,2	1682,4
budżet państwa	0	18,3	42,2	56,3	207	217,4	216,6	218,3	237,5	233,6	235,2	1682,4
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	-18,3	-42,2	-56,3	-207	-217,4	-216,6	-218,3	-237,5	-233,6	-235,2	-1682,4
budżet państwa	0	-18,3	-42,2	-56,3	-207	-217,4	-216,6	-218,3	-237,5	-233,6	-235,2	-1682,4
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Źródła finansowania	Budżet państwa w części 46 – zdrowie, w części 85 - województwa oraz w części 42 – sprawy wewnętrzne											
	Lp.	Część budżetu państwa			Zadania						Kwota w latach 2018-2027 w zł	
	1.	46 – zdrowie			Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, nadzór Ministra Zdrowia nad SWD PRM.						357 063 616	
	2.	85 - województwa			Administratorzy wojewódzcy SWD PRM, Wsparcie psychologiczne dyspozytorów medycznych, Dyspozytornie medyczne.						1 312 586 692	
	3.	42 – sprawy wewnętrzne			Budowa i utrzymanie OST 112 na potrzeby MZ i LPR.						12 559 293	
				Suma						1 682 209 601		
Skutki regulacji i szczegółowa analiza skutków finansowych w podziale na podmioty została przedstawiona w załączniku nr 1.												

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	Tab. 1. Całkowite koszty dla budżetu państwa w części 46 – zdrowie (w zł).												
	Koszty realizacji zadań w cz. 46 - Zdrowie	Lata											Suma
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
	I. koszty osobowe cz.46	-	3 237 774	4 833 712	5 635 584	7 975 808	8 174 478	8 468 194	8 831 244	9 102 666	9 526 176	9 843 424	75 629 060
	1. koszty osobowe MZ	-	513 567	569 033	583 169	597 748	612 692	628 010	643 710	659 799	676 295	693 203	6 177 226
	1a. Wynagrodzenia (6 etatów)	-	432 696	442 648	453 714	465 056	476 682	488 599	500 813	513 332	526 167	539 321	4 839 028
	1b. DWR 8,5%	-	-	36 779	37 624	38 565	39 530	40 518	41 532	42 569	43 633	44 724	365 474
	1c. pochodne 18,69%	-	80 871	89 606	91 831	94 127	96 480	98 893	101 365	103 898	106 495	109 158	972 724
	2. koszty osobowe KCMRM - LPR	-	2 724 207	4 264 679	5 052 415	7 378 060	7 561 786	7 840 184	8 187 534	8 442 867	8 849 881	9 150 221	69 451 834
	2a. wynagrodzenia z pochodnymi (70,5 etatu)	-	2 724 207	4 264 679	5 052 415	7 378 060	7 561 786	7 840 184	8 187 534	8 442 867	8 849 881	9 150 221	69 451 834
	II. koszty techniczne - cz.46	-	4 926 694	34 884 810	48 223 990	29 120 472	29 154 718	22 336 260	22 964 053	34 514 105	30 075 470	25 233 984	281 434 556
	3. koszty techniczne - wydział w MZ	-	214 000	144 000	144 000	144 000	194 160	144 000	144 000	144 000	194 160	144 000	1 610 320

3a.	wydatki majątkowe	-	70 000	-	-	-	50 160	-	-	-	50 160	-	170 320
3b.	wydatki bieżące	-	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	144 000	1 440 000
4.	koszty techniczne-KCMRM	-	4 712 694	34 740 810	48 079 990	28 976 472	28 960 558	22 192 260	22 820 053	34 370 105	29 881 310	25 089 984	279 824 236
4a.	wydatki majątkowe	-	3 669 900	33 695 634	46 045 741	27 089 284	26 742 142	20 290 483	20 586 779	32 453 197	27 632 626	23 157 382	261 363 168
4b.	wydatki bieżące	-	1 042 794	1 045 176	2 034 249	1 887 188	2 218 416	1 901 777	2 233 274	1 916 908	2 248 684	1 932 602	18 461 068
Suma I + II cz.46		-	8 164 468	39 718 522	53 859 574	37 096 280	37 329 196	30 804 454	31 795 297	43 616 771	39 601 646	35 077 408	357 063 616

Koszty osobowe obejmują wydatki na wynagrodzenia w części 46 – zdrowie dla pracowników:

- wydziału ds. SWD PRM w Ministerstwie Zdrowia – 6 etatów,
- pracowników KCMRM – 70,5 etatów.

Koszty techniczne obejmują:

- koszty majątkowe na wyposażenie wydziału ds. SWD PRM w Ministerstwie Zdrowia,
- koszty majątkowe KCMRM, na które składają się koszty budowy i wyposażenia Centrum, w tym lokalizacji tymczasowej w latach 2018 - 2020 oraz koszty związane z administrowaniem oraz rozbudową i modyfikacją SWD PRM.

Koszty bieżące:

- koszty bieżącego utrzymania i eksploatacji budynku,
- koszty szkoleń i delegacji,
- koszty żywienia dla kursantów,
- zakupu innych usług niezbędnych do administrowania, rozbudowy i modyfikacji SWD PRM.

Koszty związane z budową i wyposażeniem KCMRM będą wypłacane dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego – Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu w formie dotacji celowej.

Wydatki związane z zapewnieniem utrzymania powierzchni serwerowej dla SWD PRM zostaną sfinansowane w ramach dotychczasowych limitów w części 42 – sprawy wewnętrzne oraz części 19 – budżet, finanse publiczne i instytucje finansowe bez konieczności ubiegania się o dodatkowe środki na ten cel.

Szczegółowe informacje dotyczące kosztów związanych z realizacją zadań przez KCMRM zostały przedstawione w załączniku nr 2 – Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego i Wydział ds. SWD PRM w MZ.

Tab. 2. Całkowite koszty dla budżetu państwa w części 85 - województwa (w zł).

Koszty realizacji zadań w cz. 85 - województwa		Lata										Suma
		2017-2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
I.	koszty osobowe	-	1 957 811	2 004 797	128 290 917	142 226 393	145 778 020	149 422 483	153 158 045	156 987 001	160 911 725	1 040 737 192
1.	administratorzy wojewódzcy	-	1 957 811	2 004 797	2 052 913	2 102 183	2 150 695	2 204 463	2 259 575	2 316 064	2 373 966	19 422 467
1a.	wynagrodzenia z pochodnymi (34 etaty)	-	1 643 412	1 682 853	1 723 242	1 764 600	1 805 186	1 850 316	1 896 574	1 943 988	1 992 588	16 302 759
1b.	dodatek stażowy 10%	-	164 341	168 285	172 324	176 460	180 519	185 032	189 658	194 399	199 259	1 630 277
1c.	DWR 8,5%	-	150 058	153 659	157 347	161 123	164 990	169 115	173 343	177 677	182 119	1 489 431
2.	wsparcie psychologiczne	-	-	-	2 228 203	2 473 316	2 535 135	2 598 542	2 663 513	2 730 094	2 798 365	18 027 168
2a.	wynagrodzenia (20 etatów)	-	-	-	1 877 327	1 924 272	1 972 367	2 021 701	2 072 247	2 124 048	2 177 165	14 169 127
2b.	DWR 8,5%	-	-	-	-	159 573	163 563	167 651	171 845	176 141	180 544	1 019 317
2c.	Pochodne 18,69%	-	-	-	350 876	389 471	399 205	409 190	419 421	429 905	440 656	2 838 724
3.	dyspozytornie medyczne	-	-	-	124 009 801	137 650 894	141 092 190	144 619 478	148 234 957	151 940 843	155 739 394	1 003 287 557
3a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	-	-	87 064 032	89 240 633	91 471 665	93 758 447	96 102 399	98 504 971	100 967 601	657 109 748
3b.	stażowe 20%	-	-	-	17 418 065	17 853 524	18 299 859	18 757 354	19 226 295	19 706 957	20 199 642	131 461 696
3c.	DWR 8,5%	-	-	-	-	8 880 983	9 103 015	9 330 587	9 563 847	9 802 937	10 048 019	56 729 388
3d.	pochodne 18,69%	-	-	-	19 527 704	21 675 754	22 217 651	22 773 090	23 342 416	23 925 978	24 524 132	157 986 725
II.	koszty techniczne	-	476 000	408 000	40 765 500	36 978 500	39 220 500	37 046 500	40 755 500	36 978 500	39 220 500	271 849 500
4.	administratorzy wojewódzcy	-	476 000	408 000	408 000	408 000	408 000	476 000	408 000	408 000	408 000	3 808 000
4a.	wydatki majątkowe	-	68 000	-	-	-	-	68 000	-	-	-	136 000

4b.	wydatki bieżące	-	408 000	408 000	408 000	408 000	408 000	408 000	408 000	408 000	408 000	3 672 000
5.	wsparcie psychologiczne	-	-	-	20 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	80 000
5a.	wydatki majątkowe	-	-	-	10 000	-	-	-	-	-	-	10 000
5b.	wydatki bieżące	-	-	-	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	70 000
6.	dyspozytornie medyczne	-	-	-	40 337 500	36 560 500	38 802 500	36 560 500	40 337 500	36 560 500	38 802 500	267 961 500
6a.	wydatki majątkowe	-	-	-	38 802 500	36 560 500	38 802 500	36 560 500	38 802 500	36 560 500	38 802 500	264 891 500
6b.	wydatki bieżące	-	-	-	1 535 000	-	-	-	1 535 000	-	-	3 070 000
Suma I + II cz.85		-	2 433 811	2 412 797	169 056 417	179 204 893	184 998 520	186 468 983	193 913 545	193 965 501	200 132 225	1 312 586 692

Zatrudnienie administratorów wojewódzkich zostało zaplanowane w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. poz. 1635, z późn. zm.), zwanej dalej „SPR”. Dodatkowy koszt ponad ten, który przewidziany był w SPR obejmuje lata 2024-2027. Jednocześnie dodano koszty techniczne w łącznej wysokości 3 808 000 zł. W ramach tej kwoty przewidziano koszty na wyposażenie stanowisk niebędące sprzętem teleinformatycznym w wysokości 136 000 zł oraz wydatki bieżące, m.in. na szkolenia, delegacje w wysokości 3 672 000 zł.

Wskazana powyżej kwota 3 672 000 zł dotyczy obecnie już ponoszonych wydatków przez wojewodów na SWD PRM. Nie stanowi ona nowych wydatków na ten cel – określa jedynie poziom wydatków jaki może być przeznaczony na ten cel - zatem nie może stanowić podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa przez wojewodów.

Do oszacowania kosztów wsparcia psychologicznego dla dyspozytorów medycznych przyjęto, że jeden etat przeliczeniowy psychologa wyceniony jest na 6,5 tys. zł brutto miesięcznie wg stawek z oku 2018. Jeden etat psychologa przypadać będzie na 10 stanowisk dyspozytorów medycznych. Liczba stanowisk została ustalona w oparciu o przelicznik – jedno stanowisko na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. Liczba etatów przeliczeniowych psychologów wyniesie tym samym 20 na kraj.

Zmiana stanowiska lekarza koordynatora ratownictwa medycznego na wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego nie będzie generowała żadnych kosztów.

Koszty związane z dyspozytorniami medycznymi przedstawione zostały w załączniku nr 3 – Finansowanie dyspozytorni medycznych od 2021 r. Wskazane w załączniku kwoty nie wywołają nowych skutków finansowych i będą realizowane w ramach posiadanych przez wojewodów środków na ratownictwo medyczne.

Tab. 3. Koszty budowy i utrzymania OST 112 oraz zakupu i utrzymania sprzętu na potrzeby zestawienia łącz OST 112 dla Ministerstwa Zdrowia i Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w latach 2018–2023 – część 42 – sprawy wewnętrzne (w zł)

Koszt OST 112 w cz. 42 – sprawy wewnętrzne	Lata						Suma
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	
budowa i utrzymanie łączy dla LPR i MZ	8 069 431	0	0	657 554	657 554	657 554	10 042 093
zakup i utrzymanie sprzętu na potrzeby zestawienia łącz OST 112 dla LPR i MZ	2 030 000	0	0	162 400	162 400	162 400	2 517 200
Suma	10 099 431	0	0	819 954	819 954	819 954	12 559 293

Projekt zakłada zabezpieczenie po stronie ministra właściwego do spraw wewnętrznych środków na:

- rozbudowę Ogólnopolskiej Sieci Teleinformatycznej na potrzeby obsługi numeru alarmowego 112 (OST 112) w zakresie:
- budowy i utrzymania: 18 łączy redundantnych do baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego oraz 5 łączy podstawowych i redundantnych do nowopowstałych baz LPR i łączy podstawowego do siedziby ministra właściwego do spraw zdrowia – w wysokości 10 042 093 zł;
- zakupu i utrzymania sprzętu umożliwiającego zestawienie łącz OST 112 - w wysokości 2 517 200 zł (na to zadanie nie przewidziano środków w ocenie skutków regulacji do SPR, a jest ono niezbędne do włączenia Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w SWD PRM),

Koszty zostały oszacowane na podstawie informacji przekazanych przez Operatora OST 112. Przyjęto, że średni koszt utrzymania łączy i sprzętu stanowi 8% kwoty budowy łączy i zakupu sprzętu. Ujęte w tabeli koszty docelowo znajdą się w limicie wydatków na lata 2018–2023 dla cz. 42 – sprawy

	wewnętrzne w SPR. Realizacja kursów kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych Sił Zbrojnych RP odbywać się będzie w ramach środków przeznaczonych na szkolenie personelu, zaplanowanych przez poszczególnych dysponentów oraz uwzględnionych w projektach budżetów MON na dany rok i lata następne. Planuje się, aby dla żołnierzy zawodowych kursy doskonalące odbywały się w ramach systemu doskonalenia zawodowego żołnierzy w oparciu o podmioty szkolące. Łączne koszty realizacji kursów przy uwzględnieniu średnich cen za tego rodzaju kursy oferowanych przez podmioty prowadzące szkolenia oraz liczbę osób do przeszkolenia w ciągu roku oszacowano na poziomie łącznie 4,5 mln zł w okresie 10 lat. Przedmiotowa regulacja nie spowoduje konieczności zwiększenia wydatków z budżetu państwa na rzecz Ministra Obrony Narodowej. Realizacja kursów kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych MSWiA spowoduje zwiększenie wydatków własnych dla Policji, PSP, BOR i SG w części przeznaczonej na szkolenie i doskonalenie działań. Przedmiotowa regulacja nie spowoduje konieczności zwiększenia wydatków z budżetu państwa na rzecz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. W pozostałym zakresie ustawa nie wywoła skutków finansowych, a tym samym będzie realizowana w ramach posiadanych środków i nie będzie podstawy do ubiegania się o dodatkowe środki z budżetu państwa w toku jej realizacji. Niewątpliwie poza skutkami zaprezentowanymi w tabeli projekt wywoła skutek finansowy w postaci zwiększenia dochodów sektora finansów publicznych z tytułu danin publiczno-prawnych (podatki, składka na ubezpieczenie zdrowotne, ubezpieczenia społeczne, Fundusz Pracy i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych) odprowadzanych od wynagrodzeń przyszłych pracowników urzędów wojewódzkich, Ministerstwa Zdrowia oraz Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, a także podwykonawców usług informatycznych. Jednak ze względu na różnorodność form i wymiaru zatrudnienia, w szczególności z uwagi na duże prawdopodobieństwo wystąpienia częściowych umów o pracę lub umów cywilnoprawnych, dokładne oszacowanie wysokości retransferu środków jest niemożliwe. Projektowana regulacja w zakresie upublicznienia systemu PRM nie będzie miała wpływu na sektor finansów publicznych. Nie przewiduje się zmian w zakresie liczby zespołów ratownictwa, ich rodzaju, czy też kosztów działalności bieżącej dysponentów tych zespołów. Podmioty publiczne posiadają zasoby w ilości wystarczającej do świadczenia usług ratownictwa medycznego na terenie całego kraju. Podmioty te, oprócz swojej podstawowej działalności w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, realizują m.in. transporty sanitarne i medyczne, zabezpieczają imprezy masowe oraz realizują usługi komercyjne. Tym samym dysponują oni niezbędną liczbą ambulansów z wyposażeniem oraz personelem medycznym w ilości wystarczającej do swobodnego wypełnienia luki, jaka postanie po wycofaniu się podmiotów prywatnych ze świadczenia usług ratownictwa medycznego.
--	--

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

Projektowana regulacja zwiększy dochody netto gospodarstw domowych w związku z nowotworzonymi miejscami pracy. Budżet na wynagrodzenia wraz z pochodnymi w latach 2018-2027 wyniesie 93 656 228 zł. Z uwagi na duże prawdopodobieństwo wystąpienia częściowych umów o pracę lub umów cywilnoprawnych nie jest możliwe dokładne oszacowanie dochodu netto gospodarstw domowych.

Czas w latach od wejścia w życie zmian		0	1	2	3	4	10	Łącznie (0–10)
W ujęciu pieniężnym (w mln zł, ceny stałe z ... r.)	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	Rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
W ujęciu niepieniężnym	duże przedsiębiorstwa							
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw							
	Rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe							
Niemierzalne								

Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń		
8. Zmiana obciążeń regulacyjnych (w tym obowiązków informacyjnych) wynikających z projektu		
☐ nie dotyczy		
Wprowadzane są obciążenia poza bezwzględnie wymaganymi przez UE (szczegóły w odwróconej tabeli zgodności).	☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
☐ zmniejszenie liczby dokumentów ☐ zmniejszenie liczby procedur ☐ skrócenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	☐ zwiększenie liczby dokumentów ☒ zwiększenie liczby procedur ☐ wydłużenie czasu na załatwienie sprawy ☐ inne:	
Wprowadzane obciążenia są przystosowane do ich elektronizacji.	☒ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy	
Projektowana regulacja przyczyni się do wprowadzenia nieistniejących dotychczas procedur, dotyczących oceny funkcjonowania poszczególnych dyspozytorów medycznych oraz monitorowania obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, a także dysponowania zespołów ratownictwa medycznego, w tym do zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych.		
9. Wpływ na rynek pracy		
Projektowana ustawa spowoduje konieczność zatrudnienia dodatkowych pracowników w Ministerstwie Zdrowia, w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego oraz w urzędach wojewódzkich – łącznie szacunkowo 97 nowych stanowisk pracy. Projektowana regulacja w zakresie upublicznienia systemu PRM nie będzie miała wpływu na rynek pracy. Nie zmieni się ani liczba zespołów ratownictwa medycznego ani liczba miejsc pracy.		
10. Wpływ na pozostałe obszary		
☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	☒ - informatyzacja ☒ - zdrowie
Omówienie wpływu	Wejście w życie projektowanych przepisów przyczyni się do poprawy jakości obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, co będzie miało swój wymierny skutek w postaci zwiększenia efektywności i skuteczności medycznych działań ratowniczych. Zmiana przepisów będzie sprzyjała stabilizacji systemu PRM przez wprowadzenie dużych rejonów operacyjnych, których centrami będą dyspozytornie medyczne, zdolne do wzajemnego zastępowania się. Wprowadzenie SWD PRM we wszystkich dyspozytoriach w kraju oraz stosowanie jednolitych algorytmów zbierania wywiadu medycznego zminimalizuje ryzyko błędów w postępowaniu dyspozytorów medycznych. Jednocześnie świadczeniobiorca otrzyma szybszą pomoc w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, niezależnie od liczby zgłoszeń napływających w danym momencie. Implementacja i rozbudowa SWD PRM przyczyni się do cyfryzacji ochrony zdrowia, co stworzy nowe możliwości w zakresie nadzoru, kontroli i planowania potrzeb zdrowotnych w obszarze ratownictwa medycznego.	
11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego		
Już w terminie 14 dni od ogłoszenia ustawy możliwe będzie wprowadzenie w urzędach wojewódzkich w miejsce stanowisk lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego stanowisk wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, których obsadę będą zapewniać lekarze systemu, ratownicy medyczni lub pielęgniarki systemu. Od dnia wejścia w życie ustawy możliwe będzie wspólne ubieganie się dysponentów zespołów ratownictwa medycznego o zawarcie umów na świadczenia ratownicze z Narodowym Funduszem Zdrowia, rozszerzenie katalogu osób,		

którym będzie przysługiwała ochrona jak dla funkcjonariuszy publicznych, umożliwienia ratownikom medycznym wykonywania zawodu w oddziałach prewencji, pododdziałach antyterrorystycznych, w jednostkach organizacyjnych Policji realizujących zadania z zakresu zabezpieczenia antyterrorystycznego oraz w ramach zadań Biura Ochrony Rządu.

Z dniem 1 stycznia 2021 r. dyspozytorzy medyczni zyskają dostęp do wsparcia psychologicznego.

Od dnia wejścia w życie ustawy Minister Zdrowia uzyska prawo do określania kierunków rozwoju SWD PRM, co przełoży się na przeprowadzenie niezbędnych modyfikacji tego systemu w zgodzie z potrzebami jego użytkowników i beneficjentów. Natomiast od 1 stycznia 2019 r. Minister Zdrowia zacznie sprawować pełen nadzór nad funkcjonowaniem SWD PRM. Z dniem 1 stycznia 2021 r. nastąpi pełna stabilizacja obszaru dotyczącego powiadamiania ratunkowego w systemie PRM przez umiejscowienie dyspozytorni w urzędach wojewódzkich. Tym samym zrealizowane zostanie zalecenie Najwyższej Izby Kontroli co do umiejscowienia dyspozytorni w strukturach podlegających kontroli państwowej.

Z dniem 1 lipca 2021 r. w oparciu o nowe programy zostanie przeszkolona pierwsza część dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.

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

Ocena skutków wejścia w życie projektowanych przepisów będzie dokonywana na bieżąco przez monitorowanie spadku całkowitej liczby dyspozytorni medycznych do docelowego modelu obejmującego 18 dyspozytorni w roku 2028. Przy pomocy SWD PRM, od dnia wejścia w życie ustawy stanie się możliwa bieżąca ocena wskaźników obrazujących jakość obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, tj.:

- średniego czasu oczekiwania na połączenie z dyspozytorem medycznym,
- średniego czasu od przyjęcia zgłoszenia do wyjazdu zespołu,
- mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
- maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
- średniego i maksymalnego czasu trwania akcji medycznej,
- liczby wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia.

Ocena skutków wejścia w życie projektowanych przepisów w zakresie upublicznienia systemu PRM będzie możliwa po okresie co najmniej 1 roku jej obowiązywania przez określenie spadku liczby dysponentów niebędących samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, lub publicznej uczelni medycznej.

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

Załącznik nr 1 do Oceny Skutków Regulacji

– **Skutki regulacji i szczegółowa analiza skutków finansowych w podziale na poszczególne podmioty**

Załącznik nr 2 do Oceny Skutków Regulacji

– **Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego i Wydział ds. SWD PRM w MZ**

Załącznik nr 3 do Oceny Skutków Regulacji

– **Finansowanie dyspozytorni medycznych od 2021 r. – część 85 – województwa**

Skutki regulacji i szczegółowa analiza skutków finansowych w podziale na poszczególne podmioty

I. Skutki regulacji

Scenariusz bazowy obejmuje koszty ujęte w ocenie skutków regulacji do ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (SPR). Z uwagi na fakt, że OSR do ustawy o SPR obejmuje lata 2014–2023, na potrzeby niniejszej analizy przyjęto, że szacowany koszt realizacji zadań na lata 2024–2027 zostanie zwiększony zgodnie ze wskaźnikiem inflacji na te lata o 102,5%.

Wskazane w tabeli nr 2 wydatki przedstawiają różnicę pomiędzy zakładanym poziomem wydatków po wprowadzeniu projektowanej regulacji a poziomem wydatków, który zostałby poniesiony bez interwencji w zakresie dotyczącym Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) i dostępu do ogólnopolskiej sieci teleinformatycznej na potrzeby numeru alarmowego 112 (OST 112), na użytek systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Różnica między scenariuszem bazowym, a kosztami projektowanej ustawy w zakresie SWD PRM w perspektywie dziesięcioletniej wynosi 275 057 200 zł. Wskazana kwota stanowi dodatkowy koszt dla budżetu państwa. Jednocześnie, porównując szacowany w SPR koszt utrzymania SWD PRM w latach 2019–2020 do kosztów przyjętych w projektowanej ustawie, powstaje oszczędność w wysokości 9 534 853 zł, co wskazano w tabeli 1. Wykazana oszczędność wpływa na zmniejszenie całkowitej kwoty, która stanowi skutek regulacji. Wysokość środków na utrzymanie i obsługę techniczną SWD PRM w roku 2018 wskazana w tabeli 1 stanowi zmianę techniczną wynikającą z pomniejszenia wydatków MSWiA o środki finansowe niezbędne do zatrudnienia i przeszkolenia przyszłych administratorów SWD PRM w KCMRM w okresie 01.07–31.12.2018 r.

W tabeli 3 przedstawiono różnicę pomiędzy zakładanym w projekcie poziomem wydatków a poziomem wydatków, który zostałby poniesiony bez interwencji, w podziale na poszczególne lata, z wyłączeniem kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznych. Wobec powyższego w perspektywie 10-letniej konieczne będzie zabezpieczenie dodatkowo 293 164 368 zł (koszt KCMRM, w tym SWD PRM, oraz koszt wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych po stronie wojewodów).

Szczegółowa analiza skutków finansowych w podziale na poszczególne podmioty przedstawiona została w II części załącznika.

Tab.1. Różnica pomiędzy kosztami utrzymania SWD PRM w ustawie o SPR a kosztami wynikającymi z projektowanej ustawy o PRM.

Porównanie kosztów utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM												
Lp.	Wyszczególnienie	Lata										Różnica
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
1.	koszty utrzymania SWD PRM z ustawy o SPR	14 929 627	15 287 938	15 654 848	16 030 565	16 415 299	16 792 881	17 159 267	17 532 812	17 906 356	18 279 901	165 989 494
2.	koszty utrzymania SWD PRM z projektu ustawy o PRM*	1 439 633	11 487 994	9 919 939	26 468 589	20 418 229	18 936 054	19 483 707	21 031 756	26 930 740	20 068 979	176 185 620
Różnica		13 489 994	3 799 944	5 734 909	-10 438 024	-4 002 930	-2 143 173	-2 324 440	-3 498 944	-9 024 384	-1 789 078	-10 196 126

Tab.2. Różnica pomiędzy kosztami projektowanej ustawy o PRM a kosztami wynikającymi z ustawy o SPR w zakresie obejmującym zadania związane z SWD PRM.

Różnica pomiędzy zakładanym poziomem wydatków a scenariuszem bazowym w zakresie SWD PRM												
Koszty z projektowanej ustawy o PRM												
Część budżetowa	Wyszczególnienie	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Różnica
część 46 – zdrowie – KCMRM	koszty osobowe (47,5 etatu)	510 272	955 736	1 660 771	3 901 924	3 998 992	4 125 512	4 256 646	4 378 074	4 647 024	4 804 885	33 239 836
	koszty techniczne	1 254 694	10 282 850	32 003 221	1 368 213	1 240 217	1 659 273	1 620 382	5 077 615	1 561 761	1 815 031	57 883 257
	koszty techniczne (budowa)	1 954 694	10 658 850	31 795 021	486 013	362 017	777 073	742 182	4 195 415	683 561	932 831	52 587 657
część 46 – zdrowie – Wydział SWD	koszty osobowe (6 etatów)	513 567	569 033	583 169	597 748	612 692	628 010	643 710	659 799	676 295	693 203	6 177 226

PRM w MZ (nadzór merytoryczny)	koszty techniczne	214 000	144 000	144 000	144 000	194 160	144 000	144 000	144 000	194 160	144 000	1 610 320
część 46 – zdrowie – rozbudowa SWD PRM w KCMRM	koszty osobowe (6 etatów)	1 036 302	1 060 149	1 086 645	1 113 831	1 141 707	1 225 101	1 266 960	1 310 163	1 354 743	1 400 739	11 996 340
	koszty techniczne	3 064 000	15 122 760	8 319 829	3 405 975	9 581 199	3 990 504	4 237 892	10 919 364	4 094 923	6 054 571	68 791 017
część 46 – zdrowie – utrzymanie i obsługa techniczna SWD PRM w KCMRM	koszty osobowe (17,5 etatu)	1 177 633	2 248 794	2 304 999	2 362 305	2 421 087	2 489 571	2 663 928	2 754 630	2 848 114	2 944 597	24 215 658
	koszty techniczne	262 000	9 239 200	7 614 940	24 106 284	17 997 142	16 446 483	16 819 779	18 277 126	24 082 626	17 124 382	151 969 962
część 42 – sprawy wewnętrzne	budowa OST 112 dla LPR i MZ	10 111 431	12 000	12 000	819 954	819 954	819 954	819 954	819 954	819 954	819 954	15 875 109
część 85 – województwa – administratorzy wojewódzcy	koszty osobowe (34 etaty)	-	1 957 811	2 004 797	2 052 913	2 102 183	2 150 695	2 204 463	2 259 575	2 316 064	2 373 966	19 422 467
	koszty techniczne	-	476 000	408 000	408 000	408 000	408 000	476 000	408 000	408 000	408 000	3 808 000
Suma		20 098 593	52 727 183	87 937 392	40 767 160	40 879 350	34 864 176	35 895 896	51 203 715	43 687 225	39 516 159	447 576 849
Koszty z ustawy o SPR												
Część budżetowa	Wyszczególnienie	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
część 17 – administracja publiczna – nadzór merytoryczny	koszty osobowe (6 etatów)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	koszty techniczne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
część 17 – administracja publiczna – rozbudowa SWD PRM	koszty osobowe (6 etatów)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	koszty techniczne	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
część 17 – administracja publiczna – utrzymanie i obsługa techniczna SWD PRM w CT MSWiA	koszty osobowe (5 etatów)	351 457	359 892	368 529	377 374	386 431	395 349	405 233	415 364	425 748	436 391	3 921 767
	koszty techniczne PRM	14 578 170	14 928 046	15 286 319	15 653 191	16 028 868	16 397 532	16 807 470	17 227 657	17 658 348	18 099 807	162 665 409
część 42 – sprawy wewnętrzne	budowa OST 112 dla LPR i MZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
część 85 – województwa – administratorzy wojewódzcy	koszty osobowe (34 etaty)	1 911 924	1 957 811	2 004 797	2 052 913	2 102 183	2 150 695	2 204 463	2 259 575	2 316 064	2 373 966	23 201 365
Suma		16 841 551	17 245 749	17 659 645	18 083 478	18 517 482	18 943 576	19 417 166	19 902 596	20 400 160	20 910 165	189 788 541
Skutki Regulacji		18 658 960	35 481 434	70 277 747	22 683 682	22 361 868	15 920 600	16 478 730	31 301 119	23 287 065	18 605 994	275 057 200

Tab.3. Różnica pomiędzy zakładanym poziomem wydatków a poziomem wydatków, które zostałyby poniesione bez interwencji, w podziale na poszczególne lata, z wyłączeniem kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznych.

Porównanie kosztów												
Lp.	Wyszczególnienie	Lata										Suma
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
1.	koszty z ustawy o SPR	16 841 551	17 245 749	17 659 645	18 083 478	18 517 482	18 943 576	19 417 166	19 902 596	20 400 160	20 910 165	187 921 567
2.	koszty z projektu ustawy o PRM	18 658 960	52 727 183	87 937 392	43 015 363	43 362 666	37 409 311	38 504 438	53 877 228	46 427 319	42 324 524	464 244 384
Skutki Regulacji		18 658 960	35 481 434	70 277 747	24 931 885	24 845 184	18 465 735	19 087 272	33 974 632	26 027 159	21 414 359	293 164 368

A. System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego

Jak wykazano w tabeli 2, skutki regulacji obejmują wyłącznie wydatki nieujęte w ustawie o SPR a niezbędne do poniesienia dla prawidłowej realizacji zadań związanych z przejęciem przez ministra właściwego do spraw zdrowia zadań administratora SWD PRM oraz w zakresie przyjętych rozwiązań systemowych. Wskazana w roku 2018 kwota wynika z konieczności zabezpieczenia dodatkowych środków finansowych związanych z rozbudową SWD PRM przez MZ, przy czym utrzymanie i obsługa techniczna SWD PRM pozostaje jeszcze w gestii MSWiA.

Szczegółowa analiza skutków finansowych przedstawiona została w załączniku nr 2 do OSR oraz w II części niniejszego załącznika.

B. Dyspozytornie medyczne

Obecnie finansowanie zadań dyspozytora medycznego odbywa się ze środków finansowych przeznaczonych na zadania zespołów ratownictwa medycznego. Wobec powyższego dysponent zespołów ratownictwa medycznego zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną, a koszty medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez te zespoły uwzględniają koszty związane z funkcjonowaniem stanowisk dyspozytorów medycznych.

Projektowana ustawa zakłada zmianę organizacji systemu powiadamiania ratunkowego na potrzeby systemu PRM przez zdefiniowanie dyspozytorni medycznej jako odrębnej komórki organizacyjnej – najpierw podmiotu leczniczego, a od 2021 r. urzędu wojewódzkiego – zmianę organizacji oraz dalszą koncentrację dyspozytorni do docelowego modelu: jedna dyspozytorna medyczna na województwo, z wyłączeniem województwa śląskiego i mazowieckiego, w których będą po dwie dyspozytornie medyczne.

Z uwagi na fakt, iż obecnie dyspozytornie medyczne funkcjonują w strukturze dysponentów zespołów ratownictwa medycznego i finansowane są w ramach dobogotowości zespołów ratownictwa medycznego, a także ze względu na zróżnicowanie sposobu zatrudniania dyspozytorów medycznych, jak i różną liczbę dyspozytorni oraz stanowisk, zależną od województwa, brak jest możliwości jednoznacznego określenia kosztów ponoszonych przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego na ten cel.

Niemniej jednak rzetelna ocena kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznych możliwa będzie dopiero od dnia wejścia w życie ustawy z uwagi na wdrożenie jednolitego systemu organizacji tego obszaru. Od 1 stycznia 2021 r. finansowanie dyspozytorni medycznej odbywać się będzie w oparciu o model docelowy tj. 18 dyspozytorni medycznych zorganizowanych w oparciu o jednolitą strukturę.

Co do zasady, zmiana sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznych nie będzie generowała dodatkowych i nowych kosztów dla budżetu państwa. Wobec powyższego projektowana zmiana ma charakter jedynie organizacyjny i pozostaje bez wpływu na budżet państwa.

Przyjęte założenie jest możliwe do zrealizowania wyłącznie w sytuacji, kiedy zakup sprzętu na potrzeby SWD PRM będzie realizowany centralnie.

Szczegółowe informacje w zakresie kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznych stanowią załącznik nr 3 do oceny skutków regulacji projektowanej ustawy.

II. Szczegółowa analiza skutków finansowych w podziale na poszczególne podmioty.

A. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) – SWD PRM.

Obecnie zadania na rzecz utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM realizowane są przez Wydział Systemu Powiadamiania Ratunkowego Departamentu Teleinformatyki MSWiA. Środki na realizację zadań związanych z utrzymaniem SWD PRM zostały ujęte w ocenie skutków regulacji do ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego (SPR). Zgodnie z przyjętym założeniem w OSR do ustawy o SPR na potrzeby utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM w latach 2018–2023 przewidziano:

- 2 239 032 zł na wynagrodzenia dla 5 etatów,
- 92 872 126 zł na utrzymanie i obsługę techniczną SWD PRM.

Zgodnie z przyjętym założeniem, wydatki stanowiące koszt techniczny utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM przewidziany w OSR do ustawy o SPR na rok 2018 zostały pomniejszone o kwotę w wysokości 1 439 633 zł i przeniesione do części 46-zdrowie. Wskazane środki finansowe są niezbędne do zatrudnienia i przeszkolenia przyszłych administratorów SWD PRM w KCMRM w okresie 01.07–31.12.2018 r. Jednocześnie z dniem 1 stycznia 2019 r., w momencie przejścia przez ministra właściwego do spraw zdrowia zadań polegających na administrowaniu SWD PRM, limit wydatków w zakresie SWD PRM wskazany w OSR do ustawy o SPR dla cz. 17 – administracja

publiczna, zostanie przypisany do części 46-zdrowie, z wyjątkiem kwoty w wysokości 27 584 zł na wypłatę ewentualnego dodatkowego wynagrodzenia rocznego w 2019 r. dla pracowników zatrudnionych w MSWiA do realizacji zadań powierzonych ministrowi właściwemu do spraw administracji publicznej w zakresie SWD PRM.

B. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) – OST 112 na potrzeby LPR i MZ.

Zgodnie z art. 19 ust. 2 SPR minister właściwy do spraw wewnętrznych odpowiada za finansowanie utrzymania rozbudowy i modyfikacji sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych (OST 112) oraz podłączenie do sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych Policji, Państwowej Straży Pożarnej, dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. W OSR do SPR przewidziano koszt budowy łączy podstawowych do OST 112 dla 18 baz HEMS.

Obecnie w kraju działają 22 bazy HEMS co oznacza, że 18 baz posiada wyłącznie łącze podstawowe do OST 112, a 5 baz nie posiada żadnego dostępu do OST 112. Mając na uwadze fakt, iż docelowo SWD PRM ma integrować cały system powiadamiania na potrzeby PRM niezbędne jest zapewnienie dostępu do OST 112 w zakresie łączy podstawowych i redundantnych dla wszystkich baz HEMS. Ponadto konieczne jest zapewnienie dostępu do OST 112 dla MZ w celu realizacji zadań związanych z SWD PRM.

Wobec powyższego, z uwagi na brak odpowiednich środków finansowych na ten cel w ustawie o SPR, w OSR do ustawy o PRM na lata 2018–2023 do limitu wydatków ministra właściwego do spraw wewnętrznych dodano środki w wysokości 12 559 293 zł, w tym 10 099 431 zł na budowę brakujących łączy. Wskazana kwota stanowi nowy wydatek dla budżetu państwa.

C. Ministerstwo Zdrowia i Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

Obecnie minister właściwy do spraw zdrowia nie posiada zasobów, ani infrastruktury umożliwiającej bezkosztową realizację zadań wynikających z projektowanej ustawy. Powołanie KCMRM w strukturze jednostki nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia spowoduje, że na poziomie centralnym, w jednej strukturze zostanie zapewniona realizacja wszystkich zadań na potrzeby powiadamiania ratunkowego w systemie PRM.

Wskazane w tabeli nr 2 koszty zawierają środki finansowe na wymianę sprzętu dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych i dysponentów zespołów ratownictwa medycznego oraz administratorów wojewódzkich, które nie były uwzględnione w dotychczasowej regulacji. Istotne jest, że koszty utrzymania SWD PRM po stronie ministra właściwego do spraw administracji publicznej nie obejmowały kosztów utworzenia odrębnej infrastruktury do realizacji tego zadania. Utworzeniem i utrzymaniem SWD PRM zajmowały się bowiem podmioty już istniejące w momencie wejścia w życie ustawy o SPR, a mianowicie – Centrum Projektów Informatycznych (późniejsze Centrum Cyfrowej Administracji) i komórki organizacyjne podległe ówczesnemu Ministerstwu Administracji i Cyfryzacji. Obecnie administrowanie SWD PRM jest realizowane przez podległe MSWiA Centrum Techniczne w Radomiu, które jednocześnie zapewnia utrzymanie i obsługę techniczną Systemu Informatycznego Centrów Powiadamiania Ratunkowego (24 etaty). Minister Zdrowia nie dysponuje analogicznym zapleczem i konieczne jest jego utworzenie od podstaw.

Szczegółowe informacje w zakresie kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznych stanowią załącznik nr 2 do oceny skutków regulacji projektowanej ustawy.

D. Wojewodowie i urzędy wojewódzkie.

Projektowane zmiany w zakresie dotyczącym utrzymania i funkcjonowania SWD PRM oraz przejęcia przez wojewodów dyspozytorni medycznych nie będą generowały dodatkowych kosztów dla urzędów wojewódzkich. Natomiast dodatkowy koszt będzie stanowiło zapewnienie wsparcia psychologicznego dla dyspozytorów medycznych. Przyjęto, że jeden etat przeliczeniowy psychologa wyceniony jest na 6,5 tys. zł brutto miesięcznie wg stawek z roku 2017. Jeden etat psychologa przypadać będzie na 10 stanowisk dyspozytorów medycznych. Liczba stanowisk została ustalona w oparciu o przelicznik – jedno stanowisko na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. Liczba etatów przeliczeniowych psychologów wyniesie tym samym 20 na kraj. Przyjęto, że wsparcie psychologiczne będzie realizowane od 1 stycznia 2021 r., czyli od momentu przejęcia przez wojewodów dyspozytorni medycznych. W latach 2021 – 2027 koszt realizacji ww. zadania będzie wynosił 18 027 168 zł zgodnie z wyliczeniami ujętymi w tabeli nr 2 OSR do projektowanej ustawy.

E. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego posiadający w swojej strukturze organizacyjnej dyspozytornie medyczne.

Obecnie dysponenci zespołów ratownictwa medycznego na potrzeby SWD PRM wykorzystują sprzęt, który został zakupiony i przekazany w ramach projektu realizowanego z funduszy unijnych. Dodatkowym kosztem są zakupy związane z wyposażeniem do obsługi SWD PRM dla rezerwowych lub nowo tworzonych zespołów ratownictwa medycznego. Przekazany sprzęt powinien być wykorzystywany do końca 2020 roku. Zgodnie z przyjętym założeniem zakup sprzętu na potrzeby SWD PRM do specjalistycznych środków transportu sanitarnego nie będzie generował dodatkowych kosztów dla dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.

Przyjęte założenie jest możliwe do zrealizowania jedynie w sytuacji, kiedy zakup sprzętu na potrzeby SWD PRM będzie realizowany centralnie z budżetu państwa.

Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego i Wydział ds. SWD PRM w MZ

I. Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM) stanowić będzie komórkę organizacyjną powołaną w strukturze dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. W ramach KCMRM zostaną wydzielone dwa piony: pion do obsługi SWD PRM i pion szkoleniowy, w tym centrum monitoringu PRM.

Pion obsługi SWD PRM KCMRM realizował będzie zadania w zakresie:

- 1) administrowania SWD PRM,
- 2) rozbudowy i modyfikacji SWD PRM,
- 3) uczestnictwa w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych,
- 4) opracowywania na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia opisów przedmiotu zamówienia oraz specyfikacji istotnych warunków zamówienia do postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu do obsługi SWD PRM.

Pion szkoleniowy KCMRM realizował będzie:

- 1) kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego,
- 2) kursy doskonalące dla dyspozytorów medycznych,
- 3) kursy uprawniające do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego,
- 4) opracowywanie testów do wstępnej kwalifikacji kandydatów na dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego ubiegających się o zatrudnienie,
- 5) opracowanie kryteriów oceny pracy dyspozytora medycznego,
- 6) monitorowanie przebiegu akcji medycznej w zdarzeniu, którego skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób.

Zgodnie z przyjętymi założeniami KCMRM będzie obszarem działalności całodobowej z uwagi na prowadzenie całodobowego:

- 1) biura serwisowego dla SWD PRM odpowiadającego za przyjmowanie i obsługę zgłoszeń o incydentach od użytkowników,
- 2) bieżącego monitoringu SWD PRM,
- 3) centrum monitorowania systemu PRM.

Działalność pionu szkoleniowego będzie prowadzona w trybie pracy dwuzmianowej (16–18h/24h). Co za tym idzie, istnieje jednoznaczne wskazanie do dysponowania personelem, który co do właściwości będzie sprawnie realizował czynności w celu utrzymania ciągłości funkcjonowania Centrum w zakładanym wymiarze godzin.

Jednocześnie podkreślenia wymaga, że obecnie minister właściwy do spraw zdrowia nie posiada zasobów, ani infrastruktury umożliwiającej bezkosztową realizację zadania. Powołanie KCMRM w strukturze jednostki nadzorowanej przez ministra właściwego do spraw zdrowia spowoduje, że na poziomie centralnym, w jednej strukturze zostanie zapewniona realizacja wszystkich zadań na potrzeby powiadamiania ratunkowego w systemie PRM:

- 1) kursy dla dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego,
- 2) administrowanie SWD PRM,
- 3) rozbudowa i modyfikacja SWD PRM.

Powołanie i utworzenie KCMRM podzielono na cztery etapy:

- etap I – od dnia wejścia w życie ustawy do 31 grudnia 2020 r. – rozpoczęcie działalności w zakresie rozbudowy i modyfikacji SWD PRM i budowa KCMRM,
- etap II – od 1 lipca do 31 grudnia 2018 r. – zatrudnienie i przeszkolenie zespołu utrzymaniowego, stopniowe przejmowanie kompetencji od MSWiA,
- etap III – od 1 stycznia 2019 r. – administrowanie SWD PRM,
- etap IV – od 1 stycznia 2021 r. – rozpoczęcie działalności ośrodka szkoleniowego i Centrum Monitoringu PRM.

Tab. 1. Całkowite koszty budowy i wyposażenia KCMRM dla budżetu państwa z wyłączeniem środków przeznaczonych na administrowanie, rozbudowę i modyfikację SWD PRM w części 46 – zdrowie – w zł.

Lp.	KCMRM bez SWD PRM	Lata											Suma
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
1.	koszty osobowe KCMRM (47 etatu)	-	510 272	955 736	1 660 771	3 901 924	3 998 992	4 125 512	4 256 646	4 378 074	4 647 024	4 804 885	33 239 836
2.	koszty techniczne KCMRM bez SWD PRM	-	1 254 694	10 282 850	32 003 221	1 368 213	1 240 217	1 659 273	1 620 382	5 077 615	1 561 761	1 815 031	57 883 257
2a.	wydatki majątkowe	-	969 900	9 878 434	30 940 801	128 000	-	411 000	372 000	3 821 071	305 000	550 000	47 376 206
2b.	wydatki bieżące	-	284 794	404 416	1 062 420	1 240 213	1 240 217	1 248 273	1 248 382	1 256 544	1 256 761	1 265 031	10 507 051
Suma		-	1 764 966	11 238 586	33 663 992	5 270 137	5 239 209	5 784 785	5 877 028	9 455 689	6 208 785	6 619 916	91 123 093

Wskazane w tabeli koszty obejmują:

- 1) koszty osobowe pracowników pionu biurowo-administracyjnego oraz pionu szkoleniowego zgodnie ze stanem osobowym przedstawionym w tab. 3,
- 2) koszty techniczne, na które składają się wydatki majątkowe związane z budową i wyposażeniem całego ośrodka, zgodnie z tab. 2,
- 3) koszty bieżące, tj. dzierżawa gruntu, eksploatacja, szkolenia i delegacje, koszty wyżywienia kursantów, etc.

Tab. 2. Środki na budowę i wyposażenie KCMRM w formie dotacji celowej, w tym koszty dostosowania i wynajmu infrastruktury tymczasowej w latach 2018–2020.

Lp.	Wyszczególnienie	Lata											Suma
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
1.	lokalizacja docelowa	0	1 094 694	10 098 850	31 235 021	486 013	362 017	777 073	742 182	4 195 415	683 561	932 831	50 607 657
1a.	budowa KCMRM	0	73 800	9 192 434	25 732 302	0	0	0	0	0	0	0	34 998 536
1b.	wyposażenie KCMRM	0	896 100	686 000	5 208 499	128 000	0	411 000	372 000	3 821 071	305 000	550 000	12 377 670
1c.	eksploatacja	0	124 794	220 416	294 220	358 013	362 017	366 073	370 182	374 344	378 561	382 831	3 231 451
2.	lokalizacja tymczasowa	0	860 000	560 000	560 000	0	0	0	0	0	0	0	1 980 000
Suma dotacji celowej		0	1 954 694	10 658 850	31 795 021	486 013	362 017	777 073	742 182	4 195 415	683 561	932 831	52 587 657

Przyjęto, że środki finansowe przeznaczone na budowę i wyposażenie KCMRM będą przekazane w ramach dotacji celowej. KCMRM oprócz pomieszczeń przeznaczonych do działalności w ramach pionu SWD PRM i pionu szkoleniowego, wyposażone zostanie w zaplecze hotelowe dostosowane do przewidywanej liczby uczestników szkoleń oraz osób prowadzących te szkolenia, które będą zmuszone skorzystać z zakwaterowania w KCMRM. Na potrzeby ośrodka szkoleniowego zostanie utworzona baza hotelowa obejmująca 16 dwuosobowych pokoi z własną łazienką. Dodatkowo planuje się 27 miejsc postojowych w garażu podziemnym. Powierzchnia pomieszczeń użytkowych i konieczność utrzymania ich w odpowiednim stanie sanitarnym wymaga zatrudnienia personelu sprząającego w wymiarze 6 etatów¹. Wskazany koszt stanowi składową kosztów ujętych w tab. 1 OSR.

Tab. 3. Personel Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego od 2018 r.

Personel	docelowa liczba etatów	Lata				
		2017	2018	2019	2020	2021
Obsługa biurowo – administracyjna						
Dyrektor KCMRM	1	0	1	1	1	1
Pracownik administracyjny	4	0	2	3	4	4
Pracownicy techniczni	4	0	0	3	4	4
Kadry/płace	1	0	0	1	1	1
Zamówienia publiczne	1	0	1	1	1	1
IT	1	0	1	0	1	1
Pracownik recepcji (24h)	5,5	0	0	0	0	5,5
Sprzątaczką	6	0	1	1	2	6
Pion szkoleniowy						
Kierownik pionu szkoleniowego	1	0	0	1	1	1
Instruktorzy/Wykładowcy	10	0	0	0	10	10
Dyżurny Centrum monitorującego PRM (24h)	12,5	0	0	0	0	12,5
Pion SWD PRM						
Kierownik pionu SWD PRM	1	0	1	1	1	1
Helpdesk (24h)	8	0	8	8	8	8
Administrator (24h)	4	0	4	4	4	4
Administrator	4,5	0	4,5	4,5	4,5	4,5
Zespół ds. rozwoju SWD PRM	6	0	6	6	6	6
Suma	70,5	0	29,5	34,5	48,5	70,5

W ramach zadań realizowanych w pierwszym i drugim etapie tworzenia KCMRM począwszy od dnia wejścia w życie ustawy założono stopniowe zwiększenie liczby etatów do docelowej liczby 70,5 w styczniu 2021 r. Docelowa liczba pracowników KCMRM obejmuje:

- 25,5 etatu dla pracowników obsługi biurowo – administracyjnej, w tym:
 - 1 etat dla dyrektora KCMRM,
 - 1 etat dla kierownika pionu SWD PRM,
 - 1 etat dla kierownika pionu szkoleniowego,
 - 7 etatów dla pracowników administracyjnych (kadry, płace, zamówienia publiczne, obsługa prawna, sekretariat),

- 10 etatów dla pracowników technicznych i sprzątaczek¹,
- 5,5 etatu do obsługi recepcji,
- 22,5 etatu dla pracowników pionu szkoleniowego i centrum monitoringu, w tym:
 - 10 etatów dla instruktorów i wykładowców (od lipca 2020 r.),
 - 12,5 etatów dla dyżurnych centrum monitoringu,
- 22,5 etatu dla pracowników pionu SWD PRM:
 - 16,5 etatu dla zespołu utrzymaniowego, w tym pracownicy helpdesk i administratorzy (od lipca 2018 r.),
 - 6 etatów dla zespołu ds. rozwoju.

Tab. 4. Koszty osobowe w KCMRM

Koszty osobowe KCMRM	Liczba etatów	Lata											Suma
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
Pion administracyjno-gospodarczy	25,5	-	667 290	1 116 364	1 300 658	1 792 300	1 836 253	1 916 576	1 993 768	2 060 001	2 151 508	2 223 812	17 058 530
Pion szkoleniowy	22,5	-	-	-	524 760	2 278 080	2 335 095	2 393 550	2 453 445	2 514 780	2 698 538	2 790 585	17 988 833
Pion SWD PRM	22,5	-	2 056 917	3 148 315	3 226 997	3 307 680	3 390 438	3 530 058	3 740 321	3 868 086	3 999 835	4 135 824	34 404 471
Łącznie koszty osobowe KCMRM	70,5	-	2 724 207	4 264 679	5 052 415	7 378 060	7 561 786	7 840 184	8 187 534	8 442 867	8 849 881	9 150 221	69 451 834

Koszty osobowe zostały wyliczone zgodnie z regulaminem wynagradzania pracowników przyjętym w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym. Przyjęte stawki wynagrodzeń uwzględniają niezbędne wykształcenie oraz wiedzę i doświadczenie wymagane dla pracowników poszczególnych pionów KCMRM. Wskazany koszt stanowi składową kosztów ujętych w tab. 1 w OSR. W kosztach osobowych ujęto wynagrodzenie zasadnicze, dodatek stażowy i nagrodę roczną oraz pochodne.

Tab. 4a. Koszty osobowe w KCMRM – wysokość wynagrodzenia

Wynagrodzenia – kwoty bazowe z kosztem pracodawcy (2017 r.) w zł.					
Pion administracyjno- gospodarczy	Liczba etatów	Wynagrodzenie	Pion szkoleniowy	Liczba etatów	Wynagrodzenie
Dyrektor KCMRM	1	14389	Instruktorzy/wykładowcy	10	7195
Kierownik SWD	1	11991	Dyżurny Centrum Monitorującego PRM (24h)	12,5	7195
Kierownik Ośrodka Szkolenia	1	9593	Pion SWD PRM	Liczba etatów	Wynagrodzenie
Pracownik administracyjny	4	4796	Administrator główny	1	19186
Zamówienia publiczne	4	5396	Administrator wspomagający	1	16787
Kadry/place	1	5396	Administrator (8h)	8	9593
IT	1	7195	Administrator (24h)	4	9593
Pracownik techniczny	1	4197	Helpdesk (24h)	4,5	7195
Pracownik recepcji/ochrony	5,5	4197	Rozwój 1	3	14389
Sprzątaczką	6	2398	Rozwój 2	3	11991

Kalkulacja kosztów wynagrodzeń dla pracowników KCMRM uwzględnia dodatek stażowy oraz nagrodę roczną, przyznawane zgodnie z regulaminem wynagradzania pracowników w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym oraz coroczny wzrost wynagrodzenia zgodny z wytycznymi Ministerstwa Finansów w zakresie stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw (maj 2017 r.).

¹ Kalkulacja obrazująca zapotrzebowanie etatowe na sprzątaczkę w ramach planowanego obiektu KCMRM została obliczona przy uwzględnieniu współczynnika powierzchniowego (jednostka m²) przypadającego na 1 etat sprzątaczkę, obliczonego w oparciu o aktualnie posiadane w Centrali LPR powierzchnie, wymagające sprzątania i posiadaną liczbę etatów sprzątaczek. Analogiczną metodologię przyjęto do wyliczenia liczby i kosztów pozostałych etatów w pionie administracyjnym.

Tab. 5. Koszty zakwaterowania i wyżywienia w KCMRM

Uczestnicy szkoleń	Liczba uczestników	Liczba dni szkoleniowych	Osobodni	Wyżywienie/ doba	Roczny koszt wyżywienia
WCRM	80	16	320	70 zł	22 400
Dyspozytor medyczny	1 345	268	5 340		373 800
Kandydaci na Dyspozytora	60	30	600		42 000
Suma	1 485	314	6 260		438 200

	Koszt roczny	Koszt dzienny	Ryczałt kosztów eksploatacyjnych osobodnia
Szacowany koszt eksploatacji całego budynku – media, zaplecze kadrowo-techniczne itd.	553 662 zł	1 516 zł	76 zł

	Wyżywienie	Dzienny koszt zakwaterowania	Razem
Dzienny koszt	70 zł	76 zł	146 zł za dzień za osobę

Jak wynika z powyższych danych dzienny koszt wyżywienia i zakwaterowania osób uczestniczących w kursach i szkoleniach organizowanych przez KCMRM wyniesie łącznie 146 zł za osobę. Na terenie Warszawy dzienny koszt zakwaterowania w hotelu z wyżywieniem można oszacować na poziomie co najmniej 200–300 zł. Przykładowo – wynajęcie 2 osobowego pokoju ze wspólną łazienką, bez wyżywienia w Domu Nauki Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego to wydatek w wysokości 150 zł. Do tego należy doliczyć koszty posiłków. Tym samym utworzenie i utrzymanie bazy hotelowej w KCMRM ma swoje uzasadnienie nie tylko logistyczne, ale też i ekonomiczne. Koszty akomodacji wejdą w koszt kursów dla poszczególnych grup uczestników, a te z kolei stanowiąc będą koszty bieżącej działalności KCMRM.

Tab. 6. Całkowite koszty administrowania SWD PRM w KCMRM dla budżetu państwa w części 46 – zdrowie – w zł.

Lp.	Administrowanie SWD PRM	Lata											Suma
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
1.	koszty osobowe (17,5 etatu)	-	1 177 633	2 248 794	2 304 999	2 362 305	2 421 087	2 489 571	2 663 928	2 754 630	2 848 114	2 944 597	24 215 658
2.	koszty techniczne administrowania SWD PRM	-	262 000	9 239 200	7 614 940	24 106 284	17 997 142	16 446 483	16 819 779	18 277 126	24 082 626	17 124 382	151 969 962
2a.	wydatki majątkowe	-	-	8 989 200	7 154 940	23 856 284	17 537 142	16 196 483	16 359 779	18 027 126	23 622 626	16 874 382	148 617 962
2b.	wydatki bieżące	-	262 000	250 000	460 000	250 000	460 000	250 000	460 000	250 000	460 000	250 000	3 352 000
Suma		-	1 439 633	11 487 994	9 919 939	26 468 589	20 418 229	18 936 054	19 483 707	21 031 756	26 930 740	20 068 979	176 185 620

Łączna wysokość środków finansowych niezbędnych do administrowania systemem SWD PRM w ramach pionu SWD PRM w KCMRM wynosi 176 185 620 zł i zawiera:

- koszty osobowe w łącznej wysokości 24 215 658 zł,
- koszty techniczne w łącznej wysokości 151 969 962 zł, w tym wydatki majątkowe i bieżące.

W ramach kwoty 176 185 620 zł wydatki majątkowe w łącznej wysokości 148 617 962 zł obejmują:

- sukcesywną wymianę wyposażenia w ambulansach (tablet, drukarka, urządzenie GPS, okablowanie); założono, że od 2021 r. corocznie wymieniane będzie 30% wyposażenia użyczonego dysponentom zespołów ratownictwa medycznego,
- obsługę pozagwarancyjną urządzeń mobilnych, w szczególności napraw i transportu między lokalizacją, w której znajduje się uszkodzone urządzenie a serwisem,
- zakup konsol i stanowisk dyspozytorskich, które w 2021 r. i 2026 r. będą podlegały wymianie; założono wymianę 307 takich zestawów w ramach wyposażenia stanowisk: podstawowych,

zapasowych, szkoleniowych oraz stanowisk dyspozytorów głównych, 16 wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz administratorów wojewódzkich,

- utrzymanie sprawności i niezawodności narzędzi informatycznych i telekomunikacyjnych, wykorzystywanych na potrzeby SWD PRM;
- utrzymanie powierzchni serwerowej dla dwóch ośrodków krajowych odbywać się będzie bezkosztowo na dotychczasowych zasadach,
- zapewnienie usługi transmisji danych, z uwzględnieniem wydatków związanych z roamingiem między operatorami polskich sieci komórkowych, jak i roamingiem zagranicznym.

Na wydatki bieżące w łącznej kwocie 3 352 000 zł składają się koszty szkoleń i delegacji dla zespołu utrzymaniowego.

Tab. 7. Całkowite koszty rozbudowy i modyfikacji SWD PRM w KCMRM dla budżetu państwa w części 46 – zdrowie – w zł.

Lp.	Rozbudowa i modyfikacja SWD PRM	Lata											Suma
		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
1.	koszty osobowe (6 etatów)	-	1 036 302	1 060 149	1 086 645	1 113 831	1 141 707	1 225 101	1 266 960	1 310 163	1 354 743	1 400 739	11 996 340
2.	koszty techniczne rozbudowy i modyfikacji SWD PRM	-	3 064 000	15 122 760	8 319 829	3 405 975	9 581 199	3 990 504	4 237 892	10 919 364	4 094 923	6 054 571	68 791 017
2a.	wydatki majątkowe	-	2 700 000	14 828 000	7 950 000	3 105 000	9 205 000	3 683 000	3 855 000	10 605 000	3 705 000	5 733 000	65 369 000
2b.	wydatki bieżące	-	364 000	294 760	369 829	300 975	376 199	307 504	382 892	314 364	389 923	321 571	3 422 017
Suma		-	4 100 302	16 182 909	9 406 474	4 519 806	10 722 906	5 215 605	5 504 852	12 229 527	5 449 666	7 455 310	80 787 357

W ramach nowych zadań związanych z SWD PRM, które nie zostały ujęte w ustawie o SPR, a które są niezbędne dla zapewnienia prawidłowego działania systemu, wprowadzania niezbędnych modyfikacji oraz wdrożenia nowych funkcjonalności, ujęto koszty w łącznej wysokości 65 369 000 zł. Wskazany koszt wlicza się w koszty działalności pionu SWD PRM w KCMRM i obejmuje, m.in.:

- rozbudowę systemu do wersji 4.0, w tym integracja systemu z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym
- rozbudowa centrum certyfikatów i przeniesienie na nową infrastrukturę,
- rozbudowa infrastruktury administracyjnej systemu,
- wydzielenie backup i licencji oraz sprzętu,
- wydzielenie podsystemu zintegrowanej łączności wraz z realizacją analogowo-cyfrowej komunikacji między śmigłowcem a jednostkami PRM w terenie, integrację z telefonią VoIP i integrację z systemami cyfrowymi innych uczestników PRM,
- rozbudowa środowiska szkoleniowego o część umożliwiającą prowadzenie szkoleń w czasie rzeczywistym w warunkach symulowanych.

Koszty osobowe zostały wyliczone zgodnie z regulaminem wynagradzania pracowników przyjętym w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym. Przyjęte stawki wynagrodzeń uwzględniają niezbędne wykształcenie oraz wiedzę i doświadczenie wymagane dla pracowników. Wskazany koszt stanowi składową kosztów ujętych w tab. 1 w OSR. W kosztach osobowych ujęto wynagrodzenie zasadnicze, dodatek stażowy i nagrodę roczną oraz pochodne.

Tab. 8. Porównanie kosztów utrzymania SWD PRM w perspektywie dziesięcioletniej

Lp.	Wyszczególnienie	Lata													Suma
		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	
1.	koszty utrzymania SWD PRM z ustawy o SPR	13 859 684	14 224 728	14 579 689	14 929 627	15 287 938	15 654 848	16 030 565	16 415 299	16 792 881	-	-	-	-	137 775 259
2.	koszty utrzymania SWD PRM z projektu ustawy o PRM*	-	-	-	-	11 487 994	9 919 939	26 468 589	20 418 229	18 936 054	19 483 707	21 031 756	26 930 740	20 068 979	174 745 987
3.	zmiany techniczne	-	-	-	1 439 633	27 584	-	-	-	-	-	-	-	-	1 467 217
Różnica		-	-	-	-	3 772 360	5 734 909	-10 438 024	-4 002 930	-2 143 173	-19 483 707	-21 031 756	-26 930 740	-20 068 979	-36 998 312

Powyższa tabela obejmuje zestawienie kosztów utrzymania SWD PRM ujętych w ustawie o systemie powiadamiania ratunkowego oraz kosztów utrzymania SWD PRM w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, przy czym pkt 3 tabeli odnosi się do zmian technicznych związanych z przeniesieniem zadań związanych z utrzymaniem i obsługą techniczną (administrowaniem) SWD PRM z kompetencji ministra właściwego do spraw administracji publicznej do kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia. Koszty finansowe ujęte w pkt 3 w roku 2018 obejmują środki na przeszkolenie przyszłych administratorów SWD PRM w okresie 01.07–31.12.2018 r. (1.439.633 zł). Natomiast w roku 2019 na wypłatę ewentualnego dodatkowego wynagrodzenia rocznego dla pracowników zatrudnionych w MSWiA do realizacji zadań powierzonych ministrowi właściwemu do spraw administracji publicznej w zakresie SWD PRM (27.584 zł).

Łączny koszt utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM w latach 2015–2023 ujęty w ocenie skutków regulacji do SPR w zakresie SWD PRM wynosi 137 775 259 zł. Natomiast łączny koszt realizacji tego zadania ujęty w przedmiotowym projekcie to 176 185 620 zł (tab. 6). Całkowita kwota realizacji zadania przez Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego w perspektywie dziesięcioletniej jest o 36 998 312 zł wyższa niż środki znajdujące się obecnie w dyspozycji ministra właściwego do spraw administracji publicznej i będzie stanowiła nowy wydatek budżetu państwa w części 46 – zdrowie.

Przy czym podkreślić należy, że wskazane koszty zawierają środki finansowe na wymianę sprzętu dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, dyspozytorów medycznych i dysponentów zespołów ratownictwa medycznego oraz administratorów wojewódzkich, które nie były uwzględnione w dotychczasowej regulacji. Istotne jest, że koszty utrzymania SWD PRM po stronie ministra właściwego do spraw administracji publicznej nie obejmowały kosztów utworzenia odrębnej infrastruktury do realizacji tego zadania. Utworzeniem i utrzymaniem SWD PRM zajmowały się bowiem podmioty już istniejące w momencie wejścia w życie ustawy o SPR, a mianowicie – Centrum Projektów Informatycznych (późniejsze Centrum Cyfrowej Administracji) i komórki organizacyjne podległe ówczesnemu Ministerstwu Administracji i Cyfryzacji. Obecnie administrowanie SWD PRM jest realizowane przez podległe MSWiA Centrum Techniczne w Radomiu, które jednocześnie zapewnia utrzymanie i obsługę techniczną Systemu Informatycznego Centrów Powiadamiania Ratunkowego (24 etaty). Minister Zdrowia nie dysponuje analogicznym zapleczem i konieczne jest jego utworzenie od podstaw. Zgodnie z powyższym, z dniem 1 stycznia 2019 r., w momencie przejęcia przez ministra właściwego do spraw zdrowia zadań polegających na utrzymaniu i obsłudze technicznej SWD PRM, limit wydatków w zakresie SWD PRM wskazany w ustawie o SPR oraz w OSR do tej ustawy dla cz. 17 – Administracja publiczna, powinien zostać przypisany części 46 – zdrowie. Ponadto środki dotychczas ujęte na ten cel w cz. 17 – Administracja

publiczna (w rozdz. 85144) w trakcie prac nad projektem budżetu na rok 2019 zostaną przesunięte do cz. 46 – Zdrowie.

II. Wydział do spraw SWD PRM w Departamencie Ratownictwa Medycznego i Obronności w MZ. Zgodnie z przyjętym założeniem w skład wydziału wejdą: naczelnik, czterech głównych specjalistów i jeden starszy specjalista.

Wydział będzie realizował nw. zadania:

- 1) w zakresie SWD PRM:
 - a) pełnienia roli głównego użytkownika SWD PRM,
 - b) pełnienia roli administratora danych przetwarzanych w SWD PRM,
 - c) wskazywania kierunków rozwoju SWD PRM i diagnozowanie konieczności aktualizacji poszczególnych modułów SWD PRM,
 - d) realizacji zadań związanych z nadzorem nad rozbudową i funkcjonowaniem SWD PRM w zakresie tworzenia koncepcji i wymagań dla systemu, harmonogramów wdrożenia, budżetowania, identyfikacji ryzyka i zagrożeń, wypracowania planów alternatywnych w realizacji celów projektu,
 - e) uczestnictwa w realizacji zadań wynikających z umów dla usług zewnętrznych SWD PRM, w tym w szczególności umów dotyczących bezpieczeństwa teleinformatycznego,
 - f) nadawania uprawnień dostępu do systemu dla KCMRM oraz kontrolę uprawnień nadawanych przez Technicznego Administratora Systemu,
 - g) realizowania zadań związanych z analizą poprawności wdrażania pełnej funkcjonalności SWD PRM oraz systemów współpracujących – pod kątem kompatybilności wprowadzonych rozwiązań oraz realizacji wymagań użytkowników,
 - h) udziału w pracach zespołów opiniujących dokumentację związaną z rozbudową oraz modyfikacją systemu oraz przyjętych założeń w odniesieniu do architektury systemu i funkcjonalności SWD PRM,
 - i) opiniowania sporządzonych analiz i raportów z zakresu bezpieczeństwa teleinformatycznego, analiz ryzyka i raportów dotyczących analizy zgłoszeń incydentów naruszenia bezpieczeństwa w SWD PRM,
 - j) rozwijania współpracy międzynarodowej w zakresie przyjmowania i dysponowania ZRM;
- 2) w zakresie dyspozytorni medycznych i dyspozytorów medycznych:
 - a) wsparcie merytoryczne wojewodów, pracowników KCMRM, personelu dyspozytorni oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego,
 - b) przygotowanie przepisów regulujących funkcjonowanie SWD PRM i dyspozytorni medycznej,
 - c) opracowywanie algorytmów zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytorów medycznych,
 - d) kontrola dyspozytorni medycznych;
- 3) w zakresie nadzoru nad KCMRM:
 - a) nadzór nad szkoleniami dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego,
 - b) powierzanie, nadzór i rozliczanie zadań wykonywanych przez KCMRM,
 - c) monitorowanie wydatków ponoszonych z części 46 i wdrażanie mechanizmów korygujących.

Tab. 9. Koszty osobowe w Wydziale ds. SWD PRM w MZ – wysokość wynagrodzenia

Stanowisko	Liczba etatów	Mnożnik	Kwota bazowa
Naczelnik	1	3,5	6 558
Główny specjalista	4	2,8	5 247
Starszy specjalista	1	2,4	4 497

Liczba etatów w wydziale ds. SWD PRM wyniesie 6, a przeciętne miesięczne wynagrodzenie będzie zgodne ze stawkami przewidzianymi w taryfikatorze, obowiązującym w resorcie zdrowia na odpowiednich stanowiskach. Zastosowanie stawek na poziomie średniego wynagrodzenia w MZ spowoduje brak

możliwości zatrudnienia osób o wymaganych kwalifikacjach i stosownym doświadczeniem. Potencjalnych pracowników posiadających jednocześnie wykształcenie medyczne, doświadczenie w powiadamianiu ratunkowym oraz background teleinformatyczny jest znikoma ilość.

Kalkulacja kosztów wynagrodzeń dla pracowników Wydziału ds. SWD PRM w MZ uwzględnia dodatek stażowy, dodatkowe wynagrodzenie roczne oraz coroczny wzrost wynagrodzenia zgodny z wytycznymi Ministerstwa Finansów w zakresie stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw (maj 2017 r.).

W wydatkach technicznych ujęto koszty wyposażenia stanowisk pracy w sprzęt biurowy, w tym w standardowy sprzęt komputerowy (6 stanowisk) oraz stanowiska dedykowane do SWD PRM (3 stanowiska), przy czym z uwagi na postęp techniczny oraz zużycie zakłada się wymianę tego sprzętu po 4 latach użytkowania.

III. Wykaz zadań do zrealizowania przez Ministra Zdrowia w najbliższej perspektywie

– planowane modyfikacje i nowe funkcjonalności SWD PRM, realizowane w kolejnych przyrostach:

- budowa i wdrożenie modułu sprawozdawczości do NFZ,
- opcja zapamiętania ustawienia filtrów danego użytkownika (dyspozytora medycznego) z momentu wylogowania,
- integracja z systemem łączności telefoniczno-radiowej z wykorzystaniem dowolnej technologii (łączność analogowa, cyfrowa),
- możliwość obsługi otwartego interfejsu komunikacyjnego służącego do powiadamiania systemów dysponenta o przyjęciu nowego zgłoszenia w systemie SWD PRM wraz z możliwością pobrania przez niego wybranych danych dotyczących zlecenia z SWD PRM i użycia ich w celu powiadomienia zespołu,
- umożliwienie zadysponowania lotniczych ZRM przez dyspozytora medycznego z poziomu SWD PRM; dołączenie lotniczych ZRM do algorytmu dysponowania ZRM przez dyspozytora medycznego,
- modyfikacja modułu planisty,
- optymalizacja widoków na bazie danych dla zwiększenia możliwości i wydajności modułu raportowego,
- automatyzacja wypełniania dokumentacji medycznej,
- dodanie statusu POMOCY – cichego powiadomienia dyspozytora na wypadek zagrożenia bezpieczeństwa,
- mechanizm efektywnego wyszukiwania zgłoszeń pozwalający na stworzenie dowolnego zapytania wyszukiującego,
- dodatkowe komunikaty dla ZRM w przypadku zmian danych w zgłoszeniach,
- kopiowanie danych z ekranu do karty zlecenia wyjazdu w przypadku wielu poszkodowanych,
- dodatkowe raporty predefiniowane,
- dostosowanie aplikacji do wyświetlania etykiet na ikonach w Uniwersalnym Module Mapowym (UMM),
- monitoring czasu, który upłynął od momentu zadysponowania ZRM do przesłania statusu „wyjazd”,
- utworzenie szyny do komunikacji umożliwiającej generowanie informacji, które zostaną wysłane przez, np. SMS, pager, e-mail,
- tworzenie bazy danych zgłoszeń,
- możliwość otwarcia drugiego ekranu do przeglądu zgłoszeń i zdarzeń na potrzeby rozdzielienia procesu dysponowania od procesu przeglądania zleceń archiwalnych,

- możliwość nawiązania połączenia telefonicznego z poziomu aplikacji – funkcjonalność umożliwiająca przyporządkowanie wszystkich prowadzonych rozmów związanych z obsługą danego zdarzenia w aplikacji SWD PRM,
- moduł apteczny,
- umieszczenie w SWD PRM innej dokumentacji, tj. karta chorób zakaźnych, „niebieska karta”, karta przymusu bezpośredniego, karta odstąpienia od medycznych czynności ratunkowych,
- informacja zarządcza dla kierownictwa podmiotu leczniczego,
- możliwości teletransmisji jednostkowych danych medycznych (np. EKG) do miejsca docelowego transportu pacjenta,
- dostęp do bazy wiedzy, biblioteki regulaminów, instrukcji, przepisów i procedur,
- segregacja osób poszkodowanych w wypadkach masowych – zgodnie z „Procedurą postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia mnogiego/masowego”,
- po przekroczeniu określonego czasu realizacji zlecenia odrębna wizualizacja danego ZRM na mapie,
- zmiana ikon statusów,
- zadysponowanie jednostki współpracującej z systemem PRM do zdarzenia,
- hipotermia – wydruk dodatkowej karty kwalifikacji w przypadku wpisania przez ratownika do Karta Medycznych Czynności Ratunkowych (KMCR) wybranych rozpoznań,
- możliwość obsługi wyjazdów ZRM na ćwiczenia,
- kontrola przeglądów i dat ważności sprzętu medycznego,
- wprowadzenie do SWD PRM statusów ZRM oraz możliwość generowania historii użytych podczas akcji ratunkowej statusów – dla każdego wyjazdu,
- utworzenie bazy raportów, z możliwością udostępniania nowo utworzonych raportów innym użytkownikom,
- wdrożenie rozwiązania dla archiwizacji i udostępniania dokumentacji medycznej na żądanie uprawnionej osoby w lokalizacji poza siecią OST 112,
- wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego – rozszerzenie zadań, jakie może wykonywać z wykorzystaniem SWD PRM,
- KZW, KMCR – dostosowanie dokumentacji medycznej do nowej wersji dokumentu oraz nowego standardu,
- optymalizacja wyświetlanych notyfikacji,
- wymuszanie zatwierdzenia dokumentacji medycznej,
- usprawnienia w interfejsie aplikacji mobilnej – widoczny numer KZW,
- powiązanie kodu pilności ze znacznikiem sygnałów świetlnych,
- zmiana algorytmu podpowiadania zdarzeń podobnych,
- funkcjonalność monitorująca pracę dyspozytorów medycznych na zmianie,
- automatyzacja uzupełniania znacznika „dorosły-dziecko” na podstawie wprowadzonego wieku,
- zmiana sposobu obsługi pola „zalecenia zastosowane leki” w zakresie działania słowników i sposobu generowania wydruku KMCR,
- baza szpitali,
- automatyzacja wypełniania KZW – pacjent nie wyraża zgody na udzielenie pomocy,
- implementacja ograniczenia dostępu do nagrań w zdarzeniu dla nieuprawnionych użytkowników,
- tworzenie modeli najbardziej efektywnego rozmieszczenia ZRM na podstawie zapytań,
- możliwość przyjęcia powiadomienia o zdarzeniu przekazanego za pomocą sms, np. od osoby niepełnosprawnej lub w podeszłym wieku,
- możliwość podpinania obiektów, tzn. wpisywania w adresie skrzyżowań, nazw przystanków komunikacji miejskiej, stacji PKP, parków, skwerów, centrów handlowych, kin, teatrów, szkół,

- lokalizacja miejsc stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego na mapie,
- możliwość zidentyfikowania numeru drogi i kilometrów przez wpisanie tych informacji w opisie miejsca zdarzenia,
- powiadomienie dyspozytora w przypadku braku potwierdzenia odbioru zgłoszenia przez ZRM,
- współpraca SWD PRM z systemami wykorzystywanymi przez GDDKiA – na drogach krajowych, ekspresowych i autostradach,
- interfejs umożliwiający komunikację między SWD PRM, a systemami Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR),
- możliwość monitorowania rozmieszczenia ZRM przez dyspozytorów medycznych i czasowej ich dyslokacji w celu zapewnienia odpowiedniego czasu dojazdu do miejsca zdarzenia,
- komunikator tekstowy wymiany danych między modulem mobilnym ZRM, a modulem aplikacji dyspozytorów – współpraca z F.SWDPRM.11,
- komunikator głosowy – komunikacja głosowa z dyspozytorem przy zastosowaniu technologii VoIP.
- uniwersalny interfejs umożliwiający wymianę danych z systemami zewnętrznymi w oparciu o komunikaty w formacie XML,
- interfejs umożliwiający współpracę z systemami informatycznymi dysponenta w szczególności z systemem kadrowo-płacowym i finansowo-księgowym,
- współpraca z bazą danych o lokalizacji AED po stronie SWD PRM i UMM,
- przetwarzanie nagrania głosowego w słowo pisane (przekształcanie słowa w gotowe dokumenty, tj. opis poszczególnych pól w dokumentacji medycznej),
- rozsyłanie komunikatów wraz z załącznikami (np. pliki PDF, JPG) między dyspozytorami (komunikaty okólnikowe),
- możliwość wymiany informacji między dyspozytorami a operatorami CPR w czasie rzeczywistym z użyciem komunikatów aplikacyjnych,
- dwustronna komunikacja z terminalami mobilnymi zapewniająca przesyłanie i odbieranie wiadomości tekstowych (komunikator tekstowy),
- wizualizacja i obsługa procesu wsparcia dyspozytora, gdy zachodzi konieczność przewiezienia pacjenta do najbliższej jednostki szpitalnej przez: (wizualizacja na mapie za pomocą odpowiedniej warstwy informacji o wolnych zasobach oddziałów szpitalnych; zestawienie danych dotyczących aktualnych możliwości przyjęcia przewożonego pacjenta, oraz całkowitej liczby przewiezionych pacjentów na dany SOR lub oddział w ostatnich 12h; zasugerowanie przez system placówki, która może przyjąć pacjenta po obliczeniu najszybszej trasy dojazdu oraz aktualnego obciążenia jednostki szpitalnej),
- integracja z systemem sygnalizacji świetlnej w taki sposób, aby możliwe było udrażnianie zakorkowanych skrzyżowań i przejazdów zespołów ratunkowych w jak najkrótszym czasie,
- wizualizacja wielkoformatowa – moduł aplikacyjny pozwalający na wizualizację na wielkoformatowej ścianie wizyjnej obrazów związanych z obsługą zgłoszeń w ramach systemu oraz z innych źródeł obrazu,
- możliwość rejestrowania danych na poziomie szpitali, istotnych z punktu widzenia działania dyspozytora i ich wizualizacja w module mapowym,
- prowadzenie ewidencji dla potrzeby SWD PRM w zakresie wolnych miejsc szpitalnych ze wskazaniem co najmniej: nazwy szpitala, oddziału, ilości wolnych miejsc,
- automatyczne generowanie propozycji szpitala z wolnymi miejscami umożliwiającymi przyjęcia pacjenta o określonej kategorii urazu oraz wizualizacja na mapie danego szpitala wraz wyznaczeniem trasy przejazdu (współpraca ze standardowym oprogramowaniem do nawigacji samochodowej zainstalowanym na terminalu mobilnym),

- zapewnienie interfejsu umożliwiającego automatyczne pobieranie danych,
- mechanizmy rozliczalności użytkownika wprowadzającego dane (logi systemowe),
- możliwość powiadomienia osób, które odbyły, np. kurs pierwszej pomocy, kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy będących najbliższym miejscem zdarzenia,
- możliwość dowolnej zmiany podkładów mapowych (wybranych przez dysponentów) – z pozostawieniem wspólnej bazy adresowej.

IV. Analiza rozwiązań alternatywnych w stosunku do KCMRM, proponowanych przez Ministerstwo Finansów:

1. Pion SWD PRM ulokowany w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) lub w Centralnym Ośrodku Informatycznym (COI).

Zarówno CSIOZ, jak i COI nie posiadają wiedzy merytorycznej ani doświadczenia co do funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, jego potrzeb i zasad postępowania dyspozytorów medycznych, członków zespołów ratownictwa medycznego oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Są to podmioty, które zajmują się jedynie stroną techniczną zlecanych im projektów i realizują je własnymi siłami i środkami lub (znacznie częściej) zlecają je zewnętrznym podwykonawcom. Zastosowanie tego rozwiązania będzie analogiczne do obecnej sytuacji, w której występuje rozdział między ośrodkiem merytorycznym (Ministerstwo Zdrowia) a ośrodkiem technicznym (MSWiA), co sprawia, że:

1. utrudniona jest diagnostyka pojawiających się błędów,
2. ośrodek techniczny nie jest w stanie zapewnić wsparcia użytkowników SWD PRM w zakresie procesów biznesowych i ich poprawności,
3. nie jest możliwe natychmiastowe naprawianie zdiagnozowanych błędów,
4. nie jest możliwe dostosowanie systemu do nowych potrzeb, z pominięciem skomplikowanych procedur administracyjnych. Ani CSIOZ ani COI nie realizowało dotychczas żadnego projektu informatycznego, który byłby w jakimkolwiek stopniu zbieżny z funkcjonalnościami SWD PRM.

Ponadto przekazanie zadania polegającego na zapewnieniu utrzymania i obsługi technicznej SWD PRM przez COI byłoby sprzeczne z decyzją Rady Ministrów z dnia 30 maja 2016 r. w sprawie przeniesienia zadania utrzymania SWD PRM z ministra właściwego do spraw administracji publicznej na ministra właściwego do spraw zdrowia.

2. Pion szkoleniowy ulokowany w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego (CMKP) lub w dwóch ośrodkach kształcących operatorów numeru alarmowego 112.

CMKP realizuje doskonalenie zawodowe dyspozytorów medycznych przez firmy zewnętrzne. Prowadzi to do braku kontroli nad jakością tego szkolenia. CMKP nie będzie w stanie szkolić dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego zgodnie z potrzebami SWD PRM, z uwagi na brak sprzętu zapewniającego szkolenie w warunkach symulacyjnych, a przede wszystkim ze względu na brak powiązania strukturalnego między CMKP a podmiotem odpowiedzialnym za administrowanie SWD PRM.

Programy szkoleniowe zgodnie z nowymi potrzebami, jakie niesie ze sobą SWD PRM muszą być skonstruowane i systematycznie aktualizowane przez zespół ekspertów, który zna i monitoruje zmiany w tym systemie na bieżąco.

Wykorzystanie infrastruktury ośrodków szkoleniowych dla operatorów numeru alarmowego 112 na potrzeby szkolenia dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego jest niemożliwe, z uwagi na:

1. brak wystarczających mocy przerobowych tych ośrodków (1035 – 1345 dyspozytorów medycznych plus 80 wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego musi być przeszkolonych przynajmniej raz w roku),
2. różnice w zakresie zadań realizowanych przez operatorów numeru alarmowego 112 oraz dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego,
3. brak powiązania między ośrodkiem szkolącym a pionem odpowiedzialnym za SWD PRM.

Realizacja ww. zadań przez KCMRM odbywać się będzie na podstawie umowy powierzenia zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa

medycznego. Środki na finansowanie ww. zadań zabezpieczone zostaną w ramach dotacji celowej i podmiotowej w budżecie państwa.

Podkreślenia wymaga, że utworzenie KCMRM jest to jedyne rozwiązanie, które gwarantuje dostosowanie kierunków rozwoju SWD PRM do rzeczywistych potrzeb dyspozytorów medycznych, zespołów ratownictwa medycznego i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Każdy inny wariant, w którym pion SWD PRM i pion szkoleniowy rozdzielone zostaną między dwa podmioty, skutkować będzie brakiem powiązania między rozwiązaniami teleinformatycznymi a wnioskami z monitorowania funkcjonowania SWD PRM i z działań podejmowanych przez dyspozytorów medycznych.

V. Analiza rozwiązania alternatywnego w stosunku do budowy KCMRM – wykorzystanie infrastruktury i nieruchomości będących własnością Skarbu Państwa.

Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do wszystkich resortów z prośbą o przekazanie informacji o nieruchomościach znajdujących się w posiadaniu tych resortów albo podmiotów im podległych lub nadzorowanych, które mogłyby zostać użyczone, przekazane lub wydierżawione na czas nieokreślony na potrzeby KCMRM.

W dniu 12 maja 2017 r. odbyła się wizytacja nieruchomości wskazanej przez Ministerstwo Sprawiedliwości. Ośrodek Szkoleniowy Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury w Krakowie, zlokalizowany w miejscowości Dębe, w gminie Serock, woj. mazowieckie, koło Zalewu Zegrzyńskiego stanowi kompleks budynków o łącznej powierzchni 7 869 m² i znajduje się na terenie o łącznej powierzchni 4,9784 ha.

Wskazana przez Ministerstwo Sprawiedliwości lokalizacja nie spełnia oczekiwań i warunków, które umożliwiłyby wykorzystanie tej nieruchomości na potrzeby KCMRM, z uwagi na poniższe czynniki:

1. nieruchomość przeznaczona i dostosowana jest do działalności turystyczno-rekreacyjnej,
2. obiekt posiada zbędną i kosztowną w utrzymaniu infrastrukturę sportowo – rozrywkową (sauna, kręgielnia, kort tenisowy, boisko, wiaty wolnostojące z miejscem na ognisko),
3. powierzchnia obiektu i terenu przyległego jest zbyt duża w stosunku do potrzeb planowanego KCMRM i w znacznym stopniu byłaby niewykorzystana,
4. obecna konstrukcja oraz rozwiązania techniczne zastosowane w wizytowanym obiekcie nie pozwalają na zmianę jego przeznaczenia bez całkowitej, kompleksowej i kosztownej jego przebudowy, włącznie z wymianą wszystkich instalacji i dostosowaniem do obecnie obowiązujących przepisów budowlanych i przeciwpożarowych, zgodnie z informacjami przekazanymi przez obecnego użytkownika, brak jest kompletnej dokumentacji projektowej i technicznej Ośrodka,
5. wykazano bardzo wysokie koszty bieżącego utrzymania obiektu i niezadowalający stan budynków.

Ponadto dostosowanie obiektu do potrzeb KCMRM wymaga jego przeprojektowania i przebudowy oraz zapewnienia łącza podstawowego i redundantnego do sieci światłowodowej OST 112, przy czym najbliższy punkt dostępu do OST znajduje się w Legionowie.

Ujawnione podczas wizytacji bieżące koszty utrzymania nieruchomości znacznie przewyższają nakłady zaplanowane na ten cel w ocenie skutków regulacji do projektu „małej nowelizacji ustawy o PRM” przy założeniu, że KCMRM miałyby powstać przy obecnej siedzibie Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

Wskazany podczas wizji lokalnej koszt utrzymania obiektu w Dębe to ok 2,5 mln zł rocznie, przy czym sam podatek od nieruchomości to 240 tys. zł rocznie. W perspektywie 10 lat szacowany koszt utrzymania nieruchomości to 25 mln zł. Dodatkowo należy doliczyć minimum 120 tys. zł na dostęp do OST 112 oraz środki na zabezpieczenie kosztów utrzymania tego łącza (ok 8% wartości/rok). Obecnie nie ma możliwości oszacowania wysokości środków niezbędnych na modernizację i dostosowanie ośrodka do potrzeb KCMRM.

Podkreślić trzeba, że koszty wskazane w ocenie skutków regulacji do przedmiotowego projektu w zakresie rocznego kosztu utrzymania lokalizacji przy LPR to ok 325 tys. zł rocznie, w tym:

- dzierżawa gruntu ok 48 tys. zł,
- podatek od nieruchomości ok 85 tys. zł,
- koszty eksploatacji ok 162 tys. zł.

W perspektywie 10 letniej szacowany koszt utrzymania lokalizacji to ok 3 250 000 zł czyli o ok 21 800 000 zł mniej niż w przypadku nieruchomości proponowanej przez Ministerstwo Środowiska. Zaproponowana przez Ministerstwo Zdrowia lokalizacja posiada dostęp do sieci OST 112, a jej utrzymanie nie generuje dodatkowych kosztów. Do wymienionych kosztów należałoby doliczyć koszt budowy i wyposażenia budynku szacowany na 47 500 000 zł.

Całościowy koszt wybudowania i wyposażenia KCMRM przy LPR w lokalizacji przy ul. Księżycowej 5 szacuje się na 52 600 tys. zł przez 10 lat.

Opisana powyżej nieruchomość była wskazana jako jedyna. Pozostałe resorty poinformowały o braku nieruchomości spełniających kryteria niezbędne do ulokowania w nich KCMRM.

Finansowanie dyspozytorni medycznych od 2021 r. – część 85 - województwa

Tab.1. Szacowana liczba stanowisk i etatów w 2021 r. w części 85 – województwa

Lp.	Województwo	Liczba ludności – prognozy na 2021 r.	przelicznik	liczba stanowisk na każde rozpoczęte 200 tys.	liczba stanowisk dyspozytorów medycznych na każde rozpoczęte 200 tys.	liczba stanowisk głównego dyspozytora medycznego/DM	stanowiska zapasowe (3/DM)	stanowiska szkoleniowe (2/DM)	Razem	liczba etatów kierownik/DM	liczba etatów zastępcy kierownika/DM	liczba etatów głównych dyspozytorów/DM	liczba etatów dyspozytorów/DM	łącznie etatów
1	Dolnośląskie	2 859 298	200 000	14,30	15	1	3	2	21	1	1	5	75	82
2	Kujawsko-pomorskie	2 060 745		10,30	11	1	3	2	17	1	1	5	55	62
3	Lubelskie	2 087 561		10,44	11	1	3	2	17	1	1	5	55	62
4	Lubuskie	1 007 618		5,04	6	1	3	2	12	1	1	5	30	37
5	Łódzkie	2 422 444		12,11	13	1	3	2	19	1	1	5	65	72
6	Małopolskie	3 399 398		17,00	17	1	3	2	23	1	1	5	85	92
7	Mazowieckie (2 DM)	5 395 900		26,98	27	2	6	4	39	2	2	10	135	149
8	Opolskie	960 700		4,80	5	1	3	2	11	1	1	5	25	32
9	Podkarpackie	2 111 392		10,56	11	1	3	2	17	1	1	5	55	62
10	Podlaskie	1 164 160		5,82	6	1	3	2	12	1	1	5	30	37
11	Pomorskie	2 327 141		11,64	12	1	3	2	18	1	1	5	60	67
12	Śląskie (2 DM)	4 457 492		22,29	23	2	6	4	35	2	2	10	115	129
13	Świętokrzyskie	1 219 695		6,10	7	1	3	2	13	1	1	5	35	42
14	Warmińsko-mazurskie	1 416 997		7,08	8	1	3	2	14	1	1	5	40	47
15	Wielkopolskie	3 491 858		17,46	18	1	3	2	24	1	1	5	90	97
16	Zachodniopomorskie	1 687 915		8,44	9	1	3	2	15	1	1	5	45	52
Suma		38 070 314		190,36	199	18	54	36	307	18	18	90	995	1121

Od 1 stycznia 2021 r. dyspozytornie medyczne będą finansowane w ramach wydzielonej z budżetu na ratownictwo medyczne kwoty. Przyjęto, że finansowanie odbywać się będzie na podstawie kosztu utrzymania jednego stanowiska, które przypada na każde rozpoczęte 200 tys. Mieszkańców, oraz docelowej liczby 18 dyspozytorni medycznych w kraju, z uwzględnieniem jednolitej struktury organizacyjnej.

Liczba stanowisk obliczona została na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego „Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2016 r. (data publikacji 22.07.2016 r.) oraz „Prognoza ludności na lata 2014–2050” (data publikacji 01.10.2014 r.).

Zgodnie z przyjętą w projekcie strukturą organizacyjną dyspozytorni medycznej łączna liczba etatów przeliczeniowych wynosi 1121, w tym 18 etatów przewidzianych dla kierowników dyspozytorni medycznych i 18 etatów dla ich zastępców oraz 90 etatów dla dyspozytorów głównych. Liczba etatów przeliczeniowych dyspozytorów medycznych to 995, w tym 90 etatów dyspozytorów medycznych wysyłających pełniących jednocześnie rolę zastępcy głównego dyspozytora. Ponadto przyjęto, iż do obsadzenia 1 stanowiska dyspozytorskiego niezbędne jest 5 etatów.

Łączna liczba stanowisk dyspozytorskich wyniesie 307, w tym stanowisk zapasowych i szkoleniowych – 90.

Tab.2. Szacunkowy koszt funkcjonowania 18 dyspozytorni medycznych od 2021 r. (w zł).

Wynagrodzenia – kwoty bazowe z kosztem pracodawcy		
Stanowisko	Mnożnik	Kwota bazowa
Dyspozytor Medyczny	1,0	5 908
Zastępca Głównego Dyspozytora	1,2	7 113
Główny Dyspozytor	1,4	8 318
Zastępca kierownika DM	1,5	8 921
Kierownik DM	1,7	10 126

Tab.3. Szacunkowy koszt funkcjonowania 18 dyspozytorni medycznych od 2021 r. (w zł).

Lp.	Województwo	2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
Dolnośląskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	8 930 802	9 913 192	10 161 024	10 415 049	10 675 425	10 942 311	11 215 871	72 253 674
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	6 270 073	6 426 825	6 587 497	6 752 184	6 920 988	7 094 014	7 271 365	47 322 946
1b.	stażowe 20%	-	1 254 404	1 285 765	1 317 909	1 350 857	1 384 629	1 419 245	1 454 727	9 467 536
1c.	DWR 8,5%	-	-	639 581	655 571	671 960	688 759	705 977	723 627	4 085 475
1d.	pochodne 18,69%	-	1 406 325	1 561 021	1 600 047	1 640 048	1 681 049	1 723 075	1 766 152	11 377 717
2.	wydatki techniczne	-	2 313 650	2 149 650	2 313 650	2 149 650	2 313 650	2 149 650	2 313 650	15 703 550
2a.	koszty bieżące	-	2 206 025	2 042 025	2 206 025	2 042 025	2 206 025	2 042 025	2 206 025	14 950 175
2b.	koszty majątkowe	-	107 625	107 625	107 625	107 625	107 625	107 625	107 625	753 375
suma		-	11 244 452	12 062 842	12 474 674	12 564 699	12 989 075	13 091 961	13 529 521	87 957 224
Kujawsko-pomorskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	6 860 682	7 615 358	7 805 744	8 000 886	8 200 908	8 405 931	8 616 081	55 505 590
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	4 816 705	4 937 123	5 060 552	5 187 065	5 316 741	5 449 660	5 585 902	36 353 748
1b.	stażowe 20%	-	963 632	987 723	1 012 416	1 037 726	1 063 670	1 090 262	1 117 519	7 272 948
1c.	DWR 8,5%	-	-	491 329	503 613	516 203	529 108	542 335	555 894	3 138 482
1d.	pochodne 18,69%	-	1 080 345	1 199 183	1 229 163	1 259 892	1 291 389	1 323 674	1 356 766	8 740 412
2.	wydatki techniczne	-	2 242 900	2 118 900	2 242 900	2 118 900	2 242 900	2 118 900	2 242 900	15 328 300
2a.	koszty bieżące	-	2 155 775	2 031 775	2 155 775	2 031 775	2 155 775	2 031 775	2 155 775	14 718 425
2b.	koszty majątkowe	-	87 125	87 125	87 125	87 125	87 125	87 125	87 125	609 875
suma		-	9 103 582	9 734 258	10 048 644	10 119 786	10 443 808	10 524 831	10 858 981	70 833 890
Lubelskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	6 860 682	7 615 358	7 805 744	8 000 886	8 200 908	8 405 931	8 616 081	55 505 590
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	4 816 705	4 937 123	5 060 552	5 187 065	5 316 741	5 449 660	5 585 902	36 353 748
1b.	stażowe 20%	-	963 632	987 723	1 012 416	1 037 726	1 063 670	1 090 262	1 117 519	7 272 948
1c.	DWR 8,5%	-	-	491 329	503 613	516 203	529 108	542 335	555 894	3 138 482
1d.	pochodne 18,69%	-	1 080 345	1 199 183	1 229 163	1 259 892	1 291 389	1 323 674	1 356 766	8 740 412
2.	wydatki techniczne	-	2 242 900	2 118 900	2 242 900	2 118 900	2 242 900	2 118 900	2 242 900	15 328 300
2a.	koszty bieżące	-	2 155 775	2 031 775	2 155 775	2 031 775	2 155 775	2 031 775	2 155 775	14 718 425
2b.	koszty majątkowe	-	87 125	87 125	87 125	87 125	87 125	87 125	87 125	609 875
suma		-	9 103 582	9 734 258	10 048 644	10 119 786	10 443 808	10 524 831	10 858 981	70 833 890
Lubuskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	4 273 032	4 743 067	4 861 646	4 983 185	5 107 765	5 235 460	5 366 349	34 570 504
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	2 999 995	3 074 995	3 151 871	3 230 667	3 311 433	3 394 220	3 479 076	22 642 257
1b.	stażowe 20%	-	600 167	615 172	630 551	646 315	662 473	679 035	696 012	4 529 725
1c.	DWR 8,5%	-	-	306 014	313 665	321 506	329 544	337 782	346 227	1 954 738
1d.	pochodne 18,69%	-	672 870	746 886	765 559	784 697	804 315	824 423	845 034	5 443 784

2.	wydatki techniczne	-	2 154 463	2 080 463	2 154 463	2 080 463	2 154 463	2 080 463	2 154 463	14 859 241
2a.	koszty bieżące	-	2 092 963	2 018 963	2 092 963	2 018 963	2 092 963	2 018 963	2 092 963	14 428 741
2b.	koszty majątkowe	-	61 500	61 500	61 500	61 500	61 500	61 500	61 500	430 500
suma		-	6 427 495	6 823 530	7 016 109	7 063 648	7 262 228	7 315 923	7 520 812	49 429 745
Łódzkie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	7 895 742	8 764 275	8 983 384	9 207 968	9 438 166	9 674 122	9 915 976	63 879 633
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	5 543 389	5 681 974	5 824 025	5 969 625	6 118 865	6 271 838	6 428 634	41 838 350
1b.	stażowe 20%	-	1 109 018	1 136 744	1 165 162	1 194 291	1 224 149	1 254 753	1 286 123	8 370 240
1c.	DWR 8,5%	-	-	565 455	579 592	594 082	608 933	624 156	639 760	3 611 978
1d.	pochodne 18,69%	-	1 243 335	1 380 102	1 414 605	1 449 970	1 486 219	1 523 375	1 561 459	10 059 065
2.	wydatki techniczne	-	2 278 275	2 134 275	2 278 275	2 134 275	2 278 275	2 134 275	2 278 275	15 515 925
2a.	koszty bieżące	-	2 180 900	2 036 900	2 180 900	2 036 900	2 180 900	2 036 900	2 180 900	14 834 300
2b.	koszty majątkowe	-	97 375	97 375	97 375	97 375	97 375	97 375	97 375	681 625
suma		-	10 174 017	10 898 550	11 261 659	11 342 243	11 716 441	11 808 397	12 194 251	79 395 558
Małopolskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	9 965 862	11 062 107	11 338 661	11 622 126	11 912 678	12 210 496	12 515 761	80 627 691
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	6 996 757	7 171 676	7 350 969	7 534 742	7 723 110	7 916 189	8 114 094	52 807 537
1b.	stażowe 20%	-	1 399 790	1 434 785	1 470 654	1 507 420	1 545 106	1 583 734	1 623 328	10 564 817
1c.	DWR 8,5%	-	-	713 707	731 550	749 839	768 584	787 798	807 494	4 558 972
1d.	pochodne 18,69%	-	1 569 315	1 741 939	1 785 488	1 830 125	1 875 878	1 922 775	1 970 845	12 696 365
2.	wydatki techniczne	-	2 349 025	2 165 025	2 349 025	2 165 025	2 349 025	2 165 025	2 349 025	15 891 175
2a.	koszty bieżące	-	2 231 150	2 047 150	2 231 150	2 047 150	2 231 150	2 047 150	2 231 150	15 066 050
2b.	koszty majątkowe	-	117 875	117 875	117 875	117 875	117 875	117 875	117 875	825 125
suma		-	12 314 887	13 227 132	13 687 686	13 787 151	14 261 703	14 375 521	14 864 786	96 518 866
Mazowieckie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	16 309 011	18 103 002	18 555 579	19 019 467	19 494 954	19 982 329	20 481 888	131 946 230
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	11 450 120	11 736 373	12 029 782	12 330 527	12 638 790	12 954 760	13 278 629	86 418 981
1b.	stażowe 20%	-	2 290 727	2 347 995	2 406 696	2 466 863	2 528 535	2 591 749	2 656 542	17 289 107
1c.	DWR 8,5%	-	-	1 167 972	1 197 172	1 227 100	1 257 777	1 289 222	1 321 454	7 460 697
1d.	pochodne 18,69%	-	2 568 164	2 850 662	2 921 929	2 994 977	3 069 852	3 146 598	3 225 263	20 777 445
2.	wydatki techniczne	-	4 574 238	4 276 238	4 574 238	4 276 238	4 574 238	4 276 238	4 574 238	31 125 666
2a.	koszty bieżące	-	4 374 363	4 076 363	4 374 363	4 076 363	4 374 363	4 076 363	4 374 363	29 726 541
2b.	koszty majątkowe	-	199 875	199 875	199 875	199 875	199 875	199 875	199 875	1 399 125
suma		-	20 883 249	22 379 240	23 129 817	23 295 705	24 069 192	24 258 567	25 056 126	163 071 896
Opolskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	3 755 502	4 168 608	4 272 825	4 379 644	4 489 135	4 601 363	4 716 400	30 383 477
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	2 636 653	2 702 569	2 770 135	2 839 388	2 910 372	2 983 132	3 057 711	19 899 960
1b.	stażowe 20%	-	527 474	540 661	554 177	568 031	582 232	596 788	611 709	3 981 072
1c.	DWR 8,5%	-	-	268 951	275 675	282 567	289 631	296 871	304 293	1 717 988
1d.	pochodne 18,69%	-	591 375	656 427	672 838	689 658	706 900	724 572	742 687	4 784 457
2.	wydatki techniczne	-	2 136 775	2 072 775	2 136 775	2 072 775	2 136 775	2 072 775	2 136 775	14 765 425
2a.	koszty bieżące	-	2 080 400	2 016 400	2 080 400	2 016 400	2 080 400	2 016 400	2 080 400	14 370 800
2b.	koszty majątkowe	-	56 375	56 375	56 375	56 375	56 375	56 375	56 375	394 625
suma		-	5 892 277	6 241 383	6 409 600	6 452 419	6 625 910	6 674 138	6 853 175	45 148 902
Podkarpackie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	6 860 682	7 615 358	7 805 744	8 000 886	8 200 908	8 405 931	8 616 081	55 505 590
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	4 816 705	4 937 123	5 060 552	5 187 065	5 316 741	5 449 660	5 585 902	36 353 748
1b.	stażowe 20%	-	963 632	987 723	1 012 416	1 037 726	1 063 670	1 090 262	1 117 519	7 272 948

1c.	DWR 8,5%	-	-	491 329	503 613	516 203	529 108	542 335	555 894	3 138 482
1d.	pochodne 18,69%	-	1 080 345	1 199 183	1 229 163	1 259 892	1 291 389	1 323 674	1 356 766	8 740 412
2.	wydatki techniczne	-	2 242 900	2 118 900	2 242 900	2 118 900	2 242 900	2 118 900	2 242 900	15 328 300
2a.	koszty bieżące	-	2 155 775	2 031 775	2 155 775	2 031 775	2 155 775	2 031 775	2 155 775	14 718 425
2b.	koszty majątkowe	-	87 125	87 125	87 125	87 125	87 125	87 125	87 125	609 875
suma		-	9 103 582	9 734 258	10 048 644	10 119 786	10 443 808	10 524 831	10 858 981	70 833 890
Podlaskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	4 273 032	4 743 067	4 861 646	4 983 185	5 107 765	5 235 460	5 366 349	34 570 504
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	2 999 995	3 074 995	3 151 871	3 230 667	3 311 433	3 394 220	3 479 076	22 642 257
1b.	stażowe 20%	-	600 167	615 172	630 551	646 315	662 473	679 035	696 012	4 529 725
1c.	DWR 8,5%	-	-	306 014	313 665	321 506	329 544	337 782	346 227	1 954 738
1d.	pochodne 18,69%	-	672 870	746 886	765 559	784 697	804 315	824 423	845 034	5 443 784
2.	wydatki techniczne	-	2 154 463	2 080 463	2 154 463	2 080 463	2 154 463	2 080 463	2 154 463	14 859 241
2a.	koszty bieżące	-	2 092 963	2 018 963	2 092 963	2 018 963	2 092 963	2 018 963	2 092 963	14 428 741
2b.	koszty majątkowe	-	61 500	61 500	61 500	61 500	61 500	61 500	61 500	430 500
suma		-	6 427 495	6 823 530	7 016 109	7 063 648	7 262 228	7 315 923	7 520 812	49 429 745
Pomorskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	7 378 212	8 189 817	8 394 563	8 604 426	8 819 536	9 040 026	9 266 029	59 692 609
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	5 180 047	5 309 548	5 442 288	5 578 344	5 717 802	5 860 748	6 007 267	39 096 044
1b.	stażowe 20%	-	1 036 325	1 062 234	1 088 789	1 116 009	1 143 910	1 172 508	1 201 822	7 821 597
1c.	DWR 8,5%	-	-	528 392	541 602	555 142	569 020	583 246	597 827	3 375 229
1d.	pochodne 18,69%	-	1 161 840	1 289 643	1 321 884	1 354 931	1 388 804	1 423 524	1 459 113	9 399 739
2.	wydatki techniczne	-	2 160 926	2 126 588	2 126 588	2 126 588	2 126 588	2 126 588	2 126 588	14 920 454
2a.	koszty bieżące	-	2 068 676	2 034 338	2 034 338	2 034 338	2 034 338	2 034 338	2 034 338	14 274 704
2b.	koszty majątkowe	-	92 250	92 250	92 250	92 250	92 250	92 250	92 250	645 750
suma		-	9 539 138	10 316 405	10 521 151	10 731 014	10 946 124	11 166 614	11 392 617	74 613 063
Śląskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	14 238 892	15 805 170	16 200 301	16 605 308	17 020 439	17 445 950	17 882 101	115 198 161
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	9 996 752	10 246 671	10 502 837	10 765 409	11 034 544	11 310 407	11 593 167	75 449 787
1b.	stażowe 20%	-	1 999 955	2 049 954	2 101 204	2 153 734	2 207 577	2 262 767	2 319 336	15 094 527
1c.	DWR 8,5%	-	-	1 019 720	1 045 214	1 071 343	1 098 126	1 125 579	1 153 721	6 513 703
1d.	pochodne 18,69%	-	2 242 185	2 488 825	2 551 046	2 614 822	2 680 192	2 747 197	2 815 877	18 140 144
2.	wydatki techniczne	-	4 503 488	4 245 488	4 503 488	4 245 488	4 503 488	4 245 488	4 503 488	30 750 416
2a.	koszty bieżące	-	4 324 113	4 066 113	4 324 113	4 066 113	4 324 113	4 066 113	4 324 113	29 494 791
2b.	koszty majątkowe	-	179 375	179 375	179 375	179 375	179 375	179 375	179 375	1 255 625
suma		-	18 742 380	20 050 658	20 703 789	20 850 796	21 523 927	21 691 438	22 385 589	145 948 577
Świętokrzyskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	4 790 562	5 317 524	5 450 464	5 586 725	5 726 393	5 869 553	6 016 293	38 757 514
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	3 363 337	3 447 420	3 533 607	3 621 946	3 712 494	3 805 307	3 900 440	25 384 551
1b.	stażowe 20%	-	672 860	689 682	706 924	724 597	742 712	761 280	780 313	5 078 368
1c.	DWR 8,5%	-	-	343 077	351 654	360 446	369 457	378 693	388 160	2 191 487
1d.	pochodne 18,69%	-	754 365	837 345	858 279	879 736	901 730	924 273	947 380	6 103 108
2.	wydatki techniczne	-	2 172 150	2 088 150	2 172 150	2 088 150	2 172 150	2 088 150	2 172 150	14 953 050
2a.	koszty bieżące	-	2 105 525	2 021 525	2 105 525	2 021 525	2 105 525	2 021 525	2 105 525	14 486 675
2b.	koszty majątkowe	-	66 625	66 625	66 625	66 625	66 625	66 625	66 625	466 375
suma		-	6 962 712	7 405 674	7 622 614	7 674 875	7 898 543	7 957 703	8 188 443	53 710 564
Warmińsko-mazurskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	5 308 092	5 891 983	6 039 283	6 190 264	6 345 019	6 503 646	6 666 238	42 944 525

1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	3 726 679	3 819 846	3 915 343	4 013 226	4 113 556	4 216 396	4 321 806	28 126 852
1b.	stażowe 20%	-	745 553	764 192	783 296	802 878	822 950	843 524	864 613	5 627 006
1c.	DWR 8,5%	-	-	380 140	389 644	399 385	409 369	419 603	430 093	2 428 234
1d.	pochodne 18,69%	-	835 860	927 805	951 000	974 775	999 144	1 024 123	1 049 726	6 762 433
2.	wydatki techniczne	-	2 189 838	2 095 838	2 189 838	2 095 838	2 189 838	2 095 838	2 189 838	15 046 866
2a.	koszty bieżące	-	2 118 088	2 024 088	2 118 088	2 024 088	2 118 088	2 024 088	2 118 088	14 544 616
2b.	koszty majątkowe	-	71 750	71 750	71 750	71 750	71 750	71 750	71 750	502 250
suma		-	7 497 930	7 987 821	8 229 121	8 286 102	8 534 857	8 599 484	8 856 076	57 991 391
Wielkopolskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	10 483 392	11 636 566	11 927 481	12 225 668	12 531 309	12 844 593	13 165 708	84 814 717
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	7 360 099	7 544 101	7 732 705	7 926 022	8 124 172	8 327 277	8 535 459	55 549 835
1b.	stażowe 20%	-	1 472 483	1 509 296	1 547 028	1 585 704	1 625 347	1 665 981	1 707 631	11 113 470
1c.	DWR 8,5%	-	-	750 770	769 539	788 778	808 497	828 709	849 427	4 795 720
1d.	pochodne 18,69%	-	1 650 810	1 832 399	1 878 209	1 925 164	1 973 293	2 022 626	2 073 191	13 355 692
2.	wydatki techniczne	-	2 366 713	2 172 713	2 366 713	2 172 713	2 366 713	2 172 713	2 366 713	15 984 991
2a.	koszty bieżące	-	2 243 713	2 049 713	2 243 713	2 049 713	2 243 713	2 049 713	2 243 713	15 123 991
2b.	koszty majątkowe	-	123 000	123 000	123 000	123 000	123 000	123 000	123 000	861 000
suma		-	12 850 105	13 809 279	14 294 194	14 398 381	14 898 022	15 017 306	15 532 421	100 799 708
Zachodniopomorskie		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	5 825 622	6 466 441	6 628 103	6 793 805	6 963 650	7 137 742	7 316 188	47 131 551
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	4 090 021	4 192 271	4 297 079	4 404 505	4 514 617	4 627 483	4 743 171	30 869 147
1b.	stażowe 20%	-	818 246	838 703	859 670	881 162	903 192	925 772	948 917	6 175 662
1c.	DWR 8,5%	-	-	417 203	427 633	438 324	449 282	460 514	472 027	2 664 983
1d.	pochodne 18,69%	-	917 355	1 018 264	1 043 721	1 069 814	1 096 559	1 123 973	1 152 073	7 421 759
2.	wydatki techniczne	-	2 207 525	2 103 525	2 207 525	2 103 525	2 207 525	2 103 525	2 207 525	15 140 675
2a.	koszty bieżące	-	2 130 650	2 026 650	2 130 650	2 026 650	2 130 650	2 026 650	2 130 650	14 602 550
2b.	koszty majątkowe	-	76 875	76 875	76 875	76 875	76 875	76 875	76 875	538 125
suma		-	8 033 147	8 569 966	8 835 628	8 897 330	9 171 175	9 241 267	9 523 713	62 272 226
Kraj		2017–2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	Suma
1.	wydatki osobowe	-	124 009 801	137 650 894	141 092 190	144 619 478	148 234 957	151 940 843	155 739 394	1 003 287 557
1a.	wynagrodzenie zasadnicze	-	87 064 032	89 240 633	91 471 665	93 758 447	96 102 399	98 504 971	100 967 601	657 109 748
1b.	stażowe 20%	-	17 418 065	17 853 524	18 299 859	18 757 354	19 226 295	19 706 957	20 199 642	131 461 696
1c.	DWR 8,5%	-	-	8 880 983	9 103 015	9 330 587	9 563 847	9 802 937	10 048 019	56 729 388
1d.	pochodne 18,69%	-	19 527 704	21 675 754	22 217 651	22 773 090	23 342 416	23 925 978	24 524 132	157 986 725
2.	wydatki techniczne	-	40 389 891	38 147 891	40 389 891	38 147 891	40 389 891	38 147 891	40 389 891	276 003 237
2a.	koszty bieżące	-	38 816 516	36 574 516	38 816 516	36 574 516	38 816 516	36 574 516	38 816 516	264 989 612
2b.	koszty majątkowe	-	1 573 375	1 573 375	1 573 375	1 573 375	1 573 375	1 573 375	1 573 375	11 013 625
suma		-	164 399 692	175 798 785	181 482 081	182 767 369	188 624 848	190 088 734	196 129 285	1 279 290 794

Szacuje się, że łączny koszt utrzymania dyspozytorni medycznych przez wojewodów w latach 2021–2027, zgodnie z tab. nr 2 oceny skutków regulacji będzie wynosił 1 279 290 794 zł, w tym:

- 1) wydatki osobowe: 1 003 287 557 zł,
- 2) wydatki techniczne 276 003 237 zł.

Wydatki osobowe obejmują:

- 1) wynagrodzenie zasadnicze z dodatkiem za wysługę lat w wysokości 20%,
- 2) dodatkowe wynagrodzenie roczne w wysokości 8,5% wynagrodzenia zasadniczego,
- 3) pochodne od wynagrodzenia w wysokości 18,69%.

Z uwagi na zróżnicowanie w zakresie wymagań i stażu pracy na poszczególnych stanowiskach oraz posiadane obecnie przez dyspozytorów medycznych doświadczenie zawodowe zasadnym było przyjęcie maksymalnego dodatku stażowego w wysokości 20%.

Koszty techniczne w wysokości 276 003 237 zł obejmują koszty bieżące i koszty majątkowe. Do kosztów bieżących wliczono: koszt delegacji (raz w roku), umundurowania (raz na dwa lata) oraz koszt eksploatacji i utrzymania dyspozytorni medycznej.

Koszty majątkowe obejmują koszt wyposażenia dyspozytorni medycznej w stanowiska dyspozytorów medycznych, przy czym przyjęto wymianę stanowisk co 4 lata.

Przedstawione w załączniku wydatki nie obejmują kosztów szkoleń i wyżywienia dla dyspozytorów medycznych oraz wyposażenia dyspozytorni medycznych w sprzęt teleinformatyczny z uwagi na fakt, iż zostały one ujęte w załączniku nr 2 do oceny skutków regulacji, tj. kosztach funkcjonowania KCMRM.

**Raport z konsultacji publicznych oraz opiniowania
projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych
innych ustaw**

Zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248), z chwilą skierowania ww. projektu ustawy do konsultacji publicznych oraz opiniowania treść projektu została zamieszczona w Biuletynie Informacji Publicznej Ministra Zdrowia.

Jednocześnie zgodnie z § 52 ust. 1 uchwały nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006, z późn. zm.) przedmiotowy projekt został zamieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny.

W trybie art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa żaden z podmiotów nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem ustawy.

Projekt został przekazany do konsultacji publicznych i opiniowania (z terminem 30 dni na zgłaszanie uwag) do podmiotów wyszczególnionych w pkt 5 OSR.

Jednocześnie projekt ustawy został poddany konsultacjom w trybie przepisów ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o związkach zawodowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1881) oraz ustawy z dnia 23 maja 1991 r. o organizacjach pracodawców (Dz. U. z 2015 r. poz. 2029) z podmiotami wyszczególnionymi w pkt 5 OSR. Projekt został zaakceptowany przez Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego.

UWAGA!!!

Tabela uwag, które zostały zgłoszone:

1. do projektu ustawy zmieniającej ustawę o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw - **tzw. „mała”** nowelizacja oraz
2. do części zapisów, które były zawarte w projekcie o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw – **tzw. „duża”** nowelizacja w zakresie zagadnień związanych z funkcjonowaniem m. in. dyspozytorni medycznych oraz realizacji zadań przez dyspozytora medycznego (***dla ułatwienia zaznaczone czerwoną czcionką***).

Lp	Przepis	Podmiot zgłaszający uwagę	Treść uwagi	Stanowisko MZ
1	2	3	4	5
1.	Art. 2 ust. 2 pkt 3	Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 21 ust. 2 pkt 3): „dyspozytornie medyczne, o których mowa w art. 14a i 25a.” Art. 3 pkt 14a (w słowniczku) oraz art. 25a określają cel i zadania dyspozytorni medycznej.	Uwaga niejasna, prawdopodobnie odwołuje się do niewłaściwego przepisu.
2.		Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Nowe brzmienie art. 2 ust. 2 pkt 3: „3) dyspozytornie medyczne”. Uzasadnienie: Definicja dyspozytorni medycznej znajduje się w art. 3 pkt 14a.	Uwaga uwzględniona. Nowe brzmienie definicji dyspozytorni medycznej: „14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych, zwaną dalej „dyspozytornią”.
3.	Art. 3 pkt 14a	Wojewoda Kujawsko- Pomorski	Wskazany w nowelizowanej ustawie o PRM zapis art. 3 pkt 14a w brzmieniu:	Uwaga nieuwzględniona.
4.			„dyspozytornia medyczna – komórka organizacyjna (-ą) urzędu wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu [...]”, wymaga dookreślenia, czy w tej formule prawno-organizacyjnej Wojewoda zobowiązany jest do zarejestrowania przez siebie dyspozytorni medycznej, jako podmiotu leczniczego realizującego świadczenia medyczne wykonywane przez dyspozytorów medycznych. Nowelizacja ustawy o PRM w tym artykule przewiduje wprost wskazanie statusu własnościowego dyspozytorni i odpowiedzialności za warunki jej funkcjonowania po stronie Wojewody, co aktualnie skutkuje obowiązkiem rejestracji po jego stronie. Niezależnie rodzi się pytanie, w jaki sposób zostanie zmieniony status własnościowy dyspozytorni medycznych stanowiących aktualnie własność dysponentów ZRM, tak by możliwe było zastosowanie	Projekt ustawy stanowi, iż - dyspozytornia medyczna to komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu, a nie podmiot leczniczy; - dyspozytorzy medyczni pracujący w dyspozytorni medycznej udzielają świadczeń zdrowotnych zgodnie z definicją zawartą w ustawie o działalności leczniczej ale w tym przypadku poza podmiotem leczniczym. Przy realizacji zadań dyspozytorów medycznych nie są wymagane warunki jakie muszą spełnić podmioty lecznicze np. w zakresie dostosowania pomieszczeń. Podobnie ratownicy medyczni już obecnie mają prawo do udzielania

			przyszłego przepisu o „tworzeniu” dyspozytorni medycznej przez Wojewodę, która ma znajdować się w strukturze Urzędu Wojewódzkiego, jako jego komórka organizacyjna. W przypadku woj. kujawsko-pomorskiego, w którym dwie dyspozytornie skoncentrowane są zorganizowane i administrowane wprost przez Wojewodę, ten problem nie będzie miał znaczenia, jednak w kraju funkcjonują aktualnie dyspozytornie medyczne skoncentrowane, stanowiące własność dysponentów ZRM, którzy dodatkowo ponieśli nakłady finansowe wymuszone wymogami koncentracji i wdrożenia SWD PRM. Czy w tym ostatnim przypadku Wojewoda będzie zobowiązany do zorganizowania od podstaw podległej sobie dyspozytorni medycznej?	świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym na mocy art. 11 ust. 3 ustawy o PRM, - wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw; - wojewoda w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody;
5.		Wojewoda Podkarpacki	w art. 3 pkt 14a, po ostatnim przecinku w zdaniu powinno być „lekarza konsultanta zespołów ratownictwa medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego;”.	Uwaga nieuwzględniona: - w części dotyczącej konsultanta zespołów ratownictwa medycznego (zagadnienie uregulowane w tzw. „dużej” nowelizacji – uwaga zostanie zawarta w tabeli uwag do tego projektu), - w części dotyczącej wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (zgodnie z projektem brzmienia art.29 ust. 1: „W urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, zatrudnieni przez wojewodę na podstawie stosunku pracy, w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 3.”. Z uwagi na różne umiejscowienie fizycznej lokalizacji stanowiska lekarza koordynatora ratownictwa medycznego nie ma zasadności przypisywania go jedynie do lokalizacji dyspozytorni medycznej.
6.		Wojewoda Lubuski	Proponowana zmiana: „Art. 14a „dyspozytornia medyczna - komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu, utworzona w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego, przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych, lekarza konsultanta, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego;”, Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego powinien być wyprowadzony ze struktury dyspozytorni medycznej i nadal utrzymany w Wydziale Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego, ponieważ nie udziela świadczeń zdrowotnych (podejmuje decyzje administracyjne w imieniu wojewody), nie ma uzasadnienia by funkcjonował w obrębie jednostki udzielającej świadczeń zdrowotnych. Brak jego posadowienia w dyspozytorni medycznej nie wyklucza współdziałania w sprawach merytorycznych dotyczących koordynowania pracy zespołów ratownictwa medycznego	Uwaga uwzględniona poprzez następującą definicję dyspozytorni medycznej: „14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych, zwaną dalej „dyspozytornią”. Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego zgodnie z propozycją brzmienia art. 29 ust. 1 – „W urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy

			w ramach zdarzeń masowych.	ratownictwa medycznego, zatrudnieni przez wojewodę, w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 3.” Decyzja co do tego, czy koordynator będzie pracownikiem wydziału WBiZK, czy dyspozytorni medycznej należeć będzie do wojewody.
7.		Wojewoda Lubelski	Definicja dyspozytorni medycznej jako komórki organizacyjnej urzędu wojewódzkiego. Zaproponowane rozwiązanie spowoduje konieczność przejęcia kadry dyspozytorskiej od dysponentów ZRM zarządzających skoncentrowanymi dyspozytorniami medycznymi. W wyniku fizycznego przeniesienia dyspozytorni z lokalizacji Dysponenta do lokalizacji Wojewody (przeniesienie całej infrastruktury technicznej i teleinformatycznej) spowoduje także powstanie kosztów po stronie Budżetu Państwa. Większość urzędów wojewódzkich nie dysponuje własnym systemem łączności radiowej. Rozwiązanie wymaga zbudowania takich systemów, ponadto jednolitych w skali co najmniej województw (najlepiej kraju), gdyż w inny sposób trudno będzie zapewnić wzajemną zastępowalność dyspozytorni. W tej chwili najczęściej łączność radiową zapewniają dysponenti, posługując się zarówno sieciami analogowymi jak i cyfrowymi, nawet w jednym województwie. Propozycja: Pozostawienie SDM w strukturach dysponentów ZRM z określeniem przez ministra właściwego do spraw zdrowia maksymalnej stawki ryczałtowej za utrzymanie stanowisk dyspozytorskich zależnej jednak od liczby ludności w obsługiwanych rejonie operacyjnym.	Projekt ustawy stanowi, iż: „14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych, zwaną dalej „dyspozytornią,” .Wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw. Wojewoda będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej, w tym urządzenia do łączności radiowej i każdej innej, od dysponenta ZRM, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2022 r. będzie komórką organizacyjną UW, a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody.
8.		Wojewoda Pomorski	Ze względu na to, że w województwie może być więcej niż jedna dyspozytornia należy wykreślić w definicji dyspozytorni medycznej zapisy dot. wykonywania zadań przez lekarza konsultanta, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Pozostawienie w definicji dyspozytorni lekarza konsultanta możliwe będzie wyłącznie pod warunkiem zapewnienia kilku stanowisk lekarza konsultanta w województwie (proponujemy 1 konsultanta na 30 ZRM). Koordynator ratownictwa medycznego powinien wykonywać zadania w dyspozytorni medycznej wskazanej w planie. Nie ma potrzeby by w województwie było kilku koordynatorów RM, w przypadku gdy jest kilka dyspozytorni. Propozycja: 14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych;	Uwaga częściowo uwzględniona - poprzez następującą definicję dyspozytorni medycznej: „14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych, zwaną dalej „dyspozytornią,” Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego zgodnie z propozycją brzmienia art. 29 ust. 1 – „W urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, zatrudnieni przez wojewodę, w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 3.” Decyzja co do tego, czy

				koordynator będzie pracownikiem wydziału WBiZK, czy dyspozytorni medycznej należeć będzie do wojewody. Projekt nie przewiduje możliwości powstania więcej niż jednego stanowiska wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w województwie. Nie ma konieczności umieszczania stanowiska wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w dyspozytorni medycznej. Obecnie w 16 UW umieszczenie stanowiska wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego jest różne i zostało wypracowane w oparciu o doświadczenie poszczególnych UW oraz specyfikę danego województwa. Uwaga w zakresie konsultantów dla ZRM, dotyczy tzw. „dużej” nowelizacji i zostanie zawarta w tabeli uwag do projektu.
9.		Wojewoda Mazowiecki	w art. 1 pkt 2 lit. c oraz w art. 1 pkt 23 - budzi wątpliwości czy wojewoda może utworzyć dyspozytornię medyczną oraz zatrudniać dyspozytorów medycznych. Wykonując swoje zadania dyspozytor medyczny udziela świadczeń zdrowotnych. W celu zatrudnienia dyspozytorów wojewoda musiałby utworzyć podmiot leczniczy;	Uwaga nieuwzględniona Projekt ustawy stanowi, iż - dyspozytornia medyczna to komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu (nie podmiot leczniczy), wykonująca zadania określone w ustawie; - dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody; - dyspozytorzy medyczni w dyspozytorni medycznej u wojewody będą wykonywać świadczenia zdrowotne – podobnie jak dotąd - z tym, że poza podmiotem leczniczym. Podobnie ratownicy medyczni już obecnie mają prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym na mocy art. 11 ust. 3 ustawy o PRM.
10.		Wojewoda Zachodniopomorski	Wskazanie, że dyspozytornia medyczna – ma być komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego nie zasługuje na uwzględnienie, ponieważ niesie to za sobą konieczność zatrudniania dyspozytorów medycznych przez wojewodów. Zadania dyspozytorów medycznych stanowią udzielanie świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art.2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Proponuje się, aby z zapisu ustawy wynikało, że dyspozytornia medyczna zlokalizowana jest w obiektach urzędu wojewódzkiego, który będzie odpowiedzialny za zapewnienie warunków technicznych funkcjonowania dyspozytorni. Zatrudnianie dyspozytorów medycznych i organizacyjne funkcjonowanie dyspozytorni powinno pozostać w gestii dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, ponieważ budzi duże wątpliwości dopuszczalność udzielania świadczeń zdrowotnych przez	Uwaga nieuwzględniona Zgodnie z zaproponowaną nową definicją pod pojęciem dyspozytorni medycznej rozumie się komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych;

		dyspozytorów medycznych w ramach podmiotu nie będącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą.	- dyspozytorzy medyczni w dyspozytorni medycznej u wojewody będą wykonywać świadczenia zdrowotne – podobnie jak dotąd - z tym, że poza podmiotem leczniczym. Podobnie ratownicy medyczni już obecnie mają prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym na mocy art. 11 ust. 3 ustawy o PRM.
11.	Wojewoda Śląski	Dot. Art. 3 pkt 14a Tworzenie przez Wojewodów dyspozytorni medycznych jako komórek organizacyjnych urzędów wojewódzkich po pierwsze spowoduje likwidację tych komórek organizacyjnych u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego co grozi znaczącymi skutkami społecznymi, spowoduje także znaczące obciążenia finansowe dysponentów z tytułu odpraw zwalnianego personelu; po drugie będzie bardzo trudne do wykonania chociażby ze względu za znalezienie lokalizacji dla dyspozytorni np. w przypadku województwa śląskiego co najmniej 3, dyspozytornia medyczna realizuje świadczenia medyczne co powodują że Wojewoda będzie musiała uruchomić działalność leczniczą, a co za tym idzie dokonać zawarcia umowy ubezpieczenia OC, a docelowo może skutkować ewentualnymi roszczeniami wynikającymi z tego zakresu. Pozbawienie dysponentów dyspozytorni dzieli system i doprowadza jedynie do rozdrobnienia odpowiedzialności. Można dysponentom wskazać sposób zatrudnienia dyspozytorów, ale nie należy wydzielać ich z kompleksowości udzielanego świadczenia pozostawiając dysponentom jedynie realizację wyjazdów zespołów PRM. W pewnym sensie pierwszą część badania przeprowadza dyspozytor medyczny zbierając dane o stanie pacjenta poprzez zbieranie wywiadu czyli badania podmiotowego uzupełnianego na miejscu zdarzenia przez zadysponowany zespół. Jaka jest podstawa prawna w oparciu o którą osoby posiadające wykształcenie medyczne i wykonujące zawód medyczny mają być zatrudnieni przez wojewodę. Należy rozważyć możliwość powierzenia zadania tworzenia (utrzymania) dyspozytorni medycznej dysponentowi (dysponentom) którzy takie zadania wykonywali w dniu wejścia w życie ustawy; w razie braku zgody na takie rozwiązanie w celu uniknięcia skutków o których mowa obok – obowiązek przejęcia personelu dyspozytorni od dysponenta w ilości niezbędnej do realizacji zadań, w trybie określonym w kodeksie pracy. „Mała zmiana” ustawy o PRM z dnia 14.10.2016 godz. 11:30 dopuszcza funkcjonowanie wszystkich aktualnie działających w woj. Śląskim dyspozytorni a powyższa definicja tą możliwość zamyka. Do daty wejścia w życie powyższego przepisu czyli do 01.01.2020 model funkcjonowania dyspozytorni medycznych jest niejednoznaczny. Wdrożenie systemu SWD PRM w terminie do czerwca 2017 wydaje się mało prawdopodobne.	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z zaproponowaną nową definicją pod pojęciem dyspozytorni medycznej rozumie się komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych. - wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw, gdyż projekt daje możliwość wynajęcia pomieszczeń i urządzeń dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2020 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody; - w okresie przejściowym realizowane będą następujące zadania: do 1.01.2018 r. koncentracja dyspozytorni medycznych i wdrożenie SWD PRM na terenie całego kraju, do 31.12.2019 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne z wdrożonym SWD PRM działają w strukturach dysponentów ZRM, a od 1.01.2021 r. – w strukturach UW; - dyspozytorzy medyczni w dyspozytorni medycznej u wojewody będą wykonywać świadczenia zdrowotne – podobnie jak dotąd - z tym, że poza podmiotem leczniczym; podobnie ratownicy medyczni już obecnie mają prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym na mocy art. 11 ust. 3 ustawy o PRM; - dysponenti ZRM nie będą musieli ponosić kosztów zwolnień grupowych dyspozytorów medycznych, gdyż projekt uzupełniono o przepisy, stanowiące o tym, że od dnia 1.01.2021 r. dyspozytorzy medyczni stają się pracownikami urzędu wojewódzkiego – art. 6 ust. 5-8:

				„5. Z dniem 1 stycznia 2021 r. dyspozytorzy medyczni wykonujący do tego dnia zadania dyspozytora medycznego u dysponentów jednostek stają się pracownikami urzędów wojewódzkich, z wyjątkiem dyspozytorów medycznych, którzy nie wyrazili zgody na zmiany w zakresie obowiązujących ich umów z dysponentami jednostek na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. 6. Dysponent jednostki jest obowiązany, w terminie do dnia 30 września 2020 r., zawiadomić na piśmie dyspozytorów medycznych, wykonujących zadania i kompetencje podlegające przekazaniu, o zmianach, jakie mają nastąpić w zakresie ich umowy na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. 7. Dyspozytor medyczny może bez wypowiedzenia, za siedmiodniowym uprzedzeniem, rozwiązać umowę na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. 8. Rozwiązanie stosunku pracy w trybie, o którym mowa w ust. 7, powoduje dla pracownika skutki, jakie przepisy prawa pracy wiążą z rozwiązaniem stosunku pracy przez pracodawcę za wypowiedzeniem.”.
12.	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Zmiana ta może mieć pozytywny wpływ na kontrolę realizacji zadań w zakresie dysponowania zespołami ratownictwa medycznego		Treść uwagi zgodna z projektem.
13.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	pozostawić zapis, że dyspozytornia medyczna jest komórką organizacyjną dysponenta Wojewoda musiałby powołać podmiot działalności leczniczej, gdyż dyspozytorzy medyczni wykonują zawód medyczny (zgodnie z ustawą o PRM dyspozytorem może być lekarz, ratownik medyczny, pielęgniarz). Nie odniesiono się do kosztów zwolnień dyspozytorów u dysponentów, a w wielu województwach mogą to być zwolnienia grupowe. Na dzień dzisiejszy w większości województw są dobrze funkcjonujące zintegrowane dyspozytornie medyczne wyposażone w sprzęt informatyczny i radiołączność. Podmioty lecznicze w ostatnich 2 – 3 latach zainwestowały znaczne środki finansowe własne i budżetu Państwa i UE (ważna kwestia trwałości projektów) na utworzenie, utrzymanie i stałą modernizację infrastruktury informatycznej, radiołączności (radiostacje bazowe i maszty i przekaźniki radiowe), stanowisk pracy i zaplecza socjalnego dla dyspozytorów medycznych. Dodatkowo w tych dyspozytorniach medycznych jest wdrażany ogólnopolski system SWD PRM. Znacznie mniej kosztownym, bardziej bezpiecznym i funkcjonalnym jest pozostawienie dyspozytorni medycznych jako komórek organizacyjnych w obecnych lokalizacjach (brak konieczności budowy całej infrastruktury radiołączności, rozbudowy budynków w celu stworzenia dużej ilości		Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z zaproponowaną nową definicją pod pojęciem dyspozytorni medycznej rozumie się komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych. Przesłankami do przeniesienia dyspozytorni medycznej od dysponentów ZRM do wojewodów były: - uniezależnienie procesów decyzyjnych w ramach dysponowania ZRM od zarządzeń wewnętrznych dysponentów (np. wysyłanie zespołów do wszystkich wezwań, nierównomierne obciążenie zespołów S i P zgłoszeniami, przyjmowanie na stanowiskach

		dodatkowych stanowisk pracy i zaplecza socjalnego). Operatorzy CPR powinni za pomocą systemu SWD PRM przekazywać połączenia z nr 112 i 999 dyspozytorom medycznym (art.3 ust. 2 i 7, art. 8 ust.1 pkt.1d ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego z dnia 22 listopada 2013 r.). Ustawa ta precyzuje również przekazywanie połączeń z nr 112, 997 i 998 dyżurnym Policji i Państwowej Straży Pożarnej. Idąc tokiem zmian wprowadzanych tą ustawą, należałoby w urzędach wojewódzkich stworzyć stanowiska dyżurnych Policji i Państwowej Straży Pożarnej, aby równo traktować podmioty i zagadnienia bezpieczeństwa Państwa	dyspozytorskich zleceń na transporty sanitarne oraz NiŚOZ itd.); - skupienie w jednym ośrodku decyzyjnym tj. u wojewody stanowisk dyspozytorów medycznych, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, administratorów wojewódzkich SWD PRM oraz całej infrastruktury tego systemu, ułatwi jego nadzór i zapewni dalszy jednolity rozwój w całym kraju; - wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw, gdyż projekt daje możliwość wynajęcia pomieszczeń i urządzeń dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmienia tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2020 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody, - w okresie przejściowym realizowane będą następujące zadania: do 1.01.2018 r. koncentracja dyspozytorni medycznych i wdrożenie SWD PRM na terenie całego kraju, do 31.12.2019 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne z wdrożonym SWD PRM działają w strukturach dysponentów ZRM, a od 1.01.2021 r. – w strukturach UW; - dyspozytorzy medyczni w dyspozytorni medycznej u wojewody będą wykonywać świadczenia zdrowotne – podobnie jak dotąd - z tym, że poza podmiotem leczniczym. Podobnie ratownicy medyczni już obecnie mają prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym na mocy art. 11 ust. 3 ustawy o PRM, - dysponenti ZRM nie będą musieli ponosić kosztów zwolnień grupowych dyspozytorów medycznych, gdyż projekt uzupełniono o przepisy, stanowiące o tym, że od dnia 1.01.2021 r. dyspozytorzy medyczni stają się pracownikami urzędu wojewódzkiego: – art. 6 ust. 5-8: „5. Z dniem 1 stycznia 2021 r. dyspozytorzy medyczni wykonujący do tego dnia zadania dyspozytora medycznego u dysponentów jednostek stają się pracownikami urzędów wojewódzkich, z wyjątkiem dyspozytorów medycznych, którzy nie wyrazili zgody na zmiany w zakresie obowiązujących ich umów z dysponentami jednostek na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. 6. Dysponent jednostki jest obowiązany, w terminie do dnia 30 września 2020 r., zawiadomić na piśmie dyspozytorów medycznych, wykonujących zadania i kompetencje
--	--	---	--

				podlegające przekazaniu, o zmianach, jakie mają nastąpić w zakresie ich umowy na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. 7. Dyspozytor medyczny może bez wypowiedzenia, za siedmiodniowym uprzedzeniem, rozwiązać umowę na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. 8. Rozwiązanie stosunku pracy w trybie, o którym mowa w ust. 7, powoduje dla pracownika skutki, jakie przepisy prawa pracy wiążą z rozwiązaniem stosunku pracy przez pracodawcę za wypowiedzeniem.”. Operatorzy CPR wykorzystują system SI CPR (nie SWD PRM) i za pomocą tego systemu przekazują połączenia alarmowe na stanowiska dyspozytorów medycznych.
14.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	W ostatnim zdaniu pkt 14a, dotyczącego definicji dyspozytorni medycznej proponujemy wykreślić wyrażenie: „wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego”. Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego powinien być wyprowadzony ze struktur dyspozytorni medycznej a nadal utrzymany w Wydziale Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego, gdyż nie wykonuje świadczeń medycznych (podejmuje decyzje administracyjne w imieniu wojewody). W związku z tym nie ma uzasadnienia by funkcjonował w obrębie jednostki wykonującej świadczenie zdrowotne. Brak jego posadowienia w dyspozytorni medycznej nie wyklucza współdziałania w sprawach merytorycznych dotyczących koordynowania pracy zespołów ratownictwa medycznego w ramach zdarzeń masowych. Wojewoda nie musi tworzyć zakładu budżetowego lub jednostki budżetowej, lecz w planie działania systemu wskazać inny podmiot publiczny, który przejmie zadanie utworzenia dyspozytorni medycznej, np. dotychczasowe WSPR-y.	Uwaga częściowo uwzględniona. Zgodnie z zaproponowaną nową definicją pod pojęciem dyspozytorni medycznej rozumie się komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych. Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego zgodnie z propozycją brzmienia art. 29 ust. 1: „W urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, zatrudnieni przez wojewodę, w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 3.”. Decyzja co do tego, czy wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego będzie pracownikiem wydziału WBiZK, czy dyspozytorni medycznej należeć będzie do wojewody.	
15.	Jan Kawulok Wiceprzewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Śląskiego Przewodniczący Klubu Radnych PiS	Dodany art.3 pkt. 14 a w proponowanym brzmieniu: 14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych, lekarza konsultanta, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego;”;	Uwaga nieuwzględniona: Dyspozytornia medyczna – zgodnie z jej definicją – jest utworzona w celu „przyjmowania powiadomień o zdarzeniu”, które napływają od mieszkańców. Dyspozytornia medyczna nie jest więc tworzona wyłącznie w celu zapewnienia wykonywania zadań przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Przesłankami do przeniesienia dyspozytorni medycznej od	

			- określa od kogo przyjmowane są zgłoszenia i powiadomienia. Z zapisu tego wynika, iż nie będą przyjmowane zgłoszenia od mieszkańców. Zapis jest tak skonstruowany, iż można wnioskować, iż dyspozytornia medyczna jest po to aby umożliwić „...wykonywanie zadań dyspozytorowi medycznemu, lekarzowi konsultantowi, wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego”. Przez analogię; czy szpital jest po to aby zapewnić pracę pielęgniarki, lekarzowi, salowej czy też po to aby leczyć pacjentów, oczywiście zatrudniając w tym celu odpowiednie grupy zawodowe, - lokalizacja dyspozytorni medycznej w strukturze administracji państwowej wydaje się być rozwiązaniem dziwnym. Dalsza koncentracja systemu zawiadywania zespołami z pewnością nie jest rozwiązaniem dobrym.	dysponentów ZRM do wojewodów były: - uniezależnienie procesów decyzyjnych w ramach dysponowania ZRM od zarządzeń wewnętrznych dysponentów (np. wysyłanie zespołów do wszystkich wezwań, nierównomierne obciążenie zespołów S i P zgłoszeniami, przyjmowanie na stanowiskach dyspozytorskich zleceń na transporty sanitarne oraz NiŚOZ itd.); - skupienie w jednym ośrodku decyzyjnym tj. u wojewody stanowisk dyspozytorów medycznych, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, administratorów wojewódzkich SWD PRM oraz całej infrastruktury tego systemu, ułatwi jego nadzór i zapewni dalszy rozwój jednolity w całym kraju.
16.		Krajowa Sekcja Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia	W art.3, c) 14a proponujemy po wyrażeniu: „komórkę organizacyjną” wykreślić wyrażenie: „urzędu wojewódzkiego” i zastąpić je wyrażeniem: „dysponenta”.	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z zaproponowaną nową definicją pod pojęciem dyspozytorni medycznej rozumie się komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych. Przesłankami do przeniesienia dyspozytorni medycznej od dysponentów ZRM do wojewodów były: - uniezależnienie procesów decyzyjnych w ramach dysponowania ZRM od zarządzeń wewnętrznych dysponentów (np. wysyłanie zespołów do wszystkich wezwań, nierównomierne obciążenie zespołów S i P zgłoszeniami, przyjmowanie na stanowiskach dyspozytorskich zleceń na transporty sanitarne oraz NiŚOZ itd.); - skupienie w jednym ośrodku decyzyjnym tj. u wojewody stanowisk dyspozytorów medycznych, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, administratorów wojewódzkich SWD PRM oraz całej infrastruktury tego systemu, ułatwi jego nadzór i zapewni dalszy rozwój jednolity w całym kraju.
17.		Konsultant Woj.	Otrzymuje brzmienie: „Dyspozytornia medyczna – komórka organizacyjna	Uwaga nieuwzględniona.

		w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Urzędu Wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu... do przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych, lekarza konsultanta.” Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego powinien być wyprowadzony ze struktur dyspozytorni medycznej a nadal utrzymany w Wydziale Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego, gdyż nie wykonuje świadczeń medycznych (podejmuje decyzje administracyjne w imieniu wojewody) w związku z czym nie ma uzasadnienia by funkcjonował w obrębie jednostki wykonującej świadczenie zdrowotne . Brak jego posadowienia w dyspozytorni medycznej nie wyklucza współdziałania w sprawach merytorycznych dotyczących koordynowania pracy zespołów ratownictwa medycznego w ramach zdarzeń masowych.	Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego zgodnie z propozycją brzmienia art. 29 ust. 1 – „W urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, zatrudnieni przez wojewodę, w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 3.” Decyzja co do tego, czy koordynator będzie pracownikiem wydziału WBiZK, czy dyspozytorni medycznej należeć będzie do wojewody.
18.		Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	Ustawa o PRM art. 27 pkt 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" Ustawa o działalności leczniczej art. 3. 1. "działalność lecznicza polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych" Wątpliwości: Czy urząd wojewódzki może zatrudniać dyspozytorów medycznych, którzy wykonując swoje obowiązki udzielają świadczeń zdrowotnych lub lekarzy konsultantów zespołów ratownictwa medycznego, których obowiązkiem będą e-konsultacje definiowane w Ustawie o działalności leczniczej jako świadczenie zdrowotne? Czy w związku z tym urząd wojewódzki może prowadzić działalność leczniczą? Czy urząd wojewódzki może wpisać samego siebie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą?	Uwaga nieuwzględniona. Dyspozytorzy medyczni w dyspozytorni medycznej u wojewody będą wykonywać świadczenia zdrowotne – podobnie jak dotąd - z tym, że poza podmiotem leczniczym. Podobnie jak ratownicy medyczni, którzy już obecnie mają prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym na mocy art. 11 ust. 3 ustawy o PRM.
19.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Tworzenie przez Wojewodów dyspozytorni medycznych jako komórek organizacyjnych urzędów wojewódzkich spowoduje likwidację tych komórek organizacyjnych u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego; grozi to znaczącymi skutkami społecznymi, spowoduje także znaczące obciążenia finansowe dysponentów z tytułu odprowadzania świadczeń emerytalnych i finansowych z tytułu odpraw zwalnianego personelu. Jaka jest podstawa prawna w oparciu o którą osoby posiadające wykształcenie medyczne i wykonujące zawód medyczny mają być zatrudnieni przez wojewodę. Należy rozważyć możliwość powierzenia zadania tworzenia (utrzymania) dyspozytorni medycznej dysponentowi (dysponentom) którzy takie zadania wykonywali w dniu wejścia w życie ustawy; w razie braku zgody na takie rozwiązanie w celu uniknięcia skutków o których mowa obok – obowiązek przejęcia personelu dyspozytorni od dysponenta w ilości niezbędnej do realizacji zadań, w trybie określonym w kodeksie pracy.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw, gdyż projekt daje możliwość wynajęcia pomieszczeń i urządzeń dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmienia tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody: Dyspozytorzy medyczni w dyspozytorni medycznej u wojewody będą wykonywać świadczenia zdrowotne – podobnie jak dotąd - z tym, że poza podmiotem leczniczym. Podobnie jak ratownicy medyczni, którzy już obecnie mają prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym na mocy art. 11 ust. 3 ustawy o PRM. - dysponenti ZRM nie będą musieli ponosić kosztów zwolnień grupowych dyspozytorów medycznych, gdyż projekt uzupełniono o przepisy, stanowiące o tym, że od

			dnia 1.01.2020 r. dyspozytorzy medyczni stają się pracownikami urzędu wojewódzkiego: – art. 6 ust. 5-8: „5. Z dniem 1 stycznia 2021 r. dyspozytorzy medyczni wykonujący do tego dnia zadania dyspozytora medycznego u dysponentów jednostek stają się pracownikami urzędów wojewódzkich, z wyjątkiem dyspozytorów medycznych, którzy nie wyrazili zgody na zmiany w zakresie obowiązujących ich umów z dysponentami jednostek na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. 6. Dysponent jednostki jest obowiązany, w terminie do dnia 30 września 2020 r., zawiadomić na piśmie dyspozytorów medycznych, wykonujących zadania i kompetencje podlegające przekazaniu, o zmianach, jakie mają nastąpić w zakresie ich umowy na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. 7. Dyspozytor medyczny może bez wypowiedzenia, za siedmiodniowym uprzedzeniem, rozwiązać umowę na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego. 8. Rozwiązanie stosunku pracy w trybie, o którym mowa w ust. 7, powoduje dla pracownika skutki, jakie przepisy prawa pracy wiążą z rozwiązaniem stosunku pracy przez pracodawcę za wypowiedzeniem.”.
20.	Wojewoda Lubuski	Jest „14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną (...) utworzoną” Winno być: „14a) dyspozytornia medyczna – komórka organizacyjna (...) utworzona”	Uwaga nieuwzględniona – zgodnie z brzmieniem art. 3 ustawy o PRM użyte pojęcia oznaczają: komórkę, pielęgniarkę, osobę itd.
21.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	W ostatnim zdaniu pkt 14a, dotyczącego definicji dyspozytorni medycznej proponujemy dopisać „lekarza konsultanta”. Uzasadnienie: Obie ustawy muszą być tożsame.	Uwaga nieuwzględniona. Zapisy dotyczące lekarza konsultanta ujęte są w „dużej nowelizacji” ustawy o PRM.
22.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy	zakłada zmianę rejonu działania dyspozytorni medycznej. Zmiana ta wydaje się być niekorzystna. Obecnie funkcjonujący dysponenti ZRM w obszarach działania, a uwzględnieni w rejonach operacyjnych nie będą już mogli funkcjonować na dotychczasowych zasadach (występować o nowy kontrakt na działalność). Zmiana ustawowa i związana z nią reorganizacja doprowadzi w swoich skutkach do tego, że przykładowo nowo zakupione karetki zostaną u dotychczas działających dysponentów (przy szpitalach) i zwolnieni zostaną członkowie obecnych zespołów RM. Projektowane przepisy nie przewidują, żadnych zapisów co do pakietów socjalnych dla pracowników, w przypadkach, gdy nastąpi zmiana dysponenta. Rejony operacyjne dobrze się wpisują w obecny system funkcjonowania PRM. Aktualna definicja daje możliwość działania kilku dysponentów PRM w rejonie działania dyspozytorni. Wnosimy zatem o jej pozostawienie.	Uwaga nieuwzględniona. Nowe granice rejonów operacyjnych nie będą miały wpływu na dobór dysponentów. Dotychczasowe doświadczenia w których funkcjonują duże rejony operacyjne wskazują na lepsze i sprawniejsze wykorzystanie posiadanych zasobów przez dyspozytora medycznego. Dodatkowo zarządzanie systemem PRM na terenie województwa w tym jego usprawnianie oraz wdrażanie nowych rozwiązań przez Wojewodę jest dużo szybsze i sprawniejsze gdy stroną do ustaleń i rozmów jest mniejsza liczba przedstawicieli dysponentów.
23.	Wojewoda Pomorski	W art. 21 nie ma zapisu mówiącego o tym, że wojewoda wskazuje podmiot,	Uwaga nieuwzględniona.

			którego komórka organizacyjna stanowi dyspozytornię. w art. 3: b) po pkt 14 dodaje się pkt 14a w brzmieniu: „14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, wskazanego w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21, utworzoną w celu przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniu przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915) oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych.”	Nowe brzmienie definicji dyspozytorni medycznej zakłada jej utworzenie w strukturze urzędów wojewódzkich: „14a) dyspozytornia medyczna – komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1635 oraz z 2014 r. poz. 1877 i 1915), przyjmowania powiadomień o zdarzeniu oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych, zwaną dalej „dyspozytornią”. Zgodnie z brzmieniem projektowanego art. 25a ust. 1: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego.”.
24.		ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	Dodać możliwość przyjmowania zgłoszeń. W art. 3 po pkt 14 dodaje się art. 14 a, zgodnie, z którym, dyspozytornia medyczna jest komórką organizacyjną utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniu przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego. W związku powyższym rodzi się pytanie, dlaczego ustawodawca nie przewiduje przyjmowania zgłoszeń bezpośrednio również od innych podmiotów (np. innych jednostek systemu PRM, jednostek współpracujących, innych dyspozytorni medycznych, itp.) lub za pośrednictwem innych komunikatorów. Uzasadnienie: Na terenie kraju wciąż funkcjonuje dedykowany dla ratownictwa medycznego nr alarmowy 999 przekierowujący zgłoszenia bezpośrednio do dyspozytorni medycznych i również należy upewnić się czy CPR-y są już w stanie przejąć powiadomienia z różnych numerów alarmowych. Przedmiotowe ograniczenie stanowi również kolizję z zapisami art. 25a ust. 8. Jednocześnie należy pamiętać, że dyspozytornia medyczna jest podmiotem leczniczym. Decyduje o tym zapis art. 2 ust. 1 pkt 10 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnie z którym wykonywanie zadań dyspozytora medycznego stanowi udzielanie świadczeń zdrowotnych. W związku z tym funkcjonowanie dyspozytorni medycznej powinno odbywać się w formach przewidzianych tą ustawą i na zasadach w niej określonych	Uwaga nieuwzględniona. 999 – powiadomienie o zdarzeniu, 112 – zgłoszenie alarmowe. Przyjęcie zgłoszenia lub powiadomienia jest czynnością jednorazową. Dyspozytor medyczny ma możliwość przyjęcia informacji o zdarzeniu od innych podmiotów z wyłączeniem operatorów numerów alarmowych. Ponadto nie ma kolizji przepisu z art. 25 a ust. 8, gdzie jest mowa nie tylko o przyjęciu powiadomienia lub zgłoszenia alarmowego, ale również o ich obsłudze.
25.	Art. 5	Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 5 ust. 1: „Osoba udzielająca pierwszej pomocy,	Uwaga uwzględniona w zakresie pracowników

	ust. 1		kwalifikowanej pierwszej pomocy, podejmująca medyczne czynności ratunkowe (...).”. Proponuje się rozszerzenie katalogu osób objętych ochroną i uprawnieniami funkcjonariuszy publicznych o „osoby podejmujące medyczne czynności ratunkowe”. Zauważyć należy, że oprócz proponowanych osób wchodzących w skład ZRM, dyspozytora medycznego., lekarza koordynatora również inni pracownicy medyczni np. w SOR, izbach przyjęć, oddziałach szpitalnych, itp. podejmują medyczne czynności ratunkowe i powinny być objęte równorzędną ochroną.	udzielających świadczeń zdrowotnych w SOR. Ponadto, medyczne czynności ratunkowe podejmowane są tylko w ZRM.
26.		Wojewoda Pomorski	Pominięto personel szpitalnych oddziałów ratunkowych – jednostki systemu, zgodnie z art. 32 ust. 1 pkt 1. w art. 5 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego, dyspozytor medyczny wykonujący zadania, o których mowa w art. 27 ust. 1, lekarz koordynator ratownictwa medycznego, wykonujący zadania, o których mowa w art. 29 ust. 2, oraz osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym korzystają z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) dla funkcjonariuszy publicznych.”;	Uwaga uwzględniona w zakresie pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych w SOR. Ponadto, medyczne czynności ratunkowe podejmowane są tylko w ZRM.
27.		Wojewoda Kujawsko-Pomorski	proponuję uwzględnić: „Osoba udzielająca kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego, dyspozytor wykonujący zadania, o których mowa w art. 27 ust. 1, oraz lekarz koordynator ratownictwa medycznego, wykonujący zadania, o których mowa w art. 29 ust. 2, korzystają z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks Karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137) dla funkcjonariuszy publicznych”.	Uwaga nieuwzględniona. Obowiązująca ustawa obejmuje ochroną osobę udzielającą pierwszej pomocy. Brak uzasadnienia do proponowanego brzmienia.
28.	Art. 10 ust. 1	Wojewoda Lubuski	Usunąć zapis treści „ust 1.” Ustawa z 8 września 2016 r. w dotychczasowym brzmieniu w art. 10 nie zawiera ust. 1	Uwaga uwzględniona.
29.	Art. 10 ust. 1 pkt 4	Komisja Wyższego Szkolnictwa Medycznego Parlamentu Studentów RP	Komisja pozytywnie zaopiniowała zmiany w sprawie osób które mogą wykonywać zawód ratownika medycznego w art.10 ust.1 pkt. 4. Jest to krok zmierzający do uregulowania kierunku „ratownictwo medyczne”. Pozytywne opinie wyrażamy także w stosunku do utworzenia rejestru ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych, utworzenia Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, zmiany funkcji „lekarza koordynatora ratownictwa medycznego” na „wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego”, utworzenia kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych dla ratowników medycznych oraz pielęgniarek systemu, zapewnienia wsparcia psychologicznego dla członków zespołów ratownictwa medycznego, możliwości stwierdzania zgonu przez członków zespołu ratownictwa medycznego, jeśli zgon nastąpił w trakcie akcji medycznej,	Uwaga stanowi komentarz.

			upaństwowienia pogotowia ratunkowego, zwiększenia liczebności zespołów pogotowia ratunkowego do minimum trzech osób, (zawarte w projekcie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw). Zmiany dotyczące ochrony przeznaczonej dla funkcjonariuszy publicznych, która miałaby przysługiwać członkom zespołów ratownictwa medycznego przez cały okres pracy, a nie tylko w trakcie wykonywania medycznych czynności ratunkowych (zawarte w projekcie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw), także uznajemy za jak najbardziej potrzebne.	
30.	Art. 10 ust. 1 pkt 4 lit. b	Wojewoda Lubelski	Niespójność projektów. Osoby, które ukończyły publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i posiadają dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu "ratownika medycznego" przed datą 30 września 2012 r. z mocy prawa tracą ten tytuł. "Duża" nowelizacja nie obejmuje tego zagadnienia, zaś "mała" tak.	Uwaga nieuwzględniona. Do osób, które ukończyły kształcenie w publicznych i niepublicznych szkołach policealnych i uzyskały tytuł zawodowy ratownika medycznego, odnosi się zapis w art. 10 ust. 1 pkt 4 lit. c. Osoby, które rozpoczęły naukę przed dniem 1 marca 2013 r. i uzyskały tytuł zawodowy ratownik medyczny, będą mogły wykonywać ten zawód.
31.		Wojewoda Lubelski	"na ratownictwo medyczne" Omyłka pisarska. "na kierunku ratownictwo medyczne"	Uwaga uwzględniona
32.	Art. 10 ust. 1 pkt 4 lit. c	Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Program realizowany na studiach licencjackich trwających 6 semestrów powinien umożliwić nabycie odpowiedniej wiedzy, umiejętności i kompetencji społecznych niezbędnych do wykonywania zawodu ratownika medycznego. Dodatkowa 6-miesięczna praktyka oznacza wydłużenie czasu nabywania uprawnień w zawodzie ratownika medycznego co jest niekorzystne dla absolwenta szczególnie w porównaniu do kierunku pielęgniarstwo, który po 6 semestrach umożliwia rozpoczęcia pracy w zawodzie oraz szersze perspektywy dalszego rozwoju – w tym także uzyskania uprawnień analogicznych do ratowników medycznych. W związku z projektowaną zmianą powstają pytania dotyczące zarówno źródła finansowania ww. praktyki, ubezpieczenia w jej trakcie osoby odbywającej praktykę, jak też terminu otrzymania dyplomu medycznego. Wykreślenie z ustawy o PRM zapisów dotyczących 6 miesięcznej praktyki.	Uwaga uwzględniona. Przepisy dotyczące praktyki usunięto.
			Wprowadzenie egzaminu PERM zarówno w formie teoretycznej, jak i praktycznej.	Uwaga nieuwzględniona. Wzorem LEK i LDEK egzamin dla grupy zawodowej ratowników medycznych będzie przeprowadzany w formie egzaminu testowego. Ponadto organizacja PERM w formie egzaminu dwuczęściowego tj. testowego i praktycznego generowałoby dodatkowe koszty, które musiałyby ponieść osoby zamierzające przystąpić do PERM.
33.		Wojewoda Mazowiecki	brakuje słowa „kierunku” po zwrocie „studia wyższe na”;	Uwaga uwzględniona.
34.		Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny	proponuję dodać "sześciomiesięczną praktykę, w tym 3 miesięczną praktykę w szpitalnym oddziale ratunkowym i 3 miesięczną praktykę w zespołach	Uwaga nieuwzględniona. Przepisy dotyczące praktyki usunięto, zgodnie z uwagą KRAUM.

		ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	ratownictwa medycznego " docelowym miejscem pracy dla ratowników medycznych są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego.	
35.		Jarosław Sowizdraniuk Uniwersytet Medyczny Wrocław Zakład Ratownictwa Medycznego	- zapis nie precyzuje momentu odbywania sześciomiesięcznej praktyki - w toku trwania studiów, czy po ich zakończeniu. Proponuję, aby wymieniona praktyka odbywała się po uzyskaniu absolutorium. Obciążenie studenta godzinami zajęć dydaktycznych jest ogromne i wpisanie w nie dodatkowej praktyki wydaje się być pozbawione sensu. Za właściwe należy przyjąć, iż praktyka stanowi ciągłość pracy i nie jest podzielona na części. Należy rozważyć docelowe miejsca odbywania praktyk (nie tylko zespoły ratownictwa medycznego, ale również szpitalne oddziały ratunkowe, oddziały intensywnej terapii, chorób wewnętrznych i kardiologii).	Uwaga nieuwzględniona. Przepisy dotyczące praktyki usunięto, zgodnie z uwagą KRAUM.
36.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Należy wskazać z jakich środków finansowany będzie staż, jakie będą obowiązki opiekuna stażu, jakie wynagrodzenie; czy stażysta będzie dodatkowym członkiem w ZRM?	Uwaga nieuwzględniona. Przepisy dotyczące praktyki usunięto, zgodnie z uwagą KRAUM.
37.		Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	błąd stylistyczny, prawdopodobnie miało być „podjęła studnia wyższe na kierunku (...)” PROPOZYCJA: Przeredagować	Uwaga uwzględniona.
38.	Art. 11 ust. 3 pkt 12	Wojewoda Śląski	W obecnych zapisach ustawy ratownicy medyczni zatrudnieni w strukturach Policji zostali pominięci, a niejednokrotnie jednostki te są wyposażone w ambulanse spełniające standardy ustawy o PRM, które przy braku odpowiednich zapisów nie mogą być w pełni wykorzystane. W art. 11 ust. 3 po pkt. 12 dodać pkt 13: 13) w jednostkach podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: W art. 11 w ust. 3 pkt 6a otrzymuje brzmienie: „6a) w wyodrębnionych oddziałach prewencji i pododdziałach antyterrorystycznych, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy o Policji, a także w jednostkach organizacyjnych Policji realizujących zadania z zakresu zabezpieczenia antyterrorystycznego;”, W art. 11 dodaje się ust. 14 w brzmieniu: „14. Minister właściwy do spraw wewnętrznych określi w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych, innych niż określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 11, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego wykonującego zadania zawodowe w przypadku, o którym mowa w art. 11. ust. 3 pkt 6a, uwzględniając specyfikę zagrożeń wynikających z charakteru służby.”;
39.	Art. 11 ust. 13	Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego	Minister Obrony Narodowej określi w drodze rozporządzenia szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego i pielęgniarkę. Zapis wymaga zachowania symetrii w kompetencjach i miejscach możliwości wykonywania pracy pomiędzy wszystkimi grupami zawodowymi. W	Uwaga nieuwzględniona. Kompetencje pielęgniarek i położnych określa odrębna ustawa i rozporządzenie.

			strukturach MON aktualnie pracują pielęgniarki. Brak tego uzupełnienia jest dyskryminujący wobec grupy zawodowej pielęgniarek.	
40.	Art. 15	Wojewoda Podkarpacki	w art. 15 należałoby wprowadzić regulacje dotyczące zasad użycia jednostek współpracujących, o których mowa w art. 15 ust. 2 ww. ustawy (w szczególności kto i w jakiej sytuacji jest uprawniony do ich dysponowania). Ponadto należy rozważyć uregulowanie kwestii zwrotu kosztów poniesionych przez ww. jednostkę współpracującą w związku z jej użyciem.	Uwaga nieuwzględniona. Rozporządzenie w sprawie WPDS stanowi, że w planach wojewoda określa m. in.: „sposób współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy, na obszarze województwa, w szczególności informacje o: a) procedurach współpracy, b) organizacji wspólnych ćwiczeń i analizie działań ratowniczych oraz procedurach powiadamiania, dysponowania i koordynowania działań ratowniczych w przypadku zdarzeń pojedynczych i zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, c) kompetencjach i trybie podejmowanych działań, d) obiegu i wymianie informacji; Ustawa o PRM: - art. 21 ust. 3 pkt 7): w WPDS określa się „sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15;” - art. 27 ust. 1 pkt 7: „Do zadań dyspozytora medycznego należy m. in.: „powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia.”.
41.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Zielona Góra	- zakresy obowiązków podmiotów wymienianych w tym przepisie określone są odrębnymi ustawami (w tym w zakresie ratowania życia i zdrowia) - brak wskazania finansowania działań tych jednostek w zakresie ujętym projektem	Uwaga nieuwzględniona. Poza zakresie regulacji.
42.		Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe	Podstawowym problemem zapisów tego artykułu jest brak precyzyjnego określenia na czym ma polegać współpraca z systemem PRM jednostek wymienionych w artykule i na jakich zasadach. Co prawda w art.21 ust. 3 pkt. 7 scedowano to zadanie na Wojewodów, ale nie wszystkie problemy proponowany zapis rozwiązuje (nasze uwagi w pkt. VI niniejszego pisma). Nawiązując do naszych doświadczeń, jako podmiotu uprawnionego do wykonywania ratownictwa górskiego spotykamy się z problem wykorzystania np. naszego potencjału ratowniczego (szczególnie śmigłowca ratowniczego wraz załogą ratowniczo – medyczną) do działań poza górami. Zadania ratownictwa górskiego są w dużej części finansowane z budżetu państwa ale środki te możemy wykorzystać tylko do działań w ratownictwie górskim. Użycie śmigłowca finansowanego w 95% z budżetu Państwa do innych celów	Uwaga nieuwzględniona W ramach ratownictwa medycznego nie mogą być finansowane jednostki nie włączone do systemu PRM (czyli np. TOPR). Adresatem postulatu powinno być MSWiA odpowiedzialne za ratownictwo górskie. MZ posiada tytuł prawny do finansowania świadczeń udzielanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

			ratowniczych (np. na wezwanie CPR czy na zorganizowane tereny narciarskie) jest traktowane jako niezgodne z ustawą o finansach publicznych. W każdym razie są takie doraźne potrzeby i możliwości, ale brakuje uregulowań prawnych.	
43.	Art. 15 ust. 1 pkt 2	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	– zapis dotyczący współpracy jednostek włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego z systemem PRM nie zawiera informacji o sposobie finansowania szkoleń z zakresu kwalifikowanej pierwszej pomocy niezbędnych do realizacji tego zadania. PROPOZYCJA: podać źródła finansowania szkoleń z zakresu kpp w jednostkach włączonych do kserg lub ograniczyć ich liczbę do jednostek zdolnych do realizacji kpp na określonym poziomie gotowości operacyjnej	Uwaga nieuwzględniona Finansowanie jednostek współpracujących z systemem PRM i szkoleń personelu tych jednostek pozostaje poza właściwością MZ.
44.	Art. 15 ust. 1 pkt 3	Wojewoda Pomorski	Prosimy o podanie, jakie dokładnie jednostki zaliczają się do pkt. 3 <i>inne niż określone w pkt 1 i 2 jednostki podległe i nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.</i>	Jednostki podległe i nadzorowane przez MSWiA: Straż Graniczna, Obrona Cywilna Kraju, Biuro Ochrony Rządu, Szkoła Główna Służby Pożarniczej, Centrum Naukowo-Badawcze Ochron, Przeciwpożarowej im. Józefa Tuliszkowskiego Państwowy Instytut Badawczy, Urząd do Spraw Cudzoziemców, Wyższa Szkoła Policji, Zakład Emerytalno – Rentowy, Instytut Technologii Bezpieczeństwa "MORATEX", Państwowa Inspekcja Sanitarna MSW, Centrum Personalizacji Dokumentów, Zarząd Zasobów Mieszkaniowych MSW, Służba Zdrowia MSWiA, Organizacje Ratownicze współpracujące z MSWiA, Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji, Centrum Obsługi Projektów Europejskich MSWiA, Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego.
45.		Wojewoda Zachodniopomorski	Proponuje się nie ujmować podmiotów określonych w art. 15 ust.1 pkt 8 w katalogu jednostek współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pozostały zakres dotyczący jednostek współpracujących z tym systemem jest wystarczający dla potrzeb systemu PRM	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis: Podmioty niewymienione w pkt 1–7 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego będą wpisywane na wniosek. Wojewoda będzie mógł odmówić im wpisu w razie niespełnienia wymagań.
46.	Art. 15 ust. 1 pkt 8	Fundacja Wsparcia Ratownictwa RK	Proponujemy umożliwić wykonywanie zadań zawodowych ratownikom medycznym w jednostkach współpracujących z systemem, ok. których mowa w artykule 15 ustęp 1 pkt 8.	Uwaga nieuwzględniona. W celu utrzymania należytego nadzoru nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych przez ratowników medycznych nie przewiduje się dalszego rozszerzania możliwości wykonywania zawodu ratownika medycznego poza podmiotami leczniczymi. Ratownicy medyczni zatrudnieni bądź będący wolontariuszami jednostek określonych w art. 15 ust.1 pkt 8 już obecnie mogą zarejestrować podmiot leczniczy na podstawie ustawy o działalności leczniczej.
47.	Art. 15	Wojewoda Podkarpacki	art. 15 ust. 1 i ust. 2 ustawy powinien otrzymać następujące brzmienie:	Uwaga uwzględniona poprzez następujące brzmienie art. 15:

ust. 1 i 2		„Art. 15. 1. Jednostkami współpracującymi z systemem są: 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, 3) inne niż określone w pkt 1 i 2 jednostki podległe i nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, 4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej, 5) 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, 6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych, 7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze. 2. Jednostkami współpracującymi z systemem mogą być: 1) podmioty niewymienione w ust. 1 pkt 1–7 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej, inne niż wskazane w ust. 1 pkt 2, jednostki morskiej służby poszukiwania i ratownictwa, o których mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim, – pod warunkiem uzyskania wpisu do rejestru jednostek współpracujących z systemem.”.	„1. Jednostkami współpracującymi z systemem, z zastrzeżeniem ust. 1a, są: 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, 3) inne niż określone w pkt 1 i 2 jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, 4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej, 5) 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 (Dz. U. Nr 208, poz. 1241 oraz z 2013 r. poz. 7), 6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. 2016 r. poz. 656), 7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2016 r. poz. 1131 i 1991), 8) podmioty niewymienione w pkt 1–7 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, 9) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2016 r. poz. 281 oraz z 2017 r. poz. 32).”. b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 mogą być jednostkami współpracującymi z systemem pod warunkiem, że: 1) zapewnia gotowość operacyjną; 2) dysponują ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 4) uzyskały wpis do rejestru.”. c) uchyla się ust. 2;
------------	--	---	--

48.	Art. 17 ust. 2	Wojewoda Pomorski	1. Wydanie decyzji administracyjnej z urzędu dla jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 1–3 i 7 jest zbędną czynnością administracyjną. Podmioty te od czasu wejścia w życie ustawy o PRM pełnią rolę jednostek współpracujących z systemem. Dodatkowo nie wiadomo, czy warunek o którym mowa w art. 17 ust. 2 pkt 1-3 dotyczy jednostek, którym ma być wydawana decyzja administracyjna z urzędu, czy może dotyczy tylko jednostek, którym decyzja ma być wydawana na wniosek. W przypadku kilku miejsc stacjonowania jednostki współpracującej z systemem, której zasięg działania wykracza poza obszar działania jednego województwa (np. WOŚP) proponujemy aby każdy wojewoda wpisywał do rejestru jednostkę z uwzględnieniem zasobów, tj. ratowników i sprzętu możliwych do uruchomienia na terenie danego województwa. Zasadnym jest stworzenie centralnego rejestru jednostek współpracujących z systemem. Propozycja: 16) w art. 17: a) ust. 2 otrzymuje brzmienie: „2. Wojewoda właściwy ze względu na miejsce stacjonowania jednostki współpracującej z systemem, wpisuje do rejestru: 1) jednostkę współpracującą z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 1–3 i 7, z urzędu, 2) jednostkę współpracującą z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 4–6 i 8–10, na jej wniosek, w drodze decyzji administracyjnej, pod warunkiem, że jednostka ta: a) zapewnia gotowość do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy; b) dysponuje ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; c) dysponuje środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.” 2. Po wejściu w życie ustawy wojewoda pomorski musiałby wydać ok. 270 decyzji podmiotom, które do tej pory wpisane do rejestru były z urzędu (bez wydawania decyzji administracyjnej).	Uwaga uwzględniona poprzez nowe brzmienia art. 15 i 17 ustawy: 1. Jednostkami współpracującymi z systemem, z zastrzeżeniem ust. 1a, są: 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, 3) inne niż określone w pkt 1 i 2 jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, 4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej, 5) 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 (Dz. U. Nr 208, poz. 1241 oraz z 2013 r. poz. 7), 6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. 2016 r. poz. 656), 7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2016 r. poz. 1131 i 1991), 8) podmioty niewymienione w pkt 1–7 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, 9) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2016 r. poz. 281 oraz z 2017 r. poz. 32).”, b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 mogą być jednostkami współpracującymi z systemem pod warunkiem, że: 1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu; 2) dysponują ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do
49.				
50.				

				zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 4) uzyskały wpis do rejestru.”, c) uchyla się ust. 2;”. „W art. 17 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „e) ust. 5 otrzymuje brzmienie: „5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej: 1) odmawia jednostce współpracującej z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–4 i 8 wpisu do rejestru; 2) wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem – jeżeli nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a pkt 1–3.”, f) ust. 6 otrzymuje brzmienie: „6. Dane, o których mowa w ust. 3 wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznym i wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.”;
51.		Wojewoda Śląski	Dot. Art. 17 ust. 2 Nie znajduje uzasadnienia wpisywanie w drodze decyzji administracyjnej dla jednostek wpisywanych do rejestru z urzędu – spowoduje to w województwie śląskim konieczność wydania około 400 decyzji. Ponadto jaki zastosowano klucz do podziału i wyodrębnienia podmiotów tj. uprawnionych do wykonywania ratownictwa górskiego i ratownictwa wodnego jako jednostek wpisywanych na wniosek skoro ich działalności jest nadzorowana przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.	Uwaga uwzględniona poprzez nowe brzmienia art. 15 i 17 ustawy: 1. Jednostkami współpracującymi z systemem, z zastrzeżeniem ust. 1a, są: 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, 3) inne niż określone w pkt 1 i 2 jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, 4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej, 5) 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 (Dz. U. Nr 208, poz. 1241 oraz z 2013 r. poz. 7), 6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. 2016 r. poz. 656), 7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2016 r. poz. 1131 i 1991), 8) podmioty niewymienione w pkt 1–7 oraz społeczne

				organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, 9) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2016 r. poz. 281 oraz z 2017 r. poz. 32).”, b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 mogą być jednostkami współpracującymi z systemem pod warunkiem, że: 1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu; 2) dysponują ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 4) uzyskały wpis do rejestru.”, c) uchyla się ust. 2;”. „W art. 17 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „e) ust. 5 otrzymuje brzmienie: „5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej: 1) odmawia jednostce współpracującej z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–4 i 8 wpisu do rejestru; 2) wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem – jeżeli nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a pkt 1–3.”, f) ust. 6 otrzymuje brzmienie: „6. Dane, o których mowa w ust. 3 wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznym i wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.”;
52.	Wojewoda Mazowiecki	w art. 1 pkt 16 lit. a - zgodnie z ustawą z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 23, z późn. zm.) decyzje administracyjne są wydawane w celu rozstrzygnięcia sprawy. W sytuacji podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego prowadzenie postępowania administracyjnego w celu wpisania ich do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne jest bezprzedmiotowe. Nie ma możliwości wydania decyzji odmownej w odniesieniu do tych podmiotów. Odmowa	Uwaga uwzględniona poprzez nowe brzmienia art. 15 i 17 ustawy: 1. Jednostkami współpracującymi z systemem, z zastrzeżeniem ust. 1a, są: 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, 3) inne niż określone w pkt 1 i 2 jednostki podległe lub	

		wpisania do rejestru przez wojewodę nie zmienia przepisów ustaw powołujących te podmioty do niesienia pomocy osobom w stanie zagrożenia życia. Jednocześnie przepisy ustaw zobowiązują podmioty powołane do niesienia pomocy w stanie zagrożenia zdrowotnego do współpracy z jednostkami Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wątpliwości budzi również wydawanie decyzji na wniosek podmiotów uprawnionych do ratownictwa wodnego oraz górskiego. Fundacje czy stowarzyszenia, które chcą zdobyć takie uprawnienia muszą najpierw wystąpić z wnioskiem do ministra właściwego do spraw wewnętrznych i administracji. Minister ten nadaje takie uprawnienia w drodze decyzji administracyjnej. W tym momencie podmiot, który wystąpił z wnioskiem staje się podmiotem ustawowo powołanym do niesienia pomocy osobom znajdującym się w stanie zagrożenia zdrowotnego. Pomimo tego, zgodnie z proponowaną zmianą, podmiot taki będzie musiał występować (ponownie) z wnioskiem do wojewody o wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne i uzyskać kolejną decyzję pozytywną;	nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, 4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej, 5) 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 (Dz. U. Nr 208, poz. 1241 oraz z 2013 r. poz. 7), 6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. 2016 r. poz. 656), 7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2016 r. poz. 1131 i 1991), 8) podmioty niewymienione w pkt 1–7 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, 9) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2016 r. poz. 281 oraz z 2017 r. poz. 32).”, b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 mogą być jednostkami współpracującymi z systemem pod warunkiem, że: 1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu; 2) dysponują ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 4) uzyskały wpis do rejestru.”, c) uchyla się ust. 2;”. „W art. 17 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „e) ust. 5 otrzymuje brzmienie: „5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej: 1) odmawia jednostce współpracującej z systemem,
--	--	---	---

				o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–4 i 8 wpisu do rejestru; 2) wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem – jeżeli nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a pkt 1–3.”, f) ust. 6 otrzymuje brzmienie: „6. Dane, o których mowa w ust. 3 wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznym i wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.”;
53.		Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe	<i>Wg naszej opinii podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego mogą być wpisane do rejestru wojewody z urzędu, a nie na swój wniosek gdyż by uzyskać uprawnienia do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie decyzji administracyjnej ministra właściwego do spraw wewnętrznych należy spełniać m.in. wymagania określone w art.15 ust.2 pkt 1,2 i 3, oraz ust.3 (art.5 ust.2 i ust. 3 ustawy o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich z 18 sierpnia 2011 roku). sposób współpracy wymaga wtedy uzgodnień z tymi podmiotami (dopisać w art.21 ust. 5 pkt.2 ustawy o PRM).</i>	Uwaga uwzględniona poprzez nowe brzmienia art. 15 i 17 ustawy: 1. Jednostkami współpracującymi z systemem, z zastrzeżeniem ust. 1a, są: 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, 3) inne niż określone w pkt 1 i 2 jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, 4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej, 5) 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 (Dz. U. Nr 208, poz. 1241 oraz z 2013 r. poz. 7), 6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. 2016 r. poz. 656), 7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2016 r. poz. 1131 i 1991), 8) podmioty niewymienione w pkt 1–7 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, 9) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim

				(Dz. U. z 2016 r. poz. 281 oraz z 2017 r. poz. 32).”, b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 mogą być jednostkami współpracującymi z systemem pod warunkiem, że: 1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu; 2) dysponują ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 4) uzyskały wpis do rejestru.”, c) uchyla się ust. 2;”. „W art. 17 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „e) ust. 5 otrzymuje brzmienie: „5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej: 1) odmawia jednostce współpracującej z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–4 i 8 wpisu do rejestru; 2) wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem – jeżeli nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a pkt 1–3.”, f) ust. 6 otrzymuje brzmienie: „6. Dane, o których mowa w ust. 3 wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznym i wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.”;
54.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	potrzeba określenia (definicji) gotowości zwłaszcza w odniesieniu do jednostek współpracujących z systemu PRM tworzonych przez np. różne organizacje, stowarzyszenia itp. które nie funkcjonują całodobowo		Uwaga uwzględniona poprzez zapis art. 15 ust. 1a pkt 1: „1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu;”.
55.	Wojewoda Podkarpacki	art. 17 ust. 2 ustawy powinien otrzymać brzmienie: „Art. 17. 2. Wojewoda właściwy ze względu na miejsce stacjonowania jednostki współpracującej z systemem, wpisuje, w drodze decyzji administracyjnej, do rejestru jednostkę współpracującą z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 1-7 z urzędu. Natomiast jednostkę, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–3, wojewoda wpisuje do rejestru na jej wniosek, pod warunkiem, że jednostka ta: 1) zapewnia gotowość do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy; 2) dysponuje ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu bądź szkolenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, w liczbie		Uwaga uwzględniona poprzez nowe brzmienia art. 15 i 17 ustawy: 1. Jednostkami współpracującymi z systemem, z zastrzeżeniem ust. 1a, są: 1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, 2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, 3) inne niż określone w pkt 1 i 2 jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw

		niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 3) dysponuje środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.”.	wewnętrznych, 4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej, 5) 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 (Dz. U. Nr 208, poz. 1241 oraz z 2013 r. poz. 7), 6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. 2016 r. poz. 656), 7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2016 r. poz. 1131 i 1991), 8) podmioty niewymienione w pkt 1–7 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, 9) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2016 r. poz. 281 oraz z 2017 r. poz. 32).” b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 mogą być jednostkami współpracującymi z systemem pod warunkiem, że: 1) osiągną gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu; 2) dysponują ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 4) uzyskały wpis do rejestru.”, c) uchyla się ust. 2;” „W art. 17 po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu: „e) ust. 5 otrzymuje brzmienie: „5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej: 1) odmawia jednostce współpracującej z systemem,
--	--	--	--

				o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–4 i 8 wpisu do rejestru; 2) wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem – jeżeli nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a pkt 1–3.”, f) ust. 6 otrzymuje brzmienie: „6. Dane, o których mowa w ust. 3 wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznemu i wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.”;
56.	Art. 17 ust. 2 pkt 1	Wojewoda Podkarpacki	w art. 17 ust. 2 pkt 1 należy jednoznacznie określić sposób weryfikacji zapewnienia gotowości do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy (która obejmuje również m.in. ewakuację z miejsca zdarzenia czy prowadzenie segregacji).	Uwaga nieuwzględniona. Zapis art. 15 ust. 1a pkt 1: „1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu;
57.	Art. 17 ust. 2 pkt 2 i 3 oraz ust. 3	Wojewoda Śląski	Dot. Art. 17 ust. 2 pkt 2 i 3 oraz ust. 3 Niezbędne jest określenie minimalnych wymagań dotyczących liczby ratowników, wykazu wyposażenia i środków łączności co pozwoli na realne zweryfikowanie złożonych wniosków o wpis do rejestru oraz będzie stanowił podstawę do wydania decyzji (obecnie przy braku takich wymagań trudno wydać decyzję odmowną) a także umożliwi sprawowanie nadzoru nad jednostkami współpracującymi z systemem PRM oraz dokonywanie ustawowych kontroli.	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: „1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 mogą być jednostkami współpracującymi z systemem pod warunkiem, że: 1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu; 2) dysponują ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 4) uzyskały wpis do rejestru.”, Dalsze doszczegółowienie przepisów wymaga przedstawienia konkretnych propozycji warunków brzegowych, wspólnych dla wszystkich jednostek współpracujących oraz analizy wyposażenia poszczególnych jednostek.
58.	Art. 17 ust. 2 pkt 3	Wojewoda Pomorski	Zgodnie z proponowanymi zapisami w wojewódzkim planie działania systemu należy określić sposób organizacji łączności radiowej zapewniający sprawną komunikację m.in. z: jednostkami organizacyjnymi szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz jednostkami współpracującymi z systemem. Jednakże ww. dwa rodzaje jednostek nie mają obowiązku zapewnienia łączności radiowej na potrzeby systemu PRM. W związku z powyższym, w ustawie o PRM należy zastosować zapis zobowiązujący do zapewnienia łączności radiowej na potrzeby systemu PRM jednostki współpracujące oraz szpitale, które posiadają zakontraktowane izby przyjęć z uwagi na to, że jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń	Uwaga nieuwzględniona. W MSWiA w ramach <i>Międzyresortowego Zespołu do spraw Ogólnokrajowego Cyfrowego Systemu Łączności Radiowej</i> trwają prace nad uruchomieniem OCSŁR na użytek wszystkich służb ratunkowych, w tym ratownictwa medycznego. Zespół ten ma również wskazać docelowy model łączności radiowej. Do tego czasu zmiana obowiązujących przepisów jest niecelowa. Wypracowanie przez Międzyresortowy Zespół do spraw Ogólnokrajowego Cyfrowego Systemu Łączności Radiowej dedykowanego do wdrożenia rozwiązania będzie związane ze zmianami przepisów obecnie obowiązujących

			zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego wyznaczane są w szpitalach, które posiadają szpitalny oddział ratunkowy lub izbę przyjęć. Propozycja: Art. 1. 16) w art. 17: a) ust. 2 otrzymuje brzmienie: 3) dysponuje środkami łączności, w tym łączności radiowej, niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.”,	i wprowadzenie szeregu nowych regulacji w tym zakresie. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że w projektowanym brzmieniu przepisu art. 21 ust.3 pkt 11 wprowadza do treści wojewódzkiego planu działania systemu PRM informację o sposobie organizacji i działania łączności radiowej: „11) sposób organizacji i działania łączności radiowej, w tym z wykorzystaniem przydzielonych numerów identyfikacyjnych zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorni, na potrzeby systemu, zapewniający sprawną komunikację pomiędzy zespołem ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, izbami przyjęć szpitali, jednostkami organizacyjnymi szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15;”.
59.	Art. 17 ust. 2 pkt 7	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	W art. 17 ust. 2 ustawy o PRM proponuje się dodać pkt 7 o treści: pkt 5. „jednostki inne niż wskazane w art. 15 ust. 2 do wniosku zobowiązane są dołączyć pozytywną opinię właściwego miejscowo Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej lub Komendanta Wojewódzkiego Policji”.	Uwaga nieuwzględniona. Nowe brzmienie art. 15 i 17.
60.	Art. 17 ust. 3 pkt 4	Wojewoda Pomorski	Należy doprecyzować, jaki sprzęt jest niezbędny do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy.	Uwaga nieuwzględniona. Do udzielania kpp niezbędny jest sprzęt, który wynika z zakresu czynności jaki został określony w już obowiązującym art. 14 ustawy o PRM.
61.	Art. 17 ust. 6	Wojewoda Lubelski	Dostęp do danych powinien być powszechny, co może skrócić czas uzyskania pomocy od innych jednostek współpracujących, nawet z pominięciem dyspozytorni medycznej. Propozycja: "Art. 17 ust. 6. Dane, o których mowa w ust. 3 i 5 wojewoda udostępnia na swojej stronie internetowej."	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 17 ust. 6: „6. Dane, o których mowa w ust. 3, wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznym i wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.”. Katalog danych do udostępnienia innym użytkownikom będzie znany po zakończeniu prac nad elektronicznym rejestrem jednostek współpracujących z systemem PRM. W momencie funkcjonowania elektronicznego rejestru każda zmiana dokonana przez urząd wojewódzki będzie widoczna przez dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego zaraz po dokonaniu zmiany.
62.		Wojewoda Świętokrzyski	zgodnie z art. 17 ust. 6 wojewoda udostępnia dane, o których mowa w ust. 3 i 5 - dotyczące aktualności wykazu jednostek współpracujących z systemem w rejestrze prowadzonym przez wojewodę - nie później niż do 10 każdego	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 17 ust. 6: „6. Dane, o których mowa w ust. 3, wojewoda udostępnia

			miesiąca, do dyspozytorni medycznej. Proponuje się odstąpienie od trybu przekazywania informacji o zmianach w cyklu miesięcznym, ponieważ zmiany w tym obszarze nie występują z taką częstotliwością (1 – 2 razy do roku). Zatem zasadne wydaje się wprowadzenie w ust. 6 zapisu zgodnie, z którym wojewoda udostępnia przedmiotowe dane niezwłocznie - każdorazowo po dokonaniu zmian w rejestrze.	dyspozytorom medycznym i wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.". W momencie funkcjonowania elektronicznego rejestru każda zmiana dokonana przez urząd wojewódzki będzie widoczna przez dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego zaraz po dokonaniu zmiany.
63.		Wojewoda Śląski	Dot. Art. 17 ust. 6 Proponuje się uchylenie tego zapisu, gdyż rejestr i tak jest częścią Wojewódzkiego Planu Działania Systemu PRM i jest niezwłocznie publikowany na stronach BIP Urzędu Wojewódzkiego.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 17 ust. 6: „6. Dane, o których mowa w ust. 3, wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznym i wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.". W momencie funkcjonowania elektronicznego rejestru każda zmiana dokonana przez urząd wojewódzki będzie widoczna przez dyspozytorów medycznych oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego zaraz po dokonaniu zmiany.
64.	Art. 20 ust. 1 pkt 3	Wojewoda Lubelski	Usunąć słowa "lub zlecić jej przeprowadzenie". Uprawnienie do zlecenia wynika z art. 119 ustawy o działalności leczniczej i nie wymaga powtórzenia. Propozycja: "3) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, oraz dyspozytorni medycznej, na zasadach określonych w Dziale VI ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,"	Uwaga uwzględniona.
65.	Art. 21	ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	Unormowanie kwestii nowych obowiązków dla dysponenta w przypadku tworzenia dyspozytorni w urzędach. Uzasadnienie: na dysponenta zespołów ratownictwa medycznego posiadającego dyspozytornie medyczną nakłada się nowe obowiązki. Zgodnie z art. 21 ust. 3 pkt 10 dysponent zespołów ratownictwa medycznego zatrudnia dyspozytorów medycznych. Dodatkowo, zgodnie z zapisem art. 25a ust. 4 powołuje kierownika dyspozytorni medycznej, fakultatywnie jego zastępcę oraz zgodnie z zapisem art. 26 ust. 2a wyznacza głównego dyspozytora medycznego, który nie jest wliczany do kryterium określonego w ust. 3 (czyli 1 dyspozytor na 200 tys. mieszkańców). Ustawa nie wskazuje źródła finansowania wprowadzanych stanowisk. Konieczność wprowadzenia czytelnego i jednoznacznego unormowania tej kwestii jest tym bardziej istotna, gdyż zapisy art. 5 ust. 1 projektu ustawy dopuszczają możliwość funkcjonowania dyspozytorni medycznych działających w dniu wejścia w życie ustawy pod warunkiem spełnienia do dnia 30 czerwca 2017 r. wymagań wynikających z art. 25a i 25b, które nakładają m.in. obowiązek zatrudnienia dodatkowych osób, zaś art. 46 ust. 2 otrzymuje	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z brzmieniem projektu art. 46 ust. 2 określa, że koszty funkcjonowania dyspozytorni medycznych są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.–Do czasu funkcjonowania dyspozytorni medycznej w podmiocie leczniczym finansowanie dyspozytorów medycznych odbywać się będzie w ramach środków na ZRM. Koncentracja dyspozytorni medycznych i dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych do rzeczywistych potrzeb systemu (po koncentracji dyspozytorni medycznych zmniejsza się liczba stanowisk dyspozytorów medycznych) pozwoli na wygenerowanie środków finansowych niezbędnych do działania dyspozytorni medycznych spełniających wymagania ujęte w projekcie w tym na zatrudnienie głównego dyspozytora medycznego.

			brzmienie: „w kosztach medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespoły ratownictwa medycznego uwzględnia się koszty związane z funkcjonowaniem dyspozytorni medycznej”.	
66.		Narodowy Fundusz Zdrowia	w związku ze zmianami wprowadzonymi w przedmiotowym projekcie ustawy w art. 1 w pkt 18 dotyczącym art. 21 - uzasadnionym będzie dokonanie zmian dostosowawczych rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, do planowanego obecnie kształtu systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.	Uwaga uwzględniona Rozporządzenie w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne będzie nowelizowane po uchwaleniu ustawy.
67.		Wojewoda Małopolski	Art. 21 ust 2a: Mając na uwadze dostępność aktualnych danych pozyskiwanych z różnych źródeł, należy stwierdzić, iż każda instytucja przekazująca dane do planu ma inne terminy przygotowywania opracowań za rok poprzedni, co może utrudnić realizację takiego zapisu (np. dane GUS dostępne w II połowie roku za rok poprzedni, dane finansowe podmiotów opracowane po marcu danego roku za rok poprzedni). W związku z powyższym proponuje się nie dokonywanie zmian w ww. zakresie i pozostawienie obecnego zapisu art. 21 ust. 2, zgodnie z którym plan w razie potrzeb podlega aktualizacji.	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z proponowanym przepisem aktualizacja WPDS jest dokonywana nie później niż do dnia 30 marca według danych za rok poprzedni. Aktualizacja danych dopiero w II półroczu danego roku za rok poprzedni jest zbyt późna. Pozostawienie obecnego rozwiązania skutkuje brakiem aktualizacji danych przez urzędy wojewódzkie, które są konieczne do realizacji zadań o których mowa w art. 19 ust. 1 ustawy o PRM.
68.	Art. 21 ust. 2a	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić obowiązek aktualizacji planu na w razie potrzeby lub w razie zmian wojewoda wykonuje aktualizację planu. ustawowy obowiązek aktualizowania planu co najmniej raz w roku jest całkowicie zbędną czynnością administracyjną.	Uwaga nieuwzględniona. Znowelizowany przepis nakłada na wojewodów obowiązek zaktualizowania co najmniej danych statystycznych za rok ubiegły do dnia 30.03. roku następnego. Dotychczas obowiązek ten nie był zapisany w formie przepisu i część wojewodów nie dokonywała z własnej inicjatywy aktualizacji planów. Niezależnie od powyższej daty, aktualizacje WPDS będą dokonywane każdorazowo, w miarę potrzeb.
69.		Jan Kawulok Wiceprzewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Śląskiego Przewodniczący Klubu Radnych PiS	Dodany w art.21 ust.2a w brzmieniu „2a. Plan, w zakresie, o którym mowa w ust. 3 pkt 12, jest aktualizowany co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 30 marca według danych za rok poprzedni.”, Ustawowy obowiązek aktualizowania planu co najmniej raz w roku nie ma sensu i jest całkowicie zbędną czynnością administracyjną. Zdecydowanie lepiej usunąć z ustawy obowiązek umieszczania w planie danych statystycznych (czyli nie wprowadzać proponowanego pkt.12 w ust.3). Oczywiście Wojewoda analizując dane statystyczne dostępne w sposób ciągły dokona analizy planu w terminie uznanym za stosowny.	Uwaga nieuwzględniona. Znowelizowany przepis nakłada na wojewodów obowiązek zaktualizowania co najmniej danych statystycznych za rok ubiegły do dnia 30.03. roku następnego. Dotychczas obowiązek ten nie był zapisany w formie przepisu i część wojewodów nie dokonywała z własnej inicjatywy aktualizacji planów. Niezależnie od powyższej daty, aktualizacje WPDS będą dokonywane każdorazowo, w miarę potrzeb.
70.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	Art. 21 ust.3 pkt 3 przyjmuje brzmienie „obszar działania”. Zapis art. 21 ust. 3 zawiera wykaz elementów, które powinny znaleźć się w wojewódzkim planie działania systemu. Oznacza to, że w ww. planie zabraknie określenia obszaru rejonu operacyjnego. Zapis ust. 2 pkt 3 będzie brzmiał „Plan obejmuje	Uwaga uwzględniona. Brzmienie art. 21 ust. 3 pkt pozostaje bez zmian.

			w szczególności ...obszary działania”. Obecnie zapis brzmi: „Plan obejmuje w szczególnościobszary działania i rejony operacyjne”. zapis art. 3 pkt 14 w nowym brzmieniu przyjmuje zapis „14) rejon operacyjny – rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu”. Jednoznacznie wskazuje to, że rejon operacyjny jest elementem planu. W związku z powyższym istnieje konieczność umieszczenia jego opisu i w wojewódzkim planie działania systemu.	
71.	Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 21 ust. 3 pkt. 3 Obszar działania – w proponowanej zmianie art. 21 ust. 3 pkt 3 nie określono czego dotyczy obszar działania. Proponujemy w art. 2 dodać pkt. 21 w brzmieniu – Obszar działania – zasięg działania zespołu ratownictwa medycznego, motocyklowego zespołu ratownictwa medycznego, lotniczego zespołu ratownictwa medycznego określony w wojewódzkim planie działania systemu państwowego ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona Definicja obszaru działania znajduje się w art. 3 pkt 12 ustawy o PRM: 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. Brzmienie art. 21 ust. 3 pkt pozostaje bez zmian.	
72.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	art. 21 ust 3 pkt. 3 - wnosimy o pozostawienie dotychczasowego zapisu, który daje możliwość utrzymania dysponentów zespołów RM , nie tylko w rejonie dyspozytorni. Wojewoda zdecyduje w planie jak mają wyglądać rejony operacyjne dysponentów ZRM.	Uwaga nieuwzględniona. 100 % kraju będzie pokryte rejonami operacyjnymi (dyspozytorni medycznych). Nie będzie możliwości, żeby jakiegokolwiek zespoły działały poza rejonem operacyjnym dyspozytorni medycznej	
73.	Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 21 ust. 3 pkt. 3 Obszar działania – w proponowanej zmianie art. 21 ust. 3 pkt 3 nie określono czego dotyczy obszar działania. Proponujemy w art. 2 dodać pkt. 21 w brzmieniu – Obszar działania – zasięg działania zespołu ratownictwa medycznego, motocyklowego zespołu ratownictwa medycznego, lotniczego zespołu ratownictwa medycznego określony w wojewódzkim planie działania systemu państwowego ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona Definicja obszaru działania znajduje się w art. 3 pkt 12 ustawy o PRM: 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. Brzmienie art. 21 ust. 3 pkt pozostaje bez zmian.	
74.	Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	Art. 21 ust. 3 pkt. 3 Obszar działania – w proponowanej zmianie art. 21 ust. 3 pkt 3 nie określono czego dotyczy obszar działania. Proponujemy w art. 2 dodać pkt. 21 w brzmieniu – Obszar działania – zasięg działania zespołu ratownictwa medycznego, motocyklowego zespołu ratownictwa medycznego, lotniczego zespołu ratownictwa medycznego określony w wojewódzkim planie działania systemu państwowego ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona Definicja obszaru działania znajduje się w art. 3 pkt 12 ustawy o PRM: 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.	
75.	NSZZ Ratowników Medycznych Południowej Wielkopolski	Art. 21 ust. 3 pkt. 3 Obszar działania – w proponowanej zmianie art. 21 ust. 3 pkt 3 nie określono czego dotyczy obszar działania. Proponujemy w art. 2 dodać pkt. 21 w brzmieniu – Obszar działania – zasięg działania zespołu ratownictwa medycznego, motocyklowego zespołu	Uwaga nieuwzględniona Definicja obszaru działania znajduje się w art. 3 pkt 12 ustawy o PRM: obszar działania zespołu ratownictwa medycznego,	

			ratownictwa medycznego, lotniczego zespołu ratownictwa medycznego określony w wojewódzkim planie działania systemu państwowego 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..
76.		Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 21 ust. 3 pkt. 3 Obszar działania – w proponowanej zmianie art. 21 ust. 3 pkt 3 nie określono czego dotyczy obszar działania. Proponujemy w art. 2 dodać pkt. 21 w brzmieniu – Obszar działania – zasięg działania zespołu ratownictwa medycznego, motocyklowego zespołu ratownictwa medycznego, lotniczego zespołu ratownictwa medycznego określony w wojewódzkim planie działania systemu państwowego ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona Definicja obszaru działania znajduje się w art. 3 pkt 12 ustawy o PRM: 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.
77.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy	art.21 ust 3 pkt. 3 - obszary działania. Wnosimy o pozostawienie dotychczasowego zapisu, który daje możliwość utrzymania dysponentów zespołów RM, nie tylko w rejonie dyspozytorni. Wojewoda zdecyduje w planie jak mają wyglądać rejon operacyjne dysponentów ZRM.	Uwaga nieuwzględniona. 100 % kraju pokryte będzie rejonami operacyjnymi dyspozytorni medycznych. Nie będzie możliwości funkcjonowania dysponenta ZRM poza takim rejonem.
78.	Art. 21 ust. 3 pkt 7	Wojewoda Małopolski	przepis zakłada określenie procedury współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem, m.in. ze szczególnym uwzględnieniem sposobu powiadamiania, alarmowania i dysponowania, organizacji. Oznacza to w praktyce kwestię uzgodnień np. między dyspozytornią medyczną, czy SOR a kilkoma setkami podmiotów (m.in. OSP). W praktyce, działania wielu jednostek współpracujących z systemem opisane są w planach dot. sytuacji kryzysowych i należy przyjąć, że nie chodzi o procedury działania dyspozytorni medycznej z OSP czy organizacją pozarządową wpisaną do rejestru. Z drugiej strony trzeba zauważyć że plan uzgadniany jest z instytucjami istotnymi dla bieżącego funkcjonowania PRM (działania nie w sytuacji szczególnej). Łącząc obydwie sprawy zasadne wydaje się aby procedury współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem dotyczyły jednostek, które opiniują plan. Wiadomym jest, że inne jednostki współpracujące z systemem działają w sytuacjach szczególnych, co opisują inne plany (typu działania PSP - OSP) i nie ma uzasadnienia dla bezpośredniego współdziałania np. dyspozytornia medyczna - OSP. Sytuacją szczególną jest procedura współdziałania jednostek systemu z GOPR czy WOPR gdzie procedury współpracy z dyspozytornią medyczną są od dawna stosowane. Dodatkowo na konieczność rozważenia uszczegółowienia zapisów ust 3 pkt 7 tj o jakie jednostki chodzi, wpływa zapis nakładający obowiązek określenia procedury współpracy jednostek systemu czyli także SOR. Z jednostkami współpracującymi z systemem (PSP, OSP inne). W praktyce trudno sobie wyobrazić tworzenie procedury współdziałania SOR z jednostkami współpracującymi np. OSP. SOR jest funkcjonalnie powiązany z ZRM i Dyspozytornią medyczną co ma odzwierciedlenie w każdej standardowej	Uwaga nieuwzględniona. Konieczne jest opracowywanie procedur współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem. Nowe brzmienie art. 21 ust. 3 pkt 7 „7) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu powiadamiania, alarmowania i dysponowania, organizacji działań na miejscu zdarzenia, analizy działań ratowniczych oraz organizacji wspólnych ćwiczeń, w szczególności obejmujących sytuacje, o których mowa w art. 30 ust.1;”.
79.				

			procedurze funkcjonowania tych jednostek.	
80.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	Doprecyzować sposób organizacji ćwiczeń należy doprecyzować, czy ćwiczenia odbywałyby się jednostkami systemu, czy dodatkowymi doraźnie tworzonymi dla potrzeb ćwiczeń zespołami, oraz kto i na jakiej zasadzie pokrywałby ich koszty	Uwaga nieuwzględniona. Przepis funkcjonuje od ponad 10 lat i nie wzbudzał dotychczas kontrowersji ani wątpliwości co do organizacji i finansowania ćwiczeń. Warunkiem niezbędnym jest zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń oraz przestrzeganie postanowień umowy zawartej z NFZ w zakresie zabezpieczenia rejonu operacyjnego (zespoły dodatkowe, zapasowe, ćwiczenia poza godzinami gotowości itd.).
81.		Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art.21 ust. 3 pkt. 7 (jeżeli nie uda się wprowadzić zaproponowanych wyżej zapisów do art. 15 w postaci dodania ust 3a), do katalogu zadań określających sposób współpracy jednostek systemu PRM z jednostkami współpracującymi należy dodać konieczność ustalenia zasad finansowania wymienionych działań jeżeli wykraczają poza zadania finansowane z budżetu Państwa i innych źródeł z przeznaczeniem np. tylko do realizacji zadań ratownictwa górskiego wykonywanego przez upoważnione podmioty.	Uwaga nieuwzględniona. W ramach ratownictwa medycznego nie mogą być finansowane jednostki nie włączone do systemu PRM (czyli np. TOPR). Adresatem postulatów powinno być MSWiA odpowiedzialne za ratownictwo górskie. MZ posiada tytuł prawny do finansowania świadczeń udzielanych przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.
82.	Art. 21 ust. 3 pkt 10	Wojewoda Dolnośląski	„10) lokalizację dyspozytorni medycznych, rejonów operacyjnych, liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde maksymalnie 150 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi.”, Zapis dotyczący liczby stanowisk dyspozytora medycznego spowoduje zmniejszenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w województwie dolnośląskim z obecnie 29 na 15 stanowisk. Naszym zdaniem jest to zbyt mała liczba. Dodanie słowa „maksymalnie” pozwoli, w razie takiej potrzeby, zwiększyć liczbę stanowisk dyspozytorskich.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 21 ust. 3b na następującą: „3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”, Dodatkowo przepisy, które będą stanowiły, że liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi.”. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
83.		Wojewoda Lubuski	Proponuje się rozszerzenie zapisu art. 21 ust. 3 pkt. 10: lokalizację dyspozytorni medycznych, rejonów operacyjnych liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców... Określenie, iż stanowisko dyspozytorskie jest konieczne na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców gwarantuje lepszą obsadę dyspozytorską i powoduje, iż kolejne, niepełne 200 tys. mieszkańców tj. np. 150 tys. nie będzie obciążało pracą już istniejących stanowisk dyspozytorów.	Uwaga uwzględniona.

84.	SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 21 ust 3. pkt 10. proponuję zmianę zapisu na „Lokalizację dyspozytorni medycznych, rejony operacyjne, liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi”.	Uwaga uwzględniona.
85.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić „na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców”... propozycja ta wynika z protokołu pokontrolnego NIK z 2014 roku w województwie małopolskim. Ponadto rozważyć na wniosek wojewody uwzględnienie ilości osób przebywających na danym terenie, a nie tylko dane z rocznika statystycznego	Uwaga uwzględniona.
86.	Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Otrzymuje brzmienie: „Lokalizację dyspozytorni medycznych, rejony operacyjne liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w dyspozytorniach medycznych przyjąć za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców...”. Określenie, iż stanowisko dyspozytorskie jest konieczne na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców gwarantuje lepszą obsadę dyspozytorską i powoduje, iż kolejne 200 tys. mieszkańców nieosiągnięte tj. np. 150 tys. nie będzie obciążało pracą już istniejących stanowisk dyspozytorów.	Uwaga uwzględniona.
87.	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuję zmianę "że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców (...)" proponowana zmiana zapisu zapewni lepszą obsadę dyspozytorni medycznych i spowoduje, że każde kolejne 200 tys. mieszkańców nieosiągnięte tj. np. 150 tys. nie będzie obciążało już istniejących dyspozytorów.	Uwaga uwzględniona.
88.	Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	W art. 21 b) w ust.3: w pkt 10) zmienić zapis „...na każde 200 tys. mieszkańców...” na zapis „...na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców...”. Np. w przypadku gdy jest 980 tys. mieszkańców zgodnie z projektem przypadają 4 stanowiska dyspozytorów medycznych, a naszym zdaniem stanowisko dyspozytora medycznego powinno przypadać na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców i w podanym przykładzie byłoby to 5 stanowisk dyspozytorów medycznych.	Uwaga uwzględniona.
89.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	art. 21 ust 3 pkt10) – uwagi analogiczne jak przy druku UD 149. Jedno stanowisko na 200 tys. mieszkańców jest niewystarczające i uniemożliwi dotrzymanie wymagań stawianych dyspozytorom medycznym (monitoring zdarzeń, wysyłanie zespołów, najwłaściwszego pod względem czasu dotarcia do miejsca zdarzenia, współpraca z zespołami RM w czasie zdarzeń masowych, udzielanie porad pacjentom, lub prowadzenie resuscytacji bez przerywania rozmowy). Ponadto konieczne jest zwiększenie ilość stanowisk dyspozytorskich, co najmniej 2 dla jednej skonsolidowanej dyspozytorni z zupełnie innego powodu. Z dotychczasowego doświadczenia wynika, że w skonsolidowanych dyspozytorniach istnieje podział dyspozytorów	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez przepisy, które będą stanowiły, że liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi.”, Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy

			medycznych na przyjmujących wezwania i dysponujących nimi. Taki podział powoduje sprawne działanie całego systemu, ciągły monitoring zarówno zdarzeń jak i zespołów przez to następuje wysłanie zespołu najwłaściwszego pod względem czasu dotarcia do miejsca zdarzenia. Również prowadzi nadzór i wspomaga akcje ratowniczą. To z nim kontaktuje się zespół i on jest zorientowany o działaniach wszystkich podległych zespołów na dyżurze. Ten dyspozytor jest łącznikiem pomiędzy zespołami, a innymi służbami w tym przełożonymi oraz służbami potrzebnymi do akcji. Taki podział spowodował szybką i sprawną obsługę zdarzeń. Dyspozytor przyjmujący wezwanie skupia się nad rozmową z pacjentem, spokojnie przyjmuje wezwania, prowadzi rozmowy zgodnie z procedurami, udziela porad i wskazówek w postępowaniu dla stanów nagłych nie wymagających zwłoki osobom, szereg porad, resuscytację bez przerywania rozmowy w celu zadysponowania zespołu.	liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”, Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
90.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić czasu wejścia w życie poszczególnych elementów ustawy tak by były kompatybilne ze sobą od 1 stycznia 2018 roku plan działania systemu ma zawierać zapisy o łączności radiowej z lekarzem konsultantem i WKRM, a zapisy dotyczące tych dwóch stanowisk mają wejść w życie w 2020 roku.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę terminów wejścia przepisów.	
91.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy w punkcie 10, iż jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 150 tys. mieszkańców. Jedno stanowisko na 200 tys. mieszkańców jest niewystarczające. Ponadto należy doprecyzować, iż stanowisko dyspozytorskie jest konieczne na każde rozpoczęte 150 tys. mieszkańców.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez przepisy, które będą stanowiły, że liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi.”, Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Brak uzasadnienia do zmniejszenia przelicznika do 150 tys. mieszkańców. Ocenę w tym zakresie będzie można dokonać dopiero po wdrożeniu SWD PRM w całym kraju po uzyskaniu danych w oparciu o jednolite parametry.	
92.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	art 21 „10 przelicznik 1 dyspozytor na 200 tys zamienić na 1 na 120 tys. mieszkańców Przelicznik jednego stanowiska dyspozytora medycznego na 200 tys ludności jest nie do przyjęcia. Nadmierne przeciążenie pracą dyspozytorów medycznych powoduje brak możliwości należytego wykonywania swoich obowiązków. Obciążenie dyspozytorów bardzo dużą ilością połączeń/ rozmów/ ze zgłaszającymi, nie tylko przyjmowanie wezwań (zgodnie z rozporządzeniem	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez przepisy, które będą stanowiły, że liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi.”, Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów	

		o ramowych zasadach przyjmowania wezwań i dysponowania ZRM) a także koniecznością udzielania różnych informacji dzwoniącym. Ponadto dyspozytor medyczny ma obowiązek pozostawania w połączeniu ze zgłaszającym i udzielaniu instrukcji do momentu przybycia ZRM na miejsce wezwania-sytuacja taka powoduje wyłączenie dyspozytora prowadzącego akcję z przyjmowania kolejnych zgłoszeń. Praca dyspozytora medycznego to nie tylko przyjmowanie, weryfikacja wezwań, udzielanie informacji obciążone ogromną odpowiedzialnością, lecz także dysponowanie ZRM i stałe koordynowanie, nadzór nad prawidłowym realizowaniem zleceń- ZRM pozostaje w stałym kontakcie z dyspozytorem medycznym. Nie uwzględnienie powyższego stwarza zagrożenie dla społeczeństwa.	medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Brak uzasadnienia do zmniejszenia przelicznika do 150 tys. mieszkańców. Ocenę w tym zakresie będzie można dokonać dopiero po wdrożeniu SWD PRM w całym kraju pozyskaniu danych w oparciu o jednolite parametry. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
93.	Konsultant Krajowy i konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego (dolnośląski, warmińsko-mazurski, lubelski, podlaski, wielkopolski, lubuski, wielkopolski)	10) „...lokalizacja dyspozytorni medycznych... jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. Określenie, iż stanowisko dyspozytorskie jest konieczne na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców gwarantuje lepszą obsadę dyspozytorską i powoduje, iż kolejne 200 tys. mieszkańców nieosiągnięte tj. np. 150 tys. nie będzie obciążało już istniejących dyspozytorów	Uwaga uwzględniona.
94.	Wojewoda Dolnośląski	Otrzymuje brzmienie: „10) lokalizację dyspozytorni medycznych, rejonów operacyjnych, liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde maksymalne 150 tysięcy mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi.”. Odnosząc się do powyższego należy wskazać, że dotychczasowe uregulowanie powodowało zmniejszenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w województwie dolnośląskim z obecnych 29 na 15 stanowisk. Uwzględniając potrzeby Województwa, ilość ta wydaje się niewystarczająca. Dodanie zwrotu „maksymalnie” pozwoli zwiększyć liczbę stanowisk dyspozytorów w razie zaistnienia takiego zapotrzebowania.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zastosowanie przepisu w brzmieniu: „3b. <i>Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”.</i> Ocena zasadności zwiększania liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych w sposób jednolity dla całego kraju będzie mogła być dokonana dopiero po pełnym wdrożeniu SWD PRM w poszczególnych województwach. Narzędzia w jakie wyposażony jest SWD PRM da możliwość dokonania rzetelnej analizy zarówno kolejki połączeń oczekujących, czasu obsługi powiadomienia o zdarzeniu przez daną dyspozytornię medyczną jak i powodów zgłoszeń do jakich są dysponowanie ZRM. Wszystkie wcześniejsze analizy przygotowane przez poszczególne województwa będą trudne do porównania. Dodatkowo wprowadzono zapis, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych

			będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
95.	Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	W art. 21: w ust. 3: w pkt 10) zmienić zapis „...na każde 200 tys. mieszkańców...” na zapis „...na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców...”. Np. w przypadku gdy jest 980 tys. mieszkańców zgodnie z projektem przypadają 4 stanowiska dyspozytorów medycznych, a naszym zdaniem stanowisko dyspozytora medycznego powinno przypadać na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców i w podanym przykładzie byłoby to 5 stanowisk dyspozytorów medycznych.	Uwaga uwzględniona.
96.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy w punkcie 10, iż jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 150 tys. mieszkańców. Uzasadnienie: Jedno stanowisko na 200 tys. mieszkańców jest niewystarczające. Ponadto należy doprecyzować, iż stanowisko dyspozytorskie jest konieczne na każde rozpoczęte 150 tys. mieszkańców.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zastosowanie przepisu w brzmieniu: „3b. <i>Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.</i> ”. Pkt 10 – bez zmian. Ocena zasadności zwiększania liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych w sposób jednolity dla całego kraju będzie mogła być dokonana dopiero po pełnym wdrożeniu SWD PRM w poszczególnych województwach. Narzędzia w jakie wyposażony jest SWD PRM da możliwość dokonania rzetelnej analizy zarówno kolejki połączeń oczekujących, czasu obsługi powiadomienia o zdarzeniu przez daną dyspozytornię medyczną jak i powodów zgłoszeń do jakich są dysponowanie ZRM. Wszystkie wcześniejsze analizy przygotowane przez poszczególne województwa będą trudne do porównania. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
97.	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	należy zmienić fragment tekstu na „....., że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców” Uzasadnienie: propozycja ta wynika z protokołu pokontrolnego NIK z 2014 roku	Uwaga uwzględniona.
98.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	10)..... lokalizacja dyspozytorni medycznych... jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców. Uzasadnienie: Określenie, iż stanowisko dyspozytorskie jest konieczne na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców gwarantuje lepszą obsadę dyspozytorską i powoduje, iż kolejne 200 tys. mieszkańców nieosiągnięte tj. np. 150 tys. Nie będzie obciążało już istniejących dyspozytorów.	Uwaga uwzględniona.
99.	Ogólnopolski Związek	art. 21 ust 3 pkt10) - jedno stanowisko na 200 tys. mieszkańców jest	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zastosowanie

	Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy	niewystarczające i uniemożliwi dotrzymanie wymagań stawianych dyspozytorom medycznym (monitoring zdarzeń, wysyłanie zespołów, najwłaściwszego pod względem czasu dotarcia do miejsca zdarzenia, współpraca z zespołami RM w czasie zdarzeń masowych, udzielanie porad pacjentom, lub prowadzenie resuscytacji bez przerywania rozmowy). Ponadto konieczne jest zwiększenie ilości stanowisk dyspozytorskich, co najmniej 2 dla jednej skonsolidowanej dyspozytorni z zupełnie innego powodu. Z dotychczasowego doświadczenia wynika, że w skonsolidowanych dyspozytorniach istnieje podział dyspozytorów medycznych na przyjmujących wezwania i dysponujących nimi. Taki podział powoduje sprawne działanie całego systemu, ciągły monitoring zarówno zdarzeń jak i zespołów przez to następuje wysłanie zespołu najwłaściwszego pod względem czasu dotarcia do miejsca zdarzenia. Również prowadzi nadzór i wspomaga akcje ratowniczą. To z nim kontaktuje się zespół i on jest zorientowany o działaniach wszystkich podległych zespołów na dyżurze. Ten dyspozytor jest łącznikiem pomiędzy zespołami, a innymi służbami w tym przełożonymi oraz służbami potrzebnymi do akcji. Taki podział spowodował szybką i sprawną obsługę zdarzeń. Dyspozytor przyjmujący wezwanie skupia się nad rozmową z pacjentem, spokojnie przyjmuje wezwania, prowadzi rozmowy zgodnie z procedurami, udziela porad i wskazówek w postępowaniu dla stanów nagłych nie wymagających zwłoki osobom, szereg porad, resuscytację bez przerywania rozmowy w celu zadysponowania zespołu.	przepisu w brzmieniu: „3b. <i>Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.</i> ”. Pkt 10 – bez zmian. Ocena zasadności zwiększania liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych w sposób jednolity dla całego kraju będzie mogła być dokonana dopiero po pełnym wdrożeniu SWD PRM w poszczególnych województwach. Narzędzia w jakie wyposażony jest SWD PRM da możliwość dokonania rzetelnej analizy zarówno kolejki połączeń oczekujących, czasu obsługi powiadomienia o zdarzeniu przez daną dyspozytornię medyczną jak i powodów zgłoszeń do jakich są dysponowanie ZRM. Wszystkie wcześniejsze analizy przygotowane przez poszczególne województwa będą trudne do porównania. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
100.	ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	należy zmienić fragment tekstu na „... , że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców” Uzasadnienie: propozycja ta wynika z protokołu pokontrolnego NIK z 2014 roku. Ponadto należy rozważyć potrzebę uwzględniania ilości osób przebywających na danym terenie, a nie tylko danych z rocznika statystycznego lub pozostawić tę kwestię ilości stanowisk wojewodzie	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zastosowanie przepisu w brzmieniu: „3b. <i>Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.</i> ”. Ocena zasadności zwiększania liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych w sposób jednolity dla całego kraju będzie mogła być dokonana dopiero po pełnym wdrożeniu SWD PRM w poszczególnych województwach. Narzędzia w jakie wyposażony jest SWD PRM da możliwość dokonania rzetelnej analizy zarówno kolejki połączeń oczekujących, czasu obsługi powiadomienia o zdarzeniu przez daną dyspozytornię medyczną jak i powodów zgłoszeń do jakich są dysponowanie ZRM. Wszystkie wcześniejsze analizy przygotowane przez poszczególne województwa będą trudne do porównania. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego

			planu działania systemu PRM.
101.	Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 21 ust. 3 pkt 10:” lokalizację dyspozytorni medycznych (...) jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców.” Doprecyzowanie zapisu „na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców” zagwarantuje jego prawidłową interpretację oraz zapewni właściwą obsadę dyspozytorską. Ponadto zagwarantuje, iż kolejne, np. 150 tys. mieszkańców nie będzie przeciążało już istniejących dyspozytorów.	Uwaga uwzględniona.
102.	Wojewoda Małopolski	W art. 21 w ust. 3: - pkt 3 otrzymuje brzmienie: 3) obszary działania;”, - pkt 10 otrzymuje brzmienie: „10) lokalizację dyspozytorni medycznych, rejony operacyjne, liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi.”, UWAGA Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego oraz Wydziału Polityki Społecznej MUW: art. 21 ust. 3 pkt. 10 - należy zmienić fragment tekstu naże jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców” - propozycja ta wynika z protokołu pokontrolnego NIK z 2014 r.	Uwaga uwzględniona.
103.	Wojewoda Podlaski	w art. 1 w pkt 4 w lit. a tiret drugie dotyczącym art. 21 ust.3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (...), pkt 10 powinien otrzymać brzmienie: ”10) lokalizację dyspozytorni medycznych, rejony operacyjne, liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że co najmniej dwa stanowiska przypada na każde 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi”. Zmiana dotyczy – liczby stanowisk dyspozytorów medycznych (projekt przewiduje tylko jedno stanowisko na każde 200 tys. mieszkańców) i wynika z dotychczasowych doświadczeń z operatorami numerów alarmowych 112;	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zastosowanie przepisu w brzmieniu: „3b. <i>Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.</i> ”. Pkt 10 – bez zmian. Ocena zasadności zwiększania liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych w sposób jednolity dla całego kraju będzie mogła być dokonana dopiero po pełnym wdrożeniu SWD PRM w poszczególnych województwach. Narzędzia w jakie wyposażony jest SWD PRM da możliwość dokonania rzetelnej analizy zarówno kolejki połączeń oczekujących, czasu obsługi powiadomienia o zdarzeniu przez daną dyspozytornię medyczną jak i powodów zgłoszeń do jakich są dysponowanie ZRM. Wszystkie wcześniejsze analizy przygotowane przez poszczególne województwa będą trudne do porównania. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych

				będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
104.		Wojewoda Pomorski	W art. 3 projektu w definicji dyspozytorni medycznej powołuje się na wojewódzki plan działania systemu, w którym wojewoda wskazuje podmiot, którego komórka organizacyjna stanowi dyspozytornię, w art. 21 brak zapisu o konieczności wskazania w planie podmiotu. w art. 21: a) w ust. 3: – pkt 10 otrzymuje brzmienie: „10) dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, którego komórka organizacyjna stanowi dyspozytornię; lokalizację dyspozytorni medycznych, rejony operacyjne, liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi.”,	Uwaga uwzględniona. Dokonana została korekta brzmienia art. 25a ust. 1 na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”.
105.		Narodowy Fundusz Zdrowia	należy wskazać, iż w związku z projektowanym art. 25a ust. 1 zasadnym wydaje się zmiana określenia „ <i>lokalizację dyspozytorni medycznych</i> ” na „ <i>lokalizację dyspozytorni medycznej</i> ”. Ponadto winien być doprecyzowany „ <i>sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi</i> ”. Doprecyzowania wymaga również - o jakich konkretnie dyspozytorniach stanowi projektowany przepis skoro, zgodnie z założeniami projektu, w województwie ma funkcjonować tylko jedna dyspozytornia	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 1 na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”.Dodatkowo w art. 6 projektu doprecyzowano funkcjonowanie dyspozytorni medycznych u dysponenta zespołów ratownictwa medycznego jak i w urzędach wojewódzkich.
106.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego	Otrzymuje brzmienie: 10) „...lokalizacja dyspozytorni medycznych... jedno stanowisko przypada na każde <u>rozpoczęte</u> 200 tys. mieszkańców.”. Określenie, iż stanowisko dyspozytorskie jest konieczne na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców gwarantuje lepszą obsadę dyspozytorską i powoduje, iż kolejne 200 tys. mieszkańców nieosiągnięte tj. np. 150 tys. nie będzie obciążało już istniejących dyspozytorów.	Uwaga uwzględniona.
107.	Art. 21 ust. 3 pkt	Wojewoda Lubuski	Proponuje się rozszerzenie zapisu art. 21 ust. 3 o pkt 11 zawierający treść projektowanego art. 3a, tj.: „Do kryterium tego nie wlicza się stanowiska	Wobec zmienianego ust. 3 b, uwaga niezasadna. „3b. <i>Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk</i>

	11		głównego dyspozytora medycznego.” Przeniesienie treści art. 3a pozwoli na uporządkowanie treści przepisu.	<i>dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”.</i>
108.	Art. 21 ust. 3 pkt 12	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuje zmienić na "liczby pacjentów centrum urazowego oraz liczby pacjentów centrum urazowego dla dzieci" zapis porządkujący	Uwaga uwzględniona.
109.		Jan Kawulok Wiceprzewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Śląskiego Przewodniczący Klubu Radnych PiS	Dodany w art.21 ust. 3 pkt. 12 obliuguje do umieszczenia w planie wielu danych statystycznych. W dokumencie typu Plan umieszczanie danych z lat poprzednich nie jest celowe; chyba że stanowią podstawę zmiany tego planu. Usunąć proponowany zapis.	Uwaga nieuwzględniona. Planowanie na lata następne zawsze jest oparte o dane z okresu minionego.
110.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	zapis obecny art. 21pkt3 ppkt. 12 – zawiera ewidencjonowanie danych dotyczących wyjazdów ZRM, zawierające : -mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, -maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, -przekroczenia maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia -średniego i maksymalnego czasu akcji medycznej. Praca w ZRM jest pracą pod presją pacjentów i ich rodzin , nie można pracować pod presją czasów dotarcia. Inne służby współpracujące z PRM takich statystyk nie prowadzą, a zadania realizują bez zbędnej zwłoki. Postulujemy wykreślić ten zapis w całości, a wpisać obowiązek ewidencjonowania tylko liczby wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Zapewnienie odpowiednich czasów dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia stanowi sedno dobrej organizacji i funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Pacjent będący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego musi otrzymać pomoc medyczną, włącznie z przewiezieniem do szpitala w standardzie tzw. „złotej godziny”.
111.	Art. 21 ust. 3 pkt 12a	Paweł Podsiadło konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej dla Województwa Świętokrzyskiego	Czas trwania akcji medycznej nic nie mówi o organizacji i efektywności działania systemu. Oprócz mediany czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia należałoby monitorować medianę czasu dotarcia pacjenta do szpitala (od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora), który jest kluczowy dla przeżywalności w przypadku urazów. W wielu przypadkach nie jest to tożsame z czasem akcji medycznej.	Uwaga nieuwzględniona W WPDS sprawozdaje się dane dotyczące: - średniego czasu interwencji zespołu ratownictwa medycznego od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do przekazania pacjenta do szpitala; - maksymalnego czasu interwencji zespołu ratownictwa medycznego od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu do przekazania pacjenta do szpitala. Ponadto czas trwania poszczególnych etapów akcji medycznej będzie monitorowany w SWD PRM.
112.	Art. 21 ust. 3 pkt 12a tiret 5	Wojewoda Lubelski	Średni i maksymalny czas akcji medycznej. Mediana czasu akcji medycznej oddaje dokładnie czasy akcji medycznej, jest odporna na zakłócenia spowodowane danymi skrajnymi Dzięki temu mediana ma interpretację jako optymalne przewidywanie wartości za pomocą jednej liczby, jeśli przyjętą funkcją błędu przewidywania jest moduł	Uwaga nieuwzględniona Brzmienie przepisu art. 21 ust. 3 pkt 12: 12) dane dotyczące:[....] b) wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego: – mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,

			odchylenia (różnicy). Propozycja: "art. 21 ust 3 pkt 12 lit. A tiret 5 - - medianę i maksymalny czasu akcji medycznej	– maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, – przekroczenia maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, – średniego i maksymalnego czasu akcji medycznej,
113.	Art. 21 ust. 3a-c	Wojewoda Pomorski	Z uwagi na: 1. brak możliwości zweryfikowania, czy kryterium przyjęte w ustawie, tj. 1 stanowisko na 200 tys. mieszkańców, jest dostosowane do aktualnych potrzeb systemu; 2. na specyfikę województwa pomorskiego, dot. sezonowego napływu dużej liczby turystów w okresie letnim, zasadnym wydaje się czasowe zwiększanie ilości stanowisk dyspozytorów medycznych, na podstawie analizy o której mowa w art. 21 ust. 3a. Pozostawienie w art. 21 ust. 3a i 3b w niezmienionym kształcie; w art. 21: dodaje się ust. 3c: „3c. Do kryterium, o którym mowa w ust. 3 pkt 10, nie wlicza się stanowiska głównego dyspozytora medycznego.”	Uwaga uwzględniona poprzez zastosowanie przepisu w brzmieniu: „3b. <i>Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.</i> ”. Ocena zasadności zwiększania liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych w sposób jednolity dla całego kraju będzie mogła być dokonana dopiero po pełnym wdrożeniu SWD PRM w poszczególnych województwach. Narzędzia w jakie wyposażony jest SWD PRM da możliwość dokonania rzetelnej analizy zarówno kolejki połączeń oczekujących, czasu obsługi powiadomienia o zdarzeniu przez daną dyspozytornię medyczną jak i powodów zgłoszeń do jakich są dysponowanie ZRM. Wszystkie wcześniejsze analizy przygotowane przez poszczególne województwa będą trudne do porównania. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
114.	Art. 21 ust. 3a i 3b	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy pozostawienie brzmienia art. 21 ust. 3a i 3b w obecnie obowiązującej ustawie o PRM: „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.” Uzasadnienie: Powinny pozostać zapisy zapewniające możliwość alokacji zasobów PRM i nakładów na nie zgodnie z potrzebami i warunkami świadczenia tych usług.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zastosowanie przepisu w brzmieniu: „3b. <i>Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.</i> ”. Ocena zasadności zwiększania liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych w sposób jednolity dla całego kraju będzie mogła być dokonana dopiero po pełnym wdrożeniu SWD PRM w poszczególnych województwach. Narzędzia w jakie wyposażony jest SWD PRM da możliwość dokonania rzetelnej analizy zarówno kolejki połączeń oczekujących, czasu obsługi powiadomienia o zdarzeniu przez daną dyspozytornię medyczną jak i powodów zgłoszeń do jakich są dysponowanie ZRM. Wszystkie wcześniejsze analizy przygotowane przez

				poszczególne województwa będą trudne do porównania. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
115.	Art. 21 ust. 3a	Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść dotychczasowego zapisu art. 21 ust. 3a pozostawić w dotychczasowym brzmieniu. Tym samym przeniesienie przeredagowanego, zaproponowanego zapisu ust. 3a do projektowanego art. 21 ust. 3 pkt. 10. Rezygnacja z tego zapisu pozbawi wojewodę możliwości prawidłowego nadzoru i nie gwarantuje bezpiecznej realizacji zadań w tym zakresie.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zastosowanie przepisu w brzmieniu: <i>„3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”.</i> Analizy dotychczas przygotowywane przez poszczególnych Wojewodów w oparciu o obowiązujący zapis art. 21 ust. 3a nie umożliwia szczegółowej analizy na poziomie kraju. Dotychczasowy brak jednolitych kryteriów dla wszystkich urzędów wojewódzkich oraz jednolitych central telefonicznych rejestrujących połączenia uniemożliwia dokonania wiarygodnej analizy. Nie ma możliwości porównania danych z 16 UW. Zmiana brzmienia przepisu nie odbiera możliwości Wojewodzie do przygotowywania koniecznych do realizacji zadania nadzoru nad systemem PRM na terenie województwa analiz. Ocena zasadności zwiększania liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych w sposób jednolity dla całego kraju będzie mogła być dokonana dopiero po pełnym wdrożeniu SWD PRM w poszczególnych województwach. Narzędzia w jakie wyposażony jest SWD PRM da możliwość dokonania rzetelnej analizy zarówno kolejki połączeń oczekujących, czasu obsługi powiadomienia o zdarzeniu przez daną dyspozytornię medyczną jak i powodów zgłoszeń do jakich są dysponowanie ZRM. Wszystkie wcześniejsze analizy przygotowane przez poszczególne województwa będą trudne do porównania. Zwiększenie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie jednocześnie wymagało zmiany wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
116.		Wojewoda Warmińsko-Mazurski	„3a. Do kryterium, o którym mowa w ust. 3 pkt 10, wlicza się stanowisko głównego dyspozytora medycznego.” Kryterium jeden dyspozytor na każde 200 tys. mieszkańców, powinno dotyczyć również stanowiska głównego dyspozytora medycznego. Tworzenie dodatkowych stanowisk spowoduje wzrost kosztów funkcjonowania dyspozytorni medycznej, a zadania realizowane przez głównego dyspozytora	Uwaga uwzględniona częściowo poprzez przepisy, które będą stanowiły, że liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi

			mogą być wykonywane w ramach zadań dyspozytora medycznego.	dyspozytorniami medycznymi.”, Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Wprowadzenie roli głównego dyspozytora medycznego oraz jego zastępcy – jednolite rozwiązanie w skali kraju jest związane m. in. z wdrożeniem jednolitego w skali kraju SWD PRM w tym dedykowanych tylko jemu notyfikacji. Dodatkowo wprowadzenie jednolitej struktury nazw i funkcji jest związana z funkcjonowaniem procedur oraz przejrzystością zarządzania ZRM w dyspozytorni medycznych. Zgodnie z projektem brzmienia art. 26 ust. 2d do zadań głównego dyspozytora medycznego należy: 1) koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni; 2) współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego; 3) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń mnogich i masowych w obrębie jednej dyspozytorni medycznej; 3) bieżąca analiza zadań realizowanych przez dyspozytorów medycznych; 4) bieżąca analiza optymalnego wykorzystania zespołów ratownictwa medycznego; 5) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy; 6) przygotowywanie raportu dobowego z pracy dyspozytorni. Realizacja powyższych zadań z uwagi na ich zakres nie może być łączona z realizacją innych zadań np. przyjmowaniem powiadomień o zdarzeniach i dysponowanie ZRM (przypisanie na stałe zespołów, które ma dysponować główny dyspozytor medyczny).
117.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy pozostawienie brzmienia art. 21 ust. 3a w obecnie obowiązującej ustawie o PRM: „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. Powinny pozostać zapisy zapewniające możliwość alokacji zasobów PRM i nakładów na nie zgodnie z potrzebami i warunkami świadczenia tych usług.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia ust. 3b: „3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”.	
118.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	analogicznie (art. 25a ust. 1a) do zapisu art. 1 pkt 18 lit. c przedmiotowego projektu, dotyczącego dodatkowego motocyklowego zespołu ratownictwa	Uwaga uwzględniona poprzez przepisy, które będą stanowić, że liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych	

			medycznego w lokalizacji uzasadniającej jego funkcjonowanie. Swobodę lokalizacji, terenu działania i liczby stanowisk dyspozytorów medycznych sankcjonował zapis art. 21 ust. 3a i 3b aktualnie obowiązującej ustawy o PRM	w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców oraz sposób współpracy dyspozytorni medycznych z innymi dyspozytorniami medycznymi.”, Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”.
119.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	-art.23 ust. „3a po słowach nie wlicza się stanowiska dyspozytora głównego dodanie” i jego zastępcy”	Uwaga nieuwzględniona. Zastępca pełni swoje zadania w zastępstwie dyspozytora głównego, a nie razem z nim.
120.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Propozycja brzmienia docelowego przepisu: 8. Organy jednostek samorządu terytorialnego, podmioty w których działają jednostki systemu oraz inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu...	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: Organy jednostek samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze oraz inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu oraz zaplanowania środków finansowych, o których mowa w art. 46.
121.	Art. 21 ust. 8	Wojewoda Śląski	Brzmienie proponowane: 8. Organy jednostek samorządu terytorialnego, jednostki systemu oraz inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu... Propozycja brzmienia docelowego przepisu: 8. Organy jednostek samorządu terytorialnego, podmioty w których działają jednostki systemu oraz inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu...	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: Organy jednostek samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze oraz inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu oraz zaplanowania środków finansowych, o których mowa w art. 46.
122.	Art. 21 ust. 9	Jan Kawulok Wiceprzewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Śląskiego Przewodniczący Klubu Radnych PiS	Zmieniony w art.21 ust. 9 w nowym brzmieniu 9. <i>Wojewoda przekazuje projekt aktualizacji planu, w wersji elektronicznej, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w celu zatwierdzenia.</i> , uniemożliwia przekazanie aktualizacji w wersji papierowej. Dotychczasowy zapis nie precyzował formy przekazania był więc bardziej uniwersalny.	Uwaga nieuwzględniona. WPDS jest bardzo obszernym dokumentem i powinien być przekazywany oraz upowszechniany w wersji elektronicznej. Wersja papierowa wydłużała procedurę akceptacji przez MZ aktualizacji WPDS oraz generuje dodatkowe koszty związane z koniecznością przechowywania wersji papierowej dokumentu a następnie jej archiwizowania.
123.	Art. 21 ust. 16	Wojewoda Podkarpacki	w art. 21 ust. 16 należy rozważyć możliwość podawania do publicznej wiadomości przez wojewodów jedynie danych ujętych w tabelach sporządzanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2014 r., poz. 1902). Ponadto zapis art. 21	Uwaga uwzględniona poprzez określenie w rozporządzeniu MZ zakresu danych podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej.

			ust. 16 mówiący o podawaniu do publicznej wiadomości ujednoliconego tekstu planu jest niespójny z art. 21 ust. 17 pkt 3, zgodnie z którym w drodze rozporządzenia ma zostać określony zakres danych podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej.	
124.		Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 21 ust. 16: Ujednolicony tekst planu, w wersji zaktualizowanej, zatwierdzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewoda niezwłocznie podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej. Rezygnacja ze sztywnego terminu 7 dni na rzecz zapisu „niezwłocznie” jest rozwiązaniem bardziej elastycznym w realizacji zadań. Zasadne jest niezwłoczne opublikowanie przedmiotowego planu, jednak z uwzględnieniem różnych okoliczności oraz terminów w realizowanej procedurze.	Uwaga nieuwzględniona. Termin 7 – dniowy jest wystarczający na opublikowanie WPDS w zatwierdzonej wersji. Obecnie funkcjonujące rozwiązanie nie spełnia przyjętego założenia. Wielokrotnie ujednolicony tekst planu publikowany był kilka lub kilkanaście tygodni po zatwierdzeniu aktualizacji przez Ministra Zdrowia. Należy zwrócić uwagę, że WPDS jest jednym z narzędzi jakie w codziennej pracy powinni wykorzystywać dyspozytorzy medyczni. Zwłoka w publikacji tekstu jednolitego może negatywnie wpływać na jakość funkcjonowania systemu PRM.
125.		Wojewoda Kujawsko-Pomorski	nadać brzmienie: „Ujednolicony tekst planu, w wersji zaktualizowanej, zatwierdzonej przez ministra zdrowia, wojewoda, w terminie 14 dni od dnia jego otrzymania, podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej”.	Uwaga nieuwzględniona. Termin 7 – dniowy jest wystarczający na opublikowanie WPDS w zatwierdzonej wersji. Obecnie funkcjonujące rozwiązanie nie spełnia przyjętego założenia. Wielokrotnie ujednolicony tekst planu publikowany był kilka lub kilkanaście tygodni po zatwierdzeniu aktualizacji przez Ministra Zdrowia. Należy zwrócić uwagę, że WPDS jest jednym z narzędzi jakie w codziennej pracy wykorzystują dyspozytorzy medyczni. Zwłoka w publikacji tekstu jednolitego może negatywnie wpływać na jakość funkcjonowania systemu PRM.
126.		Wojewoda Podkarpacki	należałoby rozważyć możliwość podawania do publicznej wiadomości przez wojewodów jedynie danych ujętych w tabelach sporządzanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2014 r., poz. 1902).	Uwaga uwzględniona poprzez określenie w rozporządzeniu MZ zakresu danych podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej
127.	Art. 24a	Wojewoda Małopolski	Art. 24a otrzymuje brzmienie: "Art.24a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia nadzoruje System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwany dalej "SWD PRM", i określa kierunki jego rozwoju. 2. Administratorem systemu SWD PRM, odpowiedzialnym za Jego wdrożenie, utrzymanie i obsługę techniczną oraz rozwój jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. 3. Wojewoda zapewnia obsługę techniczną SWD PRM na terenie województwa. 4. Funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części,	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z obecnie obowiązującym art. 26 ust.3a dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania wykorzystaniem SWD PRM, co jest jednoznaczne z obowiązkiem wdrożenia systemu jednolitego na poziomie kraju, co wyklucza działanie w oparciu o lokalne systemy wparcia dowodzenia. Zapis ustawowy dotyczący wprowadzenia jednolitego w skali kraju SWD PRM został wprowadzony do porządku prawnego ustawą z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, która w ustawie z dnia 8

		której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia oraz z części, których dysponentami są właściwi wojewodowie. 5. Minister właściwy do spraw zdrowia może powierzyć, w drodze porozumienia, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych lub Komendantowi Głównemu Policji wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem oraz obsługą techniczną SWD PRM w zakresie zapewnienia utrzymania powierzchni serwerowej. 6. Realizacja zadania, o którym mowa w ust. 5, jest finansowana z budżetu państwa, 1 z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw finansów publicznych lub Komendant Główny Policji. 7. SWD PRM przekazuje dane do systemu informacji w ochronie zdrowia, o który mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2016 r. poz. 1535 i 1579). 8. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Ministra właściwego do spraw administracji określi, w drodze rozporządzenia: 1) minimalne funkcjonalności SWD PRM, 2) sposób utrzymania S WD PRM, 3) sposób zarządzania SWD PRM, 4) sposób działania systemu w sytuacji awarii SWD PRM, 5) minimalne wyposażenie stanowisk pracy SWD PRM - mając na uwadze potrzebę zapewnienia realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych i zespoły ratownictwa medycznego oraz współpracy z systemem teleinformatycznym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego."; UWAGA WP MUW: W Małopolsce działa SWD którego roczne utrzymanie, zgodnie pozyskanymi informacjami wynosi ok. 1,5 mln zł. rocznie	września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym wprowadziła definicję SWD PRM oraz niezbędne przepisy związane z wprowadzeniem jednolitego rozwiązania w skali kraju.
128.	Art. 24a ust. 2	Wojewoda Pomorski W OSR przewidziano 12 etatów związanych z utrzymaniem SWD PRM w CSIOZ w trybie zmianowym 24/7. W związku z powyższym wdrożenie, utrzymanie i obsługa techniczna powinna być realizowana przez CSIOZ całodobowo. W OSR wskazano: „Wojewodowie – tak jak dotychczas – będą ponosić koszty techniczne utrzymania SWD PRM. Liczba etatów administratorów wojewódzkich SWD PRM będzie wynosiła 32 (po dwa etaty na województwo). Średni koszt jednego etatu administratora wojewódzkiego SWD PRM (wraz z wszelkimi kosztami pośrednimi) wyniesie 63,3 tys. zł rocznie. W wydatkach bieżących ujęto koszty przeprowadzenia szkoleń trenerów SWD PRM, których zadaniem będzie z kolei przeszkolenie użytkowników systemu u dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.” W przypadku konieczności zapewnienia przez wojewodę całodobowej obsługi technicznej SWD PRM na terenie województwa zakładana liczba etatów administratorów wojewódzkich jest niewystarczająca.	Uwaga nieuwzględniona. Do obsługi SI CPR przewiduje się dwóch administratorów i kolejnych dwóch do SWD PRM. Organizacja pracy tych osób leży po stronie wojewody i była przyjęta przy projektowaniu ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego.

			Art. 24a ust. 2 2. Administratorem systemu SWD PRM, odpowiedzialnym za jego wdrożenie, całodobowe utrzymanie i obsługę techniczną oraz rozwój jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia.”	
129.		Wojewoda Śląski	<i>Dot. Art 24a. ust.2</i> Administratorem systemu SWD PRM oraz podmiotem odpowiedzialnym za jego rozwój jest dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. <i>Komentarz: Wydaje się że administratorem sytemu SWD PRM powinno być bezpośrednio Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem komórki odpowiedzialnej za działanie systemów informatycznych w ochronie zdrowia lub specjalnie powołana do tego komórka w departamencie ratownictwa medycznego w Ministerstwie Zdrowia.</i> Proponowany zapis: Administratorem systemu SWD PRM oraz podmiotem odpowiedzialnym za jego rozwój jest komórka odpowiedzialna za działanie systemów informatycznych w ochronie zdrowia lub specjalnie powołana do tego komórka w departamencie ratownictwa medycznego w Ministerstwie Zdrowia.	Uwaga częściowo uwzględniona. Proponowane brzmienie przepisu: Art. 24a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia: 1) nadzoruje SWD PRM; 2) określa kierunki rozwoju SWD PRM; 3) jest administratorem systemu SWD PRM; 4) jest podmiotem odpowiedzialnym za rozwój SWD PRM. 2. Zadania, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 i 4 minister właściwy do spraw zdrowia powierza dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
130.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić, że administratorem i odpowiedzialnym za rozwój systemu SWD PRM jest Minister Zdrowia MZ jako organ centralny powinien mieć całościowy nadzór i nakreślać kierunki rozwoju dla systemu wspomagającego działanie na terenie całego kraju	Uwaga częściowo uwzględniona. Proponowane brzmienie przepisu: Art. 24a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia: 5) nadzoruje SWD PRM; 6) określa kierunki rozwoju SWD PRM; 7) jest administratorem systemu SWD PRM; 8) jest podmiotem odpowiedzialnym za rozwój SWD PRM. 2. Zadania, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 i 4 minister właściwy do spraw zdrowia powierza dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
131.		Krajowa Sekcja Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność	W art. 24a, ust.2, proponujemy wykreślić wyrażenie : "dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego" i zastąpić wyrażeniem " minister właściwy ds. zdrowia".	Uwaga częściowo uwzględniona. Proponowane brzmienie przepisu: Art. 24a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia: 9) nadzoruje SWD PRM; 10) określa kierunki rozwoju SWD PRM; 11) jest administratorem systemu SWD PRM; 12) jest podmiotem odpowiedzialnym za rozwój SWD PRM. 2. Zadania, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 i 4 minister właściwy do spraw zdrowia powierza dysponentowi
132.		NSZZ Solidarność Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia		

				lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
133.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Wydaje się że administratorem sytemu SWD PRM powinno być bezpośrednio Ministerstwo Zdrowia za pośrednictwem komórki odpowiedzialnej za działanie systemów informatycznych w ochronie zdrowia lub specjalnie powołana do tego komórka w Ministerstwie Zdrowia. Użytkownikiem SWD PRM będzie również Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, więc trudne, aby same siebie monitorowało, poza tym jest to dysponent zespołów ratownictwa medycznego i w naszej ocenie nie może monitorować innych dysponentów. Proponowany zapis: Administratorem systemu SWD PRM oraz podmiotem odpowiedzialnym za jego rozwój jest komórka odpowiedzialna za działanie systemów informatycznych w ochronie zdrowia lub specjalnie powołana do tego komórka w Ministerstwie Zdrowia.	Uwaga częściowo uwzględniona. Proponowane brzmienie przepisu: Art. 24a. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia: 13) nadzoruje SWD PRM; 14) określa kierunki rozwoju SWD PRM; 15) jest administratorem systemu SWD PRM; 16) jest podmiotem odpowiedzialnym za rozwój SWD PRM. 2. Zadania, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 i 4 minister właściwy do spraw zdrowia powierza dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
134.	Art. 24a ust. 3	Wojewoda Pomorski	Obecnie liczba etatów administratorów wojewódzkich SWD PRM zatrudnianych przez wojewodę wynosi 2 etaty na województwo. W przypadku konieczności zapewnienia przez wojewodę całodobowej obsługi technicznej SWD PRM na terenie województwa dotychczasowa liczba etatów administratorów wojewódzkich jest niewystarczająca. Należy zapewnić liczbę etatów administratorów wojewódzkich SWD PRM umożliwiających utrzymanie systemu w trybie zmianowym 24/7 całodobowo. W związku z tym należy zapewnić wojewodom dodatkowe 2,5 do 3 etatów na potrzeby stanowisk administratorów wojewódzkich SWD PRM.	Uwaga nieuwzględniona Przywołany przepis mówi: „Wojewoda zapewnia obsługę techniczną SWD PRM na terenie województwa.”. Ustalenie liczby, formy zatrudnienia lub zlecenia na zewnątrz urzędu zadań administratorów, którzy zapewnią obsługę SWD PRM w trybie 24/7 należy do decyzji wojewody i była przyjęta przy projektowaniu ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego.
135.	Art. 24a ust. 4	Wojewoda Zachodniopomorski	w projekcie dwukrotnie wymieniono treść art. Art. 24a ust. 4 Powielony zapis należy usunąć.	Uwaga uwzględniona.
136.		Wojewoda Podkarpacki	powtarza się ust. 4.	Uwaga uwzględniona.
137.	Art. 24a ust. 5	Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego	Określenie własności i odpowiedzialności za funkcjonowanie serwerów. Ze względu na wrażliwość danych proponujemy zapis doprecyzowujący kto jest właścicielem serwerów i kto odpowiada za ich bezpieczeństwo oraz funkcjonowanie.	Poruszone zagadnienia zostaną szczegółowo opisane w porozumieniach zawartych pomiędzy MZ, MSWiA i MRiF.
138.				
139.	Art. 24a ust. 8 pkt 6 i 7	Wojewoda Pomorski	Wydaje się zasadnym wskazanie zakresu kompetencji i odpowiedzialności, z podaniem ram czasowych, podmiotów odpowiedzialnych za obsługę techniczną SWD PRM, tj. jednostki podległej ministrowi właściwemu ds. zdrowia, właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia oraz wojewody. W art. 24a ust. 8 dodaje się pkt. 6 i 7: „6) procedurę zgłaszania incydentów przez użytkowników w ramach SWD PRM, 7) zakres kompetencji poszczególnych podmiotów.”	Uwaga nieuwzględniona. Projekt zawiera określenie roli zarówno dla administratora SWD PRM, jak i Wojewody. Ponadto w art. 24a ust 8 projektu znajduje się delegacja do rozporządzenia, które określa role i zadania poszczególnych podmiotów w zakresie utrzymania i obsługi technicznej systemu. Procedura zgłaszania błędów jest elementem dokumentacji, która po zmianie administratora SWD PRM zostanie przekazana do użytkowników.

140.	Art. 24b ust. 2	Wojewoda Podkarpacki	Obowiązujący art. 24b ust. 2 powinien otrzymać brzmienie: „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, Narodowego Funduszu Zdrowia lub właściwego miejscowo wojewody.” Zgodnie z art. 19 ust. 2 ustawy o PRM, wojewoda m.in. nadzoruje system PRM na terenie województwa i w ramach sprawowanego nadzoru może kontrolować dysponentów ZRM, w ramach których funkcjonują skoncentrowane dyspozytornie medyczne. Nie jest możliwe rzetelne efektywne nadzorowanie realizacji ww. zadań przez lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego, bez możliwości analizy sposobu obsługi zgłoszeń przez dyspozytorów medycznych czy też udzielenie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy.	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z brzmieniem art. 24c ust. 2 zawartym w projekcie administrator systemu upoważnia wojewodę m. in. do przetwarzania danych osobowych zgromadzonych w SWD PRM. Udostępnianie danych na wnioski podmiotów i instytucji o których mowa w ustawie odbywa się na podstawie innych przepisów.
141.	Art. 24c ust. 1	Wojewoda Zachodniopomorski	Minister właściwy do spraw zdrowia jest administratorem danych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych i jako taki powinien być odpowiedzialny za opracowanie polityki bezpieczeństwa dla Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego i instrukcji zarządzania tym systemem informatycznym. Niedopuszczalną jest bowiem sytuacja, w której na poziomach wojewódzkich opracowywane są indywidualnie polityki bezpieczeństwa do systemu ogólnopolskiego. Powinna być określona data opracowania ww. dokumentów, gdyż system nie powinien być wdrażany bez określenia zasad bezpiecznego przetwarzania danych osobowych na każdym poziomie ich systemowego przetwarzania (do poziomu zespołu ratownictwa medycznego włącznie). Obowiązek opracowania ww. dokumentacji dla systemów, w których przetwarzane są dane osobowe wynika z rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych, jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych (Dz. U. Nr 10 poz. 1024). Propozycja: Art. 24c ust. 1 Minister właściwy do spraw zdrowia jest administratorem danych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) oraz innych danych uzyskanych w związku z przyjmowaniem oraz obsługą zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z wykorzystaniem SWD PRM. Minister właściwy do spraw zdrowia opracuje w terminie do.... politykę bezpieczeństwa i instrukcję zarządzania SWD PRM	Uwaga nieuwzględniona. Jest to wymagane do zgłoszenia zbioru danych do GODO, tym samym brak zasadności określania tego w ustawie. Ponadto podstawowa polityka bezpieczeństwa została opracowana w ramach dokumentacji powykonawczej systemu.
142.		ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA	dodać dysponenta posiadającego dyspozytornię medyczną uzasadnienie: upoważnienie do przetwarzania danych osobowych powinno dotyczyć nie tylko dysponenta jednostki, jaką jest ZRM, ale również	Uwaga nieuwzględniona. Odwołanie do art. 32 ust. 1 pkt 2 dotyczy zarówno dysponentów zatrudniających dyspozytorów medycznych jak i nie zatrudniających

		MEDYCZNEGO SP ZOZ	dysponenta posiadającego dyspozytornię medyczną.	dyspozytorów medycznych.
143.	Art. 24c ust. 4	Wojewoda Podkarpacki	należałoby doprecyzować, czy chodzi w nim o udzielenie upoważnienia administratorowi centralnemu, czy wojewódzkiemu SWD PRM	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z projektem ustawy przez administratora SWDPRM należy rozumieć podmiot odpowiedzialny za utrzymanie i obsługę na poziomie centralnym.
144.	Art. 24c ust. 4 pkt 4 i ust. 5	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Art. 24c ust. 4 pkt 4 w proponowanym brzmieniu sankcjonuje możliwość powierzenia przetwarzania danych podmiotowi zewnętrznemu wyspecjalizowanemu w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, co jest w pewnych sytuacjach uzasadnione, ale w kolejnym ustępie pojawia się propozycja przepisy pozwalającego na niekontrolowane przez administratora danych przekazanie tych danych na zewnątrz, nawet bez przekazania informacji o takim fakcie.	Uwaga uwzględniona. Administrator SWD PRM informuje administratora danych o zamiarze powierzenia przekazując informację o celu powierzenia danych, zakresie powierzonych danych wraz z uzasadnieniem, a administrator danych wyraża zgodę na powierzenie danych. Jeżeli administrator danych wyrazi zgodę lub nie wyrazi sprzeciwu (do decyzji administratora danych) otrzymuje informację od administratora SWD PRM o powierzeniu danych, które zawierają informacje już o konkretnym podmiocie, o celu powierzenia danych, zakresie powierzonych danych oraz o ew. okresie na jaki zamierza powierzyć dane.
145.	Art. 24c ust. 5	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Art. 24c ust. 5 zakazuje powierzania przetwarzania przez ww. podmiot „innym podmiotom, niż upoważnionym na podstawie przepisów innych ustaw”, co w konsekwencji oznacza brak kontroli nad wpływem danych, ponieważ w przepisie nie wskazano na podstawie jakich ustaw będzie możliwe podpowierzenie.	Uwaga uwzględniona. Zmiana brzmienia na: „5. Podmioty wyspecjalizowane w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, którym powierzono przetwarzanie danych osobowych w SWD PRM nie mogą powierzać przetwarzania danych innym podmiotom, ani udostępniać danych innym podmiotom niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa. W przypadku zaistnienia konieczności udostępnienia danych podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiot, który udostępnił dane, informuje administratora danych o tym fakcie, nie później niż 3 dni od jego zaistnienia.”.
146.		Wojewoda Śląski	Otrzymuje brzmienie: W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty wyspecjalizowane w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, są one zobowiązane w terminie 3 dni od dnia zaistnienia okoliczności..	Uwaga uwzględniona.
147.	Art. 24c ust. 7	Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych	W art. 24 c ust. 7 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.), mającym być dodanym przez art. 1 pkt 22 projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, powoływanego dalej z zastosowanie skrótu „projekt”, regulującym – istotny i konieczny z punktu widzenia zasad ochrony danych osobowych – obowiązek podmiotu wyspecjalizowanego w zapewnieniu obsługi technicznej systemów	Uwaga uwzględniona poprzez nowe brzmienie art. 24c ust.7: „W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem przetwarzania danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty wyspecjalizowane w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, są one obowiązane, w terminie 3 dni

		teleinformatycznych, któremu powierzono przetwarzanie danych w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM), a który zaprzestał przetwarzania tych danych, przekazania posiadanych danych podmiotowi uprawnionemu, znalazł się błąd. Zgodnie bowiem z zaproponowanym w art. 1 pkt 22 projektu brzmieniem art. 24 c ust. 7 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym taki podmiot wyspecjalizowany winien przekazać posiadane dane: „[...] wskazanemu przez <u>administrатора systemu danych</u> [podkreślenie autora] podmiotowi, a w przypadku niewskazania przez <u>administratora systemu danych</u> [podkreślenie autora] innego podmiotu, dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego...”. Abstrahując od wątpliwości co do samego pojęcia „administrator systemu danych” stwierdzić należy, iż w świetle definicji administratora danych zawartej w art. 7 pkt 4 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) – organ, jednostka organizacyjna, podmiot lub osoba, decydujące o celach i środkach przetwarzania danych osobowych – to ten podmiot (administrator danych), nie zaś potencjalny „administrator systemu danych”, winien wskazywać podmiotowi wyspecjalizowanemu w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, któremu powierzono przetwarzanie danych w SWD PRM, a który zaprzestał przetwarzania tych danych, podmiot do którego posiadane dane (za które administrator danych ponosi przecież odpowiedzialność wobec osób, których one dotyczą oraz wobec osób trzecich) powinien on przekazać. Dlatego organ do spraw ochrony danych osobowych wnosi o stosowne poprawienie projektowanego (art. 1 pkt 22 projektu) art. 24 c ust. 7 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.	od dnia zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem przetwarzania danych, do przekazania przetwarzanych danych administratorowi danych.”
148.	Wojewoda Śląski	Dot. Art 24c. ust.7 W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty wyspecjalizowane w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, są one zobowiązane w terminie 7 dni od dnia zaistnienia okoliczności... Proponowany zapis: W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty wyspecjalizowane w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, są one zobowiązane w terminie 3 dni od dnia zaistnienia okoliczności...	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 24c ust.7 na następujące: „7. W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem przetwarzania danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty wyspecjalizowane w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, są one obowiązane, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia okoliczności skutkującej zaprzestaniem przetwarzania danych, do przekazania przetwarzanych danych wskazanemu przez administratora systemu danych podmiotowi, a w przypadku niewskazania przez administratora systemu danych innego podmiotu, dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”.
149.	NSZZ Solidarność Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia	Art. 24c ust.7 proponujemy po wyrażeniu: "a w przypadku niewskazania przez administratora systemu danych innego podmiotu" wykreślić wyrażenie: "dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego" i zastąpić nazwą powołanego w zamian, innego podmiotu lub ministra właściwego ds. zdrowia.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 24c ust.7 na następujące: „7. W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem przetwarzania danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty
150.	Krajowa Sekcja		

		Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność		wyspecjalizowane w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, są one obowiązane, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia okoliczności skutkującej zaprzestaniem przetwarzania danych, do przekazania przetwarzanych danych wskazanemu przez administratora systemu danych podmiotowi, a w przypadku niewskazania przez administratora systemu danych innego podmiotu, dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.”.
151.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Proponowany zapis: W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty wyspecjalizowane w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, są one zobowiązane w terminie 3 dni od dnia zaistnienia okoliczności...	Uwaga uwzględniona.
152.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Proponowany zapis: W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty wyspecjalizowane w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, są one zobowiązane w terminie 3 dni od dnia zaistnienia okoliczności...	Uwaga uwzględniona.
153.	Art. 24c ust. 9	Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	dłaczego system SWD PRM ma przetwarzać i udostępniać dane obejmujące imię i nazwisko osób wykonujących wyłącznie zadania kierowców wym. w art. 36 ust. 3 ustawy o PRM – po wejściu w życie nowelizacji ustawy osoby takie nie będą mogły działać w systemie PRM.	Uwaga nieuwzględniona. System już obecnie przetwarza takie dane.
154.				
155.		Wojewoda Śląski	W zapisie Art. 24c. ust. 9 — dlaczego system SWD PRM ma przetwarzać i udostępniać dane obejmujące imię i nazwisko osób wykonujących wyłącznie zadania kierowców wym. w art. 36 ust. 3 ustawy o PRM – po wejściu w życie nowelizacji ustawy osoby takie nie będą mogły działać w systemie PRM.	Uwaga nieuwzględniona. System już obecnie przetwarza takie dane.
156.	Art. 24c ust. 9 pkt 2	Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Proponujemy wykreślić całość pkt 2), gdyż dotyczy on kierowców niebędących ratownikami medycznymi, a którzy nie powinni być uwzględniani w systemie ratownictwa medycznego, przy czym konsekwentnie należy również usunąć w Art. 36 zapisy sankcjonujące udział kierowcy niebędącego ratownikiem w składach zespołów ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. System już obecnie przetwarza takie dane.
157.		Wojewoda Lubuski	Proponuje się wykreślenie punktu 2 oraz zapisu w art. 36 lub dopisanie usługodawców (lekarz, pielęgniarka systemu, ratownik medyczny), tak aby dane były kompletne. Przepis Art. 24c 9 pkt 2 dotyczy kierowców niebędących ratownikami medycznymi, którzy nie powinni być uwzględniani w systemie ratownictwa	Uwaga nieuwzględniona. System już obecnie przetwarza dane dotyczące kierowców ambulansów nie posiadających wykształcenia medycznego – dotyczy to sytuacji opisanej w art. 36 ust. 3 ustawy o PRM.

			medycznego. Jednocześnie pomija się inne osoby z ZRM.	
158.		Paweł Podsiadło konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej dla Województwa Świętokrzyskiego	zapis odnosi się do artykułu, który został wykreślony	Uwaga nieuwzględniona. System już obecnie przetwarza takie dane.
159.	Art. 25a i 25b	Wojewoda Pomorski	W województwie pomorskim trwa obecnie proces koncentracji dyspozytorni medycznych. W związku z tym, iż zaplanowano docelowo dwie dyspozytornie medyczne, w Gdańsku i w Słupsku, żadna z nich nie jest przystosowana do samodzielnej obsługi całego województwa. Rozszerzanie jednej z dyspozytorni o liczbę stanowisk umożliwiającą obsługę całego województwa wymagałoby poniesienia dużych nakładów finansowych. Poniesiono wydatki związane z tworzeniem dwóch skoncentrowanych dyspozytorni medycznych. Likwidacja jednej z nich stanowiłaby niegospodarność w zakresie wydatkowanych środków. Dotychczasowy zapis art. 1 pkt. 7 dot. art. 25a ust. 1 i art. 5 ust. 1 wzajemnie się wykluczają. 7) po art. 25 dodaje się art. 25a i art. 25b w brzmieniu: „Art. 25a. 1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż trzy w województwie, z zastrzeżeniem art. 5 ust.1.”	W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”. Dodatkowo w art., 6 projektu wprowadzono w ust. 9 zapis wskazujący, że do dnia 1 stycznia 2028 roku dyspozytornie medyczne mogą funkcjonować w liczbie większej niż określona w art. 25a ust. 1. Wobec powyższego w okresie przejściowym realizowane będą następujące zadania: - do 1.01.2018 r. koncentracja dyspozytorni medycznych (na dzień 31-12-2016 funkcjonuje 103 dyspozytornie medyczne) i wdrożenie SWD PRM na terenie całego kraju (po zakończeniu prac w dniu 1 stycznia 2018 roku liczba dyspozytorni medycznych to max 42. - do 31.12.2019 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne z wdrożonym SWD PRM działają w strukturach dysponentów ZRM, - od 1.01.2020 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne funkcjonują w strukturach UW; - w okresie od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie realizowana dalsza koncentracja dyspozytorni medycznych mająca na celu uzyskanie zakładanego w art. 25a ust. 1

				poziomu czyli nie więcej niż jedna w województwie. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Ostatni etap koncentracji dyspozytorni medycznych realizowany od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie dotyczył następujących 11 województw (w pozostałych już w roku 2017 będzie docelowa 1 DM): 1. dolnośląskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 2. kujawsko-pomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 3. lubelskie (do koncentracji pozostałyby 3 DM), 4. małopolskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 5. mazowieckie (do koncentracji pozostałyby 3 DM),
--	--	--	--	---

				6. podkarpackie (do koncentracji pozostałyby 4 DM), 7. podlaskie (do koncentracji pozostałyby 2 DM), 8. pomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 9. śląskie (do koncentracji pozostałyby 3DM), 10. wielkopolskie (do koncentracji pozostałyby 4 DM), 11. zachodniopomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM).
160.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	Art. 25a - „W celu zapewnienia przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w Art. 26 ust. 1 wojewoda powołuje i umożliwia wykonywanie zadań dyspozytornię medyczną w liczbie nie większej niż: 1. jedna do 2 min mieszkańców; 2. dwie od 2-4 min mieszkańców; 3. trzy powyżej 4 min mieszkańców.” Art. 25b,1. „Dysponent zespołu ratownictwa medycznego jest obowiązany zapewnić rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego z wykorzystaniem łączności radiowej i telefonicznej jeśli nie korzysta z SWD PRM”. Uzasadnienie: 25a – wprowadzenie ograniczenia”... nie większej niż jedna dyspozytornia w województwie...” spowoduje, iż w rejonach operacyjnych lub województwach większych niż 2 mln trzeba będzie likwidować dyspozytornie medyczne do poziomu jedna dyspozytornia w województwie a następnie ponownie tworzyć kolejne dyspozytornie tak by spełniać wymagania kolejnej nowelizacji ustawy o PRM proponowanej przez rząd. 25b – w momencie wejścia proponowanej nowelizacji będą już istniały rejon operacyjny, w których dyspozytornie medyczne będą wykorzystywały SWD PRM,. Który zapewnia postulowane rozwiązanie techniczne o rejestrowaniu i przechowywaniu nagrań rozmów na stanowisku dyspozytora medycznego w związku z czym bezcelowym staje się organizowanie dodatkowych systemów rejestracji rozmów.	1. Uwaga nieuwzględniona. W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”. Dodatkowo w art., 6 projektu wprowadzono w ust. 9 zapis wskazujący, że do dnia 1 stycznia 2028 roku dyspozytornie medyczne mogą funkcjonować w liczbie większej niż określona w art. 25a ust. 1. Wobec powyższego w okresie przejściowym realizowane będą następujące zadania: - do 1.01.2018 r. koncentracja dyspozytorni medycznych (na dzień 31-12-2016 funkcjonuje 103 dyspozytornie medyczne) i wdrożenie SWD PRM na terenie całego kraju (po zakończeniu prac w dniu 1 stycznia 2018 roku liczba dyspozytorni medycznych to max 42. - do 31.12.2019 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne z wdrożonym SWD PRM działają w strukturach dysponentów ZRM, - od 1.01.2021 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne funkcjonują w strukturach UW; - w okresie od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie realizowana dalsza koncentracja dyspozytorni medycznych mająca na celu uzyskanie zakładanego w art. 25a ust. 1	

				poziomu czyli nie więcej niż jedna w województwie. Dodatkowo w województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, - skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Ostatni etap koncentracji dyspozytorni medycznych realizowany od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie dotyczył następujących 11 województw (w pozostałych już w roku 2017 będzie docelowa 1 DM): 1. dolnośląskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 2. kujawsko-pomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM),
--	--	--	--	---

				3. lubelskie (do koncentracji pozostałyby 3 DM), 4. małopolskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 5. mazowieckie (do koncentracji pozostałyby 3 DM), 6. podkarpackie (do koncentracji pozostałyby 4 DM), 7. podlaskie (do koncentracji pozostałyby 2 DM), 8. pomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 9. śląskie (do koncentracji pozostałyby 3DM), 10. wielkopolskie (do koncentracji pozostałyby 4 DM), 11. zachodniopomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM). 2. Uwaga nieuwzględniona. Nie ma konieczności tworzenia nowych systemów odpowiedzialnych za rejestrowanie korespondencji telefonicznej. Zadanie to jest realizowane przez SWD PRM. W zakresie rejestracji korespondencji radiowej należy wykorzystać obecnie wykorzystywane rozwiązania przez UW i dysponentów ZRM. Rozwój SWD PRM do wersji 2.0 zakłada możliwość obsługi łączności radiowej z wykorzystaniem konsoli telekomunikacyjnej już teraz wykorzystywanej na stanowisku dyspozytorów medycznych w ramach SWD PRM.
161.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego	Otrzymuje brzmienie: Art. 25a – „W celu zapewnienia przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w Art. 26 ust. 1 wojewoda powołuje i umożliwia wykonywanie zadań dyspozytornię medyczną w liczbie nie większej niż: 1. jedna do 2 mln mieszkańców; 2. dwie od 2-4 mln mieszkańców; 3. trzy powyżej 4 mln mieszkańców.” Art. 25b.1. „Dysponent zespołu ratownictwa medycznego jest obowiązany zapewnić rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego z wykorzystaniem łączności radiowej i telefonicznej jeśli nie korzysta z SWD PRM”. 25a – wprowadzenie ograniczenia „...nie większej niż jedna dyspozytornia w województwie...” spowoduje, iż w rejonach operacyjnych lub województwach większych niż 2 mln trzeba będzie likwidować dyspozytornie medyczne do poziomu jedna dyspozytornia w województwie a następnie ponownie tworzyć kolejne dyspozytornie tak by spełniać wymagania kolejnej nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym proponowanej przez Rząd. 25 b – w momencie wejścia proponowanej nowelizacji będą już istniały rejon operacyjne, w których dyspozytornie medyczne będą wykorzystywały SWD	W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”. Dodatkowo w art., 6 projektu wprowadzono w ust. 9 zapis wskazujący, że do dnia 1 stycznia 2028 roku dyspozytornie medyczne mogą funkcjonować w liczbie większej niż określona w art. 25a ust. 1. Wobec powyższego w okresie przejściowym realizowane

		PRM, który zapewnia postulowane rozwiązanie techniczne o rejestrowaniu i przechowywaniu nagrań rozmów na stanowisku dyspozytora medycznego w związku z czym bezcelowym staje się organizowanie dodatkowych systemów rejestracji rozmów.	będą następujące zadania: - do 1.01.2018 r. koncentracja dyspozytorni medycznych (na dzień 31-12-2016 funkcjonuje 103 dyspozytornie medyczne) i wdrożenie SWD PRM na terenie całego kraju (po zakończeniu prac w dniu 1 stycznia 2018 roku liczba dyspozytorni medycznych to max 42. - do 31.12.2019 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne z wdrożonym SWD PRM działają w strukturach dysponentów ZRM, - od 1.01.2020 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne funkcjonują w strukturach UW; - w okresie od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie realizowana dalsza koncentracja dyspozytorni medycznych mająca na celu uzyskanie zakładanego w art. 25a ust. 1 poziomu czyli nie więcej niż jedna w województwie. Dodatkowo w województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazują, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, - skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne,
--	--	--	--

				- dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Ostatni etap koncentracji dyspozytorni medycznych realizowany od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie dotyczył następujących 11 województw (w pozostałych już w roku 2017 będzie docelowa 1 DM): 1. dolnośląskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 2. kujawsko-pomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 3. lubelskie (do koncentracji pozostałaby 3 DM), 4. małopolskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 5. mazowieckie (do koncentracji pozostałaby 3 DM), 6. podkarpackie (do koncentracji pozostałaby 4 DM), 7. podlaskie (do koncentracji pozostałaby 2 DM), 8. pomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 9. śląskie (do koncentracji pozostałaby 3DM), 10. wielkopolskie (do koncentracji pozostałaby 4 DM), 11. zachodniopomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM).
162.	Art. 25a	Wojewoda Małopolski	po art. 25 dodaje się art. 25a w brzmieniu: "Art. 25a. 1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 2b ust. 1, tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż jedna w województwie. 2. Dyspozytornie medyczne działają w sposób zapewniający ich zastępowalność w przypadku miejscowej awarii systemu teleinformatycznego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego albo jego przeciążenia, awarii SWD PRM, łączności radiowej lub telefonicznej. Dyspozytornie medyczne mają obowiązek stosowania wytycznych określonych w ust. 3. 3. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje wytyczne dotyczące sposobu i trybu zastępowalności dyspozytorni medycznych i przekazuje je, za pośrednictwem wojewodów, dysponentom zespołów ratownictwa medycznego. Nie stanowią one informacji publicznej i nie podlegają udostępnieniu na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U z 2015 r. poz. 2058 oraz z 2016 r. poz. 34, 352 i 996). 4. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię	UWAGA KPR: Uwaga nieuwzględniona. Zarówno kierownik, jak i jego zastępca powinni mieć doświadczenie w zakresie pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. W wyniku wielu uwag proponuje się zmiany wymogów dla dyspozytora głównego. UWAGA WP MUW: Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z dotychczasowymi doświadczeniami najlepszym rozwiązaniem jest 1 dyspozytornia na województwo. NIK ocenia pozytywnie działania organizacyjne i nadzorcze Wojewody Małopolskiego dotyczące systemu ratownictwa medycznego. Mieszkańcom województwa małopolskiego zapewniono warunki udzielania pomocy przez wykwalifikowany personel medyczny, w możliwie najkrótszym czasie. Zastąpienie dotychczasowych 20* dyspozytorni dwiema, działającymi w Krakowie i Tarnowie,

		medyczną powołuje i odwołuje osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej, zwaną dalej "kierownikiem dyspozytorni". 5. Kierownikiem dyspozytorni może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2, i posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach. 6. Do zadań kierownika dyspozytorni należy: 1) opracowanie sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznych, z uwzględnieniem zapewnienia ciągłości jej funkcjonowania oraz organizacji pracy dyspozytorów medycznych; 2) opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii, uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych; 3) przygotowanie, weryfikacja i aktualizacja wykazów i opracowań niezbędnych podczas realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych; 4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych działań oraz odsłuch prowadzonych rozmów. 7. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną może zatrudnić <i>zastępcę</i> kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2, i posiadająca co najmniej roczne doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach. 8. Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i operatorami numerów alarmowych, w celu podjęcia działań ratowniczych w związku z realizacją zadań dyspozytora medycznego, przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego i sieci teleinformatycznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego na potrzeby przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego. 9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, organizację i sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych, mając na uwadze realizację zadań dyspozytora medycznego. UWAGA Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego : dodany art. 25 a, ust. 4 i 7 - należy dopuścić do możliwości obsadzania stanowiska kierownika osoby o innych kwalifikacjach niż określone w art. 26 ust. 2 ze względu na fakt, iż osoby te są głównie organizatorami pracy dyspozytorni i powinny mieć predyspozycje menadżerskie a nie wyłącznie doświadczenie dyspozytorskie. Natomiast stanowisko zastępcy kierownika dyspozytorni powinno być obwarowane doświadczeniem dyspozytorskim.	było w ocenie NIK działaniem efektywnym i oszczędnym, sprzyjającym sprawnej koordynacji akcji ratowniczych. Przejęcie zadań dyspozytorskich od likwidowanych dyspozytorni nie spowodowało negatywnych skutków dla funkcjonowania ratownictwa medycznego. Skoncentrowane Dyspozytornie należycie wykonywały zadania bezzwłocznie dysponując poszczególne Zespoły Ratownictwa Medycznego na miejsce zdarzenia. Należy zwrócić również uwagę na fakt, że gdyby istniała możliwość realizacji zastępowalności dyspozytorni medycznej z Krakowa przez inną dyspozytornię medyczną w kraju to zgodnie z pierwotnymi planami MUW miała powstać jedna dyspozytornia medyczna w Krakowie. Takie rozwiązanie będzie możliwe po wdrożeniu w całym kraju jednolitego SWD PRM. Ukształtowanie terenu nie może warunkować tworzenia dodatkowych dyspozytorni medycznych w szczególności w przypadku przejęcia obsługi numeru 999 przez operatorów numerów alarmowych z centrum powiadamiania ratunkowego. Wszystkie zgłoszenia będą w pierwszej kolejności odbierane w CPR w Krakowie.
--	--	---	--

		Podobny zapis jest w ustawie o działalności leczniczej w odniesieniu do kierownika podmiotu. Takie rozwiązanie wydaje się zasadne zwłaszcza przy powołaniu stanowisk dyspozytora głównego i jego zastępcy. art. 25 a ust. 4 i 7 - forma zatrudnienia kierownika dyspozytorni i jego zastępcy powinna być jednolita - proponujemy powołanie w obu przypadkach. Str. 6 - art. 25 a - normy naliczenia ilości dyspozytorów medycznych winny uwzględniać również turystów, studentów itp. UWAGA WP MUW: Art. 25a. 1. – Ze względu na specyfikę ukształtowania terenu (góry) dużej części Małopolski, Wojewoda Małopolski planuje utworzenie trzeciej dyspozytorni medycznej – lokalizacji dla stanowisk dyspozytorskich w województwie. Zapis zawarty w projekcie ustawy uniemożliwia zrealizowanie planów w tym zakresie.	
163.	Wojewoda Małopolski	Art. 25a. 1. – Ze względu na specyfikę ukształtowania terenu (góry) dużej części Małopolski, Wojewoda Małopolski planuje utworzenie trzeciej dyspozytorni medycznej – lokalizacji dla stanowisk dyspozytorskich w województwie. Zapis zawarty w projekcie ustawy jest nieuzasadniony i uniemożliwia zrealizowanie planów w tym zakresie UWAGA KRAKOWSKIEGO POGOTOWIA RATUNKOWEGO Art.25a pkt 1 - zmienić: nie wojewoda tworzy, a dysponent tworzy..... Art. 25a pkt 4 – zmienić: nie wojewoda a dysponent powołuje kierownika dyspozytorni. Art.25a pkt 7 - zmienić: nie wojewoda a dysponent może i zmienić nie zatrudnić a powołać zastępcę kierownika dyspozytorni.	Uwaga nieuwzględniona. Ukształtowanie terenu nie może warunkować tworzenia dodatkowych dyspozytorni medycznych w szczególności w przypadku przejęcia obsługi numeru 999 przez operatorów numerów alarmowych z centrum powiadamiania ratunkowego. Wszystkie zgłoszenia będą w pierwszej kolejności odbierane w CPR w Krakowie. Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z definicją dyspozytorni medycznej – dyspozytorni medyczna to komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu PRM.
164.	Wojewoda Podkarpacki	1. art. 25 a nie precyzuje zasad określających sposób finansowania działalności dyspozytorni medycznych (również w zakresie finansowania osób w niej zatrudnionych). 2. Czy na gruncie przedstawianych zapisów kierownik dyspozytorni jest zwierzchnikiem wszystkich zatrudnionych w niej dyspozytorów? Czy również w zakresie merytorycznym? 3. w art. 25a, z uwagi na specyfikę każdego województwa oraz ustawowe kompetencje wojewodów w zakresie planowania, organizacji i koordynowania systemu PRM na terenie województwa, zasadnym byłoby zniesienie wymogu, aby w województwie działała tylko jedna dyspozytorna medyczna. Celowym natomiast byłoby utrzymanie już funkcjonujących dyspozytorni medycznych, które realizując w chwili obecnej zadania przy pomocy lokalnych systemów teleinformatycznych zapewniają sprawne działanie systemu PRM. Ponadto dyspozytornie te zostały już niejednokrotnie wyposażone w sprzęt na potrzeby wdrażanego SWD PRM (w tym pochodzący z postępowań organizowanych na	1 - Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z brzmieniem projektowanego art. 46 ust. 2: „2. Koszty funkcjonowania dyspozytorni są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.”, b) ust. 3 otrzymuje brzmienie: „3. Wojewodowie do dnia 15 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania funkcjonowania dyspozytorni oraz zadań 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.”,

			szczeblu centralnym), a do ich lokalizacji doprowadzono łącznie OST 112. Wszystko to wiązało się już z wydatkowaniem znacznych kwot pochodzących z budżetu państwa.	2 – Zgodnie z brzmieniem projektowanego art. 25a ust. 6: „6. Do zadań kierownika należy: opracowanie szczegółowego sposobu funkcjonowania dyspozytorni, z uwzględnieniem zapewnienia ciągłości jej funkcjonowania oraz organizacji pracy dyspozytorów medycznych; 2) opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii, uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych na podstawie wytycznych wymienionych w art. 25a pkt 2 i 3; 3) przygotowanie, weryfikacja i aktualizacja wykazów i opracowań niezbędnych podczas realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych; 4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń o charakterze mnogim i masowym.”. Wobec powyższego do zadań kierownika dyspozytorni medycznej należy nadzór merytoryczny i jest ich „zwierzchnikiem”. 3 – Uwaga nieuwzględniona. W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”. Dodatkowo w art., 6 projektu wprowadzono w ust. 9 zapis wskazujący, że do dnia 1 stycznia 2028 roku dyspozytornie medyczne mogą funkcjonować w liczbie większej niż
--	--	--	--	---

				określona w art. 25a ust. 1. Wobec powyższego w okresie przejściowym realizowane będą następujące zadania: - do 1.01.2018 r. koncentracja dyspozytorni medycznych (na dzień 31-12-2016 funkcjonuje 103 dyspozytornie medyczne) i wdrożenie SWD PRM na terenie całego kraju (po zakończeniu prac w dniu 1 stycznia 2018 roku liczba dyspozytorni medycznych to max 42. - do 31.12.2019 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne z wdrożonym SWD PRM działają w strukturach dysponentów ZRM, - od 1.01.2021 r. skoncentrowane dyspozytorni medyczne funkcjonują w strukturach UW; - w okresie od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie realizowana dalsza koncentracja dyspozytorni medycznych mająca na celu uzyskanie zakładanego w art. 25a ust. 1 poziomu czyli nie więcej niż jedna w województwie. Dodatkowo w województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, - skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa
--	--	--	--	--

			medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Ostatni etap koncentracji dyspozytorni medycznych realizowany od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie dotyczył następujących 11 województw (w pozostałych już w roku 2017 będzie docelowa 1 DM): 1. dolnośląskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 2. kujawsko-pomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 3. lubelskie (do koncentracji pozostałaby 3 DM), 4. małopolskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 5. mazowieckie (do koncentracji pozostałaby 3 DM), 6. podkarpackie (do koncentracji pozostałaby 4 DM), 7. podlaskie (do koncentracji pozostałaby 2 DM), 8. pomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 9. śląskie (do koncentracji pozostałaby 3DM), 10. wielkopolskie (do koncentracji pozostałaby 4 DM), 11. zachodniopomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM). Sprzęt dostarczony do obsługi SWD PRM w przypadku koncentracji dyspozytorni medycznych będzie wykorzystany w docelowej 1 lub 2 dyspozytorniach medycznych.
165.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Należy zwrócić uwagę na rozbieżność przepisu art. 25a niniejszego projektu w stosunku do zamieszczonego w równoległym procedowanym projekcie <i>ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw.</i> Zasadnym jest ujednolicenie procedowanych aktów przepisów art. 25a. Przepisy te wpływają w dużym stopniu na organizację systemu powiadamiania ratunkowego w związku z czym model w nich zastosowany powinien być spójny od momentu jego wprowadzenia do fazy końcowej.	Uwaga uwzględniona. Projekt tzw. „małej” nowelizacji zawiera po korekcie cały katalog zagadnień obejmujący obszar funkcjonowania dyspozytorni medycznej oraz dyspozytora medycznego w tym zagadnienia z tego obszaru zawarte w projekcie tzw. „dużej” nowelizacji.
166.	Konsultant Krajowy i konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa	25a – wprowadzenie ograniczenia „...nie większej niż jedna dyspozytornia w województwie...” spowoduje, iż w rejonach operacyjnych lub województwach większych niż 2 mln trzeba będzie likwidować dyspozytornie medyczne do poziomu jedna dyspozytornia w województwie a następnie	Uwaga nieuwzględniona. W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi

	ratunkowego (warmińsko-mazurski, lubelski, podlaski, wielkopolski, lubuski, wielkopolski)	ponownie tworzyć kolejne dyspozytornie tak by spełniać wymagania kolejnej nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym proponowanej przez Rząd. Art. 25a – „W celu zapewnienia przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w Art. 26 ust. 1 wojewoda powołuje i umożliwia wykonywanie zadań dyspozytornię medyczną w liczbie nie większej niż: 1. jedna do 2 mln mieszkańców; 2. dwie od 2-4 mln mieszkańców; 3. trzy powyżej 4 mln mieszkańców.”	zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”. Dodatkowo w art., 6 projektu wprowadzono w ust. 9 zapis wskazujący, że do dnia 1 stycznia 2028 roku dyspozytornie medyczne mogą funkcjonować w liczbie większej niż określona w art. 25a ust. 1. Wobec powyższego w okresie przejściowym realizowane będą następujące zadania: - do 1.01.2018 r. koncentracja dyspozytorni medycznych (na dzień 31-12-2016 funkcjonuje 103 dyspozytornie medyczne) i wdrożenie SWD PRM na terenie całego kraju (po zakończeniu prac w dniu 1 stycznia 2018 roku liczba dyspozytorni medycznych to max 42. - do 31.12.2019 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne z wdrożonym SWD PRM działają w strukturach dysponentów ZRM, - od 1.01.2021 r. skoncentrowane dyspozytornie medyczne funkcjonują w strukturach UW; - w okresie od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie realizowana dalsza koncentracja dyspozytorni medycznych mająca na celu uzyskanie zakładanego w art. 25a ust. 1 poziomu czyli nie więcej niż jedna w województwie. Dodatkowo w województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując,
--	--	--	--

				że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Ostatni etap koncentracji dyspozytorni medycznych realizowany od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie dotyczył następujących 11 województw (w pozostałych już w roku 2017 będzie docelowa 1 DM): 1. dolnośląskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 2. kujawsko-pomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 3. lubelskie (do koncentracji pozostałyby 3 DM), 4. małopolskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 5. mazowieckie (do koncentracji pozostałyby 3 DM), 6. podkarpackie (do koncentracji pozostałyby 4 DM), 7. podlaskie (do koncentracji pozostałyby 2 DM), 8. pomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 9. śląskie (do koncentracji pozostałyby 3DM), 10. wielkopolskie (do koncentracji pozostałyby 4 DM), 11. zachodniopomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM). Sprzęt dostarczony do obsługi SWD PRM w przypadku
--	--	--	--	--

				koncentracji dyspozytorni medycznych będzie wykorzystany w docelowej 1 dyspozytorni medycznej. Projekt zawiera również zapisy umożliwiające - wojewodzie w przypadku gdy obecna lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym wynajęcie pomieszczenia i urządzeń dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmienia tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody.
167.	Jan Kawulok Wiceprzewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Śląskiego Przewodniczący Klubu Radnych PiS	Dodany art. 25a całkowicie zmienia zasady organizowania dyspozytorni medycznych. - Konsekwentna od roku 2014 likwidacja dyspozytorni medycznych będących w strukturze dysponenta osiąga swój finał; wszyscy dysponenti będą pozbawieni własnych dyspozytorni.		Uwaga zgodna z brzmieniem projektu.
168.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Zielona Góra	taki zapis powoduje zablokowanie Wojewodzie możliwości utworzenia dodatkowej dyspozytorni jeżeli wystąpi taka konieczność ponadto zapisy dotyczące dyspozytorni zawarte są w ustawie o CPR		Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z brzmieniem projektowanego art. 25a : „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”.
169.	NSZZ Solidarność Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia	Art.25a - dyspozytornie medyczne - wojewoda nie jest podmiotem medycznym. Istnieje obawa, że zatrudnieni w takim podmiocie pracownicy medyczni stracą swoje uprawnienia. Niepotrzebna reforma, niepotrzebnie burząca aktualnie dobrze zorganizowany i działający system oraz wymagająca dodatkowych nakładów finansowych.		Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z brzmieniem projektowanego art. 25a:„1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego.
170.	Krajowa Sekcja Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność			

				2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”. Dyspozytorzy medyczni pracujący w dyspozytorni medycznej udzielają świadczeń zdrowotnych zgodnie z definicją zawartą w ustawie o działalności leczniczej ale w tym przypadku poza podmiotem leczniczym. Przy realizacji zadań dyspozytorów medycznych nie są wymagane warunki jakie muszą spełnić podmioty lecznicze np. w zakresie dostosowania pomieszczeń. Podobnie ratownicy medyczni już obecnie mają prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym na mocy art. 11 ust. 3 ustawy o PRM.
171.	Paweł Podsiadło konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej dla Województwa Świętokrzyskiego	Uwaga ogólna – realnym współczesnym zagrożeniem są ataki hakerskie na scentralizowane instytucje, których działanie jest uzależnione od systemu informatycznego. Centralizacja dyspozytorni i oparcie ich na jednej aplikacji - SWD PRM – jest potęgowaniem takiego zagrożenia.		Uwaga nieuwzględniona. Rozwiązania zastosowane w architekturze systemu oraz rozwiązania zawarte w polityce bezpieczeństwa mają za zadanie minimalizację zagrożeń uniemożliwiających prawidłowe funkcjonowanie SWD PRM. Pod uwagę zasługuje weryfikacja obecnie stosowanych rozwiązań w tzw. lokalnych systemach, które wielokrotnie odstają od właściwego poziomu zabezpieczenia.
172.	Wojewoda Lubelski	Konieczność uzupełnienia regulacji. Treść projektu oraz uzasadnienia wskazuje, że dyspozytornie medyczne będą podmiotami leczniczymi. Tym samym wojewodowie będą mieli status podmiotu tworzącego podmiot leczniczy. Brak regulacji dotyczy trybu rejestracji takiego podmiotu leczniczego w sytuacji gdy podmiot tworzący jest jednocześnie organem rejestrowym Po art. 25a ust. 9 dodać ust. 10 w brzmieniu "10. Do dyspozytorni medycznych tworzonych przez wojewodę nie stosuje się art. 103 ustawy o działalności leczniczej."		Dyspozytorzy medyczni pracujący w dyspozytorni medycznej udzielają świadczeń zdrowotnych zgodnie z definicją zawartą w ustawie o działalności leczniczej ale w tym przypadku poza podmiotem leczniczym. Przy realizacji zadań dyspozytorów medycznych nie są wymagane warunki jakie muszą spełnić podmioty lecznicze np. w zakresie dostosowania pomieszczeń. Podobnie ratownicy medyczni już obecnie mają prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych poza podmiotem leczniczym na mocy art. 11 ust. 3 ustawy o PRM.
173.	ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	- wykreślić zapis o 1 dyspozytorni na województwo uzasadnienie: przedmiotowy zapis sprzeczny jest z proponowanym unormowaniem art. 25a ust. 1 projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (opublikowane 14.10.2016 r., godz. 11,30), zgodnie z którym Wojewoda tworzy dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż: 1)jedna do 2 mln. mieszkańców, 2)dwie od 2 – 4 mln. mieszkańców, 3)trzy od 4 - 6 mln. mieszkańców. - normy naliczenia ilości dyspozytorów medycznych winny uwzględniać również turystów, studentów itp.		Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia projektowanego art. 25a: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego.

			Uzasadnienie: duże aglomeracje i obszary atrakcyjne turystycznie są poszkodowane w ilości dyspozytorów np. Małopolska 10 mln turystów rocznie, a mieszkańców 3,3 mln	2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”.
174.		Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	normy naliczenia ilości dyspozytorów medycznych winny uwzględniać również turystów, studentów itp. Uzasadnienie: Duże aglomeracje i obszary atrakcyjne turystycznie są poszkodowane w ilości dyspozytorów np. Małopolska 10 mln turystów rocznie, a mieszkańców 3,3 mln	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 21 ust. 3b: „3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Zmiana liczby stanowisk dyspozytorów medycznych będzie wymagała aktualizacji wojewódzkiego planu działania systemu PRM.
175.		Wojewoda Dolnośląski	Otrzymuje brzmienie: „Art. 25a. 1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż dwie w województwie.” Względy bezpieczeństwa przemawiają za utworzeniem dwóch dyspozytorni medycznych. W przypadku wystąpienia awarii w jednej z dyspozytorni, ruch połączeń może zostać przekierowany do drugiej lokalnej dyspozytorni medycznej.	Uwaga nieuwzględniona. Obecnie wykorzystywane lokalne systemy wspierające pracę dyspozytorów medycznych nie zawierają obecnie funkcjonalności umożliwiającej realizację zastępowalności dyspozytorni medycznych. Rozwiązania zastosowane w SWD PRM zawierają wielopoziomowe możliwości zastępowalności od pojedynczego stanowiska dyspozytora medycznego po całe dyspozytornie medyczne.
176.	Art. 25a ust. 1	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Proponuje się art. 25a ustawy o PRM nadać brzmienie ust. 1: ust. 1 „W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż: 1) jedną do 1,5 mln mieszkańców, 2) dwie od 1,5-4 mln mieszkańców, 3) trzy powyżej 4 mln mieszkańców”. Należy w tym miejscu podkreślić, iż w województwie kujawsko-pomorskim, począwszy od dnia 2 listopada 2016 r. , trwa proces koncentracji obsługi numeru alarmowego 999, skutkujący stopniowym zmniejszeniem liczby dyspozytorni medycznych z 20. do dwóch tzw. skoncentrowanych dyspozytorni medycznych. Liczba ludności w województwie kształtuje się na poziomie 2.089.992 - dane GUS za 2014 rok. Obserwowana tendencja w tym zakresie ma charakter spadkowy. Przewiduje się w związku z tym, że liczba mieszkańców województwa w najbliższych latach spadnie poniżej 2 milionów. Prawdopodobnym jest więc, że w wyniku zaistniałej fluktuacji ludności, system PRM w tym zakresie będzie musiał ulec reorganizacji, tj. zgodnie z przyjętymi kryteriami w województwie powinna funkcjonować tylko jedna dyspozytornia medyczna. Wojewoda, jako odpowiedzialny za organizację i funkcjonowanie systemu PRM w województwie, powinien uzyskać uprawnienie do podejmowania decyzji o utrzymaniu liczby dyspozytorni medycznych na	Uwaga nieuwzględniona. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy

		poziomie o jeden stopień wyższym, niż by to wynikało z liczby mieszkańców lub należy przyjąć (uwzględniając cechy funkcjonalne systemu SWD PRM, w tym jego docelową zastępowalność na poziomie krajowym), że w każdy województwie funkcjonuje jedna dyspozytornia medyczna (wzorem centrów powiadamiania ratunkowego).	służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Ostatni etap koncentracji dyspozytorni medycznych realizowany od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie dotyczył następujących 11 województw (w pozostałych już w roku 2017 będzie docelowa 1 DM): 1. dolnośląskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 2. kujawsko-pomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 3. lubelskie (do koncentracji pozostałaby 3 DM), 4. małopolskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 5. mazowieckie (do koncentracji pozostałaby 3 DM), 6. podkarpackie (do koncentracji pozostałaby 4 DM), 7. podlaskie (do koncentracji pozostałaby 2 DM), 8. pomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 9. śląskie (do koncentracji pozostałaby 3DM), 10. wielkopolskie (do koncentracji pozostałaby 4 DM), 11. zachodniopomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM). Sprzęt dostarczony do obsługi SWD PRM w przypadku koncentracji dyspozytorni medycznych będzie wykorzystany w docelowej 1 dyspozytorni medycznej. Projekt zawiera również zapisy umożliwiające - wojewodzie w przypadku gdy obecna lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym wynajęcie pomieszczenia i urządzeń dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmienia tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody.
177.	Wojewoda Zachodniopomorski	Przepis zakładający utworzenie w województwie dyspozytorni medycznych w liczbie nie większej niż jedna w województwie nie wskazuje daty granicznej utworzenia dyspozytorni, o której mowa w przepisie. Termin ten powinien być	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez dodania w art. 6 ust. 9 projektu ustawy terminu dostosowania liczby dyspozytorni medycznych w województwie. Obecne

		jednoznacznie wskazany, a co ważniejsze powinno być jednoznacznie wskazane źródło finansowania wydatków związanych z utworzeniem jednej w województwie dyspozytorni medycznej. Zmiana struktury dysponowania np. w województwie zachodniopomorskim z dwóch na jedną dyspozytornię medyczną wymaga dużych nakładów finansowych związanych z remontem, wyposażeniem i dostosowaniem infrastruktury do realizacji zadania we wskazanej przez ustawę formie i zachowaniem warunków do bezpiecznego przetwarzania danych osobowych. Ustawa powinna przewidywać możliwość funkcjonowania w województwie więcej niż jedna dyspozytornia medyczna (maksymalnie dwie) w województwach, w których przyjęte rozwiązania gwarantują sprawne funkcjonowanie SWD PRM. W województwie zachodniopomorskim dwie dyspozytornie medyczne zapewniają właściwe funkcjonowanie wprowadzanego systemu.	doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, - skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Ostatni etap koncentracji dyspozytorni medycznych realizowany od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie dotyczył następujących 11 województw (w pozostałych już w roku 2017 będzie docelowa 1 DM): 1. dolnośląskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 2. kujawsko-pomorskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 3. lubelskie (do koncentracji pozostałaby 3 DM), 4. małopolskie (do koncentracji pozostałaby 1 DM), 5. mazowieckie (do koncentracji pozostałaby 3 DM), 6. podkarpackie (do koncentracji pozostałaby 4 DM),
--	--	--	---

				7. podlaskie (do koncentracji pozostałyby 2 DM), 8. pomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 9. śląskie (do koncentracji pozostałyby 3DM), 10. wielkopolskie (do koncentracji pozostałyby 4 DM), 11. zachodniopomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM). Sprzęt dostarczony do obsługi SWD PRM w przypadku koncentracji dyspozytorni medycznych będzie wykorzystany w docelowej 1 dyspozytorni medycznej.
178.		Wojewoda Śląski	Dot. Art. 25a ust.1 – uwaga analogiczna jak do art. 3 pkt 14a Niezasadnym jest sztywne wskazywanie i narzucanie Wojewodzie liczby jednej dyspozytorni na 2 mln mieszkańców. Określenie ilości dyspozytorni powinno być poprzedzone analizą w oparciu o ilość zespołów w jednym rejonie operacyjnym, ilość ludności i gęstość zaludnienia zapewniając właściwą realizację zadań dysponentom	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25: W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”. Dodatkowo zmieniono brzmienie art. 21 ust. 3b na następujące: „3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Zaproponowane rozwiązania dadzą możliwość wojewodzie wprowadzenia właściwego rozwiązania w zależności od różnych zmiennych mających wpływ na funkcjonowanie dyspozytorni medycznych.
179.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	1. zmienić nie wojewoda tworzy, a dysponent tworzy..... Konsekwencja propozycji zmiany miejsca dyspozytorni u dysponenta 2. w szczególnie uzasadnionych przypadkach po uzyskaniu zgody MZ na wniosek wojewody można utworzyć dodatkową dyspozytornię mogą zaistnieć sytuacje specyficzne dla danego terenu, które uzasadnią sposób obiektywny i rzeczywisty taką potrzebę	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z definicją dyspozytorni medycznej – dyspozytornia medyczna to komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego. Dodatkowo zmieniono brzmienie art. 21 ust. 3b na następujące: „3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po

				dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Zaproponowane rozwiązania dadzą możliwość wojewodzie wprowadzenia właściwego rozwiązania w zależności od różnych zmiennych mających wpływ na funkcjonowanie dyspozytorni medycznych.
180.		Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	W związku z rozwojem dostępnych technologii informatycznych istotna jest dalsza integracja dyspozytorni medycznych w proporcji – jedna na województwo, zgodnie z propozycją określoną w projekcie ustawy o <i>zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z 14.10.2016 r. 11:45</i> Art. 25a1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż jedna w województwie . Dyspozytornie medyczne działają w sposób zapewniający ich zastępowalność(...)	Uwaga zgodna z projektem ustawy.
181.		Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Wątpliwość budzi wskazany w uzasadnieniu do ustawy 25a zapis o wprowadzeniu ograniczenia „...nie większej niż jedna dyspozytornia w województwie...”, co spowoduje, iż w rejonach operacyjnych lub województwach większych niż 2 mln trzeba będzie likwidować dyspozytornie medyczne do poziomu jedna dyspozytornia w województwie, a następnie ponownie tworzyć kolejne dyspozytornie tak by spełniać wymagania kolejnej nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Reorganizacja systemu związana będzie z kolejnymi nakładami finansowymi. Ponadto wielu dysponentów zespołów ratownictwa medycznego przeprowadziło modernizację dyspozytorni i systemów łączności inwestując własne i unijne środki finansowe. Zmniejszenie liczby dyspozytorni może spowodować zbyt długi czas oczekiwania na przyjęcie zgłoszenia i tym samym nie zabezpieczy danego terenu w świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw; Wojewoda w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa

				medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne.
182.		Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych/ Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej	Wątpliwości budzi zmiana umiejscowienia stanowisk dyspozytorów medycznych, poprzez ich przejście od dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do wojewodów. W wielu województwach dysponenti zespołów ratownictwa medycznego przeprowadzili modernizację swych dyspozytorni, systemów łączności radiowej i elektronicznej, angażując własne i unijne środki finansowe, a należy podkreślić, że budowa nowej infrastruktury przy wojewodach będzie wymagała czasu oraz kolejnych nakładów finansowych, tym razem z budżetu państwa. Uważamy, że dyspozytornia jedna na województwo nie zapewni sprawnego działania systemu i bezpieczeństwa pacjentów, a zastępowalność, jak wskazano w projekcie ustawy jest wirtualna i w praktyce niemożliwa do zrealizowania. Rejony operacyjne oderwane od dysponentów i nie pokrywające się z obszarem działania dyspozytorni spowodują chaos organizacyjny i przerzucanie się odpowiedzialnością za wykonane czynności ratunkowe. Aby zapewnić bezpieczeństwo przyjmowania i obsługi zgłoszeń nie powinno być jednej dyspozytorni na województwo. Dyspozytornie medyczne powinny znajdować się u dysponentów jednostek i powinny mieć możliwość zastępowalności w razie awarii.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw; Wojewoda w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, - skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia

				zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne.
183.		Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	W art. 25a. ust. 1. zmienić zapis „...wojewoda tworzy dyspozytornię medyczną...” na zapis „...wojewoda tworzy dyspozytornie medyczne w liczbie nie mniejszej niż dwie w województwie.” Liczba co najmniej dwóch dyspozytorni medycznych w województwie zapewni poprawę funkcjonowania systemu w sytuacji awaryjnej i zabezpieczy zastępowalność dyspozytorni medycznych w ramach jednego województwa, gdzie odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu ponosi dany wojewoda. Zabezpieczy to system w sytuacjach kryzysowych, np. związanych z zagrożeniem terrorystycznym.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw; Wojewoda w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,

				- poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne.
184.		SPSK Nr 1 Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych	Art. 25a Została założona zbyt duża liczba mieszkańców przypadających na 1 dyspozytornię. Powinno być maksymalnie 1 na 1 mln mieszkańców. Poza tym w dużej części województw już zakończono fazę dostosowywania liczby dyspozytorni do potrzeb województwa. Gdyby zrealizować zapisy art. 25 punkt 1 w województwie zachodniopomorskim możliwe byłoby działanie tylko 1 dyspozytorni. Skutkowałoby to koniecznością zbudowania zupełnie nowej, większej dyspozytorni. Obydwe, które działają obecnie (Szczecin, Kołobrzeg) są za małe, żeby przejąć funkcje drugiej, a nie ma możliwości ich rozbudowy. Oznacza to ogromne koszty, a wnioskodawca w wyjaśnieniach napisał, że ta zmiana będzie bezkosztowa.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw; Wojewoda w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, - skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania

			życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Dodatkowo zmieniono brzmienie art. 21 ust. 3b na następujące: „3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Zaproponowane rozwiązania dadzą możliwość wojewodzie wprowadzenia właściwego rozwiązania w zależności od różnych zmiennych mających wpływ na funkcjonowanie dyspozytorni medycznych.
185.	Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	zmienić zapis „...tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż jedna w województwie.” na zapis „...tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie mniejszej niż dwie w województwie.” Liczba co najmniej dwóch dyspozytorni medycznych w województwie zapewni poprawę funkcjonowania systemu w sytuacji awaryjnej i zabezpieczy zastępowalność dyspozytorni medycznych w ramach jednego województwa, gdzie odpowiedzialność za funkcjonowanie systemu ponosi dany wojewoda. Zabezpieczy to system w sytuacjach kryzysowych, np. związanych z zagrożeniem terrorystycznym.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw; Wojewoda w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego

			systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Dodatkowo zmieniono brzmienie art. 21 ust. 3b na następujące: „3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Zaproponowane rozwiązania dadzą możliwość wojewodzie wprowadzenia właściwego rozwiązania w zależności od różnych zmiennych mających wpływ na funkcjonowanie dyspozytorni medycznych.
186.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Wątpliwość budzi wskazany w artykule ustawy 25a zapis o wprowadzeniu ograniczenia „...nie większej niż jedna dyspozytornia w województwie...”, co spowoduje, iż w rejonach operacyjnych lub województwach większych niż 2 mln trzeba będzie likwidować dyspozytornie medyczne do poziomu jedna dyspozytornia w województwie, a następnie ponownie tworzyć kolejne dyspozytornie tak by spełniać wymagania kolejnej nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Reorganizacja systemu związana będzie z kolejnymi nakładami finansowymi. Ponadto wielu dysponentów zespołów ratownictwa medycznego przeprowadziło modernizację dyspozytorni i systemów łączności inwestując własne i unijne środki finansowe.	Uwaga nieuwzględniona Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw; Wojewoda w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW

		Zmniejszenie liczby dyspozytorni może spowodować zbyt długi czas oczekiwania na przyjęcie zgłoszenia i tym samym nie zabezpieczy danego terenu w świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego.	a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, - skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Dodatkowo zmieniono brzmienie art. 21 ust. 3b na następujące: „3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Zaproponowane rozwiązania dadzą możliwość wojewodzie wprowadzenia właściwego rozwiązania w zależności od różnych zmiennych mających wpływ na funkcjonowanie dyspozytorni medycznych. Większa liczba dyspozytorni
--	--	---	--

				medycznych nie przekłada się na liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych lecz powoduje ich większe rozproszenie w terenie, co jest zjawiskiem niekorzystnym, utrudniającym dysponowanie ZRM zwłaszcza w przypadku zdarzeń mnogich i masowych.
187.		Wojewoda Zachodniopomorski	Przepis zakładający utworzenie w województwie dyspozytorni medycznych w liczbie nie większej niż jedna w województwie nie wskazuje daty granicznej utworzenia dyspozytorni, o której mowa w przepisie. Termin ten powinien być jednoznacznie wskazany, a co ważniejsze powinno być jednoznacznie wskazane źródło finansowania wydatków związanych z utworzeniem jednej w województwie dyspozytorni medycznej. Zmiana struktury dysponowania np. w województwie zachodniopomorskim z dwóch na jedną dyspozytornię medyczną wymaga dużych nakładów finansowych związanych z remontem, wyposażeniem i dostosowaniem infrastruktury do realizacji zadania we wskazanej przez ustawę formie i zachowaniem warunków do bezpiecznego przetwarzania danych osobowych. Ustawa powinna przewidywać możliwość funkcjonowania w województwie więcej niż jedna dyspozytornia medyczna (maksymalnie dwie) w województwach, w których przyjęte rozwiązania gwarantują sprawne funkcjonowanie SWD PRM. W województwie zachodniopomorskim dwie dyspozytornie medyczne zapewniają właściwe funkcjonowanie wprowadzanego systemu. Propozycja: Art. 25a ust.1 W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art.26 ust.1, tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie zapewniającej sprawne funkcjonowanie systemu SWD RRM.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez dodania w art. 6 ust. 9 projektu ustawy terminu dostosowania liczby dyspozytorni medycznych w województwie. Obecne doświadczenia województw, w których już od kilku lat funkcjonuje 1 dyspozytornia medyczna (woj. warmińsko-mazurskie, woj. świętokrzyskie, woj. opolskie) oraz województw w których już od kilku lat funkcjonują jedynie 2 DM (woj. zachodniopomorskie, woj. małopolskie) - województwa te utrzymują drugą DM jedynie z uwagi na brak możliwości zastępowalności przez inną DM wskazując, że skoncentrowanie sił i środków w jednym ośrodku w sposób znaczący poprawia funkcjonowanie całego systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne poprzez: - zwiększenie bezpieczeństwa osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w związku z zawartym w SWD PRM jednolitym rozwiązaniem w skali kraju – zastępowalność dyspozytorni medycznych, - skrócenie czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, - poprawę zarządzania informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, - zapewnienie sprawnego przekazywania danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego, - przyczynienie się do rozwoju systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne, - dostarczenie rzeczywistych danych dotyczących funkcjonowania systemu PRM w kraju – pierwszy raz od jego powstania w oparciu o identyczne kryteria. Dodatkowo obecnie wdrażany system SWD PRM posiada wielopoziomowe rozwiązania w zakresie zastępowalności dyspozytorni medycznych co obecnie w skali kraju jest niedostępne. Ostatni etap koncentracji dyspozytorni medycznych realizowany od 01.01.2018 do 01.01.2028 będzie dotyczył następujących 11 województw (w pozostałych już w roku

				2017 będzie docelowa 1 DM): 1. dolnośląskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 2. kujawsko-pomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 3. lubelskie (do koncentracji pozostałyby 3 DM), 4. małopolskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 5. mazowieckie (do koncentracji pozostałyby 3 DM), 6. podkarpackie (do koncentracji pozostałyby 4 DM), 7. podlaskie (do koncentracji pozostałyby 2 DM), 8. pomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM), 9. śląskie (do koncentracji pozostałyby 3DM), 10. wielkopolskie (do koncentracji pozostałyby 4 DM), 11. zachodniopomorskie (do koncentracji pozostałyby 1 DM). Sprzęt dostarczony do obsługi SWD PRM w przypadku koncentracji dyspozytorni medycznych będzie wykorzystany w docelowej 1 dyspozytorni medycznej.
188.		Wojewoda Warmińsko-Mazurski	art. 25a ust. 1 proponowane brzmienie: „ Art. 25a. 1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, tworzy się w województwie dyspozytornię medyczną, w liczbie nie większej niż: 1) jedna do 2 mln mieszkańców; 2) dwie od 2-4 mln mieszkańców; 3) trzy powyżej 4 mln mieszkańców.” Uzasadnienie: Proponowany zapis jest spójny z zapisami tzw. „dużej nowelizacji” ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.	Uwaga nieuwzględniona. Dokonano zmiany brzmienia art. 25a na następujące: W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”.
189.		Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Co do zasady w województwie tworzy się nie więcej niż jedną dyspozytornię medyczną. Propozycja przedmiotowego uzupełnienia zapisu ww. artykułu 25a ust.1 o zapis zawierający kryterium liczby mieszkańców warunkującej liczbę dyspozytorni medycznych w województwie, tj. art. 25a nadać brzmienie ust. 1 o treści: „W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż: 1) jedną do 1,5 mln mieszkańców,	Uwaga nieuwzględniona. Dokonano zmiany brzmienia art. 25a na następujące: W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną,

		2) dwie od 1,5-4 mln mieszkańców, 3) trzy powyżej 4 mln mieszkańców”; wynika z konieczności umocowania już w tej nowelizacji ustawy o PRM stanu faktycznego w zakresie liczby dyspozytorni medycznych, tworzonych aktualnie w województwach, w większości przez Wojewodów, jako dyspozytornie skoncentrowane. Postulat jest o tyle racjonalny, że w otrzymanym równolegle do zaopiniowania projekcie tzw. „dużej” nowelizacji ustawy o PRM, tenże parametr ilościowy w zakresie liczby mieszkańców, przekładający się na liczbę dyspozytorni, już występuje.	o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”.
190.	Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 25a ust. 1., zgodnie z kolejną nowelizacją: W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1 tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż: 1. jedna na 0-2 mln mieszkańców; 2. dwie na 2-4 mln mieszkańców; 3. trzy na 4 mln i więcej mieszkańców. Mając na uwadze kolejny, opiniowany projekt zmian do przedmiotowej ustawy wprowadzenie ograniczenia „nie większej niż jedna dyspozytornia w województwie” wydaje się niezasadne z uwagi na możliwość wystąpienia utrudnień dla większych województw.	Uwaga nieuwzględniona. Dokonano zmiany brzmienia art. 25a na następujące: W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”.
191.	Wojewoda Śląski	Utworzenie jednej dyspozytorni w województwie śląskim biorąc pod uwagę ilość dyspozytorni aktualnie działających oznacza likwidację 5 dyspozytorni i utworzenie jednej. Specyfika i dotychczasowe doświadczenia pozwalają domniemywać, że jest to „dość” ryzykowne. Aktualny przyjęty przelicznik około 800 tys. do 1 mln osób na dyspozytornie gwarantuje optymalne rozłożenie ilości zgłoszeń oraz utrzymanie czasów operacyjnych zapisanych w ustawie. Przyjęte w projekcie, co do zasady, tworzenie jednej dyspozytorni na terenie województwa jest założeniem niezrozumiałym. Przecież mamy województwa różniące się kilkukrotnie populacją mieszkańców. Ilość dyspozytorni powinna być określona ilością mieszkańców i poprzedzona bezwzględną analizą optymalnego rozwiązania. W województwie śląskim przeprowadzono proces budowy skonsolidowanych dyspozytorni medycznych na podstawie liczby ludności oraz ilości zgłoszeń, określono ich ilość. Obecna liczebność skonsolidowanych dyspozytorni medycznych	Uwaga nieuwzględniona. Dokonano zmiany brzmienia art. 25a na następujące: W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie

			w województwie śląskim odpowiada racjonalnym potrzebom mieszkańców. Znajomość trudnego terenu operacyjnego przez dyspozytorów (góry, jeziora, przysiółki, znaczne zwiększenie ilości mieszkańców podczas okresu letniego oraz zimowego, bardzo duża liczba sanatoriów, miejscowości uzdrowiskowe działające przez cały rok) daje gwarancję prawidłowego dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, a w konsekwencji bezpieczeństwo mieszkańców rejonu operacyjnego. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na sam zapis w „.....liczbie nie większej niż jedna...”, który pośrednio wskazuje, iż może istnieć województwo bez dyspozytorni.	dyspozytornie.”.
192.	Art. 25a ust. 1a	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	W art. 1 pkt 7 proponujemy: dodanie w nowo projektowanym art. 25a ustępu 1a o treści: „1a. Na wniosek wojewody minister właściwy do spraw zdrowia może dopuścić utworzenie dodatkowych dyspozytorni medycznych w lokalizacjach uzasadniających ich funkcjonowanie;” Uzasadnienie Za suwerenną decyzją wojewody przemawiają zapisy ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego z dnia 22 listopada 2013 r. (z późn. zm.) dotyczące organizacji centrów powiadamiania ratunkowego, w których to wojewoda decyduje o utworzeniu oddziału centrum lub powierza organizację np. staroście lub prezydentowi miasta na prawach powiatu. Poniżej art. 6 i 7 ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego. Art. 6. 1. Centrum tworzy wojewoda. 2. Wojewoda określa lokalizację i szczegółową organizację centrum z uwzględnieniem kwestii finansowych, społecznych i terytorialnych w celu zapewnienia skuteczności działania systemu. 3. Wojewoda, mając na uwadze zapewnienie sprawności działania systemu, może podjąć decyzję o utworzeniu oddziałów centrum. Art. 7. 1. Centrum znajduje się w strukturze urzędu wojewódzkiego, z wyłączeniem centrum utworzonego na podstawie ust. 2. 2. Wojewoda może, w drodze porozumienia, powierzyć organizowanie i prowadzenie centrum staroście lub prezydentowi miasta na prawach powiatu, służbie, inspekcji lub straży wchodzącej w skład zespolonej administracji wojewódzkiej. Porozumienie określa prawa i obowiązki stron oraz zasady organizowania, prowadzenia, utrzymania centrum, a także zasady zatrudniania pracowników centrum. Jednocześnie zgodnie z art. 19 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym „Planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody.” Powyższe jest ograniczeniem tego zadania – nie kto inny jak wojewoda zna najlepiej potrzeby swojego województwa w zakresie ratownictwa medycznego, a mogą istnieć uwarunkowania przemawiające za takim rozwiązaniem	Uwaga nieuwzględniona. W związku z uwagami przekazanymi przez urzędy wojewódzkie zmieniono brzmienie art. 25a na następujące: „1. W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, wojewoda tworzy dyspozytornię w liczbie nie większej niż jedna w województwie, będącą komórką organizacyjną, o której mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 23 stycznia 2009 r. o wojewodzie i administracji rządowej w województwie (Dz. U. z 2015 r. poz. 525 i 1960) właściwą w zakresie ratownictwa medycznego. 2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć dwie dyspozytornie.”. Większa liczba dyspozytorni medycznych nie przekłada się na liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych lecz powoduje ich większe rozproszenie w terenie, co jest zjawiskiem niekorzystnym, utrudniającym dysponowanie ZRM zwłaszcza w przypadku zdarzeń mnogich i masowych. Dodatkowo zmieniono brzmienie art. 21 ust. 3b na następujące: „3b. Możliwe jest dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10, do aktualnych potrzeb systemu, po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń.”. Zaproponowane rozwiązanie dadzą możliwość wojewodzie wprowadzenia właściwego rozwiązania w zależności od różnych zmiennych mających wpływ na funkcjonowanie dyspozytorni medycznych.
193.		Wojewoda Śląski	Niezasadny zapis Art. 25a ust. 3 – w sytuacji utworzenia i prowadzenia przez wojewodę dyspozytorni medycznych nie ma uzasadnienia dla przekazywania	Uwaga nieuwzględniona. Do czasu zatrudniania dyspozytorów medycznych przez

			dysponentom wytycznych dot. sposobu i trybu zastępowalności.	dysponentów a tym samym prowadzenia dyspozytorni medycznej w strukturach podmiotu leczniczego konieczne jest aby dysponent znał rozwiązania jakie zostały przygotowane w zakresie zastępowalności skoncentrowanych dyspozytorni medycznych.
194.		Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 25a ust. 4: Wojewoda powołuje i odwołuje osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej zwaną dalej „kierownikiem dyspozytorni”. W przypadku, gdy zadanie prowadzenia dyspozytorni medycznej wykonuje na zlecenie wojewody podmiot leczniczy „kierownika dyspozytorni” powołuje i odwołuje ten podmiot, w porozumieniu z wojewodą. Nie należy wykluczać, iż zadanie prowadzenia dyspozytorni medycznej wojewoda będzie powierzał istniejącemu podmiotowi leczniczemu, które to zadanie będzie prowadzone na bazie miejsca zorganizowanego przez wojewodę. Wydaje się to zasadnym, gdyż świadczenia medyczne dyspozytorni medycznej może wykonywać tylko i wyłącznie podmiot leczniczy, co zmuszałoby wojewodów do powoływania własnych podmiotów leczniczych wraz z pełnymi konsekwencjami wymagań dla takiego podmiotu.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda będzie miał jedynie możliwość w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody. Wojewoda nie będzie miał możliwości powierzania prowadzenia dyspozytorni medycznej.
195.		Wojewoda Mazowiecki	w zakresie dodania art. 25a ust. 3 wojewoda zostaje zobowiązany do przekazania wytycznych dotyczących zastępowalności dyspozytorni medycznych dysponentom zespołów ratownictwa medycznego, jednocześnie zgodnie z ust. 1 wskazanego przepisu to wojewoda tworzy dyspozytornie a nie dysponenti; Zapis wydawałby się słuszny w sytuacji pozostania dyspozytorni w strukturach dysponenta.	Uwaga nieuwzględniona. Do czasu zatrudniania dyspozytorów medycznych przez dysponentów a tym samym prowadzenia dyspozytorni medycznej w strukturach podmiotu leczniczego konieczne jest aby dysponent znał rozwiązania jakie zostały przygotowane w zakresie zastępowalności skoncentrowanych dyspozytorni medycznych.
196.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	w sytuacji utworzenia i prowadzenia przez wojewodę dyspozytorni medycznych nie ma uzasadnienia dla przekazywania dysponentom wytycznych dot. sposobu i trybu zastępowalności.	Uwaga nieuwzględniona. Do czasu zatrudniania dyspozytorów medycznych przez dysponentów a tym samym prowadzenia dyspozytorni medycznej w strukturach podmiotu leczniczego konieczne jest aby dysponent znał rozwiązania jakie zostały przygotowane w zakresie zastępowalności skoncentrowanych dyspozytorni medycznych.
197.	Art. 25a ust. 4	Wojewoda Lubuski	Proponuje się ujednolicenie i doprecyzowanie formy zatrudnienia. Forma zatrudnienia ma wpływ na stabilność zatrudnienia kadry.	Uwaga uwzględniona w zakresie ujednolicenia formy zatrudnienia kierownika i jego zastępcy poprzez powołanie.
198.		Wojewoda Śląski	Otrzymuje brzmienie: Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną zatrudnia osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej, zwaną dalej „kierownikiem dyspozytorni”.	Uwaga uwzględniona w zakresie ujednolicenia formy zatrudnienia kierownika i jego zastępcy poprzez powołanie.
199.		Wojewoda Kujawsko-Pomorski	„Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną powołuje i odwołuje osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej, zwaną dalej „kierownikiem dyspozytorni”. W ten sposób zredagowany zapis w pierwszej kolejności skutkuje problemem	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zawarcia w jednym projekcie tzw. „małej” nowelizacji zapisów obejmujących obszar funkcjonowania dyspozytorni medycznej i realizacji zadań przez dyspozytora

			formalnym wynikającym ze stwierdzenia, że dysponent ZRM „posiada” dyspozytornię medyczną. Rodzi się pytanie, co w sytuacji, kiedy dysponent ZRM realizuje dysponowanie zespołów w dyspozytorni przygotowanej, administrowanej i w dużej części utrzymywanej już przez Wojewodę, jako docelowej dyspozytorni skoncentrowanej. Kolejna przygotowywana nowelizacja ustawy o PRM (tzw. „duża”), w tym samym artykule przewiduje już wprost wskazanie statusu własnościowego dyspozytorni i odpowiedzialności za warunki jej funkcjonowania po stronie Wojewody. Abstrahując od analizowanego w tym punkcie zapisu, rodzi się pytanie, w jaki sposób zostanie zmieniony status własnościowy dyspozytorni medycznych, stanowiących obecnie własność dysponentów ZRM, tak by możliwe było zastosowanie przyszłego przepisu o „tworzeniu” dyspozytorni medycznej przez Wojewodę, która ma znajdować się w strukturze Urzędu Wojewódzkiego, jako jego komórka organizacyjna. W przypadku woj. kujawsko-pomorskiego, w którym dwie medyczne dyspozytornie skoncentrowane są własnością Wojewody, ten problem nie będzie miał znaczenia, jednak w kraju funkcjonują aktualnie dyspozytornie medyczne skoncentrowane, stanowiące własność dysponentów ZRM. Czy w tym ostatnim przypadku Wojewoda będzie zobowiązany do zorganizowania od podstaw podległej sobie dyspozytorni medycznej?	medycznego. Wojewoda będzie miał możliwość w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody.
200.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić nie wojewoda a dysponent powołuje kierownika dyspozytorni. Konsekwencja propozycji zmiany miejsca dyspozytorni u dysponenta	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z definicją dyspozytorni medycznej – dyspozytorni medyczna to komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego.
201.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Otrzymuje brzmienie: „Wojewoda powołuje i odwołuje osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej zwana dalej „kierownikiem dyspozytorni” a w przypadku gdy zadanie prowadzenia dyspozytorni medycznej wykonuje na zlecenie wojewody podmiot medyczny „kierownika dyspozytorni” powołuje i odwołuje ten podmiot.”. Nie należy wykluczać, iż zadanie prowadzenia dyspozytorni medycznej wojewoda będzie powierzał istniejącemu podmiotowi medycznemu, które to zadanie będzie prowadzone na bazie miejsca zorganizowanego przez wojewodę. Wydaje się być to zasadnym, gdyż świadczenia medyczne dyspozytorni medycznej może wykonywać tylko i wyłącznie podmiot medyczny, co zmuszałoby wojewodów do powoływania własnych podmiotów medycznych wraz z pełnymi konsekwencjami wymagań dla takiego podmiotu.	Uwaga nieuwzględniona. Wojewoda będzie miał jedynie możliwość w przypadku gdy obecnie lokalizacja skoncentrowanej dyspozytorni medycznej znajduje się w podmiocie leczniczym będzie mógł wynająć pomieszczenia i urządzenia dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody. Wojewoda nie będzie miał możliwości powierzania prowadzenia dyspozytorni medycznej.
202.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Proponowany zapis: Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną zatrudnia osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej, zwaną dalej „kierownikiem dyspozytorni”.	Uwaga nieuwzględniona. Zarówno kierownik jak i jego zastępca będą zatrudniani na podstawie powołania. Zgodnie z definicją dyspozytorni medycznej – dyspozytorni medyczna to komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego.
203.	Art. 25a	Naczelna Izba	Proponujemy wykreślenie w art. 25a ustępy 4-7.	Uwaga nieuwzględniona.

204.	ust 4 i 7	Pielęgniarek i Położnych	Główny dyspozytor będzie pełnił funkcję jednocześnie kierownika dyspozytorni odpowiedzialnego za pracę w czasie pełnionego dyżuru. Nie ma potrzeby powoływania nowych stanowisk	Projekt ustawy w projektowanym art. 25a ust. 6 zawiera katalog zadań jakie ma realizować kierownik dyspozytorni medycznej. Nie ma fizycznej możliwości łączenia dwóch funkcji kierownika dyspozytorni medycznej oraz dyspozytora głównego.
205.		Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	należy dopuścić do możliwości obsadzania stanowiska kierownika osoby o innych kwalifikacjach niż określone w art. 26 ust. 2 Uzasadnienie uwagi: ze względu na fakt iż osoby te są głównie organizatorami pracy dyspozytorni i powinny mieć predyspozycje menadżerskie, a nie wyłącznie doświadczenie dyspozytorskie. Natomiast stanowisko zastępcy kierownika dyspozytorni powinno być obwarowane doświadczenie dyspozytorskim. Podobny zapis jest w ustawie o działalności leczniczej w odniesieniu do kierownika podmiotu. Takie rozwiązanie wydaje się zasadne zwłaszcza przy powołaniu stanowisk dyspozytora głównego i jego zastępcy. W art. 26 2a i 2c powołuje się również stanowiska całodobowe dyspozytora głównego oraz jego zastępcy, tak więc tworzenie czterech stanowisk z wymogami wyłącznie doświadczenia w przyjmowaniu i obsłudze powiadomień o zdarzeniach nie jest zasadne	Uwaga nieuwzględniona. Zarówno kierownik, jak i jego zastępca powinni mieć doświadczenie w zakresie pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. Proponowana zmiana brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych,” oraz art. 25a ust. 7: „7.Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych,” oraz art.26. ust.2b: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za

				przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”.
206.		ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	należy dopuścić do możliwości obsadzania stanowiska kierownika osoby o innych kwalifikacjach niż określone w art. 26 ust. 2 Uzasadnienie: ze względu na fakt iż osoby te są głównie organizatorami pracy dyspozytorni i powinny mieć predyspozycje menadżerskie, a nie wyłącznie doświadczenie dyspozytorskie. Natomiast stanowisko zastępcy kierownika dyspozytorni powinno być obwarowane doświadczenie dyspozytorskim. Podobny zapis jest w ustawie o działalności leczniczej w odniesieniu do kierownika podmiotu. Takie rozwiązanie wydaje się zasadne zwłaszcza przy powołaniu stanowisk dyspozytora głównego i jego zastępcy. W art. 26 2a i 2c powołuje się również stanowiska całodobowe dyspozytora głównego oraz jego zastępcy, tak więc tworzenie czterech stanowisk z wymogami wyłącznie doświadczenia w przyjmowaniu i obsłudze powiadomień o zdarzeniach nie jest zasadne	Uwaga nieuwzględniona. Zarówno kierownik, jak i jego zastępca powinni mieć doświadczenie w zakresie pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. Proponowana zmiana brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz art. 25a ust. 7 : „7Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz art.26. ust.2b: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.”.
207.		Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	zmienić na powołanie w przypadku obu stanowisk tj. kierownika i zastępcy uzasadnienie: forma zatrudnienia kierownika dyspozytorni i jego zastępcy powinna być jednolita – proponujemy powołanie w obu przypadkach	Uwaga uwzględniona.

208.		ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	zmienić na zatrudnienie w przypadku obu stanowisk tj. kierownika i zastępcy Uzasadnienie: forma zatrudnienia kierownika dyspozytorni i jego zastępcy powinna być jednolita	Uwaga uwzględniona.
209.	Art. 25a ust. 5 i 7	Wojewoda Śląski	Niezrozumiała intencja zapisu Art. 25a ust. 5 i 7 – brak określenia wymogu wykształcenia dla kierownika dyspozytorni medycznej i jego zastępcy – stoi w sprzeczności z wymogami posiadania wykształcenia wyższego (dla pielęgniarek – nawet studiów II st.) dla osób wykonujących zadania dyspozytora głównego. Niezrozumiałe zróżnicowanie sposobu (formy) zatrudnienia – kierownik dyspozytorni jest powoływany przez wojewodę, jego zastępcę wojewoda może zatrudnić – w jaki sposób? Powinien zostać wprowadzony wymóg posiadania wykształcenia wyższego dla tych osób. Proponowany zapis: Wojewoda zatrudnia osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej, zwaną dalej „kierownikiem dyspozytorni”.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
210.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	brak określenia wymogu wykształcenia dla kierownika dyspozytorni medycznej i jego zastępcy – stoi w sprzeczności z wymogami posiadania wykształcenia wyższego (dla pielęgniarek – nawet studiów II st.) dla osób wykonujących zadania dyspozytora głównego. Niezrozumiałe zróżnicowanie sposobu (formy) zatrudnienia – kierownik dyspozytorni jest powoływany przez wojewodę, jego zastępcę wojewoda może zatrudnić – w jaki sposób? Powinien zostać wprowadzony wymóg posiadania wykształcenia wyższego dla tych osób. Proponowany zapis: Wojewoda zatrudnia osobę odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej, zwaną dalej „kierownikiem dyspozytorni”.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla

				ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
211.	Art. 25a ust. 5-7	Wojewoda Podlaski	w art. 1 w pkt 4 dotyczącym nowego art. 25a ust. 5 i 7 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (...), proponuje się aby wymagania dla kierownika dyspozytorni lub jego zastępcy (zamiast proponowanych wynikających z art. 26 ust. 2 ustawy) ograniczyć wyłącznie do doświadczenia zawodowego w zakresie systemu państwowe ratownictwo medyczne, systemu powiadamiania ratunkowego lub bezpieczeństwa publicznego. Projektowane wymagania wynikające art. 26 ust. 2 nie oznaczają, iż kandydaci je spełniający będą posiadać umiejętności właściwe dla sprawnego i efektywnego zarządzania zasobami ludzkimi. Wsparciem merytorycznym dla kierownika i jego zastępcy może być zgodnie z art. 26 ust 2a dyspozytor medyczny główny. Dodatkowo projektowane brzmienie przepisu prowadzi do zbyt rozbudowanej struktury kierowniczej (kierownik, zastępca kierownika, dyspozytor medyczny główny, zastępca dyspozytora medycznego głównego);	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy. Struktury kierowniczej DM nie można uznać za zbyt rozbudowaną, gdyż docelowo ma być w kraju 18 dyspozytorni, a z uwagi na wprowadzenie SWD PRM istnieje konieczność właściwego zorganizowania i nadzorowania dyspozytorni medycznej. Dyspozytor główny podlegać będzie kierownikowi dyspozytorni medycznej i ich zadania nie są tożsame.
212.		Wojewoda Opolski	Brak uzasadnienia do utworzenia stanowiska kierownika dyspozytorni oraz zwiększania kosztów jej funkcjonowania. Rezygnacja z zapisu wprowadzającego funkcję kierownika dyspozytorni z jednoczesnym przeniesieniem wskazanego zakresu obowiązków do realizacji przez Głównego Dyspozytora Medycznego i jego zastępcy.	Struktury kierowniczej DM nie można uznać za zbyt rozbudowaną, gdyż docelowo ma być w kraju 18 dyspozytorni, a z uwagi na wprowadzenie SWD PRM istnieje konieczność właściwego zorganizowania i nadzorowania dyspozytorni medycznej. Dyspozytor główny podlegać będzie kierownikowi dyspozytorni medycznej i ich zadania nie są tożsame.
213.	Art. 25a	Wojewoda Pomorski	Niezrozumiała wydaje się tak duża różnica w zakresie wymaganego stażu pracy	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a

	ust. 5		i kwalifikacji kierownika dyspozytorni medycznej, jego zastępcy i głównego dyspozytora. Proponuje się zamienić wymagania dot. stażu pracy i kwalifikacji kierownika i dyspozytora głównego. Istnieje prawdopodobieństwo, że główni dyspozytorzy medyczni z tak długim stażem pracy nie będą spełniali kryteriów dot. wyższego wykształcenia. Art. 25a ust. 5 5. Kierownikiem dyspozytorni może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) ukończyła co najmniej studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego; 3) przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.	ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
214.		Wojewoda Podkarpacki	art. 25a ust. 5 ustawy, w ostatnim zdaniu po przecinku powinien otrzymać brzmienie „(...) i posiadającą co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie wykonywania zadań na stanowisku dyspozytora medycznego.”. Obecny zapis o posiadaniu doświadczenia w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach wydaje się być mniej jednoznaczny niż w zaproponowanym brzmieniu.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”,
215.		Wojewoda Wielkopolski	Propozycja: „Kierownikiem dyspozytorni może być (...), przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.” Doświadczenie zawodowe zarówno kierownika dyspozytorni i jego zastępcy jak również głównego dyspozytora medycznego wraz z zastępcą wymaga uporządkowania. Niższe wymagania wobec kierownika dyspozytorni powodują dysonans kompetencyjny w zakresie pełnionych funkcji Ponadto, zbyt wysokie wymagania znacznie ograniczają liczbę osób mogących pełnić ww. funkcje.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni,

				którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy
216.		Wojewoda Zachodniopomorski	Przepis określa, że kierownikiem dyspozytorni może być osoba spełniająca wymagania wskazane dla dyspozytora medycznego i posiadająca co najmniej 3 letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach. Brak zapisu wskazującego, czy sprawuje on nadzór nad głównym dyspozytorem medycznym, jeżeli tak jest – to powinien mieć on przynajmniej takie samo doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach jak główny dyspozytor medyczny. W związku z powyższym proponuje się wskazanie zarówno dla kierownika dyspozytorni jak i głównego dyspozytora 5-letniego doświadczenia przy wykonywaniu ww. czynności. Pomoże to uniknąć sporów kompetencyjnych pomiędzy kierownikiem dyspozytorni, a głównym dyspozytorem. „25a ust. 5 Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust.2 i posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach.”	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy
217.		Wojewoda Pomorski	Niezrozumiała wydaje się tak duża różnica w zakresie wymaganego stażu pracy i kwalifikacji kierownika dyspozytorni medycznej, jego zastępcy i głównego dyspozytora. Proponuje się zamienić wymagania dot. stażu pracy i kwalifikacji kierownika i dyspozytora głównego. Istnieje prawdopodobieństwo, że główni dyspozytorzy medyczni z tak długim stażem pracy nie będą spełniali kryteriów dot. wyższego wykształcenia. W związku z tym, że „<i>nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych działań oraz odsłuch prowadzonych rozmów</i>” ma należeć do zadań kierownika dyspozytorni	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”,

		medycznej powinien mieć on większe doświadczenie niż dyspozytor główny. „Art. 25a ust. 5 5. Kierownikiem dyspozytorni może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) ukończyła co najmniej studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego; 3) przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.”	oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
218.	Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 25a, ust. 5 proponujemy zapis: „Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Projekt ustawy w art. 25a, ust. 6, pkt 4 przewiduje nadzór kierownika dyspozytorni medycznej nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych przez nich działań. Posiadanie przez kierownika dyspozytorni medycznej 3-letniego doświadczenia w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach jest niewystarczające do oceny pracy innych dyspozytorów medycznych. Jednocześnie zapis dotyczący wymagań, by kierownik dyspozytorni medycznej posiadał ukończone studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego spowodować może, że osoby dziś pełniące funkcję kierowników dyspozytorni nie będą mogli pełnić tej funkcji po dniu 30 czerwca 2017 roku. Uważamy za zasadne utrzymanie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie - co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego. Dodatkowo proponujemy zapis dotyczący możliwości pełnienia funkcji kierownika dyspozytorni medycznej przez osoby posiadające kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, które ukończyły co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
219.	Międzyzakładowy	Art. 25a, ust. 5 proponujemy zapis:	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a

	Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	„Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Projekt ustawy w art. 25a, ust. 6, pkt 4 przewiduje nadzór kierownika dyspozytorni medycznej nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych przez nich działań. Posiadanie przez kierownika dyspozytorni medycznej 3-letniego doświadczenia w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach jest niewystarczające do oceny pracy innych dyspozytorów medycznych. Jednocześnie zapis dotyczący wymagań, by kierownik dyspozytorni medycznej posiadał ukończone studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego spowodować może, że osoby dziś pełniące funkcję kierowników dyspozytorni nie będą mogli pełnić tej funkcji po dniu 30 czerwca 2017 roku. Uważamy za zasadne utrzymanie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie - co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego. Dodatkowo proponujemy zapis dotyczący możliwości pełnienia funkcji kierownika dyspozytorni medycznej przez osoby posiadające kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, które ukończyły co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu.	ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
220.	Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 25a, ust. 5 proponujemy zapis: „Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Projekt ustawy w art. 25a, ust. 6, pkt 4 przewiduje nadzór kierownika dyspozytorni medycznej nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych przez nich działań. Posiadanie przez	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo

		kierownika dyspozytorni medycznej 3-letniego doświadczenia w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach jest niewystarczające do oceny pracy innych dyspozytorów medycznych. Jednocześnie zapis dotyczący wymagań, by kierownik dyspozytorni medycznej posiadał ukończone studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego spowodować może, że osoby dziś pełniące funkcję kierowników dyspozytorni nie będą mogli pełnić tej funkcji po dniu 30 czerwca 2017 roku. Uważamy za zasadne utrzymanie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie - co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego. Dodatkowo proponujemy zapis dotyczący możliwości pełnienia funkcji kierownika dyspozytorni medycznej przez osoby posiadające kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, które ukończyły co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu.	i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
221.	Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 25a, ust. 5 proponujemy zapis: „Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Projekt ustawy w art. 25a, ust. 6, pkt 4 przewiduje nadzór kierownika dyspozytorni medycznej nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych przez nich działań. Posiadanie przez kierownika dyspozytorni medycznej 3-letniego doświadczenia w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach jest niewystarczające do oceny pracy innych dyspozytorów medycznych. Jednocześnie zapis dotyczący wymagań, by kierownik dyspozytorni medycznej posiadał ukończone studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego spowodować może, że osoby dziś pełniące funkcję kierowników dyspozytorni nie będą mogli pełnić tej funkcji po dniu 30 czerwca 2017 roku. Uważamy za zasadne utrzymanie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie - co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego. Dodatkowo proponujemy zapis dotyczący możliwości pełnienia funkcji kierownika dyspozytorni medycznej przez osoby posiadające kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, które ukończyły co najmniej studia I stopnia z nauk	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.

			o zarządzaniu.	
222.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	w art. 25a, ust. 5 proponujemy zapis: „Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Projekt ustawy w art. 25a, ust. 6, pkt 4 przewiduje nadzór kierownika dyspozytorni medycznej nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych przez nich działań. Posiadanie przez kierownika dyspozytorni medycznej 3-letniego doświadczenia w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach jest niewystarczające do oceny pracy innych dyspozytorów medycznych.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarzki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarzki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
223.		ZZ Solidarność 80 Małopolska	proponujemy zapis: „Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarzki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarzki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Projekt ustawy w art. 25a, ust. 6, pkt 4 przewiduje nadzór kierownika dyspozytorni medycznej nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych przez nich działań. Posiadanie przez kierownika dyspozytorni medycznej 3letniego doświadczenia w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach jest niewystarczające do oceny pracy innych dyspozytorów medycznych. Jednocześnie zapis dotyczący wymagań, by kierownik dyspozytorni medycznej posiadał ukończone studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarzki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarzki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”.

			dla ratownika medycznego spowodować może, że osoby dziś pełniące funkcję kierowników dyspozytorni nie będą mogli pełnić tej funkcji po dniu 30 czerwca 2017 roku. Uważamy za zasadne utrzymanie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie - co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego. Dodatkowo proponujemy zapis dotyczący możliwości pełnienia funkcji kierownika dyspozytorni medycznej przez osoby posiadające kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, które ukończyły co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu.	Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
224.	Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych		Proponowany zapis: Kierownikiem dyspozytorni może być wyłącznie osoba posiadająca wykształcenie wyższe, spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art 26 ust. 2 i posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”,
225.	Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Ratownictwa Medyczne		proponujemy zapis: „Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Projekt ustawy w art. 25a, ust. 6, pkt 4 przewiduje nadzór kierownika dyspozytorni medycznej nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych przez nich działań. Posiadanie przez kierownika dyspozytorni medycznej 3letniego doświadczenia w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach jest niewystarczające do oceny pracy innych dyspozytorów medycznych. Jednocześnie zapis dotyczący wymagań, by kierownik dyspozytorni medycznej posiadał ukończone studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego spowodować może, że osoby dziś pełniące funkcję kierowników dyspozytorni nie będą mogli pełnić tej funkcji po dniu 30 czerwca 2017 roku. Uważamy za zasadne utrzymanie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie - co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo oraz kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.

			licencjata wymagany dla ratownika medycznego. Dodatkowo proponujemy zapis dotyczący możliwości pełnienia funkcji kierownika dyspozytorni medycznej przez osoby posiadające kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, które ukończyły co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu.	
226.		Wojewoda Zachodniopomorski	Przepis określa, że kierownikiem dyspozytorni może być osoba spełniająca wymagania wskazane dla dyspozytora medycznego i posiadająca co najmniej 3 letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach. Brak zapisu wskazującego, czy sprawuje on nadzór nad głównym dyspozytorem medycznym, jeżeli tak jest - to powinien mieć on przynajmniej takie samo doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach jak główny dyspozytor medyczny. W związku z powyższym proponuje się wskazanie zarówno dla kierownika dyspozytorni jak i głównego dyspozytora 5-letniego doświadczenia przy wykonywaniu ww. czynności. Pomoże to uniknąć sporów kompetencyjnych pomiędzy kierownikiem dyspozytorni, a głównym dyspozytorem. Propozycja: 25a ust. 5 Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust.2 i posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz zmianę brzmienia art. 25a ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”. Ujednolicono również sposób zatrudnienia kierownika oraz jego zastępcy.
227.		Wojewoda Śląski	Otrzymuje brzmienie: Kierownikiem dyspozytorni może być wyłącznie osoba posiadająca wykształcenie wyższe, spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 i posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 25a ust. 5: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”.
228.	Art. 25a ust. 6	Wojewoda Zachodniopomorski	W art. 25a ust. 6 po punkcie 4 proponuję dodać pkt 5 określający wśród zadań kierownika dyspozytorni: nadzór nad pracą głównego dyspozytora medycznego. Propozycja: 25a ust. 6 pkt 5 Nadzór nad pracą głównego dyspozytora medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Dyspozytor główny jest również dyspozytorem medycznym i jest powoływany spośród dyspozytorów medycznych i wobec czego kierownik dyspozytorni medycznej sprawuje nadzór nad jego pracą.
229.		Związek Zawodowy	w art. 25a, ust. 6, pkt 5 dodać zapis:	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie do art. 27a ust. 2

		Pracowników Ratownictwa Medycznego	„dokonywanie oceny i analizy zadań dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Mając na uwadze efektywność oceny dyspozytorów medycznych uważamy za właściwe ujednolicenie wytycznych dotyczących oceny dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dysponenci posiadający dyspozytornię medyczną, jak i kierownicy dyspozytorni medycznych powinni posiadać jednolity formularz oceny dyspozytora medycznego z wytycznymi dotyczącymi oceny z uwzględnieniem jej częstotliwości i zakresu w jakim ocena powinna być prowadzona. Właściwe wydaje się również powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dyspozytor medyczny to niewrażliwy element systemu PRM. Powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych pozwoliłoby na podejmowanie działań po zakończonej ocenie dyspozytora medycznego oraz na prowadzenie jednolitych kursów doskonalących. Dokonywanie oceny jedynie przez kierownika dyspozytorni medycznej wiąże się z ryzykiem braku obiektywizmu i brakiem uruchamianych mechanizmów działań korygujących w sytuacji wystąpienia niezgodności.	pkt 1 w brzmieniu: „1) opracowanie kryteriów oceny pracy dyspozytora medycznego;”. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego. Kierownik dyspozytorni medycznej w oparciu o opracowane przez KCMRM kryteria oceny pracy dyspozytorów medycznych na podstawie art. 25a ust. 6 pkt 5 będzie dokonywał oceny pracy dyspozytorów medycznych.
230. 231.	Art. 25a ust. 8	Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	zamiast „operatorami numerów alarmowych” wpisać „Centrami Powiadamiania Ratunkowego”, bo to jest właściwie nazwany podmiot tak jak wcześniej wymienione Policja i Państwowa Straż Pożarna.	Uwaga uwzględniona.
232.	Art. 25a ust. 6 pkt 1	Wojewoda Podkarpacki	początek zdania powinien otrzymać brzmienie „opracowanie sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej (...)	Uwaga uwzględniona.
233.	Art. 25a ust. 6 pkt 2	Wojewoda Śląski	Otrzymuje brzmienie: Opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii, uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych na podstawie wytycznych wymienionych w art. 25a pkt 2 i 3.	Uwaga uwzględniona.
234.		Wojewoda Śląski	Dot. Art. 25a ust. 6 pkt 2 Opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii, uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych. Proponowany zapis: Opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii, uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych na podstawie wytycznych wymienionych w Art. 25a pkt 2 i 3.	Uwaga uwzględniona.
235.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Proponowany zapis: Opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii, uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych na podstawie wytycznych wymienionych w Art. 25a pkt 2 i 3.	Uwaga uwzględniona.

236.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Proponowany zapis: Opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii, uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych na podstawie wytycznych wymienionych w art. 25a pkt 2 i 3.	Uwaga uwzględniona.
237.	Art. 25a ust. 6 pkt 4	Wojewoda Lubuski	Proponuje się doprecyzowanie przepisów art. 25a ust. 6 pkt 4 w związku art. 26 ust. 2d pkt 2 w ustawie o PRM. Należy doprecyzować zakres sprawowanego przez kierownika dyspozytorni nadzoru nad pracą dyspozytorów medycznych. Zastosowany został katalog otwarty, co niejednoznacznie określa zakres odpowiedzialności i może powodować dublowanie się zadań, które realizowane są przez głównego dyspozytora lub powodować luki w odpowiedzialności za zaniechane lub podjęte działania.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia na następującą: „4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń o charakterze mnogim i masowym.”.
238.			w art. 25a, ust. 6, pkt 4 proponujemy zapis: „bieżący nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych poprzez odsłuch i ocenę prowadzonych rozmów”;	Uwaga niezasadna. Zawęża uprawnienia nadzorcze kierownika DM.
239.		Polska Rada Ratowników Medycznych	w art. 25a, ust. 6, pkt 4 proponujemy zapis: „bieżący nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem jakości prowadzonych rozmów; decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania ZRM; obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”. Uzasadnienie: Zapis „nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych działań oraz odsłuch prowadzonych rozmów” dotyczy głównie oceny przyjmowania zgłoszeń. Szczegółowej oceny wymagają również działania dyspozytorów medycznych w zakresie dysponowania ZRM, jak również obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia na następującą: „4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń o charakterze mnogim i masowym.”.
240.		Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 25a, ust. 6, pkt 4 proponujemy zapis: „bieżący nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem jakości prowadzonych rozmów; decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania ZRM; obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”. Uzasadnienie: Zapis „nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych działań oraz odsłuch prowadzonych rozmów” dotyczy głównie oceny przyjmowania zgłoszeń. Szczegółowej oceny wymagają również działania dyspozytorów medycznych w zakresie dysponowania ZRM, jak również obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym” .	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia na następującą: „4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń o charakterze mnogim i masowym.”.
241.		Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art. 25a, ust. 6, pkt 4 proponujemy zapis: „bieżący nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem jakości prowadzonych rozmów; decyzji podejmowanych	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia na następującą: „4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem sposobu

		w Legnicy	w zakresie dysponowania ZRM; obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”. Uzasadnienie: Zapis „nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych działań oraz odsłuch prowadzonych rozmów” dotyczy głównie oceny przyjmowania zgłoszeń. Szczegółowej oceny wymagają również działania dyspozytorów medycznych w zakresie dysponowania ZRM, jak również obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”.	przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń o charakterze mnogim i masowym.”.
242.		Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 25a, ust. 6, pkt 4 proponujemy zapis: „bieżący nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem jakości prowadzonych rozmów; decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania ZRM; obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”. Uzasadnienie: Zapis „nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych działań oraz odsłuch prowadzonych rozmów” dotyczy głównie oceny przyjmowania zgłoszeń. Szczegółowej oceny wymagają również działania dyspozytorów medycznych w zakresie dysponowania ZRM, jak również obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia na następującą: „, 4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń o charakterze mnogim i masowym.”.
243.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 25a, ust. 6, pkt 4 proponujemy zapis: „bieżący nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem jakości prowadzonych rozmów; decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania ZRM; obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”. Uzasadnienie: Zapis „nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych działań oraz odsłuch prowadzonych rozmów” dotyczy głównie oceny przyjmowania zgłoszeń. Szczegółowej oceny wymagają również działania dyspozytorów medycznych w zakresie dysponowania ZRM, jak również obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia na następującą: „, 4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń o charakterze mnogim i masowym.”.
244.		ZZ Solidarność 80 Małopolska	proponujemy zapis: „bieżący nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem jakości prowadzonych rozmów; decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania ZRM; obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”. Uzasadnienie: Zapis „nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych działań oraz odsłuch prowadzonych rozmów” dotyczy głównie oceny przyjmowania zgłoszeń. Szczegółowej oceny	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia na następującą: „, 4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń o charakterze mnogim i masowym.”.

			wymagają również działania dyspozytorów medycznych w zakresie dysponowania ZRM, jak również obsługi zdarzeń o charakterze mnogim/masowym”	
245.	Art. 25a ust 6 pkt 5	Polska Rada Ratowników Medycznych	w art. 25a, ust. 6, pkt 5 dodać zapis: „dokonywanie oceny i analizy zadań dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Mając na uwadze efektywność oceny dyspozytorów medycznych uważamy za właściwe ujednolicenie wytycznych dotyczących oceny dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dysponenci posiadający dyspozytornię medyczną, jak i kierownicy dyspozytorni medycznych powinni posiadać jednolity formularz oceny dyspozytora medycznego z wytycznymi dotyczącymi oceny z uwzględnieniem jej częstotliwości i zakresu w jakim ocena powinna być prowadzona. Właściwe wydaje się również powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dyspozytor medyczny to newralgiczny element systemu PRM. Powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych pozwoliłoby na podejmowanie działań po zakończonej ocenie dyspozytora medycznego oraz na prowadzenie jednolitych kursów doskonalących. Dokonywanie oceny jedynie przez kierownika dyspozytorni medycznej wiąże się z ryzykiem braku obiektywizmu i brakiem uruchamianych mechanizmów działań korygujących w sytuacji wystąpienia niezgodności.	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie w art. 25a ust. 6 po pkt 4 pkt 5 w brzmieniu:”5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego.”. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego.
246.		Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 25a, ust. 6, pkt 5 dodać zapis: „dokonywanie oceny i analizy zadań dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Mając na uwadze efektywność oceny dyspozytorów medycznych uważamy za właściwe ujednolicenie wytycznych dotyczących oceny dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dysponenci posiadający dyspozytornię medyczną, jak i kierownicy dyspozytorni medycznych powinni posiadać jednolity formularz oceny dyspozytora medycznego z wytycznymi dotyczącymi oceny z uwzględnieniem jej częstotliwości i zakresu w jakim ocena powinna być prowadzona. Właściwe wydaje się również powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dyspozytor medyczny to newralgiczny element systemu PRM. Powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych pozwoliłoby na podejmowanie działań po zakończonej ocenie dyspozytora medycznego oraz na prowadzenie jednolitych kursów doskonalących. Dokonywanie oceny jedynie przez kierownika dyspozytorni medycznej wiąże się z ryzykiem braku obiektywizmu i brakiem uruchamianych mechanizmów działań korygujących w sytuacji wystąpienia niezgodności.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez dodanie w art. 25a ust. 6 po pkt 4 pkt 5 w brzmieniu:.”5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego.”. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego
247.		Polska Rada Ratowników	Art. 25a, ust. 6, pkt 5 dodać zapis:	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez dodanie w art. 25a

	Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	„dokonywanie oceny i analizy zadań dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Mając na uwadze efektywność oceny dyspozytorów medycznych uważamy za właściwe ujednolicenie wytycznych dotyczących oceny dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dysponenci posiadający dyspozytornię medyczną, jak i kierownicy dyspozytorni medycznych powinni posiadać jednolity formularz oceny dyspozytora medycznego z wytycznymi dotyczącymi oceny z uwzględnieniem jej częstotliwości i zakresu w jakim ocena powinna być prowadzona. Właściwe wydaje się również powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dyspozytor medyczny to niewrażliwy element systemu PRM. Powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych pozwoliłoby na podejmowanie działań po zakończonej ocenie dyspozytora medycznego oraz na prowadzenie jednolitych kursów doskonalących. Dokonywanie oceny jedynie przez kierownika dyspozytorni medycznej wiąże się z ryzykiem braku obiektywizmu i brakiem uruchamianych mechanizmów działań korygujących w sytuacji wystąpienia niezgodności.	ust. 6 po pkt 4 pkt 5 w brzmieniu: „5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego.”. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego
248.	Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 25a, ust. 6, pkt 5 dodać zapis: „dokonywanie oceny i analizy zadań dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Mając na uwadze efektywność oceny dyspozytorów medycznych uważamy za właściwe ujednolicenie wytycznych dotyczących oceny dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dysponenci posiadający dyspozytornię medyczną, jak i kierownicy dyspozytorni medycznych powinni posiadać jednolity formularz oceny dyspozytora medycznego z wytycznymi dotyczącymi oceny z uwzględnieniem jej częstotliwości i zakresu w jakim ocena powinna być prowadzona. Właściwe wydaje się również powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dyspozytor medyczny to niewrażliwy element systemu PRM. Powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych pozwoliłoby na podejmowanie działań po zakończonej ocenie dyspozytora medycznego oraz na prowadzenie jednolitych kursów doskonalących. Dokonywanie oceny jedynie przez kierownika dyspozytorni medycznej wiąże się z ryzykiem braku obiektywizmu i brakiem uruchamianych mechanizmów działań korygujących w sytuacji wystąpienia niezgodności.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez dodanie w art. 25a ust. 6 po pkt 4 pkt 5 w brzmieniu: „5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego.”. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego
249.	Wojewoda Zachodniopomorski	W art. 25a ust. 6 po punkcie 4 proponuję dodać pkt 5 określający wśród zadań kierownika dyspozytorni: nadzór nad pracą głównego dyspozytora medycznego. Propozycja: „25a ust. 6 pkt 5 Nadzór nad pracą głównego dyspozytora medycznego.”.	Uwaga nieuwzględniona. Dyspozytor główny jest również dyspozytorem medycznym i kierownik DM sprawuje nadzór także nad jego pracą.
250.	Międzyzakładowy	Art. 25a, ust. 6, pkt 5 dodać zapis:	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez dodanie w art. 25a

	Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	„dokonywanie oceny i analizy zadań dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Mając na uwadze efektywność oceny dyspozytorów medycznych uważamy za właściwe ujednolicenie wytycznych dotyczących oceny dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dysponenci posiadający dyspozytornię medyczną, jak i kierownicy dyspozytorni medycznych powinni posiadać jednolity formularz oceny dyspozytora medycznego z wytycznymi dotyczącymi oceny z uwzględnieniem jej częstotliwości i zakresu w jakim ocena powinna być prowadzona. Właściwe wydaje się również powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dyspozytor medyczny to newralgiczny element systemu PRM. Powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych pozwoliłoby na podejmowanie działań po zakończonej ocenie dyspozytora medycznego oraz na prowadzenie jednolitych kursów doskonalących. Dokonywanie oceny jedynie przez kierownika dyspozytorni medycznej wiąże się z ryzykiem braku obiektywizmu i brakiem uruchamianych mechanizmów działań korygujących w sytuacji wystąpienia niezgodności.	ust. 6 po pkt 4 pkt 5 w brzmieniu: „5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego.”. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego
251.	ZZ Solidarność 80 Małopolska	dodać zapis: „dokonywanie oceny i analizy zadań dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Mając na uwadze efektywność oceny dyspozytorów medycznych uważamy za właściwe ujednolicenie wytycznych dotyczących oceny dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dysponenci posiadający dyspozytornię medyczną, jak i kierownicy dyspozytorni medycznych powinni posiadać jednolity formularz oceny dyspozytora medycznego z wytycznymi dotyczącymi oceny z uwzględnieniem jej częstotliwości i zakresu w jakim ocena powinna być prowadzona. Właściwe wydaje się również powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dyspozytor medyczny to newralgiczny element systemu PRM. Powołanie nadrzędnej jednostki monitorującej pracę dyspozytorów medycznych pozwoliłoby na podejmowanie działań po zakończonej ocenie dyspozytora medycznego oraz na prowadzenie jednolitych kursów doskonalących. Dokonywanie oceny jedynie przez kierownika dyspozytorni medycznej wiąże się z ryzykiem braku obiektywizmu i brakiem uruchamianych mechanizmów działań korygujących w sytuacji wystąpienia niezgodności.	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie w art. 25a ust. 6 po pkt 4 pkt 5 w brzmieniu: „5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego.”. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego
252.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	w art. 25a, ust. 6, pkt 5 dodać zapis: „dokonywanie oceny i analizy zadań dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Mając na uwadze efektywność oceny dyspozytorów medycznych uważamy za	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie w art. 25a ust. 6 po pkt 4 pkt 5 w brzmieniu: „5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego.”.

			właściwe ujednolicenie wytycznych dotyczących oceny dyspozytorów medycznych na terenie całego kraju. Dysponenci posiadający dyspozytornię medyczną, jak i kierownicy dyspozytorni medycznych powinni posiadać jednolity formularz oceny dyspozytora medycznego z wytycznymi dotyczącymi oceny z uwzględnieniem jej częstotliwości i zakresu w jakim ocena powinna być prowadzona.	Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego
253.	Art. 25a ust. 7	Wojewoda Lubuski	Proponuje się ujednolicenie i doprecyzowanie formy zatrudnienia. Forma zatrudnienia ma wpływ na stabilność zatrudnienia kadry.	Uwaga uwzględniona poprzez ujednolicenie.
254.		Wojewoda Podkarpacki	ostatnie zdanie powinno otrzymać brzmienie: „(...) i posiadającą co najmniej roczne doświadczenie w zakresie wykonywania zadań na stanowisku dyspozytora medycznego”	Uwaga nieuwzględniona. Zastosowano jednakową nomenklaturę w całym projekcie poprzez użycie sformułowania „przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Dokonano korekty w zakresie wymaganego doświadczenia dla zastępcy kierownika wynoszący 3 lata.
255.		Wojewoda Podkarpacki	art. 25a ust. 7 ustawy, w ostatnim zdaniu po przecinku powinien otrzymać brzmienie „(...) i posiadającą co najmniej roczne doświadczenie w zakresie wykonywania zadań na stanowisku dyspozytora medycznego.”.	Uwaga nieuwzględniona. Z – ca kierownika jest powoływany opcjonalnie. Proponowane brzmienie przepisu: Z – cą kierownika „może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych”. Kierownik DM – 5 – letnie doświadczenie.
256.		Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść: Wojewoda lub podmiot leczniczy prowadzący dyspozytornię może zatrudnić zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 i posiadająca co najmniej roczne doświadczenie w zakresie świadczeń dyspozytora medycznego, z zastrzeżeniem powoływania zastępcy kierownika jeśli zachodzą okoliczności opisane w art. 25a.4. Uzasadnienie analogicznie jak w przypadku art. 25a ust 4.	Uwaga uwzględniona w zakresie opcjonalnego powoływania i odwoływania zastępcy. Uwaga nieuwzględniona w zakresie doświadczenia zawodowego. Z – cą kierownika DM może być osoba posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych. Kierownik DM ma mieć 5 – letnie doświadczenie.
257.		Wojewoda Wielkopolski	Propozycja: „Wojewoda może zatrudnić zastępcę kierownika (...) przez okres co najmniej 1 ostatnie lata była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.” Doświadczenie zawodowe zarówno kierownika dyspozytorni i jego zastępcy jak również głównego dyspozytora medycznego wraz z zastępcą wymaga uporządkowania. Niższe wymagania wobec kierownika dyspozytorni powodują dysonans kompetencyjny w zakresie pełnionych funkcji Ponadto, zbyt wysokie wymagania znacznie ograniczają liczbę osób mogących pełnić ww. funkcje.	Uwaga nieuwzględniona. Kierownik DM – min. 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Z – ca Kierownika DM – min. 3-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Dyspozytor główny - min. 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego.
258.		Związek Pracodawców	zmienić nie wojewoda a dysponent może zatrudnić zastępcę kierownika	Uwaga nieuwzględniona.

		Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	dyspozytorni Konsekwencja propozycji zmiany miejsca dyspozytorni u dysponenta	Wojewoda będzie od dnia 1.01.2020 tworzył dyspozytornię medyczną i zatrudniał jej personel.
259.		Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuję zapis "(...) i posiadająca co najmniej 3 -letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach" W mojej ocenie zastępcą kierownika dyspozytorni medycznej powinien spełniać wszystkie wymagania należne kierownikowi dyspozytorni medycznej	Uwaga nieuwzględniona. Kierownik DM – min. 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Z – ca Kierownika DM – min. 3-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego,
260.		Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 25a, ust. 7, proponujemy zapis: „Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną może zatrudnić zastępcę kierownika dyspozytorni medycznej, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Roczne doświadczenie zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej jest niewystarczające do pełnienia tej funkcji. Zasadne wydaje się również ujęcie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie studiów I stopnia.	Uwaga uwzględniona poprzez następujący zapis. Kierownik DM – min. 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Z – ca Kierownika DM – min. 3-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Uwaga nieuwzględniona w zakresie pozostawienia dyspozytorni w strukturach dysponenta ZRM.
261.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 25a, ust. 7, proponujemy zapis: „Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną może zatrudnić zastępcę kierownika dyspozytorni medycznej, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Roczne doświadczenie zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej jest niewystarczające do pełnienia tej funkcji. Zasadne wydaje się również ujęcie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie studiów I stopnia.	Uwaga uwzględniona poprzez następujący zapis. Kierownik DM – min. 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Z – ca Kierownika DM – min. 3-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Uwaga nieuwzględniona w zakresie pozostawienia dyspozytorni w strukturach dysponenta ZRM.
262.		Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	Art. 25a, ust. 7, proponujemy zapis: „Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną może zatrudnić zastępcę kierownika dyspozytorni medycznej, którym	Uwaga uwzględniona poprzez następujący zapis. Kierownik DM – min. 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego,

		w Legnicy	może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Roczne doświadczenie zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej jest niewystarczające do pełnienia tej funkcji. Zasadne wydaje się również ujęcie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie studiów I stopnia.	Z – ca Kierownika DM – min. 3-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Uwaga nieuwzględniona w zakresie pozostawienia dyspozytorni w strukturach dysponenta ZRM.
263.		Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 25a, ust. 7, proponujemy zapis: „Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną może zatrudnić zastępcę kierownika dyspozytorni medycznej, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Roczne doświadczenie zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej jest niewystarczające do pełnienia tej funkcji. Zasadne wydaje się również ujęcie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie studiów I stopnia.	Uwaga uwzględniona poprzez następujący zapis. Kierownik DM – min. 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Z – ca Kierownika DM – min. 3-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Uwaga nieuwzględniona w zakresie pozostawienia dyspozytorni w strukturach dysponenta ZRM.
264.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Otrzymuje brzmienie: „Wojewoda może zatrudnić następcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w Art. 26 ust. 2 i posiadająca co najmniej roczne doświadczenie w zakresie świadczeń dyspozytora medycznego z zastrzeżeniem powoływania zastępcy kierownika jeśli zachodzą okoliczności opisane w Art. 25a.4.”. Per analogiam do Art. 25a.4.	Uwaga nieuwzględniona. Kierownik DM – min. 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Z – ca Kierownika DM – min. 3-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Z – ca kierownika DM będzie powoływany opcjonalnie.
265.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	w art. 25a, ust. 7, proponujemy zapis: „Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną może zatrudnić zastępcę kierownika dyspozytorni medycznej, którym może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa	Uwaga nieuwzględniona. Wymagane doświadczenie dla zastępcy kierownika wyniesie 3 lata.

			w art. 26 ust. 2, i posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Roczne doświadczenie zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej jest niewystarczające do pełnienia tej funkcji.	
266.		ZZ Solidarność 80 Małopolska	proponujemy zapis: „Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną może zatrudnić zastępcę kierownika dyspozytorni medycznej, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach lub osoba posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego, która ukończyła co najmniej studia I stopnia z nauk o zarządzaniu, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach”. Uzasadnienie: Roczne doświadczenie zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej jest niewystarczające do pełnienia tej funkcji. Zasadne wydaje się również ujęcie wymagań dotyczących wykształcenia na poziomie studiów I stopnia.	Uwaga uwzględniona poprzez następujący zapis. Kierownik DM – min. 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Z – ca Kierownika DM – min. 3-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego, Uwaga nieuwzględniona w zakresie pozostawienia dyspozytorni w strukturach dysponenta ZRM.
267.	Art. 25a ust. 8	Wojewoda Pomorski	Podmiotem zatrudniającym operatorów numerów alarmowych jest centrum powiadamiania ratunkowego. Art. 25a ust. 8 8. Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i Centrum Powiadamiania Ratunkowego, w celu podjęcia działań ratowniczych w związku z realizacją zadań dyspozytora medycznego, przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego i sieci teleinformatycznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego na potrzeby przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę zapisu „operatorami numeru alarmowego” na zapis „Centrami Powiadamiania Ratunkowego.”
268.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Proponowany zapis: Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i Centrum Powiadamiania Ratunkowego.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę zapisu „operatorami numeru alarmowego” na zapis „... i centrum powiadamiania ratunkowego ...”.
269.		Wojewoda Podlaski	w art. 1 w pkt 4 dotyczącym nowego art. 25a ust. 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (...) należałoby właściwie określić podmiot współpracujący z dyspozytornią medyczną jako "Centrum Powiadamiania Ratunkowego" zamiast proponowanych "operatorów numerów alarmowych". Centrum Powiadamiania Ratunkowego jest podmiotem, w którym są utworzone stanowiska m.in. operatorów numerów alarmowych.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę zapisu „operatorami numeru alarmowego” na zapis „... i centrum powiadamiania ratunkowego ...”.
270.		Wojewoda Śląski	Zapis Art. 25a ust. 8 – Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę zapisu „operatorami

			podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i operatorami numerów alarmowych. Propozycja brzmienia docelowego zapisu: Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i operatorami Centrum Powiadamiania Ratunkowego.	numeru alarmowego” na zapis „... i centrum powiadamiania ratunkowego ...”.
271.		Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Proponuje się art. 25a ust. 8 ustawy o PRM nadać brzmienie ust. 8treści: ust. 8,,Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i centrami powiadamiania ratunkowego ...”	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę zapisu „operatorami numeru alarmowego” na zapis „... i centrum powiadamiania ratunkowego ...”.
272.		Wojewoda Śląski	Uwaga: W momencie tworzenia tej opinii system SWD PRM nie działa, co całkowicie uniemożliwia spełnienie zapisów powyższego punktu. Zakładając, że system SWD PRM zadziała zastępowalność jednej dyspozytorni z województwa Śląskiego będzie wymagała „udźwignięcia” przez inną dyspozytornię bardzo dużej ilości zgłoszeń. W najlepszym przypadku spowoduje to przekierowanie połączeń do kolejnej dyspozytorni co znacząco wydłuży czas oczekiwania na połączenie z dyspozytorem a co za tym idzie czas dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia. W najgorszym przypadku przekierowanie „śląskich” zgłoszeń do innej dyspozytorni spowoduje blokadę kolejnej dyspozytorni. Oba scenariusze bezpośrednio zagrażają życiu i zdrowiu pacjentów ponieważ wydłużają czasy operacyjne głównie zadysponowania ZRM.	Uwaga nieuwzględniona. Zaproponowane w projekcie brzmienie odnosi się do docelowego rozwiązania funkcjonowania dyspozytorni medycznych w zakresie powiadamiania ratunkowego. SWD PRM został wdrożony produkcyjnie w dniu 22 czerwca br. W dyspozytorni medycznej w Gorzowie Wlkp. i Słupsku. W dn. 1 lutego br. funkcjonuje w 8 dyspozytorniach medycznych z liczbą 105 ZRM.
273.		Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Ze względu zachowania konsekwencji redakcyjnej powinien brzmieć nie tak jak w propozycji, tj.: „Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i operatorami numerów alarmowych...”, a „Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i centrami powiadamiania ratunkowego...”.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę zapisu „operatorami numeru alarmowego” na zapis „... i centrum powiadamiania ratunkowego ...”.
274.	Art. 25a ust. 9	Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	w art. 25a, ust. 9, proponujemy zapis: „ Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) organizację i sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) wymagania dla stanowisk pracy dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem ich funkcjonalności i zasad ergonomii; 3) formularz oceny dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: Uważamy za właściwe określenie przez Ministra właściwego do spraw zdrowia nie tylko organizacji i sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej ale również formularza oceny dyspozytora medycznego. Jednocześnie widzimy potrzebę opracowania jednolitych wymagań dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego. Praca dyspozytora medycznego jest pracą bardzo odpowiedzialną i obciążającą psychicznie. Dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania podczas 12- godzinnego dyżuru, w pozycji siedzącej na	Uwaga częściowo uwzględniona. Zastosowanie tu będą miały ogólne przepisy z zakresu prawa budowlanego i BHP. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego.

		stanowisku wyposażonym w monitor komputerowy. Opracowanie jednolitych rekomendacji dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego zapewni dyspozytorom medycznym właściwe warunki pracy, tak by wykonywali powierzone im zadania w sposób efektywny. Wymagania powinny dotyczyć wielkości i wysokości pomieszczeń, w których tworzone są dyspozytornie medyczne z uwzględnieniem ilości stanowisk przewidzianych do obsługi powiadomień o zdarzeniach, jak również ich wyposażenia. Wprowadzenie jednolitych rekomendacji jest istotne ze względu na trwający proces konsolidacji dyspozytorni medycznych na terenie kraju i braku jednolitych wytycznych.	
275.	Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	Art. 25a, ust. 9, proponujemy zapis: „ Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) organizację i sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) wymagania dla stanowisk pracy dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem ich funkcjonalności i zasad ergonomii; 3) formularz oceny dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: Uważamy za właściwe określenie przez Ministra właściwego do spraw zdrowia nie tylko organizacji i sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej ale również formularza oceny dyspozytora medycznego. Jednocześnie widzimy potrzebę opracowania jednolitych wymagań dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego. Praca dyspozytora medycznego jest pracą bardzo odpowiedzialną i obciążającą psychicznie. Dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania podczas 12- godzinnego dyżuru, w pozycji siedzącej na stanowisku wyposażonym w monitor komputerowy. Opracowanie jednolitych rekomendacji dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego zapewni dyspozytorom medycznym właściwe warunki pracy, tak by wykonywali powierzone im zadania w sposób efektywny. Wymagania powinny dotyczyć wielkości i wysokości pomieszczeń, w których tworzone są dyspozytornie medyczne z uwzględnieniem ilości stanowisk przewidzianych do obsługi powiadomień o zdarzeniach, jak również ich wyposażenia. Wprowadzenie jednolitych rekomendacji jest istotne ze względu na trwający proces konsolidacji dyspozytorni medycznych na terenie kraju i braku jednolitych wytycznych. Jednocześnie uważamy, że zasadne byłoby utworzenie centralnej jednostki podległej Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia , która prowadziłaby nadzór nad dyspozytorniami medycznymi na terenie całego kraju, jak również systemem SWD PRM oraz zajmowałaby się szkoleniem i doskonaleniem zawodowym dyspozytorów medycznych.	Uwaga częściowo uwzględniona. Zastosowanie tu będą miały ogólne przepisy z zakresu prawa budowlanego i BHP. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego.
276.	Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu	Art. 25a, ust. 9, proponujemy zapis: „ Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) organizację i sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) wymagania dla stanowisk pracy dyspozytorów medycznych ze szczególnym	Uwaga częściowo uwzględniona. Zastosowanie tu będą miały ogólne przepisy z zakresu prawa budowlanego i BHP. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów

	Ratunkowym	uwzględnieniem ich funkcjonalności i zasad ergonomii; 3) formularz oceny dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: Uważamy za właściwe określenie przez Ministra właściwego do spraw zdrowia nie tylko organizacji i sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej ale również formularza oceny dyspozytora medycznego. Jednocześnie widzimy potrzebę opracowania jednolitych wymagań dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego. Praca dyspozytora medycznego jest pracą bardzo odpowiedzialną i obciążającą psychicznie. Dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania podczas 12- godzinnego dyżuru, w pozycji siedzącej na stanowisku wyposażonym w monitor komputerowy. Opracowanie jednolitych rekomendacji dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego zapewni dyspozytorom medycznym właściwe warunki pracy, tak by wykonywali powierzone im zadania w sposób efektywny. Wymagania powinny dotyczyć wielkości i wysokości pomieszczeń, w których tworzone są dyspozytornie medyczne z uwzględnieniem ilości stanowisk przewidzianych do obsługi powiadomień o zdarzeniach, jak również ich wyposażenia. Wprowadzenie jednolitych rekomendacji jest istotne ze względu na trwający proces konsolidacji dyspozytorni medycznych na terenie kraju i braku jednolitych wytycznych. Jednocześnie uważamy, że zasadne byłoby utworzenie centralnej jednostki podległej Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, która prowadziłaby nadzór nad dyspozytorniami medycznymi na terenie całego kraju, jak również systemem SWD PRM oraz zajmowałaby się szkoleniem i doskonaleniem zawodowym dyspozytorów medycznych.	dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego.
277.	Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 25a, ust. 9, proponujemy zapis: „ Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) organizację i sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) wymagania dla stanowisk pracy dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem ich funkcjonalności i zasad ergonomii; 3) formularz oceny dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: Uważamy za właściwe określenie przez Ministra właściwego do spraw zdrowia nie tylko organizacji i sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej ale również formularza oceny dyspozytora medycznego. Jednocześnie widzimy potrzebę opracowania jednolitych wymagań dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego. Praca dyspozytora medycznego jest pracą bardzo odpowiedzialną i obciążającą psychicznie. Dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania podczas 12- godzinnego dyżuru, w pozycji siedzącej na stanowisku wyposażonym w monitor komputerowy. Opracowanie jednolitych rekomendacji dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego zapewni dyspozytorom medycznym właściwe warunki pracy, tak by wykonywali powierzone im zadania w sposób efektywny. Wymagania powinny dotyczyć wielkości	Uwaga częściowo uwzględniona. Zastosowanie tu będą miały ogólne przepisy z zakresu prawa budowlanego i BHP. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego.

		i wysokości pomieszczeń, w których tworzone są dyspozytornie medyczne z uwzględnieniem ilości stanowisk przewidzianych do obsługi powiadomień o zdarzeniach, jak również ich wyposażenia. Wprowadzenie jednolitych rekomendacji jest istotne ze względu na trwający proces konsolidacji dyspozytorni medycznych na terenie kraju i braku jednolitych wytycznych. Jednocześnie uważamy, że zasadne byłoby utworzenie centralnej jednostki podległej Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, która prowadziłaby nadzór nad dyspozytorniami medycznymi na terenie całego kraju, jak również systemem SWD PRM oraz zajmowałaby się szkoleniem i doskonaleniem zawodowym dyspozytorów medycznych.	
278.	Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 25a, ust. 9, proponujemy zapis: „ Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) organizację i sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) wymagania dla stanowisk pracy dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem ich funkcjonalności i zasad ergonomii; 3) formularz oceny dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: Uważamy za właściwe określenie przez Ministra właściwego do spraw zdrowia nie tylko organizacji i sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej ale również formularza oceny dyspozytora medycznego. Jednocześnie widzimy potrzebę opracowania jednolitych wymagań dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego. Praca dyspozytora medycznego jest pracą bardzo odpowiedzialną i obciążającą psychicznie. Dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania podczas 12- godzinnego dyżuru, w pozycji siedzącej na stanowisku wyposażonym w monitor komputerowy. Opracowanie jednolitych rekomendacji dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego zapewni dyspozytorom medycznym właściwe warunki pracy, tak by wykonywali powierzone im zadania w sposób efektywny. Wymagania powinny dotyczyć wielkości i wysokości pomieszczeń, w których tworzone są dyspozytornie medyczne z uwzględnieniem ilości stanowisk przewidzianych do obsługi powiadomień o zdarzeniach, jak również ich wyposażenia. Wprowadzenie jednolitych rekomendacji jest istotne ze względu na trwający proces konsolidacji dyspozytorni medycznych na terenie kraju i braku jednolitych wytycznych. Jednocześnie uważamy, że zasadne byłoby utworzenie centralnej jednostki podległej Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, która prowadziłaby nadzór nad dyspozytorniami medycznymi na terenie całego kraju, jak również systemem SWD PRM oraz zajmowałaby się szkoleniem i doskonaleniem zawodowym dyspozytorów medycznych.	Uwaga częściowo uwzględniona. Zastosowanie tu będą miały ogólne przepisy z zakresu prawa budowlanego i BHP. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego.
279.	ZZ Solidarność 80 Małopolska	proponujemy zapis: „ Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) organizację i sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) wymagania dla stanowisk pracy dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem ich funkcjonalności i zasad ergonomii;	Uwaga częściowo uwzględniona. Zastosowanie tu będą miały ogólne przepisy z zakresu prawa budowlanego i BHP. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego.

		3) formularz oceny dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: Uważamy za właściwe określenie przez Ministra właściwego do spraw zdrowia nie tylko organizacji i sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej ale również formularza oceny dyspozytora medycznego. Jednocześnie widzimy potrzebę opracowania jednolitych wymagań dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego. Praca dyspozytora medycznego jest pracą bardzo odpowiedzialną i obciążającą psychicznie. Dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania podczas 12- godzinnego dyżuru, w pozycji siedzącej na stanowisku wyposażonym w monitor komputerowy. Opracowanie jednolitych rekomendacji dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego zapewni dyspozytorom medycznym właściwe warunki pracy, tak by wykonywali powierzone im zadania w sposób efektywny. Wymagania powinny dotyczyć wielkości i wysokości pomieszczeń, w których tworzone są dyspozytornie medyczne z uwzględnieniem ilości stanowisk przewidzianych do obsługi powiadomień o zdarzeniach, jak również ich wyposażenia. Wprowadzenie jednolitych rekomendacji jest istotne ze względu na trwający proces konsolidacji dyspozytorni medycznych na terenie kraju i braku jednolitych wytycznych.	
280.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	w art. 25a, ust. 9, proponujemy zapis: „ Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) organizację i sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) wymagania dla stanowisk pracy dyspozytorów medycznych zgodnych z zasadami ergonomii; 3) formularz oceny dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: Uważamy za właściwe określenie przez Ministra właściwego do spraw zdrowia nie tylko organizacji i sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej ale również formularza oceny dyspozytora medycznego. Jednocześnie widzimy potrzebę opracowania jednolitych wymagań dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego zgodnie z zasadami ergonomii. Praca dyspozytora medycznego jest pracą bardzo odpowiedzialną i obciążającą psychicznie. Dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania podczas 12- godzinnego dyżuru, w pozycji siedzącej na stanowisku wyposażonym w monitor komputerowy. Opracowanie jednolitych rekomendacji dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego zapewni dyspozytorom medycznym właściwe warunki pracy, tak by wykonywali powierzone im zadania w sposób efektywny. Wymagania powinny dotyczyć wielkości i wysokości pomieszczeń, w których tworzone są dyspozytornie medyczne z uwzględnieniem ilości stanowisk przewidzianych do obsługi powiadomień o zdarzeniach, jak również ich wyposażenia. Wprowadzenie jednolitych rekomendacji jest istotne ze względu na ciągłą konsolidację dyspozytorni medycznych na terenie kraju i braku jednolitych wytycznych.	Uwaga częściowo uwzględniona. Zastosowanie tu będą miały ogólne przepisy z zakresu prawa budowlanego i BHP. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego.
281.	Polska Rada Ratowników	w art. 25a, ust. 9, proponujemy zapis:	Uwaga częściowo uwzględniona.

		Medycznych	„ Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) organizację i sposób funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) wymagania dla stanowisk pracy dyspozytorów medycznych ze szczególnym uwzględnieniem ich funkcjonalności i zasad ergonomii; 3) formularz oceny dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: Uważamy za właściwe określenie przez Ministra właściwego do spraw zdrowia nie tylko organizacji i sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej ale również formularza oceny dyspozytora medycznego. Jednocześnie widzimy potrzebę opracowania jednolitych wymagań dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego. Praca dyspozytora medycznego jest pracą bardzo odpowiedzialną i obciążającą psychicznie. Dyspozytor medyczny wykonuje swoje zadania podczas 12- godzinnego dyżuru, w pozycji siedzącej na stanowisku wyposażonym w monitor komputerowy. Opracowanie jednolitych rekomendacji dla stanowiska pracy dyspozytora medycznego zapewni dyspozytorom medycznym właściwe warunki pracy, tak by wykonywali powierzone im zadania w sposób efektywny. Wymagania powinny dotyczyć wielkości i wysokości pomieszczeń, w których tworzone są dyspozytornie medyczne z uwzględnieniem ilości stanowisk przewidzianych do obsługi powiadomień o zdarzeniach, jak również ich wyposażenia. Wprowadzenie jednolitych rekomendacji jest istotne ze względu na trwający proces konsolidacji dyspozytorni medycznych na terenie kraju i braku jednolitych wytycznych. Jednocześnie uważamy, że zasadne byłoby utworzenie centralnej jednostki podległej Ministrowi właściwemu do spraw zdrowia , która prowadziłaby nadzór nad dyspozytorniami medycznymi na terenie całego kraju, jak również systemem SWD PRM oraz zajmowałaby się szkoleniem i doskonaleniem zawodowym dyspozytorów medycznych.	Zastosowanie tu będą miały ogólne przepisy z zakresu prawa budowlanego i BHP. Po powołaniu KCMRM jednym z zadań będzie opracowanie standardów dokonywania oceny pracy dyspozytora medycznego.
282.	Art.25b	Konsultant Krajowy i konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego (warmińsko-mazurski, lubelski, podlaski, wielkopolski, lubuski, wielkopolski)	25 b – w momencie wejścia proponowanej nowelizacji będą już istniały rejony operacyjne, w których dyspozytornie medyczne będą wykorzystywały SWD PRM, który zapewnia postulowane rozwiązanie techniczne o rejestrowaniu i przechowywaniu nagrań rozmów na stanowisku dyspozytora medycznego w związku z czym bezcelowym staje się organizowanie dodatkowych systemów rejestracji rozmów. Art. 25b.1. „Dysponent zespołu ratownictwa medycznego jest obowiązany zapewnić rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego z wykorzystaniem łączności radiowej i telefonicznej jeśli nie korzysta z SWD PRM”.	Uwaga nieuwzględniona. Od 1 stycznia 2018 r. wszystkie dyspozytornie medyczne będą działały w oparciu o SWD PRM. Od 1 stycznia 2021 r. wszystkie dyspozytornie medyczne będą działały w strukturach urzędów wojewódzkich. W związku z powyższym proponuje się następujące brzmienie art. 25 b ust. 1.: „Wojewoda jest obowiązany zapewnić rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego – z wykorzystaniem łączności radiowej i telefonicznej.”
283.				
284.	Art. 25b	Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 25b. 1.: Dysponent zespołów ratownictwa medycznego	Uwaga nieuwzględniona.

	ust. 1		zatrudniający dyspozytora medycznego jest obowiązany zapewnić rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego z wykorzystaniem łączności radiowej i telefonicznej jeśli nie korzysta z SWD PRM. W momencie wejścia w życie proponowanej nowelizacji będą już istniały dyspozytornie medyczne korzystające z SWD PRM. Postulowane w przedmiotowym projekcie rozwiązanie techniczne o rejestrowaniu i przechowywaniu nagrań rozmów na stanowisku dyspozytora medycznego może okazać się w tych bezcelowe. Dlatego też zasadnym wydaje się wprowadzenie rozwiązania, które archiwizować będzie ww. nagrania, uwzględniając okres przejściowy dot. realizacji zadań tym zakresie.	Zmiana brzmienia art. 25b. Od strony technicznej SWD PRM umożliwia nagrywanie i przechowywanie korespondencji przez 3 lata. Docelowo zakłada się rozbudowę infrastruktury, która umożliwi przechowywanie nagrań dłużej niż 3 lata, co będzie skutkowało zmianą przepisów. Do czasu wdrożenia SWD PRM zadanie to będzie musiał zrealizować dysponent w oparciu o posiadana infrastrukturę.
285.		Wojewoda Łódzki	Otrzymuje brzmienie: „Dysponent zespołów ratownictwa medycznego zatrudniający dyspozytora lub wojewoda jest obowiązany zapewnić rejestrowanie i przechowywanie przez okres 10 lat nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego z wykorzystaniem łączności radiowej i telefonicznej”. Zasadnym wydaje się wprowadzenie takiego zapisu, gdyż w niektórych przypadkach organizacja dyspozytorni medycznej w zakresie infrastruktury technicznej należy do wojewody. Uzasadnione jest wydłużenie okresu przechowywania nagrań, które w praktyce są traktowane, jako dokumentacja medyczna, po którą sięga coraz więcej instytucji.	Uwaga nieuwzględniona. Zmiana brzmienia art. 25b. Od strony technicznej SWD PRM umożliwia nagrywanie i przechowywanie korespondencji przez 3 lata. Docelowo zakłada się rozbudowę infrastruktury, która umożliwi przechowywanie nagrań dłużej niż 3 lata, co będzie skutkowało zmianą przepisów. Do czasu wdrożenia SWD PRM zadanie to będzie musiał zrealizować dysponent w oparciu o posiadana infrastrukturę. Zgodnie z nowelizacją ustawy o RPP nagrania rozmów nie są dokumentacją medyczną.
286.		ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	zmienić wymogi uzasadnienie: dysponent ma zapewniać rejestrowanie rozmów, ale nie jest właścicielem ani serwerów, ani centrali telefonicznej w ramach SWD PRM. Wymóg rejestrowania powinien dotyczyć rozmów prowadzonych w ramach łączności radiowej	Uwaga nieuwzględniona. Zmiana brzmienia art. 25b. Od strony technicznej SWD PRM umożliwia nagrywanie i przechowywanie korespondencji przez 3 lata. Docelowo zakłada się rozbudowę infrastruktury, która umożliwi przechowywanie nagrań dłużej niż 3 lata, co będzie skutkowało zmianą przepisów. Do czasu wdrożenia SWD PRM zadanie to będzie musiał zrealizować dysponent w oparciu o posiadana infrastrukturę.
287.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Łodzi	W art.25b ust. 1 otrzymuje brzmienie: Wojewoda jest obowiązany zapewnić rejestrowanie i przechowywanie przez okres 10 lat, od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) lekarza konsultanta zespołów ratownictwa medycznego, 3) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego - z wykorzystaniem łączności radiowej i telefonicznej. Uzasadnione jest wydłużenie okresu przechowywania nagrań, które w praktyce są traktowane jako dokumentacja medyczna, po którą sięga coraz więcej instytucji.	Uwaga nieuwzględniona. Nagrania rozmów prowadzonych w ramach obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach nie są dokumentacją medyczną w rozumieniu przepisów ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Proponuje się więc następujące brzmienie art. 25 b ust. 1.: „Wojewoda jest obowiązany zapewnić rejestrowanie i przechowywanie przez okres 3 lat, od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku: 1) dyspozytora medycznego, 2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego

				– z wykorzystaniem łączności radiowej i telefonicznej.”
288.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić nie wojewoda a dysponent Konsekwencja propozycji zmiany miejsca dyspozytorni u dysponenta	Uwaga nieuwzględniona. Od dnia 1.01.2021 r. dyspozytornie medyczne będą się znajdowały w strukturach urzędów wojewódzkich.
289.		Wojewoda Śląski	System SWD PRM pozwala na rejestrowanie połączeń telefonicznych do roku. Dysponent nie ma wpływu na długość przechowywania połączeń telefonicznych w SWD PRM. Wersja systemu SWD PRM aktualnie testowana nie zapewnia żadnej łączności radiowej a co za tym idzie ich rejestrowanie jest niemożliwe. Dysponent będą obciążeni koniecznością budowy dodatkowych rozwiązań zapewniających rejestrację połączeń radiowych. Gromadzenie danych przez okres 3 lat - dysponent posiadający dyspozytornię nie jest w stanie zapewnić obowiązku rejestracji rozmów, ponieważ w systemie SWD PRM posiada tylko konsolę. Rejestracją odbywa się na rejestratorze, który znajduje się w miejscu nieznanym dysponentom. Obowiązek powinien być sędowany na służby, u których ten rejestrator się znajduje, a dysponent powinien mieć dostęp do nagrań dla policji, prokuratury, czy na własny użytek. Do momentu wdrożenia SWD PRM ten obowiązek powinien spoczywać na dysponentie.	Uwaga nieuwzględniona. Zmiana brzmienia art. 25b. Od strony technicznej SWD PRM umożliwia nagrywanie i przechowywanie korespondencji przez 3 lata. Docelowo zakłada się rozbudowę infrastruktury, która umożliwi przechowywanie nagrań dłużej niż 3 lata, co będzie skutkowało zmianą przepisów. Do czasu wdrożenia SWD PRM zadanie to będzie musiał zrealizować dysponent w oparciu o posiadaną infrastrukturę. W każdym województwie istnieją różne rozwiązania w zakresie łączności radiowej (analogowe, analogowo-cyfrowe, cyfrowe). Niezależnie od przyjętego rozwiązania w zakresie komunikacji radiowej istnieje możliwość wykorzystania serwerów radiowych znajdujących się w Serwerach Komunikacyjnych, jak również rejestracji korespondencji radiowej w oparciu o rejestratory rozmów obecnie wykorzystywane do rejestracji korespondencji telefonicznej.
290.			Proponowane brzmienie art. 25b ust. 2 nowelizowanej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym zakłada stosowanie do nagrań przepisów o prowadzeniu i udostępnianiu dokumentacji medycznej, zgodnie z przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Dlatego też uzasadnione jest doprecyzowanie formy udostępniania nagrań i kosztów z tym związanych, gdyż brak jest odesłania do regulacji odnoszących się do tych kwestii.	Uwaga nieuwzględniona. Nie przewiduje się, aby udostępnianie nagrań generowało koszty zasługujące na uwzględnienie w przepisach.
291.	Art. 25b ust. 2	Rzecznik Praw Pacjenta		
292.	Art. 26	Wojewoda Opolski	Brak jednoznacznego wskazania czy główny dyspozytor medyczny powinien być wyznaczony na każdą zmianę dla zapewnienia ciągłości realizacji zadań nadzorczych. Propozycja: Doprecyzowanie zapisu.	Stanowisko głównego dyspozytora medycznego jest całodobowe.
293.		Wojewoda Małopolski	UWAGA KRAKOWSKIEGO POGOTOWIA RATUNKOWEGO Art. 26 ust. 1 pkt - zmienić: w ramach umowy zgodnej z prawem nawiązanej nie z wojewodą a dysponentem.	Uwaga nieuwzględniona. Dyspozytorów medycznych od 1 stycznia 2021 roku jest pracownikiem UW.
294.	Art. 26 ust. 1	Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść: Dyspozytor medyczny wykonuje zadania na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej. Należy pozostawić możliwość dokonywania wyboru przez świadczącego usługi sposobu organizacji wykonywania świadczeń na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej. Świadczeniodawca powinien wybierać rodzaj przyjętego rozwiązania organizacyjnego.	Uwaga nieuwzględniona Art. 26 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „Dyspozytor medyczny wykonuje zadania w ramach stosunku pracy: 1) nawiązanego z wojewodą na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie [.....]”.

295.		Naczelną Radę Lekarską	Nadal wątpliwości budzi zmiana umiejscowienia stanowisk dyspozytorów medycznych, poprzez ich przejście od dysponentów zespołów ratownictwa medycznego do wojewodów. W wielu województwach dysponenti ZRM przeprowadzili modernizację swych dyspozytorni, systemów łączności radiowej i elektronicznej, angażując własne i unijne środki finansowe. Budowa nowej infrastruktury przy wojewodach będzie wymagała czasu oraz kolejnych nakładów finansowych, tym razem z budżetu państwa.	Uwaga nieuwzględniona. Przesłanką do przeniesienia DM do wojewodów jest skupienie w jednych rękach odpowiedzialności za SWD PRM oraz infrastruktury do jego obsługi. Wojewoda nie będzie musiał ponosić nakładów na utworzenie dyspozytorni od podstaw, gdyż projekt daje możliwość wynajęcia pomieszczeń i urządzeń dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmieni tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody:
296.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Zielona Góra	utworzenie oddzielnych stanowisk dyspozytorskich w LPR-ach spowoduje bałagan w dysponowaniu zespołami	Uwaga niezrozumiała. LPR jest jeden i ma jedno centrum operacyjne, które nie jest dyspozytornią medyczną w rozumieniu ustawy o PRM.
297.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	art.26 ust.1 po słowach: Dyspozytor medyczny wykonuje zadania w ramach stosunku pracy dodać lub umowy cywilnoprawnej Brak danych ilu dyspozytorów medycznych pracuje w więcej niż na jednym stanowisku / dyspozytornia , ZRM, SOR/ i w jednej dyspozytorni medycznej.	Uwaga nieuwzględniona. Art. 26 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „Dyspozytor medyczny wykonuje zadania w ramach stosunku pracy: 1) nawiązanego z wojewodą na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie [.....]”.
298.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego	Otrzymuje brzmienie: „Dyspozytor medyczny wykonuje zadania na podstawie stosunku pracy lub wykonuje świadczenia podmiotu zewnętrznego, dla którego ustanowiono warunki na podstawie umowy cywilno-prawnej.”. Należy pozostawić możliwość dokonywania wyboru przez świadczącego usługi sposobu organizacji wykonywania świadczeń czy to na podstawie stosunku pracy czy też umowy cywilno-prawnej. Świadczeniodawca powinien wybierać rodzaj przyjętego rozwiązania organizacyjnego.	Uwaga nieuwzględniona.. Art. 26 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „Dyspozytor medyczny wykonuje zadania w ramach stosunku pracy: 1) nawiązanego z wojewodą na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie [.....]”.
299.		Wojewoda Podkarpacki	Czy wojewoda będzie mógł zatrudniać dyspozytorów medycznych w dyspozytorni będącej komórką urzędu – tj. poza podmiotem leczniczym?	Tak, będzie mógł. Dyspozytor medyczny będzie wykonywał swoje zadania zawodowe poza podmiotem leczniczym.
300.	Art. 26 ust. 1 pkt 1	Wojewoda Lubuski	Poprawka porządkująca.. Proponuje się treść: 1. Dyspozytor medyczny wykonuje zadania na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej: Nawiązanego z wojewodą lub podmiotem leczniczym wykonującym zadanie prowadzenia dyspozytorni medycznej na zlecenie wojewody w lokalizacji wskazanej w planie.	Uwaga nieuwzględniona.. Art. 26 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „Dyspozytor medyczny wykonuje zadania w ramach stosunku pracy: 1) nawiązanego z wojewodą na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie [.....]”.
301.		Krajowa Sekcja Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność	Art. 26 ust.1, pkt.1, - wykonuje zadania w ramach stosunku pracy nawiązanego z wojewodą - wojewoda nie jest podmiotem medycznym. Istnieje obawa, że zatrudnieni w takim podmiocie pracownicy medyczni stracą swoje uprawnienia. Niepotrzebna reforma, niepotrzebnie burząca aktualnie dobrze zorganizowany i działający system oraz wymagająca dodatkowych nakładów finansowych.	Uwaga nieuwzględniona. Osoba wykonująca zadania dyspozytora medycznego nie straci swoich uprawnień zawodowych. Dyspozytor medyczny będzie wykonywał przypisane mu zadania zawodowe poza podmiotem leczniczym.

302.		NSZZ Solidarność Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia		
303.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmít Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Otrzymuje brzmienie: „1. Dyspozytor medyczny wykonuje zadania w ramach stosunku pracy lub umowy cywilno-prawnej: 1) Nawiązanego z wojewodą lub podmiotem medycznym wykonującym zadanie prowadzenia dyspozytorni medycznej na zlecenie wojewody w lokalizacji wskazanej w planie.”. Poprawka porządkująca.	Uwaga nieuwzględniona Od dnia 1.01.2020 r. dyspozytornie medyczne znajdują się w strukturach urzędów wojewódzkich. Projekt daje możliwość wynajęcia pomieszczeń i urządzeń dyspozytorni medycznej od dysponenta, co nie zmienia tego, że dyspozytornia od 1 stycznia 2021 r. będzie komórką organizacyjną UW a dyspozytorzy medyczni będą pracownikami wojewody.
304.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić w ramach umowy zgodnej z prawem nawiązanej nie z wojewodą a dysponentem Nie ma potrzeby wyłącznego zatrudniania dyspozytorów na umowę o pracę. Utrudni to zapewnienie ciągłości obsady kadrowej. Ponadto zgodnie z Kodeksem pracy mamy prawo do zawierania różnych umów	Uwaga nieuwzględniona.. Art. 26 ust. 1 otrzymuje brzmienie: „Dyspozytor medyczny wykonuje zadania w ramach stosunku pracy: 1) nawiązanego z wojewodą na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie [.....]”. Umowa o pracę pozwala na nieprzekraczanie ustawowego czasu pracy, gwarantuje stabilność zatrudnienia, odprowadzanie składek na ubezpieczenia społeczne, uczestnictwo pracodawcy w kosztach umundurowania i szkolenia personelu.
305.	Art. 26 ust. 1a	Wojewoda Małopolski	Art. 26.1a Nie do końca wiadomo, na czym miałyby polegać przewaga wykonywania zawodu ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu w formie umowy o pracę nad formą umowy cywilno-prawnej,	Uwaga nieuwzględniona Umowy o pracę były od dawna postulowane przez związki zawodowe i stowarzyszenia zrzeszające ratowników medycznych. Umowa o pracę pozwala na nieprzekraczanie ustawowego czasu pracy, gwarantuje stabilność zatrudnienia, odprowadzanie składek na ubezpieczenia społeczne, uczestnictwo pracodawcy w kosztach umundurowania i szkolenia personelu.
306.	Art. 26 ust. 1b	Wojewoda Podkarpacki	w art. 26 ust. 1d należy doprecyzować, w jaki sposób wojewoda zapewniać ma dostęp do wsparcia psychologicznego dla dyspozytorów medycznych oraz na jakich zasadach będzie finansowana realizacja zadań przez psychologów w tym zakresie.”	Uwaga uwzględniona poprzez dodanie w projekcie w art. 26 po ust. 1b ustępu 1 c w brzmieniu: „1c. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, 1) sposób zapewnienia dostępu do wsparcia psychologicznego dla dyspozytorów medycznych, 2) kwalifikacje i zadania psychologów realizujących wsparcie psychologiczne dla dyspozytorów medycznych; – biorąc pod uwagę konieczność zapobiegania skutkom psychicznym stresu zawodowego oraz traumatycznego, umożliwienie sprawnego podejmowania decyzji przez

				dyspozytorów medycznych poprzez ograniczanie wpływu stresu na proces decyzyjny oraz diagnozowanie i zapobieganie występowaniu objawów wypalenia zawodowego wśród dyspozytorów medycznych”. W uzasadnieniu wskazano, że decyzja co do sposobu zapewnienia opieki psychologicznej pozostaje w gestii wojewody. Może to być zarówno zatrudnienie psychologa (lub psychologów w dyspozytorni medycznej, jak i outsourcing).
307.		Wojewoda Małopolski	Art. 26.1d Obciążanie Wojewody i jednostek systemu ratownictwa kosztami związanymi z obligatoryjnym zapewnieniem pomocy psychologicznej wydaje się wątpliwe (taką pomoc w razie potrzeby można uzyskać w innych, już istniejących, strukturach)	Uwag nieuwzględniona. Obecnie panuje dowolność w tym zakresie. Przepisy zawarte w projekcie wzorowane są na tych, które mają zastosowanie w stosunku do opieki psychologicznej dla operatorów nr alarmowego 112.
308.		Wojewoda Lubuski	Poprawka porządkująca. proponuje się treść: Wojewoda lub podmiot prowadzący dyspozytornię medyczną zapewnia dostęp do wsparcia...	Uwaga nieuwzględniona Od dnia 1.01.2020 r. dyspozytornie medyczne znajdują się w strukturach urzędów wojewódzkich. Dodatkowo w art. 6 ust. 4 projektu zawarto następujący zapis: „4. Do dnia 31 grudnia 2020 r. zadanie, o którym mowa w art. 26 ust. 1b jest realizowane przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, posiadających w swoich strukturach dyspozytornie.”.
309.		Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy nowe brzmienie ust. 1d w art. 26: 1d. Wojewoda zapewnia dostęp do wsparcia psychologicznego dla członków systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego realizowanego przez psychologów”.	Uwaga niezrozumiała. W ustawie nie występuje pojęcie „członka systemu”.
310.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić nie wojewoda a dysponent Konsekwencja propozycji zmiany miejsca dyspozytorni u dysponenta	Uwaga nieuwzględniona Od dnia 1.01.2021 r. dyspozytornie medyczne znajdują się w strukturach urzędów wojewódzkich.
311.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Otrzymuje brzmienie: „Wojewoda lub podmiot prowadzący dyspozytornię medyczną zapewnia dostęp do wsparcia...”. Poprawka porządkująca.	Uwaga nieuwzględniona. Od dnia 1.01.2020 r. dyspozytornie medyczne znajdują się w strukturach urzędów wojewódzkich. Dodatkowo w art. 6 ust. 4 projektu zawarto następujący zapis: „4. Do dnia 31 grudnia 2020 r. zadanie, o którym mowa w art. 26 ust. 1b jest realizowane przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego, posiadających w swoich strukturach dyspozytornie.”.
312.	Art. 26 ust. 2 pkt 3	Wojewoda Lubuski	Stanowisko dyspozytora medycznego musi się odwoływać do doświadczenia pracownika nabytego przede wszystkim w jednostkach organizacyjnych Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. W związku z tym doświadczenie pracy w oddziałach szpitalnych niebędących częściami organizacyjnymi Systemu nie powinno być brane pod uwagę dla określania	Uwaga nieuwzględniona. Przepis obowiązywał od roku 2007. Część dyspozytorów medycznych została zatrudniona na jego podstawie. Zmiana tego przepisu spowoduje utratę przez nich zatrudnienia.

		wymagań wobec pracownika Systemu	
313.	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić wymagany 5-letnie doświadczenie na 3-letnie. 3-letni staż w/wymienionych miejscach jest wystarczający do rozpoczęcia pracy w dyspozytorni.	Uwaga nieuwzględniona Przepis obowiązuje od dawna i nie ma uzasadnienia dla jego zmiany.
314.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy nowe brzmienie art. 26 ust. 2 pkt 3: „3) posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym.” Stanowisko dyspozytora medycznego musi się odwoływać do doświadczenia pracownika nabytego przede wszystkim w jednostkach organizacyjnych systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. W związku z tym doświadczenie pracy w oddziałach szpitalnych niebędących częściami organizacyjnymi systemu nie powinno być brane pod uwagę dla określania wymagań wobec pracownika systemu.”	Uwaga nieuwzględniona. Przepis obowiązywał od roku 2007. Część dyspozytorów medycznych została zatrudniona na jego podstawie. Zmiana tego przepisu spowoduje utratę przez nich zatrudnienia.
315.	NSZZ Ratowników Medycznych Południowej Wielkopolski	Art. 26 ust. 2 d) ppkt. 3) proponujemy w brzmieniu: współpraca z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego Dodać ppkt. 7) w brzmieniu: współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego Uzasadnienie: Błąd redakcyjny – lekarz koordynator ratownictwa medycznego w myśl nowelizowanej ustawy zastąpiony zostanie wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego. Z oczywistych przyczyn główny dyspozytor będzie zobowiązany do współpracy z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego oraz wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego co należy zapisać w projekcie.	Uwaga uwzględniona poprzez następujące brzmienie art. 26 ust. 2d: „ Do zadań głównego dyspozytora medycznego należy: 1) koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego; 3) bieżąca analiza zadań realizowanych przez dyspozytorów medycznych; 4) bieżąca analiza optymalnego wykorzystania zespołów ratownictwa medycznego; 5) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy; 6) przygotowywanie raportu dobowego z pracy dyspozytorni medycznych.”
316.	Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 26. ust. 2, pkt 3 proponujemy zmianę zapisu w brzmieniu: „przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii , izbie przyjęć szpitala lub dyspozytorni medycznej”. Uzasadnienie: Mając na uwadze dużą liczbę dyspozytorów medycznych posiadających wykształcenie ratownika medycznego , którzy wykonywali zadania dyspozytora medycznego przed wejściem w życie ustawy o PRM proponujemy dodać zapis „ lub dyspozytorni medycznej”. Rzeczona grupa dyspozytorów medycznych żywi obawę, że w sytuacji przerwania pracy na stanowisku dyspozytora medycznego lub zmiany pracodawcy brak wymaganego 5-letniego doświadczenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym	Uwaga uwzględniona.

			oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub izbie przyjęć szpitala uniemożliwi im dalsze wykonywanie zadań dyspozytora medycznego.	
317.		Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 26. ust. 2, pkt 3 proponujemy zmianę zapisu w brzmieniu: „przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii , izbie przyjęć szpitala lub dyspozytorni medycznej”. Uzasadnienie: Mając na uwadze dużą liczbę dyspozytorów medycznych posiadających wykształcenie ratownika medycznego , którzy wykonywali zadania dyspozytora medycznego przed wejściem w życie ustawy o PRM proponujemy dodać zapis „ lub dyspozytorni medycznej”. Rzeczona grupa dyspozytorów medycznych żywi obawę, że w sytuacji przerwania pracy na stanowisku dyspozytora medycznego lub zmiany pracodawcy brak wymaganego 5-letniego doświadczenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub izbie przyjęć szpitala uniemożliwi im dalsze wykonywanie zadań dyspozytora medycznego.	Uwaga uwzględniona.
318.		Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	Art. 26. ust. 2, pkt 3 proponujemy zmianę zapisu w brzmieniu: „przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii , izbie przyjęć szpitala lub dyspozytorni medycznej”. Uzasadnienie: Mając na uwadze dużą liczbę dyspozytorów medycznych posiadających wykształcenie ratownika medycznego , którzy wykonywali zadania dyspozytora medycznego przed wejściem w życie ustawy o PRM proponujemy dodać zapis „ lub dyspozytorni medycznej”. Rzeczona grupa dyspozytorów medycznych żywi obawę, że w sytuacji przerwania pracy na stanowisku dyspozytora medycznego lub zmiany pracodawcy brak wymaganego 5-letniego doświadczenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub izbie przyjęć szpitala uniemożliwi im dalsze wykonywanie zadań dyspozytora medycznego.	Uwaga uwzględniona.
319.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 26. ust. 2, pkt 3 proponujemy zmianę zapisu w brzmieniu: „przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii , izbie przyjęć szpitala lub dyspozytorni medycznej”. Uzasadnienie: Mając na uwadze dużą liczbę dyspozytorów medycznych posiadających	Uwaga uwzględniona.

			wykształcenie ratownika medycznego , którzy wykonywali zadania dyspozytora medycznego przed wejściem w życie ustawy o PRM proponujemy dodać zapis „, lub dyspozytorni medycznej”. Rzeczona grupa dyspozytorów medycznych żywi obawę, że w sytuacji przerwania pracy na stanowisku dyspozytora medycznego lub zmiany pracodawcy brak wymaganego 5-letniego doświadczenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub izbie przyjęć szpitala uniemożliwi im dalsze wykonywanie zadań dyspozytora medycznego.	
320.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	art. 26 ust 2 pkt. 3 – dyspozytor medyczny ma posiadać co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii, oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej, oddział ortopedii lub ortopedii i traumatologii. Warunkiem spełniającym wymogi na stanowisko dyspozytora medycznego to co najmniej 5 letnie doświadczenie w zespołach ratownictwa medycznego i lotniczego, natomiast oddziały szpitalne nie uzasadniają zdobycia doświadczenia w pracy w warunkach przedszpitalnych. W naszej ocenie wystarczające będzie pozostawienie zapisu: „posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona Przepis obowiązuje od dawna i nie ma uzasadnienia dla jego zmiany.
321.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Łodzi	Uwaga dotyczy art. 1 ust 25 art. 26 ust.2 pkt 3 wprowadzającego zmianę w zakresie doświadczenia dyspozytora medycznego. Proponowana zmiana spowoduje, że do praktyki nie będzie zaliczana praca na stanowisku dyspozytora medycznego. Spowoduje to brak możliwości zatrudnienia na tym stanowisku osób aktualnie pracujących, które spełniają kryteria obecnej ustawy oraz posiadających duże doświadczenie na tym stanowisku. Wiąże się to także ze zwolnieniami osób, które w ostatnich latach uzupełniały swoje wykształcenie i doskonaliły się zawodowo. Również możliwość wyznaczenia głównego dyspozytora medycznego zostanie znacznie ograniczona. Uważamy za zasadne pozostawienie zapisów obecnej ustawy lub wprowadzenie dodatkowego punktu zapewniającego możliwość zatrudniania osób, które posiadają tylko doświadczenie dyspozytora medycznego.	Uwaga uwzględniona.
322.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej	Otrzymuje brzmienie: „Posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym.”. Stanowisko dyspozytora medycznego musi się odwoływać do doświadczenia pracownika nabytego przede wszystkim w jednostkach organizacyjnych Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. W związku z tym doświadczenie pracy w oddziałach szpitalnych niebędących częściami organizacyjnymi Systemu nie powinno być brane pod uwagę dla określania	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2 pkt 3: „3) posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego lub w udzielaniu świadczeń zdrowotnych 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

		w Sulęcinie	wymagań wobec pracownika Systemu .”	terapii, oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej, oddział ortopedii lub ortopedii i traumatologii;”.
323.	Art. 26 ust. 2a	Wojewoda Lubuski	Proponuje się ujednolicenie i doprecyzowanie formy zatrudnienia. Forma zatrudnienia ma wpływ na stabilność zatrudnienia kadry.	Uwaga uwzględniona.
324.		Wojewoda Warmińsko-Mazurski	ust. 2a proponowane brzmienie: 2a. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną wyznacza spośród zatrudnionych dyspozytorów medycznych dyspozytorów pełniących funkcję głównego dyspozytora medycznego oraz jego zastępcy” Uzasadnienie: Głównych dyspozytorów medycznych powinno być tylu, aby zapewniona była ciągłość realizacji zadań na tym stanowisku przez całą dobę.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2a „2a. W celu zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania dyspozytorni medycznej w trybie całodobowym, podmiot tworzący dyspozytornię medyczną wyznacza spośród zatrudnionych dyspozytorów medycznych osoby pełniące funkcję głównego dyspozytora medycznego oraz jego zastępcę.”.
325.		SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 26 ust. 2a proponujemy zmianę treści na: „Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną wyznacza spośród zatrudnionych dyspozytorów medycznych głównych dyspozytorów medycznych oraz ich zastępców. ”	Uwaga uwzględniona poprzez nowe brzmienie art. 26 ust 2a: „2a. W celu zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania dyspozytorni medycznej w trybie całodobowym, podmiot tworzący dyspozytornię medyczną wyznacza spośród zatrudnionych dyspozytorów medycznych osoby pełniące funkcję głównego dyspozytora medycznego oraz jego zastępcę.”.
326.	Art. 26a ust. 2a i 2c	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	Rozważyć wyznaczenie dyspozytora głównego i Z-cę z grupy dyspozytorów, a nie zatrudniać dodatkowo osoby Uzasadnienie: zatrudnienie dodatkowych dyspozytorów medycznych czyli dyspozytora głównego i jego zastępcy powoduje znaczny wzrost kosztów osobowych w dyspozytorni (stanowiska całodobowe), które powinny być przewidziane w poziomie finansowania	Uwaga nieuwzględniona. Dyspozytor główny jest również dyspozytorem medycznym i jest powoływany spośród dyspozytorów medycznych. Z uwagi na zakres zadań wykonywanych przez dyspozytora głównego i jego zastępcę nie jest możliwe jednoczesowe pełnienie funkcji dyspozytora medycznego i dyspozytora głównego. Koncentracja dyspozytorni medycznych i dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych do rzeczywistych potrzeb systemu pozwoli na wygenerowanie środków finansowych niezbędnych do działania dyspozytorni medycznych spełniających wymagania ujęte w projekcie.
327.		ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	rozważyć wyznaczenie dyspozytora głównego i Z-cę z grupy dyspozytorów, a nie tworzyć dodatkowe stanowiska uzasadnienie: zatrudnienie dodatkowych dyspozytorów medycznych czyli dyspozytora głównego i jego zastępcy powoduje znaczny wzrost kosztów osobowych w dyspozytorni (stanowiska całodobowe), które powinny być przewidziane w poziomie finansowania. Takie stanowiska funkcjonują już w dużych dyspozytorniach i jest to dyspozytor wyznaczony z grupy pracujących na danej zmianie	Uwaga nieuwzględniona. Dyspozytor główny jest również dyspozytorem medycznym i jest wyznaczany spośród dyspozytorów medycznych. Z uwagi na zakres zadań wykonywanych przez dyspozytora głównego i jego zastępcę nie jest możliwe jednoczesowe pełnienie funkcji dyspozytora medycznego i dyspozytora głównego. Koncentracja dyspozytorni medycznych i dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych do rzeczywistych potrzeb systemu pozwoli na

				wygenerowanie środków finansowych niezbędnych do działania dyspozytorni medycznych spełniających wymagania ujęte w projekcie.
328.	Art. 26 ust. 2b pkt 2 i 3	Wojewoda Łódzki	Art. ten powinien otrzymać brzmienie 2) posiada wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego”, 3) przez okres, co najmniej 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”. Takie wysokie wymagania odnoszące się do kompetencji głównego dyspozytora spowodują brak możliwości całkowitego obsadzenia tego stanowiska. Duża liczba dyspozytorów medycznych obecnie pracujących na tych stanowiskach ukończyła policealną szkołę. Zaproponowane zmiany pozwolą na pozyskanie większej liczby kandydatów na to stanowisko, którzy nie tylko będą mieli odpowiednie wykształcenie, wystarczające doświadczenie zawodowe, ale także predyspozycje do zarządzania grupą ludzi.	Uwaga uwzględniona. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
329.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Łodzi	W art.1 ust. 25 w art.26 ust.2b nadać brzmienie pkt 2) oraz 3) o treści: „2) posiada wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego”; „3) przez okres co najmniej 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”. W projekcie ustawy zbyt wysoko postawiona poprzeczka w zakresie kompetencji głównego dyspozytora spowoduje brak możliwości obsadzenia tego stanowiska. Wielu aktualnie pracujących dyspozytorów ukończyło szkołę policealną. Zaproponowane zmiany pozwolą na zatrudnienie kandydatów posiadających zarówno odpowiednie wykształcenie, jak i wystarczające doświadczenie zawodowe oraz predyspozycje do zarządzania grupą ludzi.	Uwaga uwzględniona. 2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
330.	Art. 26 ust. 2b	Wojewoda Zachodniopomorski	Proponuję dokonanie zrównania wymaganego doświadczenia zawodowego głównego dyspozytora medycznego z doświadczeniem zawodowym kierownika dyspozytorni medycznej i wskazanie, że wymagane jest 5 -letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku dyspozytora medycznego Propozycja: Art. 26 ust. 2b przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego;	Uwaga uwzględniona. Zarówno kierownik, jak i jego zastępca powinni mieć doświadczenie w zakresie pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. Proponujemy dla kierownika DM 5 lat doświadczenia, a dla jego zastępcy – 3 lata oraz wykształcenie wyższe co najmniej I – go stopnia dla obu. W wyniku wielu uwag proponuje się zmiany wymogów dla dyspozytora głównego – rezygnujemy z obowiązku posiadania studiów licencyjnych dla RM i studiów magisterskich dla innych oraz skrócenie doświadczenia do 5 lat.
331.		ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	zmniejszyć wymagania na stanowisko dyspozytora głównego uzasadnienie: wymagania dotyczące stanowiska dyspozytora głównego są zbyt wygórowane w zakresie studiów i okresu zatrudnienia. Z danych od dysponentów wynika, że wymagania spełniają pojedyncze osoby a danej dyspozytorni. Posiadanie wyższego wykształcenie nie gwarantuje posiadania większych kwalifikacji i doświadczenia. W przypadku ratowników medycznych	Uwaga częściowo uwzględniona. Zarówno kierownik, jak i jego zastępca powinni mieć doświadczenie w zakresie pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. Proponujemy dla kierownika DM 5 lat doświadczenia, a dla jego zastępcy – 3 lata oraz wykształcenie wyższe co najmniej I – go stopnia dla obu. W wyniku wielu uwag

		lub pielęgniarek duża ich liczba zakończyła edukację na poziomie szkół policealnych lub studiów I stopnia i legitymują się wykształceniem wyższym w innych dziedzinach nauki. Proponowane zmiany spowoduje, że w początkowym okresie obowiązywania ustawy nie będzie można korzystać z doświadczonych kadry dyspozytorów medycznych umożliwiając im również awans zawodowy. Należy również przyjąć że w kolejnych latach obowiązywania ustawy obecna kadra pracownicza będzie zastępowana przez kolejne osoby, które nabiorą wymaganego doświadczenia i jednocześnie będą legitymowały się wykształceniem wyższym (obecnie brak możliwości kształcenia w szkołach policealnych).	proponuje się zmiany wymogów dla dyspozytora głównego – rezygnujemy z obowiązku posiadania studiów licencjackich dla RM i studiów magisterskich dla innych oraz skrócenie doświadczenia do 5 lat.
332.	Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy nowe brzmienie art. 26 ustępu 2b: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy ratownika medycznego; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. Uzasadnienie: Stanowisko głównego dyspozytora nie powinno być ograniczone posiadaniem wyższego wykształcenia, ponieważ na tym stanowisku bardzo ważne jest doświadczenie i umiejętności praktyczne.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę - zarówno kierownik, jak i jego zastępca powinni mieć doświadczenie w zakresie pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. Proponujemy dla kierownika DM 5 lat doświadczenia, a dla jego zastępcy – 3 lata oraz wykształcenie wyższe co najmniej I – go stopnia dla obu. W wyniku wielu uwag proponuje się zmiany wymogów dla dyspozytora głównego – rezygnujemy z obowiązku posiadania studiów licencjackich dla RM i studiów magisterskich dla innych oraz skrócenie doświadczenia do 5 lat.
333.	Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) ... 2) „Posiada specjalizację z pielęgniarstwa ratunkowego lub uzyskała tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego.” Uzasadnienie: Zwiększamy krąg pielęgniarek systemowych, które przynajmniej do czasu powszechności wykształcenia pielęgniarstwa na poziomie studiów II stopnia będzie na tyle powszechne, by nie utrudniać możliwości pozyskania pracowników mogących być głównymi dyspozytorami. Być może należy rozważyć wprowadzenie ograniczenia czasowego dla obniżonych wymogów uwzględniających tylko aspekt systemowości pielęgniarki.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
334.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zarząd Krajowy	art. 26ust 2b - określa kto może być głównym dyspozytorem medycznym. Jest dla nas niezrozumiałe z jakiej przyczyny pielęgniarka systemu aplikująca na to stanowisko musi mieć ukończone studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwa plus uprawnienia pielęgniarki systemu, natomiast ratownik medyczny tylko licencjat. Jest to wprost przejaw dyskryminacji naszej grupy zawodowej. Proponowane zapisy są nieuczciwe i niesprawiedliwe, ponieważ te dwa zawody wykonują te same zadania, a na w/w stanowisko dla pielęgniarki systemu wymogi są zawyżone. Zapis powinien zawierać jednakowe wymogi	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2,

			i kwalifikacje. Z naszej perspektywy to nie wykształcenie, ale wiedza i doświadczenie oraz umiejętności praktyczne i predyspozycje są znacznie ważniejsze na tym stanowisku. Właściwszy byłby zapis, że osoba musi posiadać posiadania kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy ratownika medycznego.	-przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
335.		Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	Zmniejszyć wymagania na stanowisko dyspozytora głównego Uzasadnienie: wymagania dotyczące stanowiska dyspozytora głównego są zbyt wygórowane w zakresie studiów i okresu zatrudnienia. Na przykład w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym na 104 zatrudnionych dyspozytorów medycznych (łącznie z umowami kontraktowymi) tylko dwóch spełnia te wymogi. Jak widać z tego przykładu zapis niemożliwy do realizacji w praktyce.	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
336.		SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 26 ust. 2b) wnioskujemy o wykreślenie punktu 2) z uwagi na niewielką liczbę dyspozytorów medycznych w systemie spełniających ten wymóg.	Uwaga uwzględniona.
337.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	proponujemy zapis: „spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2” Uzasadnienie: Wprowadzenie zapisu dotyczącego wymogu wykształcenia dla dyspozytora głównego (studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego) skutkował będzie brakiem możliwości pełnienia tej funkcji przez osoby wykonujące aktualnie zadania kierowników zmiany/koordynatorów dyspozytorni medycznych ze względu na brak wymaganego wykształcenia. Uważamy za właściwe utrzymanie wymagań wynikających z art. 26, ust. 2.	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
338.	Art. 26 ust. 2b pkt 2	ZZ Solidarność 80 Małopolska	proponujemy zapis: „spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2” Uzasadnienie: Wprowadzenie zapisu dotyczącego wymogu wykształcenia dla dyspozytora głównego (studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego) skutkował będzie brakiem możliwości pełnienia tej funkcji przez osoby wykonujące aktualnie zadania kierowników zmiany/koordynatorów dyspozytorni medycznych ze względu na brak wymaganego wykształcenia. Uważamy za właściwe utrzymanie wymagań wynikających z art. 26, ust. 2.	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
339.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	w art. 26, ust. 2b, pkt 2, proponujemy zapis: „spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2” Uzasadnienie:	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która:

			Wprowadzenie zapisu dotyczącego wymogu wykształcenia dla dyspozytora głównego (studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego) skutkował będzie brakiem możliwości pełnienia tej funkcji przez osoby wykonujące aktualnie zadania kierowników zmiany/koordynatorów dyspozytorni medycznych ze względu na brak wymaganego wykształcenia. Uważamy za właściwe utrzymanie wymagań wynikających z art. 26, ust. 2 oraz doświadczenia wymaganego w art. 26 ust. 2b.	- posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
340.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 26 ust. 2b pkt 2) kończyła co najmniej studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego. Komentarz – wydaje się zasadne, aby dyspozytor medyczny który obejmuje funkcje dyspozytora głównego miał takie same wymagania dotyczące wykształcenia jak kierownik dyspozytorni medycznej, kierownik zespołu ratownictwa medycznego czy wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego (stanowisko proponowane w „dużej” nowelizacji) Proponowany zapis: osoba spełniająca wymagania, o których mowa w art.26 ust.2.	Uwaga częściowo uwzględniona. „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”
341.	Art. 26 ust. 2b pkt 3	Wojewoda Dolnośląski	„2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) ukończyła co najmniej studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego;” Uzasadnienie: Wymóg 7 letniego okresu zatrudnienia może spowodować duże trudności w znalezieniu odpowiedniego kandydata lub wręcz zatrudnieniu osoby, która oprócz tego wymogu nie będzie miała predyspozycji do wykonywania zadań na stanowisku głównego dyspozytora medycznego ale będzie musiała zostać wybrana ponieważ jako jedyna spełni powyższy wymóg.	Uwaga uwzględniona poprzez zastosowanie następującego brzmienia art.26. ust.2b: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
342.		Wojewoda Warmińsko-Mazurski	w ust. 2b. pkt 3 proponowane brzmienie: „była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego przez okres co najmniej 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat”. Wskazany okres zatrudnienia na stanowisku dyspozytora medycznego jest zupełnie wystarczający uwzględniając pozostałe kryteria niezbędne do objęcia stanowiska głównego dyspozytora medycznego. Pozostawienie kryterium 7 lat w znacznej liczbie przypadków wykluczy możliwość zatrudnienia doświadczonych dyspozytorów	Uwaga uwzględniona poprzez zastosowanie następującego brzmienia art.26. ust.2b: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich

				lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
343.		Wojewoda Wielkopolski	Propozycja: „3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego;” Doświadczenie zawodowe zarówno kierownika dyspozytorni i jego zastępcy jak również głównego dyspozytora medycznego wraz z zastępcą wymaga uporządkowania. Niższe wymagania wobec kierownika dyspozytorni powodują dysonans kompetencyjny w zakresie pełnionych funkcji Ponadto, zbyt wysokie wymagania znacznie ograniczają liczbę osób mogących pełnić ww. funkcje.	Uwaga uwzględniona poprzez zastosowanie następującego brzmienia art.26. ust.2b: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
344.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	pkt.2b ust.3 zmieni 7 ostatnich lat na 10 ostatnich lat	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis:Art.26. ust.2b: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
345.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 26, ust. 2b, pkt 3, proponujemy zapis: „posiada co najmniej 7-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego” Uzasadnienie: Posiadanie co najmniej 7-letniego doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego jest wystarczająco do pełnienia funkcji dyspozytora głównego. Zapis „przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” eliminował będzie osoby, które zrezygnowały z pracy na stanowisku dyspozytora medycznego na rzecz pracy w ZRM lub innej, a rozważają możliwość powrotu do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i posiadają predyspozycję do wykonywania zadań dyspozytora głównego.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis:Art.26. ust.2b: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
346.		Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	Art. 26, ust. 2b, pkt 3, proponujemy zapis: „posiada co najmniej 7-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego” Uzasadnienie:	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis:Art.26. ust.2b: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która:

			Posiadanie co najmniej 7-letniego doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego jest wystarczająco do pełnienia funkcji dyspozytora głównego. Zapis „przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” eliminował będzie osoby, które zrezygnowały z pracy na stanowisku dyspozytora medycznego na rzecz pracy w ZRM lub innej, a rozważają możliwość powrotu do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i posiadają predyspozycję do wykonywania zadań dyspozytora głównego.	- posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
347.		Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 26, ust. 2b, pkt 3, proponujemy zapis: „posiada co najmniej 7-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego” Uzasadnienie: Posiadanie co najmniej 7-letniego doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego jest wystarczająco do pełnienia funkcji dyspozytora głównego. Zapis „przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” eliminował będzie osoby, które zrezygnowały z pracy na stanowisku dyspozytora medycznego na rzecz pracy w ZRM lub innej, a rozważają możliwość powrotu do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i posiadają predyspozycję do wykonywania zadań dyspozytora głównego.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis:Art.26. ust.2b: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”
348.		Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 26, ust. 2b, pkt 3, proponujemy zapis: „posiada co najmniej 7-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego” Uzasadnienie: Posiadanie co najmniej 7-letniego doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego jest wystarczająco do pełnienia funkcji dyspozytora głównego. Zapis „przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” eliminował będzie osoby, które zrezygnowały z pracy na stanowisku dyspozytora medycznego na rzecz pracy w ZRM lub innej, a rozważają możliwość powrotu do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i posiadają predyspozycję do wykonywania zadań dyspozytora głównego.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
349.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	proponujemy zapis: „posiada co najmniej 7-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego” Uzasadnienie: Posiadanie co najmniej 7-letniego doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego jest wystarczająco do pełnienia funkcji dyspozytora głównego. Zapis „przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” eliminował będzie osoby, które zrezygnowały z pracy na stanowisku dyspozytora medycznego na rzecz pracy w ZRM lub innej, a rozważają możliwość powrotu do pracy na stanowisku dyspozytora	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku

			medycznego i posiadają predyspozycję do wykonywania zadań dyspozytora głównego.	dyspozytora medycznego”.
350.		ZZ Solidarność 80 Małopolska	proponujemy zapis: „posiada co najmniej 7-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego” Uzasadnienie: Posiadanie co najmniej 7-letniego doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego jest wystarczająco do pełnienia funkcji dyspozytora głównego. Zapis „przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” eliminował będzie osoby, które zrezygnowały z pracy na stanowisku dyspozytora medycznego na rzecz pracy w ZRM lub innej, a rozważają możliwość powrotu do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i posiadają predyspozycję do wykonywania zadań dyspozytora głównego.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis: Art.26. ust.2b: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”
351.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	w art. 26, ust. 2b, pkt 3, proponujemy zapis: „posiada co najmniej 7-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego” Uzasadnienie: Posiadanie co najmniej 7-letniego doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego jest wystarczająco do pełnienia funkcji dyspozytora głównego. Zapis „przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” eliminował będzie osoby, które zrezygnowały z pracy na stanowisku dyspozytora medycznego na rzecz pracy w ZRM lub innej, a rozważają możliwość powrotu do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i posiadają predyspozycję do wykonywania zadań dyspozytora głównego. Mając na uwadze brak dyspozytorów medycznych uważamy za właściwe utrzymanie zapisu w proponowanej przez nas formie.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”
352.		Wojewoda Warmińsko-Mazurski	w ust. 2b. pkt 3 Proponowane brzmienie: „była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego przez okres co najmniej 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat”. Uzasadnienie: Wskazany okres zatrudnienia na stanowisku dyspozytora medycznego jest zupełnie wystarczający uwzględniając pozostałe kryteria niezbędne do objęcia stanowiska głównego dyspozytora medycznego. Pozostawienie kryterium 7 lat w znacznej liczbie przypadków wykluczy możliwość zatrudnienia doświadczonych dyspozytorów.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”
353.	Art. 26 ust. 2c	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	Wykreślić	Uwaga nieuwzględniona.
354.			wystarczające jest stanowisko dyspozytora głównego, nie ma potrzeby zwiększania kosztów. W dyspozytorni mają jeszcze stanowiska koordynator i lekarz konsultant	Stanowisko zastępcy głównego dyspozytora medycznego jest niezbędne w celu zapewnienia ciągłej obsady stanowiska głównego dyspozytora medycznego.

355.	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuje zapis "zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust 2b pkt 4 oraz przez okres co najmniej 5 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego " uważam za właściwe aby zastępcą głównego dyspozytora medycznego spełniał wszystkie wymagania należne głównemu dyspozytorowi medycznemu. Jednak mając na uwadze aktualną dostępność dyspozytorów medycznych z odśpiewanym stażem pracy proponuję zapis "...co najmniej 5 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego"	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zapis: Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.
356.	Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	Art. 26, ust. 2c, proponujemy zapis: „Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 oraz posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Proponowane 3-letnie doświadczenie jest niewystarczające do pełnienia funkcji zastępcy dyspozytora głównego.	Uwaga nieuwzględniona. Pozostawienie 5-letniego doświadczenia grozi problemami w zapewnieniu obsady zastępcy dyspozytora głównego.
357.	Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 26, ust. 2c, proponujemy zapis: „Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 oraz posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Proponowane 3-letnie doświadczenie jest niewystarczające do pełnienia funkcji zastępcy dyspozytora głównego.	Uwaga nieuwzględniona. Pozostawienie 5-letniego doświadczenia grozi problemami w zapewnieniu obsady zastępcy dyspozytora głównego.
358.	Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 26, ust. 2c, proponujemy zapis: „Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 oraz posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Proponowane 3-letnie doświadczenie jest niewystarczające do pełnienia funkcji zastępcy dyspozytora głównego.	Uwaga nieuwzględniona. Pozostawienie 5-letniego doświadczenia grozi problemami w zapewnieniu obsady zastępcy dyspozytora głównego.
359.	Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 26, ust. 2c, proponujemy zapis: „Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 oraz posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Proponowane 3-letnie doświadczenie jest niewystarczające do pełnienia funkcji zastępcy dyspozytora głównego.	Uwaga nieuwzględniona. Pozostawienie 5-letniego doświadczenia grozi problemami w zapewnieniu obsady zastępcy dyspozytora głównego.
360.	Ogólnopolski Związek	pkt.2c zmienić co najmniej 3 ostatnich lat na co najmniej 5 lat	Uwaga nieuwzględniona.

		Zawodowy Ratowników Medycznych		Pozostawienie 5-letniego doświadczenia grozi problemami w zapewnieniu obsady zastępcy dyspozytora głównego.
361.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	w art. 26, ust. 2c, proponujemy zapis: „Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 oraz posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Posiadanie co najmniej 5-letniego doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego jest w naszej ocenie wystarczające do pełnienia funkcji zastępcy dyspozytora głównego. Zapis „przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” jest w naszej ocenie niewystarczający ze względu na krótki okres zatrudnienia.	Uwaga uwzględniona. Proponujemy brzmienie „przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
362.		ZZ Solidarność 80 Małopolska	proponujemy zapis: „Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 oraz posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Proponowane 3-letnie doświadczenie jest niewystarczające do pełnienia funkcji zastępcy dyspozytora głównego.	Uwaga nieuwzględniona. Pozostawienie 5-letniego doświadczenia grozi problemami w zapewnieniu obsady zastępcy dyspozytora głównego.
363.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	proponujemy zapis: „Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 oraz posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie: Proponowane 3-letnie doświadczenie jest niewystarczające do pełnienia funkcji zastępcy dyspozytora głównego.	Uwaga nieuwzględniona Zastępcą dyspozytora głównego powinien mieć co najmniej 3 letnie doświadczenie w zakresie pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.
364.	Art. 26 ust. 2d pkt 1	Narodowy Fundusz Zdrowia	proponuję zastąpienie wyrażen „1) koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznych;” na wyrażenia „1) koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznej;”	Uwaga uwzględniona.
365.		SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 26 ust. 2d) pkt 1) proponuję zmianę treści na „koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznej”.	Uwaga uwzględniona.
366.		SPZPZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 26 ust. 2d) pkt 1) proponujemy zmianę treści na „koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznej”.	Uwaga uwzględniona.
367.	Art. 26 ust. 2d pkt 2	Narodowy Fundusz Zdrowia	wskazano, iż do zadań głównego dyspozytora medycznego należy nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych. Zauważyć należy, iż zgodnie z art. 29 ust. 2 ustawy o PRM ww. nadzór sprawuje lekarz koordynator RTM	Uwaga częściowo uwzględniona: 1. W art. 29 ust. 3 pkt 1 projektu ustawy „dużej nowelizacji” skreślony został zapis o nadzorze merytorycznym WKRM nad pracą dyspozytorów medycznych. 2. W to miejsce wprowadzony został przepis dotyczący współpracy WKRM z dyspozytorem głównym i jego zastępcą. 3. Dodatkowo uzupełniono zakres zadań WKRM :

				- o rozstrzygnięcie sporów związanych z przyjęciem do podmiotu leczniczego pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przetransportowanego przez ZRM), - współpraca z innymi WKRM - współpraca z KCKRM.
368.		Wojewoda Zachodniopomorski	W przedłożonym do zaopiniowania brzmieniu przepisu do zadań głównego dyspozytora medycznego należy nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych, a w art. 29 ust. 2 pkt 2 obowiązującej ustawy o PRM – nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych przypisany jest lekarzowi koordynatorowi ratownictwa medycznego. Jak wynika z powyższego następuje nałożenie się kompetencji głównego dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, co nie powinno mieć miejsca.	Uwaga uwzględniona. Nadzorować pracę dyspozytorów medycznych będzie kierownik DM. Koordynować pracę dyspozytorów medycznych będzie dyspozytor główny. WKRM będzie koordynował współpracę dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego rejonu operacyjnego.
369.		Narodowy Fundusz Zdrowia	W niniejszym przepisie wskazano, iż do zadań głównego dyspozytora medycznego należy nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych. Zauważyć należy, iż zgodnie z art. 28 niniejszego projektu ustawy dotyczącym art. 29 ust. 3 pkt 1 oraz art. 29 ust. 2 ustawy o PRM niniejszy nadzór sprawuje lekarz koordynator RTM. Przepisy w zakresie sprawowania nadzoru nad pracą dyspozytorów medycznych powinny zostać ujednolicone. W obecnym stanie mamy do czynienia z wzajemnym „nachodzeniem” na siebie kompetencji, co wydaje się być niezasadne.	Uwaga uwzględniona. Nadzorować pracę dyspozytorów medycznych będzie kierownik DM. Koordynować pracę dyspozytorów medycznych będzie dyspozytor główny. WKRM będzie koordynował współpracę dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego rejonu operacyjnego.
370.		SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Art. 26 ust. 2 d pkt 2 koliduje z zapisem art. 29 ust. 2 pkt1.	Uwaga częściowo uwzględniona. W art. 29 ust. 3 pkt 1 projektu ustawy „dużej nowelizacji” skreślony został zapis o nadzorze merytorycznym WKRM nad pracą dyspozytorów medycznych. W to miejsce wprowadzony został przepis dotyczący współpracy WKRM z dyspozytorem głównym i jego zastępcą. Dodatkowo uzupełniono zakres zadań WKRM : -o rozstrzygnięcie sporów związanych z przyjęciem do podmiotu leczniczego pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, przetransportowanego przez ZRM) - współpraca z innymi WKRM - współpraca z KCKRM
371.		Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuję zapis " współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego" projekt ustawy nie przewiduje stanowiska lekarza koordynatora ratownictwa medycznego poprawka porządkująca - projekt ustawy nie przewiduje stanowiska lekarza koordynatora ratownictwa medycznego	Uwaga uwzględniona.

372.	Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Otrzymuje brzmienie: „2d. Do zadań głównego dyspozytora medycznego należy: 1)...; 2)...; 3) współpraca z lekarzem konsultantem oraz koordynatorem ratownictwa medycznego.”. Poprawka porządkująca uwzględniająca lekarzy konsultantów oraz fakt, iż koordynatorami ratownictwa medycznego nie będą musieli być tylko i wyłącznie lekarze systemowi.	Uwaga uwzględniona w zakresie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
373.	Wojewoda Mazowiecki	w zakresie zadań głównego dyspozytora medycznego wymieniona jest współpraca z lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego tymczasem w pkt 28 stanowisko to zostało zmienione na wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego;	Uwaga uwzględniona.
374.	Wojewoda Warmińsko-Mazurski	w ust. 2d. pkt 3 -wyraz „z lekarzem” zastąpić wyrazem „z wojewódzkim”. Stanowisko lekarza koordynatora ratownictwa medycznego zostało zastąpione stanowiskiem wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.	Uwaga uwzględniona.
375.	SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 26 ust. 2d) pkt 3) proponuję zmianę treści zapisu na „współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego.”	Uwaga uwzględniona.
376.	Konsultant Krajowy i konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego (warmińsko-mazurski, lubelski, podlaski, wielkopolski, lubuski, wielkopolski)	„2d. Do zadań głównego dyspozytora medycznego należy... 1)...; 2)...; 3) współpraca z lekarzem konsultantem oraz koordynatorem ratownictwa medycznego.” Poprawka porządkująca uwzględniająca fakt, że konsultantem może być tylko lekarz natomiast koordynatorem ratownictwa medycznego nie będą wyłącznie lekarze systemowi	Uwaga uwzględniona w zakresie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
377.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy nowe brzmienie pkt 3 w art. 26 ust. 2d. „3) współpraca z lekarzem konsultantem oraz koordynatorem ratownictwa medycznego.” Poprawka porządkująca, uwzględniająca lekarzy konsultantów oraz fakt, iż koordynatorami ratownictwa medycznego nie będą musieli być tylko i wyłącznie lekarze systemu.	Uwaga uwzględniona w zakresie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
378.	Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 26 ust. 2 d) ppkt. 3) proponujemy w brzmieniu: współpraca z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego Dodać ppkt. 7) w brzmieniu: współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego Uzasadnienie: Błąd redakcyjny – lekarz koordynator ratownictwa medycznego w myśl nowelizowanej ustawy zastąpiony zostanie wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego. Z oczywistych przyczyn główny dyspozytor będzie zobowiązany do współpracy z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego oraz wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego co należy zapisać	Uwaga uwzględniona w zakresie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

			w projekcie.	
379.		Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 26 ust. 2 d) ppkt. 3) proponujemy w brzmieniu: współpraca z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego Dodać ppkt. 7) w brzmieniu: współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego Uzasadnienie: Błąd redakcyjny – lekarz koordynator ratownictwa medycznego w myśl nowelizowanej ustawy zastąpiony zostanie wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego. Z oczywistych przyczyn główny dyspozytor będzie zobowiązany do współpracy z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego oraz wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego co należy zapisać w projekcie.	Uwaga uwzględniona w zakresie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
380.		Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	Art. 26 ust. 2 d) ppkt. 3) proponujemy w brzmieniu: współpraca z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego Dodać ppkt. 7) w brzmieniu: współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego Uzasadnienie: Błąd redakcyjny – lekarz koordynator ratownictwa medycznego w myśl nowelizowanej ustawy zastąpiony zostanie wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego. Z oczywistych przyczyn główny dyspozytor będzie zobowiązany do współpracy z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego oraz wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego co należy zapisać w projekcie.	Uwaga uwzględniona w zakresie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
381.		Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 26 ust. 2 d) ppkt. 3) proponujemy w brzmieniu: współpraca z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego Dodać ppkt. 7) w brzmieniu: współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego Uzasadnienie: Błąd redakcyjny – lekarz koordynator ratownictwa medycznego w myśl nowelizowanej ustawy zastąpiony zostanie wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego. Z oczywistych przyczyn główny dyspozytor będzie zobowiązany do współpracy z lekarzem konsultantem ratownictwa medycznego oraz wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego co należy zapisać w projekcie.	Uwaga uwzględniona w zakresie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
382.		Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy nowe brzmienie pkt 3 w art. 26 ust. 2d. „3) współpraca z lekarzem konsultantem oraz koordynatorem ratownictwa medycznego.” Uzasadnienie: Poprawka porządkująca, uwzględniająca lekarzy konsultantów oraz fakt, iż koordynatorami ratownictwa medycznego nie będą musieli być tylko i wyłącznie lekarze systemu.	Uwaga uwzględniona w zakresie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
383.	Art. 26 ust. 2d pkt	SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 26 ust. 2d) pkt 6 proponujemy zmianę treści na „przygotowywanie raportu dobowego z pracy dyspozytorni medycznej”.	Uwaga uwzględniona w związku z zastosowaniem skrótu w art. 3 pkt 14a (słowniczek).

384.	6	SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 26 ust. 2d) pkt 6 proponuję zmianę treści zapisu na „przygotowywanie raportu dobowego z pracy dyspozytorni medycznej ”.	Uwaga nieuwzględniona w związku z zastosowaniem skrótu w art. 3 pkt 14a (słowniczek).
385.	Art. 26 ust. 2d pkt 7	Wojewoda Pomorski	Brak informacji o tym, że główny dyspozytor medyczny i jego zastępca powinni być wyznaczeni przez dysponenta na każdym dyżurze tj. 24/7. W art. 26 ust. 2d dodaje się pkt 7: 7) pełnienie całodobowego dyżuru.	Uwaga uwzględniona.
386.	Art. 26a ust. 2a-e	Wojewoda Małopolski	W art. 26 po ust. 2 dodaje się ust. 2a-2e w brzmieniu: „2a. Dysponent zespołów ratownictwa medycznego posiadający dyspozytornię medyczną wyznacza spośród zatrudnionych dyspozytorów medycznych głównego, dyspozytora medycznego oraz jego zastępcę. 2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) ukończyła co najmniej studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego; 3) przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego. 2d. Do zadań głównego dyspozytora medycznego należy: 1) koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych; 3) współpraca z lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego; 4) bieżąca analiza zadań realizowanych przez dyspozytorów medycznych; 5) bieżąca analiza optymalnego wykorzystania zespołów ratownictwa medycznego; 6) przygotowywanie raportu dobowego z pracy dyspozytorni medycznych. 2e. Główny dyspozytor medyczny wykonuje zadania, o których mowa w ust. 2d, przy pomocy swojego zastępcy.” UWAGA Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego : art. 26 ust. 2a i 2c - zatrudnienie dodatkowych dyspozytorów medycznych czyli dyspozytora głównego i jego zastępcy powoduje znaczny wzrost kosztów osobowych w dyspozytorni (stanowiska całodobowe), które powinny być przewidziane w poziomie finansowania. art. 26 ust. 2b - wymagania dotyczące stanowiska dyspozytora głównego są zbyt wygórowane w zakresie studiów i okresu zatrudnienia. W Krakowskim Pogotowiu	Uwaga uwzględniona poprzez zapis: „Głównym dyspozytorem może być wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu, - spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, - przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” Do uwagi dotyczącej wzrostu kosztów osobowych dyspozytorni z tytułu zatrudnienia dodatkowych dyspozytorów medycznych czyli dyspozytora głównego i jego zastępcy Finansowanie odbywać się będzie w ramach środków na ZRM. Koncentracja dyspozytorni medycznych i dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych do rzeczywistych potrzeb systemu pozwoli na wygenerowanie środków finansowych niezbędnych do działania dyspozytorni medycznych spełniających wymagania ujęte w projekcie. Funkcja zastępcy głównego dyspozytora medycznego nie będzie niosła za sobą dodatkowych kosztów, ponieważ tę funkcję będzie pełnił jeden z dyspozytorów dysponujących obecnie zespoły ratownictwa medycznego.

			Ratunkowym na 104 zatrudnionych dyspozytorów medycznych (łącznie z umowami kontraktowymi) tylko dwóch spełnia te wymogi. Jak widać z tego przykładu zapis niemożliwy do realizacji w praktyce.	
387.		Wojewoda Pomorski	Niezrozumiała wydaje się tak duża różnica w zakresie wymaganego stażu pracy i kwalifikacji kierownika dyspozytorni medycznej, jego zastępcy i głównego dyspozytora. Proponuje się zamienić wymagania dot. stażu pracy i kwalifikacji kierownika i dyspozytora głównego. Istnieje prawdopodobieństwo, że główni dyspozytorzy medyczni z tak długim stażem pracy nie będą spełniali kryteriów dot. wyższego wykształcenia. W związku z tym, że „nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, w szczególności przez dokonywanie analizy prowadzonych działań oraz odsłuch prowadzonych rozmów” ma należeć do zadań kierownika dyspozytorni medycznej powinien mieć on większe doświadczenie niż dyspozytor główny. w art. 26 d) po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2e w brzmieniu: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2, i posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b.	Uwaga uwzględniona w następującym brzmieniu: Art. 25a ust. 6: „5. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz art. 26 ust. 7: „7. Wojewoda może powołać i odwołać zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych.”, oraz art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
388.		Wojewoda Pomorski	Niezrozumiała wydaje się tak duża różnica w zakresie wymaganego stażu pracy i kwalifikacji kierownika dyspozytorni medycznej, jego zastępcy i głównego	Uwaga częściowo uwzględniona. Zarówno kierownik, jak i jego zastępca powinni mieć doświadczenie w zakresie

		dyspozytora. Proponuje się zamienić wymagania dot. stażu pracy i kwalifikacji kierownika i dyspozytora głównego. Istnieje prawdopodobieństwo, że główni dyspozytorzy medyczni z tak długim stażem pracy nie będą spełniali kryteriów dot. wyższego wykształcenia. Brak informacji o tym, że główny dyspozytor medyczny i jego zastępca powinni być wyznaczeni przez dysponenta na każdym dyżurze tj. 24/7 w art. 26 po ust. 2 dodaje się ust. 2a–2e w brzmieniu: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2, i posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b. 2d. Do zadań głównego dyspozytora medycznego należy: 1) koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznych; 2) nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych; 3) współpraca z lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego; 4) bieżąca analiza zadań realizowanych przez dyspozytorów medycznych; 5) bieżąca analiza optymalnego wykorzystania zespołów ratownictwa medycznego; 6) przygotowywanie raportu dobowego z pracy dyspozytorni medycznych; 7) pełnienie całodobowego dyżuru.	pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. Proponowana zmiana brzmienia art. 25a ust. 4: „Kierownikiem dyspozytorni medycznej może być osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych,” oraz art. 25a ust. 7 : „...może zatrudnić zastępcę kierownika dyspozytorni, którym może być wyłącznie osoba, która ukończyła co najmniej studia I stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych,” oraz art.26. ust.2b: „Głównym dyspozytorem może być osoba, wyłącznie osoba, która: - posiada pełną zdolność do czynności prawnych i nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu”, -spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2, -przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”.
389.	Wojewoda Śląski	Zapisy te powodują, iż powołanie dodatkowych osób „funkcyjnych” spowoduje nałożenie się kompetencji i „rozmycie zakresu odpowiedzialności. Jest niepotrzebnym mnożeniem stanowisk nadzoru dyspozytorów medycznych oraz wzrostu kosztów prowadzenia tej komórki organizacyjnej.	Uwaga nieuwzględniona. Z uwagi na zakres zadań wykonywanych przez dyspozytora głównego i jego zastępcę nie jest możliwe jednoczesowe pełnienie funkcji dyspozytora medycznego i dyspozytora głównego. Koncentracja dyspozytorni medycznych i dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych do rzeczywistych potrzeb systemu pozwoli na wygenerowanie środków finansowych niezbędnych do działania dyspozytorni medycznych spełniających wymagania ujęte w projekcie.

390.	Art. 26 ust. 2a i 2b	Wojewoda Lubelski	Wymagania dot. głównego dyspozytora medycznego oraz jego zastępcy. Zaproponowane w projekcie ustawy wymagania mogą okazać się zbyt wysokie dla kadry obecnie pracującej w dyspozytorniach. Spowoduje to nieobsadzenie stanowisk dyspozytorów głównych. Propozycja: "3) przez okres co najmniej 4 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego;"	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę wymagań: 1) kierownik DM - 5 lat doświadczenia, a jego zastępca – 3 lata oraz wykształcenie wyższe co najmniej I – go stopnia dla obu. W wyniku wielu uwag proponuje się zmiany wymogów dla dyspozytora głównego – rezygnujemy z obowiązku posiadania studiów licencjackich dla RM i studiów magisterskich dla innych oraz skrócenie doświadczenia do 5 lat. 2) główny dyspozytor medyczny - 5 lat doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego, jego zastępca – 3 lata, wykształcenie: co najmniej szkoła policealna dla obu.
391.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić czasy wejścia w życie poszczególnych elementów ustawy tak by były kompatybilne ze sobą Niespójność terminów wchodzenia w życie zapisów dotyczących dyspozytorni medycznych. Wojewoda ma posiadać. dyspozytornię od 2020 roku, a w 2018 ma zatrudniać głównego dyspozytora. Zapis nieaktualny w przypadku pozostawienia dyspozytorni u dysponenta.	Uwaga uwzględniona poprzez korektę terminów wejścia w życie poszczególnych przepisów ustawy. Od 1.01.2021 r. dyspozytornia medyczna u wojewody.
392.	Art. 26 ust. 2a	Wojewoda Podkarpacki	Czy główny dyspozytor i jego zastępca podlegają kierownikowi dyspozytorni?	Tak, główny dyspozytor i jego zastępca podlegają kierownikowi dyspozytorni.
393.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić nie wojewoda a dysponent Konsekwencja propozycji zmiany miejsca dyspozytorni u dysponenta	Uwaga nieuwzględniona Od 1.01.2021 r. dyspozytornia medyczna u wojewody.
394.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Zielona Góra	głównym dyspozytorem medycznym może być pielęgniarka z co najmniej drugim stopniem studiów pielęgniarских będąca pielęgniarką systemu lub ratownik medyczny z tytułem licencjata. Taki zapis dyskryminuje pielęgniarki posiadające tytuł licencjata pielęgniarstwa i stawia wyższe wymagania pielęgniarkom bez żadnych uzasadnionych przyczyn merytorycznych	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę wymagań: główny dyspozytor medyczny - 5 lat doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego, jego zastępca – 3 lata, wykształcenie: co najmniej szkoła policealna dla obu.
395.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	pkt.2a dodać:”stanowiska całodobowe”	Uwaga uwzględniona.
396.	Art. 26 ust. 2b	Wojewoda Zachodniopomorski	Proponuję dokonanie zrównania wymaganego doświadczenia zawodowego głównego dyspozytora medycznego z doświadczeniem zawodowym kierownika dyspozytorni medycznej i wskazanie, że wymagane jest 5 -letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku dyspozytora medycznego. Propozycja: „Art. 26 ust. 2b przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego;”.	Uwaga uwzględniona.
397.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	1. zmniejszyć wymagania dla dyspozytora głównego za wysokie wymagania dla dyspozytora głównego. Z danych od dysponentów wynik, że w poszczególnych dyspozytorniach wymogi spełniają pojedyncze osoby 2. ujednolicić wymagania dla pielęgniarki systemu i ratownika medycznego. Proponujemy: „była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego przez	Pkt 1 - Uwaga uwzględniona. Pkt 2 - Uwaga uwzględniona poprzez następujący zapis: główny dyspozytor medyczny - 5 lat doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego, jego zastępca – 3 lata, wykształcenie: co najmniej szkoła policealna dla obu.

		okres co najmniej 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat”. niespójne jest wymaganie od pielęgniarki studiów drugiego stopnia, a od ratownika medycznego – pierwszego. W pkt 3 wymaganie co najmniej 7 lat zatrudnienia na stanowisku dyspozytora medycznego jest wygórowane (a ponieważ dyspozytor medyczny musi mieć co najmniej 5 lat w systemie, to wymaga się ponad 12 lat pracy – lekarz może zostać ordynatorem po 8 latach pracy). Należy wziąć pod uwagę, że w dobie koncentrowania się dyspozytorni medycznych i daleko idących zmian w organizacji pracy dyspozytorów wymóg 7 lat pracy wyklucza niejednokrotnie osoby zatrudnione w czasie lub po koncentracji, które posiadają już doświadczenie w dużej, z informatyzowanej dyspozytorni. Ponadto zapis ten dyskryminuje osoby, które np. z powodu zmiany pracodawcy (co jest częste w dobie koncentracji dyspozytorni) miały przerwę w pracy dyspozytorskiej.	
398.	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy nowe brzmienie art. 26 ustępu 2b: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy ratownika medycznego; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. Stanowisko głównego dyspozytora nie powinno być ograniczone posiadaniem wyższego wykształcenia, ponieważ na tym stanowisku bardzo ważne jest doświadczenie i umiejętności praktyczne.	Uwaga uwzględniona Art. 26 ust. 2b - Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
399.	Konsultant Krajowy i konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego (warmińsko-mazurski, lubelski, podlaski, wielkopolski, lubuski, wielkopolski)	„Posiada specjalizację z pielęgniarstwa ratunkowego lub uzyskała tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego.” Jeżeli ratownikowi medycznemu wystarcza ukończenie studiów pierwszego stopnia do pełnienia funkcji głównego dyspozytora medycznego to taki sam stopień wykształcenia winien dotyczyć też pielęgniarki systemu. Za zasadne byłoby zwiększenie wymaganego poziomu wykształcenia w przyszłości gdy system kształcenia obu zawodów będzie uwzględniał studia kierunkowe drugiego stopnia..	Uwaga uwzględniona. Art. 26 ust. 2b - Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
400.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	art. 26ust 2b - uwagi analogiczne jak przy druku UD 149. Proponowany zapis określa kto może być głównym dyspozytorem medycznym. Jest dla nas niezrozumiałe z jakiej przyczyny pielęgniarka systemu aplikująca na to stanowisko musi mieć ukończone studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwa plus uprawnienia pielęgniarki systemu, natomiast ratownik	Uwaga uwzględniona. Art. 26 ust. 2b - Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa

			medyczny tylko licencjat. Jest to wprost przejaw dyskryminacja naszej grupy zawodowej. Proponowane zapisy są nieuczciwe i niesprawiedliwe, ponieważ te dwa zawody wykonują te same zadania, a na w/w stanowisko dla pielęgniarki systemu wymogi są zawyżone. Zapis powinien zawierać jednakowe wymogi i kwalifikacje. Z naszej perspektywy to nie wykształcenie, ale wiedza i doświadczenie oraz umiejętności praktyczne i predyspozycje są znacznie ważniejsze na tym stanowisku. Właściwszy byłby zapis, że osoba musi posiadać posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub tytuł zawodowy ratownika medycznego.	w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
401.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego	Otrzymuje brzmienie: „Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) ... 2) Posiada specjalizację z pielęgniarstwa ratunkowego lub uzyskała tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego.” Zwiększamy krąg pielęgniarek systemowych, które przynajmniej do czasu powszechności wykształcenia pielęgniarzkiego na poziomie studiów II stopnia będzie na tyle powszechne, by nie utrudniać możliwości pozyskania pracowników mogących być głównymi dyspozytorami. Być może należy rozważyć wprowadzenie ograniczenia czasowego dla obniżonych wymogów uwzględniających tylko aspekt systemowości pielęgniarki.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
402.	Art. 26 ust. 2b pkt 2	Wojewoda Śląski	Otrzymuje brzmienie: osoba spełniająca wymagania, o których mowa w art.26 ust. 2. Wydaje się zasadne, aby dyspozytor medyczny który obejmuje funkcje dyspozytora głównego miał takie same wymagania dotyczące wykształcenia jak kierownik dyspozytorni medycznej, kierownik zespołu ratownictwa medycznego czy wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego (stanowisko proponowane w „dużej” nowelizacji)	Uwaga częściowo uwzględniona zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej

				3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
403.		Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść: Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 2) Posiada specjalizację z pielęgniarstwa ratunkowego lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego. Zwiększamy krąg pielęgniarek systemowych, które do czasu pozyskania magisterskiej kadry pielęgniarskiej, aby zwiększyć możliwość pozyskania pracowników mogących być głównymi dyspozytorami. Rozważyć można wprowadzenie ograniczenia czasowego dla obniżonych wymogów uwzględniających tylko aspekt systemowości pielęgniarstwa.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
404.		Wojewoda Wielkopolski	Propozycja: „2) ukończyła co najmniej studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo (...);” Doświadczenie zawodowe zarówno kierownika dyspozytorni i jego zastępcy jak również głównego dyspozytora medycznego wraz z zastępcą wymaga uporządkowania. Niższe wymagania wobec kierownika dyspozytorni powodują dysonans kompetencyjny w zakresie pełnionych funkcji Ponadto, zbyt wysokie wymagania znacznie ograniczają liczbę osób mogących pełnić ww. funkcje.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
405.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski	Otrzymuje brzmienie: „Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) ... 2) „Posiada specjalizację z pielęgniarstwa ratunkowego lub uzyskała tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego.”. Zwiększamy krąg pielęgniarek systemowych, które przynajmniej do czasu	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa

	dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	powszechności wykształcenia pielęgniarstwa na poziomie studiów II stopnia będzie na tyle powszechne, by nie utrudniać możliwości pozyskania pracowników mogących być głównymi dyspozytorami. Być może należy rozważyć wprowadzenie ograniczenia czasowego dla obniżonych wymogów uwzględniających tylko aspekt systemowości pielęgniarstwa.	w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
406.	SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 26 ust. 2b. proponuję wykreślenie pkt. 2) z uwagi na niewielką liczbę dyspozytorów medycznych spełniających przedmiotowy warunek.	Uwaga uwzględniona Art. 26 ust. 2b - Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
407.	Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego	Proponuje się zmienić brzmienie projektowanego zapisu na: <i>ukończyła co najmniej studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub posiada tytuł specjalisty pielęgniarstwa ratunkowego i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego.</i> Wymóg ukończenia przez pielęgniarkę studiów drugiego stopnia, nawet dla specjalistów pielęgniarstwa ratunkowego wydaje się nieadekwatny i niesymetryczny w odniesieniu do pielęgniarek systemu. Zakres studiów drugiego stopnia nie ma odzwierciedlenia w obowiązkach stanowiska głównego dyspozytora.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
408.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	1. pkt.2b ust.2 wykreślić ukończyła studia na kierunku pielęgniarstwo i 2. pkt.2b ust.2 wykreślić uzyskała co najmniej tytuł licencjata wymagany dla.	Uwaga uwzględniona. Art. 26 ust. 2b - Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która:

				1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
409.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 26, ust. 2b, pkt 2, proponujemy zapis: „spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2” Uzasadnienie: Wprowadzenie zapisu dotyczącego wymogu wykształcenia dla dyspozytora głównego (studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego) skutkował będzie brakiem możliwości pełnienia tej funkcji przez osoby wykonujące aktualnie zadania kierowników zmiany/koordynatorów dyspozytorni medycznych ze względu na brak wymaganego wykształcenia. Uważamy za właściwe utrzymanie wymagań wynikających z art. 26, ust. 2.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
410.		Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 26, ust. 2b, pkt 2, proponujemy zapis: „spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2” Uzasadnienie: Wprowadzenie zapisu dotyczącego wymogu wykształcenia dla dyspozytora głównego (studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego) skutkował będzie brakiem możliwości pełnienia tej funkcji przez osoby wykonujące aktualnie zadania kierowników zmiany/koordynatorów dyspozytorni medycznych ze względu na brak wymaganego wykształcenia. Uważamy za właściwe utrzymanie wymagań wynikających z art. 26, ust. 2.	Uwaga uwzględniona. Art. 26 ust. 2b - Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
411.		Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	Art. 26, ust. 2b, pkt 2, proponujemy zapis: „spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2” Uzasadnienie: Wprowadzenie zapisu dotyczącego wymogu wykształcenia dla dyspozytora głównego (studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego) skutkował będzie	Uwaga uwzględniona. Art. 26 ust. 2b - Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2;

			brakiem możliwości pełnienia tej funkcji przez osoby wykonujące aktualnie zadania kierowników zmiany/koordynatorów dyspozytorni medycznych ze względu na brak wymaganego wykształcenia. Uważamy za właściwe utrzymanie wymagań wynikających z art. 26, ust. 2.	3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
412.		Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 26, ust. 2b, pkt 2, proponujemy zapis: „spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2” Uzasadnienie: Wprowadzenie zapisu dotyczącego wymogu wykształcenia dla dyspozytora głównego (studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego) skutkował będzie brakiem możliwości pełnienia tej funkcji przez osoby wykonujące aktualnie zadania kierowników zmiany/koordynatorów dyspozytorni medycznych ze względu na brak wymaganego wykształcenia. Uważamy za właściwe utrzymanie wymagań wynikających z art. 26, ust. 2.	Uwaga uwzględniona. Art. 26 ust. 2b - Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
413.		Polska Rada Ratownictwa Medycznego	w art. 26, ust. 2b, pkt 2, proponujemy zapis: „spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2” Uzasadnienie: Wprowadzenie zapisu dotyczącego wymogu wykształcenia dla dyspozytora głównego (studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego) skutkował będzie brakiem możliwości pełnienia tej funkcji przez osoby wykonujące aktualnie zadania kierowników zmiany/koordynatorów dyspozytorni medycznych ze względu na brak wymaganego wykształcenia. Uważamy za właściwe utrzymanie wymagań wynikających z art. 26, ust. 2.	Uwaga uwzględniona. Art. 26 ust. 2b - Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
414.	Art. 26 ust. 2b pkt 2 i 3	Wojewoda Łódzki	Otrzymuje brzmienie: „2) posiada wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego”, „3) przez okres, co najmniej 3 lat w ciągu ostatnich 5 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego”. Takie wysokie wymagania odnoszące się do kompetencji głównego dyspozytora spowodują brak możliwości całkowitego obsadzenia tego stanowiska. Duża liczba dyspozytorów medycznych obecnie pracujących na tych stanowiskach ukończyła policealną szkołę. Zaproponowane zmiany pozwolą na pozyskanie większej liczby kandydatów na to stanowisko, którzy nie tylko będą mieli odpowiednie wykształcenie, wystarczające doświadczenie zawodowe, ale także predyspozycje do zarządzania grupą ludzi.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej

				3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
415.	Art. 26 ust. 2b pkt 3	Wojewoda Dolnośląski	Otrzymuje brzmienie: „3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; Wymóg 7-letniego okresu zatrudnienia może powodować znaczne trudności w obsadzie kadrowej.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
416.		Polska Rada Ratownictwa Medycznego	w art. 26, ust. 2b, pkt 3, proponujemy zapis: „posiada co najmniej 7-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego” Uzasadnienie: Posiadanie co najmniej 7-letniego doświadczenia na stanowisku dyspozytora medycznego jest wystarczająco do pełnienia funkcji dyspozytora głównego. Zapis „przez okres co najmniej 7 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego” eliminował będzie osoby, które zrezygnowały z pracy na stanowisku dyspozytora medycznego na rzecz pracy w ZRM lub innej, a rozważają możliwość powrotu do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i posiadają predyspozycję do wykonywania zadań dyspozytora głównego.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
417.	Art. 26 ust. 2c	Polska Rada Ratownictwa Medycznego	w art. 26, ust. 2c, proponujemy zapis: „Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w art. 26 ust. 2 oraz posiadająca co najmniej 5-letnie doświadczenie na stanowisku dyspozytora medycznego”. Uzasadnienie:	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa

			Proponowane 3-letnie doświadczenie jest niewystarczające do pełnienia funkcji zastępcy dyspozytora głównego.	w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
418.	Art. 26 ust. 2d pkt 2	Wojewoda Zachodniopomorski	W przedłożonym do zaopiniowania brzmieniu przepisu do zadań głównego dyspozytora medycznego należy nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych, a w art. 29 ust. 2 pkt 2 obowiązującej ustawy o PRM - nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych przypisany jest lekarzowi koordynatorowi ratownictwa medycznego. Jak wynika z powyższego następuje nałożenie się kompetencji głównego dyspozytora medycznego i lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, co nie powinno mieć miejsca.	Uwaga uwzględniona. Dokonano korekty zadań dyspozytora głównego oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
419.	w art. 26 ust. 2 pkt 3	Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	proponujemy zmianę zapisu w brzmieniu: „przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii , izbie przyjęć szpitala lub dyspozytorni medycznej”. Uzasadnienie: Mając na uwadze dużą liczbę dyspozytorów medycznych posiadających wykształcenie ratownika medycznego , którzy wykonywali zadania dyspozytora medycznego przed wejściem w życie ustawy o PRM proponujemy dodać zapis „lub dyspozytorni medycznej”. Rzeczona grupa dyspozytorów medycznych żywi obawę, że w sytuacji przerwania pracy na stanowisku dyspozytora medycznego lub zmiany pracodawcy brak wymaganego 5-letniego doświadczenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub izbie przyjęć szpitala uniemożliwi im dalsze wykonywanie zadań dyspozytora medycznego	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
420.		ZZ Solidarność 80 Małopolska	proponujemy zmianę zapisu w brzmieniu: „przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii , izbie przyjęć szpitala lub dyspozytorni medycznej”. Uzasadnienie:	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa

		Mając na uwadze dużą liczbę dyspozytorów medycznych posiadających wykształcenie ratownika medycznego , którzy wykonywali zadania dyspozytora medycznego przed wejściem w życie ustawy o PRM proponujemy dodać zapis „, lub dyspozytorni medycznej”. Rzeczona grupa dyspozytorów medycznych żywi obawę, że w sytuacji przerwania pracy na stanowisku dyspozytora medycznego lub zmiany pracodawcy brak wymaganego 5-letniego doświadczenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub izbie przyjęć szpitala uniemożliwi im dalsze wykonywanie zadań dyspozytora medycznego.	w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
421.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	dodatkowo w art. 26. ust. 2, pkt 3 proponujemy zmianę zapisu w brzmieniu: „przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii , izbie przyjęć szpitala lub dyspozytorni medycznej”. Uzasadnienie: Mając na uwadze dużą liczbę dyspozytorów medycznych posiadających wykształcenie ratownika medycznego , którzy wykonywali zadania dyspozytora medycznego przed wejściem w życie ustawy o PRM proponujemy dodać zapis „, lub dyspozytorni medycznej”. Rzeczona grupa dyspozytorów medycznych żywi obawę, że w sytuacji przerwania pracy na stanowisku dyspozytora medycznego lub zmiany pracodawcy brak wymaganego 5-letniego doświadczenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub izbie przyjęć szpitala uniemożliwi im dalsze wykonywanie zadań dyspozytora medycznego.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
422.	Polska Rada Ratowników Medycznych	w art. 26. ust. 2, pkt 3 proponujemy zmianę zapisu w brzmieniu: „przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii , izbie przyjęć szpitala lub dyspozytorni medycznej”. Uzasadnienie: Mając na uwadze dużą liczbę dyspozytorów medycznych posiadających wykształcenie ratownika medycznego , którzy wykonywali zadania dyspozytora medycznego przed wejściem w życie ustawy o PRM proponujemy dodać zapis „, lub dyspozytorni medycznej”. Rzeczona grupa dyspozytorów medycznych żywi obawę, że w sytuacji przerwania pracy na stanowisku dyspozytora medycznego lub zmiany pracodawcy brak wymaganego 5-letniego doświadczenia przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub izbie	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 26 ust. 2b i 2c: „2b. Głównym dyspozytorem medycznym może być wyłącznie osoba, która: 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych; 2) spełniająca co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2; 3) przez okres co najmniej 5 ostatnich lat w okresie ostatnich 6 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego; 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu. 2c. Zastępcą głównego dyspozytora medycznego może być wyłącznie osoba, która spełnia wymagania określone

			przyjąć szpitala uniemożliwi im dalsze wykonywanie zadań dyspozytora medycznego.	w ust. 2b pkt 1 i 4 oraz przez okres co najmniej 3 ostatnich lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
423.	Art. 26 ust. 3a	Wojewoda Podkarpacki	w art. 26 nie można dodać ust. 3a, bo ten już istnieje.	Uwaga uwzględniona.
424.		Wojewoda Mazowiecki	znajduje się informacja o dodaniu ustępu 3a (dotyczącego kart doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych). Ustęp taki funkcjonuje w obowiązującej ustawie i dotyczy wykorzystywania w pracy dyspozytora Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego;	Uwaga uwzględniona.
425.		Wojewoda Lubuski	Proponuje się nadanie temu przepisowi kolejnej litery tj. 3b lub zastosowanie innego rozwiązania gdyż punkt 3a jest już w obowiązującej ustawie, a nie jest wykreślony. Proponuje się treść zmienianego punktu: Dyspozytor medyczny ma obowiązek przedstawienia wojewodzie właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania dyspozytora medycznego, do wglądu karty doskonalenia zawodowego, celem umieszczenia w rejestrze dyspozytorów medycznych informacji, o której mowa w art. 10i ust. 3 pkt 7 (do ewentualnej korekty), niezwłocznie po zakończeniu danego okresu edukacyjnego, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego okresu edukacyjnego." Termin 90 dniowy jest zbyt długi do poświadczenia nabycia umiejętności w ramach obowiązku administracyjnego. Okres 30 dniowy wydaje się wystarczający, wydłużanie go rodzi obawę o niedopełnienie tego obowiązku. Zauważyć należy, iż w obecnie obowiązującej ustawie oraz projektach brak art. 10i co wymaga uregulowania.	Uwaga uwzględniona.
426.		Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych	wskazać również należy, iż w art. 26 ust. 3 a ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, mającym być dodanym przez art. 1 pkt 25 lit. f projektu, zawarto nieprawidłowe odesłanie.	Uwaga uwzględniona.
427.		Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy w treści art. 26 ust. 3a skrócić okres, w którym dyspozytor medyczny ma obowiązek przedstawienia wojewodzie do wglądu karty doskonalenia medycznego, czyli „w terminie nie dłuższym niż 30 dni.” Brak uzasadnienia dla zbędnego przedłużania terminu dostarczenia karty doskonalenia zawodowego w terminie 90 dni po zakończeniu okresu edukacyjnego. Termin 90 dniowy nie jest terminem nabycia poświadczonych umiejętności, lecz tylko i wyłącznie czasem na realizację obowiązku administracyjnego.	Uwaga uwzględniona.
428.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej	Otrzymuje brzmienie: „Dyspozytor medyczny ma obowiązek przedstawienia wojewodzie..., w terminie nie dłuższym niż 30 dni.”. Brak uzasadnienia dla zbędnego przedłużania terminu dostarczenia karty doskonalenia zawodowego w terminie 90 dni po zakończeniu okresu edukacyjnego. Termin 90 dniowy nie jest terminem nabycia poświadczonych umiejętności lecz tylko i wyłącznie czasem na realizację obowiązku administracyjnego.”	Uwaga uwzględniona.

		w Sulęcinie		
429.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić nie wojewodzie a dysponentowi przedstawia kartę doskonalenia zawodowego konsekwencja propozycji zmiany miejsca dyspozytorni u dysponenta	Uwaga nieuwzględniona Od.1.01.2021 r. dyspozytornie medyczne przejdą do urzędów wojewódzkich.
430.		Wojewoda Podkarpacki	art. 26 ust. 4 odsyła do kursu doskonalącego, o którym mowa w ust. 3, jednakże w ust. 3 brak jest o nim wzmianki.	Uwaga uwzględniona.
431.		Wojewoda Mazowiecki	proponuję zasadę wyrażoną w nowelizowanym art. 29 ust. 4 zastosować do osób nowo powoływanych na to stanowisko lub umieścić przepis przejściowy umożliwiający obecnie zatrudnionym Lekarzom Koordynatorom Ratownictwa Medycznego dostosowanie się do wymogów;	Uwaga uwzględniona.
432.	Art. 26 ust. 4	Wojewoda Śląski	Dot. Art. 26 ust.4 Kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego oraz kurs doskonalący, o którym mowa w ust.3, jest realizowany przez dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Wątpliwość budzi system szkolenia, ustawowo monopolizowany w rękach Lotniczego Pogotowia Ratunkowego. Nie rozumiemy, dlaczego system szkolenia miałby zostać przypisany jedynie do jednego podmiotu, mającego wyłączność w zakresie szkoleń specjalistycznych. Sądzymy, że obecny system uzyskiwania wpisu na listę podmiotów szkolących, kontrolowany przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego jest jasno zdefiniowany i powinien nadal funkcjonować jak do tej pory. Podporządkowanie jednostek naziemnych systemu Państwowemu Ratownictwu Medycznemu dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Sytuacja bez precedensu ... podporządkowanie ponad 1500 ZRM i kilkudziesięciu dyspozytorni wojewódzkich dysponentowi 29 lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Proponowany zapis: Kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego oraz kurs doskonalący, o którym mowa w ust.3, jest realizowany przez właściwego wojewodę w oparciu o dysponenta ratownictwa medycznego na terenie województwa w którym dyspozytor jest zatrudniony.	Uwaga nieuwzględniona. Podmioty prowadzące obecnie doskonalenie zawodowe dyspozytorów medycznych nie dysponują centrami symulacji ani sprzętem do obsługi SWD PRM. Przeprowadzenie szkoleń dla dyspozytorów medycznych pod kątem SWD PRM przez podmioty zewnętrzne lub CMKP nie jest możliwe. Umieszczenie w ramach KCMRM pionu szkoleniowego oraz pionu ds. SWD PRM pozwoli na utrzymanie w jednej strukturze zarówno samego systemu SWD PRM, szkolenia personelu pod potrzeby tego systemu oraz nadzoru nad jakością obsługi zgłoszeń. Zgodnie ze statutową działalnością LPR, Minister Zdrowia może powierzyć temu podmiotowi zadania szkoleniowe. Nie przewiduje się podporządkowania ZRM i dyspozytorni medycznych LPR-owi.
433.		Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	26 ust. 4 – nie precyzuje kto ponosi koszty kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego oraz kursu doskonalącego, o którym mowa w ust. 3;	Koszty kursów włączone będą w koszty bieżącej działalności KCMRM, włącznie z kosztami samego szkolenia oraz zakwaterowania i wyżywienia. Koszt dojazdu na szkolenie będzie pokrywany przez pracodawcę lub przez pracownika.
434.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	dopuszczyć możliwość organizowania kursów przez inne podmioty kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego oraz kursy doskonalące nie powinny być realizowane przez tylko jednego specyficznego dysponenta	Uwaga nieuwzględniona. Podmioty prowadzące obecnie doskonalenie zawodowe dyspozytorów medycznych nie dysponują centrami symulacji ani sprzętem do obsługi SWD PRM. Przeprowadzenie szkoleń dla dyspozytorów medycznych

				pod kątem SWD PRM przez podmioty zewnętrzne lub CMKP nie jest możliwe. Umieszczenie w ramach KCMRM pionu szkoleniowego oraz pionu ds. SWD PRM pozwoli na utrzymanie w jednej strukturze zarówno samego systemu SWD PRM, szkolenia personelu pod potrzeby tego systemu oraz nadzoru nad jakością obsługi zgłoszeń.
435.		NSZZ Solidarność Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia	W art. 26 ust.4, proponujemy wykreślić wyrażenie: "jest realizowany przez dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego" i zastąpić nazwą powołanego w zamian, innego podmiotu uprawnionego do prowadzenia takich szkoleń.	Uwaga nieuwzględniona. Powierzenie tego zadania KCMRM w strukturach LPR jest rozwiązaniem znacznie tańszym, niż powoływanie innego podmiotu uprawnionego do prowadzenia takich szkoleń.
436.		Krajowa Sekcja Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność		
437.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych		
			Proponowany zapis: Kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego oraz kurs doskonalący, o którym mowa w ust.3, jest realizowany przez właściwego wojewodę w oparciu o dysponenta ratownictwa medycznego na terenie województwa w którym dyspozytor jest zatrudniony.	Uwaga nieuwzględniona. Podmioty prowadzące obecnie doskonalenie zawodowe dyspozytorów medycznych nie dysponują centrami symulacji ani sprzętem do obsługi SWD PRM. Przeprowadzenie szkoleń dla dyspozytorów medycznych pod kątem SWD PRM przez podmioty zewnętrzne lub CMKP nie jest możliwe. Umieszczenie w ramach KCMRM pionu szkoleniowego oraz pionu ds. SWD PRM pozwoli na utrzymanie w jednej strukturze zarówno samego systemu SWD PRM, szkolenia personelu pod potrzeby tego systemu oraz nadzoru nad jakością obsługi zgłoszeń.
438.	Art. 26 ust. 6-8	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	zgodnie z obecnym brzmieniem propozycji art. 26 ust. 8 dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego opracowuje opracowane przez zespół ekspertów programy kursów i przedstawia je do zatwierdzenia ministrowi zdrowia, natomiast zgodnie z ust. 6 ww. przepisu programy aktualizuje tylko zespół ekspertów. Przepisy ust. 6-8 są niejasne i wzajemnie niespójne;	Uwaga uwzględniona.
439.	Art. 26 ust. 7	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuję zapis "dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego (...)powołuje zespół ekspertów spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym i/lub dorobkiem naukowym w zakresie medycyny ratunkowej i ratownictwa medycznego" uszczegółowienie zapisu	Uwaga uwzględniona częściowo poprzez zmianę brzmienia art. 27a ust. 5: „, Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego powołuje zespół ekspertów spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym w zakresie medycyny ratunkowej, ratownictwa medycznego i powiadamiania ratunkowego.”.
440.		Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. warmińsko-mazurskie – Jarosław Abramczyk	Dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia powołuje zespół ekspertów spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym i dorobkiem naukowym w zakresie medycyny ratunkowej Proponowany w ustawie zwrot „ratownictwa medycznego” nie odnosi się do konkretnej dziedziny medycyny, a jedynie ogranicza się do jednego	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 27a ust. 5: „, Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego powołuje zespół ekspertów spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym w zakresie medycyny ratunkowej, ratownictwa medycznego i powiadamiania ratunkowego.”.

			z elementów medycyny ratunkowej. Dlatego wśród ekspertów powinny się znaleźć jedynie autorytety medycyny ratunkowej.	
441.	Art. 26 ust. 10	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	w art. 26 ust. 10 – przepis określa obowiązek sprawowania nadzoru nad realizacją kursów, jednak nie daje Ministrowi Zdrowia narzędzi do kontroli jakości realizacji kursów, czy wpływania na jej poprawę, np. w ust. 5 elementy planu nauczania pomijają między innymi: oczekiwane wyniki kształcenia, sposób sprawdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych, sposób dokumentowania przebiegu kursu, określenie praw i obowiązków uczestników kursu, zakres obowiązków wykładowców i innych prowadzących zajęcia teoretyczne i praktyczne, a także <u>sposób oceny organizacji i przebiegu kursu przez jego uczestników</u> . Nie zostały one również określone w treści wytycznej do upoważnienia wynikającego z art 26 ust. 11;	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 27a ust. 8: „8. Nadzór nad realizacją kursów, o których mowa w ust. 2 pkt 6, sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia w zakresie: 1) zgodności realizacji zajęć z programem kursu; 2) prawidłowości prowadzonej dokumentacji przebiegu kursu; 3) zapewnienia odpowiedniej jakości kursu; 4) realizacji oczekiwanych wyników kształcenia; 5) sposobu sprawdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych; 6) określenia praw i obowiązków uczestników kursu; 7) zakresu obowiązków wykładowców i innych prowadzących zajęcia teoretyczne i praktyczne; 8) sposobu oceny organizacji i przebiegu kursu przez jego uczestników; 9) przeprowadzenia weryfikacji liczby i kwalifikacji kadry dydaktycznej; 10) weryfikacji bazy dydaktycznej; 11) weryfikacji w zakresie liczby i kwalifikacji osób wchodzących w skład komisji przeprowadzającej egzamin na zakończenie kursu.”.
442.		Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuje zapis "nadzór nad realizacją kursów (...) sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia w zakresie: 1) zgodności realizacji zajęć z programem kursu, 2) przeprowadzenia weryfikacji liczby i kwalifikacji kadry dydaktycznej, 3) weryfikacji bazy dydaktycznej, 4) weryfikacji w zakresie liczby i kwalifikacji osób wchodzących w skład komisji przeprowadzającej egzamin na zakończenie kursu, 5) prawidłowości prowadzonej dokumentacji przebiegu kursu, 6) zapewnienia odpowiedniej jakości kursu uszczegółowienie zapisu	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 27a ust. 8: „8. Nadzór nad realizacją kursów, o których mowa w ust. 2 pkt 6, sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia w zakresie: 1) zgodności realizacji zajęć z programem kursu; 2) prawidłowości prowadzonej dokumentacji przebiegu kursu; 3) zapewnienia odpowiedniej jakości kursu; 4) realizacji oczekiwanych wyników kształcenia; 5) sposobu sprawdzenia nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych; 6) określenia praw i obowiązków uczestników kursu; 7) zakresu obowiązków wykładowców i innych prowadzących zajęcia teoretyczne i praktyczne; 8) sposobu oceny organizacji i przebiegu kursu przez jego uczestników; 9) przeprowadzenia weryfikacji liczby i kwalifikacji kadry dydaktycznej;

				10) weryfikacji bazy dydaktycznej; 11) weryfikacji w zakresie liczby i kwalifikacji osób wchodzących w skład komisji przeprowadzającej egzamin na zakończenie kursu.”.
443.	Art. 26 ust. 11 pkt 3	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	w art. 26 ust. 11 pkt 3 użyto wyrazów: „sposób potwierdzenia dokumentowania kursu” – z przepisu nie wynika na czym ma polegać potwierdzenie dokumentowania kursu?, w dalszej części propozycji: „szybkości i jednolitości postępowania” – z przepisu nie wynika jakiego lub czyjego postępowania?, w dalszej części propozycji: „oraz przejrzystości wniosku” – z przepisu nie wynika jakiego wniosku, „dokumentowania i zatwierdzania... i karty doskonalenia zawodowego” – z przepisu nie wynika czy to karta jest dokumentowana i zatwierdzana – szereg sformułowań w tej części przepisu jest zupełnie niejasnych;	Uwaga uwzględniona. Zmiana brzmienia przepisu upoważniającego (art. 1 pkt 20 w zakresie art. 27a ust. 9)
444. 445.		Polskie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Art. 27, ust. 5, pkt 1, proponujemy zapis: „przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z uwzględnieniem instruktazu pierwszej pomocy”. Uzasadnienie: Z danych zebranych w 2014 roku wynika, że w Polsce w systemie PRM zadania dyspozytora medycznego wykonuje 1865 osób z czego aż 375 dyspozytorów medycznych pełni funkcję na podstawie art. 58 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów uważamy za zasadne opracowanie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną instruktazu pierwszej pomocy będącego integralną częścią procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Informacja o konieczności udzielenia instruktazu pierwszej pomocy jest uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.
446.	Art. 27 ust. 5 pkt 1	Międzyzakładowy Związek Zawodowy Ratowników Medycznych w Legnicy	Art. 27, ust. 5, pkt 1, proponujemy zapis: „przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z uwzględnieniem instruktazu pierwszej pomocy”. Uzasadnienie: Z danych zebranych w 2014 roku wynika, że w Polsce w systemie PRM zadania dyspozytora medycznego wykonuje 1865 osób z czego aż 375 dyspozytorów medycznych pełni funkcję na podstawie art. 58 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów uważamy za zasadne opracowanie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną instruktazu pierwszej pomocy będącego integralną częścią procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Informacja o konieczności udzielenia instruktazu pierwszej pomocy jest uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.
447.		Polska Rada Ratowników Medycznych/ KZ ZZ Solidarność80 Małopolska w Krakowskim Pogotowiu Ratunkowym	Art. 27, ust. 5, pkt 1, proponujemy zapis: „przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z uwzględnieniem instruktazu pierwszej pomocy”. Uzasadnienie:	Uwaga nieuwzględniona. Informacja o konieczności udzielenia instruktazu pierwszej pomocy jest uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.

			Z danych zebranych w 2014 roku wynika, że w Polsce w systemie PRM zadania dyspozytora medycznego wykonuje 1865 osób z czego aż 375 dyspozytorów medycznych pełni funkcję na podstawie art. 58 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów uważamy za zasadne opracowanie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną instruktażu pierwszej pomocy będącego integralną częścią procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego.	
448.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego Nysa	Art. 27, ust. 5, pkt 1, proponujemy zapis: „przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z uwzględnieniem instruktażu pierwszej pomocy”. Uzasadnienie: Z danych zebranych w 2014 roku wynika, że w Polsce w systemie PRM zadania dyspozytora medycznego wykonuje 1865 osób z czego aż 375 dyspozytorów medycznych pełni funkcję na podstawie art. 58 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów uważamy za zasadne opracowanie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną instruktażu pierwszej pomocy będącego integralną częścią procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Informacja o konieczności udzielenia instruktarzu pierwszej pomocy jest uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.
449.		ZZ Solidarność 80 Małopolska	proponujemy zapis: „przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z uwzględnieniem instruktażu pierwszej pomocy”. Uzasadnienie: Z danych zebranych w 2014 roku wynika, że w Polsce w systemie PRM zadania dyspozytora medycznego wykonuje 1865 osób z czego aż 375 dyspozytorów medycznych pełni funkcję na podstawie art. 58 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów uważamy za zasadne opracowanie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną instruktażu pierwszej pomocy będącego integralną częścią procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Informacja o konieczności udzielenia instruktarzu pierwszej pomocy jest uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego.
450.		Polska Rada Ratownictwa Medycznego	w art. 27, ust. 5, pkt 1, proponujemy zapis: „przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z uwzględnieniem instruktażu pierwszej pomocy”. Uzasadnienie: Z danych zebranych w 2014 roku wynika, że w Polsce w systemie PRM zadania dyspozytora medycznego wykonuje 1865 osób z czego aż 375 dyspozytorów medycznych pełni funkcję na podstawie art. 58 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów uważamy za zasadne opracowanie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną instruktażu pierwszej pomocy będącego integralną częścią procedur	Uwaga nieuwzględniona. Informacja o konieczności udzielenia instruktarzu pierwszej pomocy jest uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ramowych procedur przyjmowania i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego. Osoby, o których mowa w art. 58 ust. 3 mogą być dyspozytorami pod warunkiem, że realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego.

			wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego.	
451.		Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych	w art. 27, ust. 5, pkt 1, proponujemy zapis: „przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z uwzględnieniem instruktażu pierwszej pomocy”. Uzasadnienie: Z danych zebranych w 2014 roku wynika, że w Polsce w systemie PRM zadania dyspozytora medycznego wykonuje 1865 osób z czego aż 375 dyspozytorów medycznych pełni funkcję na podstawie art. 58 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów uważamy za zasadne opracowanie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną instruktażu pierwszej pomocy będącego integralną częścią procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Regulowanie w akcie prawnym w randze rozporządzenia sposobu udzielania pierwszej pomocy jest nie celowe. Zmieniające się wytyczne w zakresie postępowania w poszczególnych stanach nagłego życia wymagałyby nowelizowania aktu prawnego. Osoby, o których mowa w art. 58 ust. 3 mogą być dyspozytorami pod warunkiem, że realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego.
452.		Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	proponujemy zapis: „przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego z uwzględnieniem instruktażu pierwszej pomocy”. Uzasadnienie: Z danych zebranych w 2014 roku wynika, że w Polsce w systemie PRM zadania dyspozytora medycznego wykonuje 1865 osób z czego aż 375 dyspozytorów medycznych pełni funkcję na podstawie art. 58 ust. 3 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów uważamy za zasadne opracowanie w oparciu o aktualną wiedzę medyczną instruktażu pierwszej pomocy będącego integralną częścią procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Regulowanie w akcie prawnym w randze rozporządzenia sposobu udzielania pierwszej pomocy jest nie celowe. Zmieniające się wytyczne w zakresie postępowania w poszczególnych stanach nagłego życia wymagałyby nowelizowania aktu prawnego. Osoby, o których mowa w art. 58 ust. 3 mogą być dyspozytorami pod warunkiem, że realizuje obowiązek doskonalenia zawodowego.
453.	Art. 27 ust. 5 pkt 2	Wojewoda Dolnośląski	Wskazuje się na prawdopodobną omyłkę pisarską polegającą na pominięciu słowa „oraz”: „2) dysponowania zespołami ratownictwa medycznego – mając na względzie potrzebę jak najszybszego ustalania istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania powiadomienia o zdarzeniu oraz zapewnienia odpowiedniego sposobu obsługi tego powiadomienia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia właściwego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego.”.	Uwaga nieuwzględniona. Nie ma konieczności stosowania wyrazu „oraz” w wyliczance.
454. 455.	Art. 27a	Wojewoda Śląski	Dot. Art. 27a Niezrozumiałe jest umieszczenie KCMRM w strukturach dysponenta Lotniczych Zespołów RM. Powoduje to sytuację że jednostka nadzorująca System jest zlokalizowana w podmiocie będącym elementem systemu. Dprowadza to do paradoksalnej sytuacji gdy jednostka systemu nadzoruje samą siebie i jest de facto uprzywilejowana wobec innych podmiotów. Biorąc pod uwagę zadania KCMRM, powstaje niebezpieczeństwo braku obiektywizmu przy ocenianiu funkcjonowania systemu lub odpowiednia komórka organizacyjna MZ.	Uwaga nieuwzględniona. Powstanie odrębnego podmiotu wymaga dużo wyższych nakładów finansowych. Wiedza i doświadczenie osób pracujących w LPR będzie wykorzystana w realizacji zadań przez KCMRM.

			Wydaje się że znacznie lepszym rozwiązaniem byłaby organizacja niezależnej agencji monitorowania systemu i jego standaryzacji.	
456.		Naczelna Rada Lekarska	Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (KCMRM) powinno być utworzone jako niezależna jednostka organizacyjna Ministerstwa Zdrowia, a nie w strukturze SPZOZ Lotniczego Pogotowienia Ratunkowego. Tworzenie przy jednym dysponencie takiej jednostki jest niezasadne, gdyż również ten dysponent powinien być nadzorowany przez KCMRM;	Uwaga nieuwzględniona. Powstanie odrębnego podmiotu wymaga dużo wyższych nakładów finansowych. Wiedza i doświadczenie osób pracujących w LPR będzie wykorzystana w realizacji zadań przez KCMRM.
457.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić zapisy na komórkę organizacyjną Ministerstwa Zdrowia Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego winno być utworzone jako niezależna jednostka organizacyjna Ministra Zdrowia. Tworzenie jej przy jednym dysponencie jest niezasadne, gdyż tenże dysponent również powinien być nadzorowany przez KCMRM. Uwaga ta dotyczy wszystkich punktów w których przypisana jest rola KCMRM dla LPR. Zapisy kolejnych artykułów powinny być zmienione pod jednostkę organizacyjną Ministra Zdrowia. Należy również zmienić zapisy dot. zadań centrum. Powinny to być procedury, standardy lub wytyczne, a nie prowadzenie kursów dla wszystkich stanowisk w PRM (art. 27a ust. 2 pkt 4, pkt 5). Natomiast powinny być określone wymogi dla podmiotów realizujących kursy, sposób ich nadzoru i kontroli. Powinny być określone kary za nierzetelne prowadzenie kursów	Uwaga nieuwzględniona. Wiedza i doświadczenie osób pracujących w LPR będzie wykorzystana w realizacji zadań przez KCMRM.
458.		Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	1. w art. 27a powołuje się „Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego” – należy zwrócić uwagę, że z zadań Centrum wynika, że monitoruje ono jedynie przebieg akcji medycznej i jedynie w jednej wybranej kategorii zdarzeń powodujących zagrożenie życia i zdrowia. Nazwa pozostaje tym samym co najmniej nieadekwatna do zadań. Ponadto jak należy w tym przepisie rozumieć pojęcie „monitorowanie” – nie jest ono wyjaśnione, nie zostało poparte, żadnymi rozwiązaniami organizacyjno-prawnymi czy kompetencyjnymi, nie ma np. żadnych zadań sprawozdawczych wobec Ministra Zdrowia, czy wojewodów, nie ma obowiązku publikacji raportów z monitorowania np. w stosunku do wojewodów? Powstaje zatem pytanie jaki charakter ma to monitorowanie czy tylko poznawczy, ewentualnie naukowo-poznawczy? W tym kontekście dziwniejsza i bardziej nieadekwatna do kompetencji staje się zaproponowana nazwa. Z uwagi na ustawowe zadania (głównie zadania szkoleniowe dyspozytorów medycznych oraz powierzone przez Ministra Zdrowia zadania związane z funkcjonowaniem SWD PRM) nazwa tej komórki organizacyjnej SP ZOZ LPR powinna nawiązywać raczej do szkolenia lub doskonalenia medycznych służb dyspozytorskich, a nie monitorowania ratownictwa medycznego, którego w myśl ustawy do facto nie będzie realizować; 2. Wątpliwości budzi połączenie w jednej „komórce organizacyjnej” podmiotu leczniczego kompetencji do opracowania krajowych standardów postępowania dyspozytorów medycznych, opracowania programów kursów, realizowania tych kursów – bez wskazania narzędzi oceny ich jakości oraz nadzoru nad tą	Uwaga nieuwzględniona. KCMRM będzie realizowało zadania w dwóch pionach: SWD PRM oraz szkoleniowym, którego częścią będzie centrum monitorowania. Zadania te będą realizowane w oparciu stosowne zapisy statutowe, natomiast sposób rozliczania zadań zostanie zawarty o umowę pomiędzy Ministrem Zdrowia a Dyrektorem LPR. Brak jest zasadności określania w ustawie wszystkich dokumentów, które będą przekazywane w ramach wykonywanych zadań przez KCMRM. Ponadto sformułowanie „monitoringu” w tym kontekście odnosi się do zadań realizowanych zarówno w zakresie monitorowania przebiegu akcji medycznych w zdarzeniach, którego skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, jak i funkcjonowania SWD PRM czy efektów kształcenia dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Podkreślić należy, że bieżąca analiza jakości udzielanych przez dyspozytorów medycznych świadczeń będzie wykonywana przez kierownictwo dyspozytorni medycznych. Z uwagi na specyfikę działań podejmowanych podczas zdarzeń z udziałem liczby osób poszkodowanych konieczne jest bieżące ich monitorowanie z poziomu

			jakością, a także nieokreślonego bliżej monitorowania przebiegu (wybranych) akcji medycznych, a w tym kontekście, również podniesione wyżej nadanie jej nazwy „Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego”.	centralnego co pozwoli zaobserwować popełniane błędy, a tym samym dostosować program szkolenia do potrzeb. Jednocześnie podkreślenia wymaga, że KCMRM będzie powoływało zespół ekspertów, którzy będą opracowywać niezbędne dokumenty, które będą podlegały zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
459.		Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	Zapisy dotyczące Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego w zakresie dotyczącym szkolenia są niezasadne, albowiem dotyczą powielania zadań uczelni medycznych oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Zapisy sprawiają wrażenie próby monopolizacji niektórych szkoleń przez jednego z dysponentów PRM PROPOZYCJA: skreślić zapisy dotyczące szkolenia z odnośnych punktów projektu	Uwaga nieuwzględniona. Obecne rozwiązanie w zakresie doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych nie spełnia oczekiwanych efektów, Wprowadzone w projekcie rozwiązanie ujednolici sposób realizacji doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych, których docelowa liczba wyniesie jedynie 1200. Dodatkowo zmieniona brzmienie art. 21 ust. 2.
460.		Krajowa Sekcja Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność	W art. 27a - proponujemy wykreślić wyrażenie: "dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego" i zastąpić nazwą powołanego w zamian, innego podmiotu.	Uwaga nieuwzględniona, Powołanie nowego podmiotu wymaga dużo wyższych nakładów finansowych niż realizacja tego zadania przez już istniejącą jednostkę podległą i nadzorowaną przez MZ.
461.		NSZZ Solidarność Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia		
462.		Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego	Art. 27a. Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego powinno być jednostką niezależną usytuowaną przy Ministerstwie Zdrowia, a nie u konkretnego dysponenta zespołów ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona, Powołanie nowego podmiotu wymaga dużo wyższych nakładów finansowych niż realizacja tego zadania przez już istniejącą jednostkę podległą i nadzorowaną przez MZ.
463.		SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W związku licznymi głosami ze strony środowisk medycznych, które krytycznie oceniają propozycję ustawodawcy polegającą na powierzeniu dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego zadań dedykowanych dla Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, wnoszę o zmianę zapisów art. 27a i pochodnych w sposób znoszący obowiązek realizacji zadań przez dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, w tym również zadań z zakresu administrowania systemem SWDPRM zawartych w art. 24a. W celu umożliwienia w sposób niezakłócony realizacji założonych zadań, proponuję utworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego jako odrębnej jednostki bezpośrednio podległej ministrowi właściwemu ds. zdrowia.	Uwaga nieuwzględniona, Powołanie nowego podmiotu wymaga dużo wyższych nakładów finansowych niż realizacja tego zadania przez już istniejącą jednostkę podległą i nadzorowaną przez MZ.
464.	Art. 27a ust. 1	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy nowe brzmienie art. 27a ust. 1: „art. 27a. 1. W celu zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w ust. 2, minister właściwy do spraw zdrowia, tworzy komórkę organizacyjną zwaną	Uwaga nieuwzględniona. W MZ brak osób, które posiadają wiedzę i doświadczenie w zakresie zadań jakie mają być realizowane w KCMRM.

			dalej „Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego”. W konsekwencji należy zmienić ust. 3 w art. 27a. Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego nie może być tworzone przez dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.	Pozyskanie ich z innych podmiotów wymaga dużo wyższych nakładów finansowych niż wykorzystanie wiedzy i doświadczenia posiadanej przez pracowników LPR.
465.	Art. 27a ust. 2 pkt 3 i 4	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuję wykreślić z art. 27a pkt 2 pkt 3) realizacja zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie utrzymania, nadzoru i rozwoju SWD PRM i 4) czyli prowadzenie kursów dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, lekarzy konsultantów zespołów ratownictwa medycznego oraz osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego 1. wykreślenie pkt 3) jest związane z zaproponowaną zmianą w 21)art. 24a pkt 2 na "administratorem systemu SWD PRM, odpowiedzialnym za jego wdrożenie, utrzymanie i obsługę techniczną oraz rozwój jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia" 2. mając na uwadze ograniczone środki finansowe przeznaczane na system PRM uważam, że zasadnym jest aby kursy dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, lekarzy konsultantów zespołów ratownictwa medycznego oraz osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego nie były prowadzone przez KCMRM w ramach otrzymanej dotacji z budżetu państwa.	Uwaga nieuwzględniona. W związku z wdrożeniem SWD PRM – jednolitej w skali kraju aplikacji do obsługi zgłoszeń i powiadomień o zdarzeniu nie ma możliwości szkolenia wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego przez inne podmioty – brak dostępu do aplikacji. Złe doświadczenia z realizacji szkoleń dla dyspozytorów medycznych przez różne podmioty co skutkuje obniżeniem poziomu wiedzy i umiejętności wymaga wprowadzenia rozwiązania/podmiotu, który będzie odpowiedzialny za szkolenie m. in. wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, których liczba wynosić będzie około 100 w skali całego kraju.
466.	Art. 27a ust. 2 pkt 4	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	1. w art. 27a ust. 2. pkt 4 – wśród zadań KCMRM wymienia „opracowanie standardów postępowania dyspozytorów medycznych”, przepisy nie określają jednak w jakiej formie zostaną one zaimplementowane do systemu PRM, czy podlegają konsultacjom, zatwierdzeniu, publikacji, czy też aktualizacji i w jakim trybie, formie, terminie. Jak mają się one odnosić do rozwiązań proponowanych przez projekt ustawy z dnia 14.10.2016 godz. 11.45 w art. 27 ust. 5; 2. w art. 27a ust. 2. pkt 4 – wśród zadań KCMRM wymienia prowadzenie kursów dla lekarzy konsultantów zespołów ratownictwa medycznego oraz osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego – czy kursy te poddane są rygorom dotyczącym kursów przepisów ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz rygorom przewidzianym w ustawie o PRM dla kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych lub doskonalących, i/lub rygorom dla kursów o których mowa w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, czy też jest to swego rodzaju <i>lex specialis (derogat legi generali?)</i> dla tych przepisów. Ten aspekt zbioru przepisów innych ustaw nie wynika z treści zaproponowanego przepisu i będzie budził wątpliwości interpretacyjne. Ponadto nie określono wytycznych do opracowania programów tych kursów, nie określono kto te programy opracuje, kto je zatwierdzi, kto odpowiada za ich aktualizację i ocenę jakości ich realizacji;	1 – Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 27 i wprowadzenie w ust. 6 delegacji do wydania delegacji w zakresie algorytmów zbierania wywiadu medycznego: „6. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii ekspertów właściwych w zakresie medycyny ratunkowej i ratownictwa medycznego, ogłasza w drodze obwieszczenia, algorytm zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego, opracowany z uwzględnieniem ramowych procedur, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 5 pkt, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej.”. 2 – Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 27a ust.2.
467.		Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	W art. 27a ust. 2 pkt. 4 proponujemy wykreślić wyrażenie: „, oraz osób wchodzących w skład zespołów ratownictwa medycznego” Pielęgniarki systemu oraz lekarze systemu mają odrębne przepisy dotyczące	Uwaga uwzględniona.

			kształcenia podyplomowego.	
468.		Konsultant Krajowy i konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego (warmińsko-mazurski, lubelski, podlaski, wielkopolski, lubuski, wielkopolski)	Prowadzenie kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych, specjalizacyjnych dla pielęgniarek należą do zadań Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Dlaczego pielęgniarki systemu mają mieć drugą ścieżkę doskonalenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji zawodowych.	Uwaga uwzględniona.
469.	Art. 27a ust. 2 pkt 5	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	w art. 27a ust. 2 pkt. 5 oraz ust. 3 – w pkt 5) jest mowa o opracowaniu programów kursów i ich prowadzeniu, pojawia się pytanie czy pod pojęciem „funkcjonowania” użytym w ust. 5 (w kontekście finansowania tego zadania z budżetu) mieszczą się również koszty prowadzenia kursów, a jeśli tak to czy wszystkie koszty, zagadnienie to wiąże się z nieuregulowaną w propozycji kwestią odpłatności za obowiązkowe kursy, ze strony ich uczestników lub ich pracodawców;	Koszt prowadzenia kursów przez KCMRM jest zawarty w kosztach funkcjonowania KCMRM. Uczestnik ponosi jedynie koszty dojazdu o ile nie poniesie ich pracodawca.
470.	Art. 29 ust. 1	Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	dopisać uprawnienia koordynatora, może być odniesienie do rozporządzenia Ministra Zdrowia oczekiwania środowiska nie polegają wyłącznie na rozszerzeniu osób mogących pełnić tę funkcję oprócz lekarzy. Wojewódzki Koordynator Ratownictwa Medycznego winien być wyposażony w narzędzia umożliwiające skuteczną pomoc dyspozytorom lub zespołom w relacjach ze szpitalami, podmiotami współpracującymi itd.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 29 ust. 3: „3. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy: 1) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą; 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) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego; 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego; 5) współpraca z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego; 6) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego w rozumieniu ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.”, oraz art. 29 ust. 5 i 6: „5. Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego w celu realizacji zadań, o których mowa w ust. 3, może żądać od kierownika podmiotu leczniczego lub osoby go zastępującej wszelkich informacji

				dotyczących funkcjonowania podmiotu leczniczego, w którym funkcjonuje jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1, oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, o której mowa w art. 32 ust. 2. 6. Kierownik podmiotu leczniczego lub osoby go zastępujące są obowiązane, bez zbędnej zwłoki, dostarczyć, na żądanie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania podmiotu leczniczego.”.
471.		Wojewoda Lubuski	W związku z proponowaną zmianą nazewnictwa „lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego” na „wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego” zachodzi konieczność utrzymania jednolitego nazewnictwa w całym projektowanym akcie prawnym.	Uwaga uwzględniona.
472.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić: nie w urzędzie wojewódzkim, a w dyspozytorni u dysponenta konsekwencja propozycji zmiany miejsca dyspozytorni u dysponenta	Uwaga nieuwzględniona. Obecnie usytuowanie lekarza koordynatora w urzędach wojewódzkich jest różne. Mają na uwadze różne doświadczenia oraz przyjęte rozwiązania projektowane rozwiązanie daje możliwość wojewodzie umiejscowienia wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego zarówno w dyspozytorni medycznej, wojewódzkim centrum zarządzania kryzysowego jak i innym miejscu urzędu wojewódzkiego. Umiejscowienie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego po wdrożeniu SWD PRM będzie miało drugorzędne znaczenie.
473.	Art. 29 ust. 2	Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 29 ust. 2: Działalność wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa z części której dysponentem jest wojewoda w zakresie podejmowania przez koordynatora decyzji administracyjnych w imieniu wojewody. W związku z tym, iż w przypadkach, gdy koordynatorem ratownictwa medycznego będzie lekarz systemowy, który mógłby wspierać merytoryczną pracę dyspozytorów medycznych szczególnie w zakresie e-konsultacji należy uwzględnić, iż aktywność inna niż w zakresie wydawania decyzji administracyjnych powinna być finansowana z innych źródeł np. świadczeniodawcy medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Dokonano korekty zadań realizowanych przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
474.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat.	Otrzymuje brzmienie: „Działalność wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa z części której dysponentem jest wojewoda w zakresie podejmowania przez koordynatora decyzji administracyjnych w imieniu wojewody.”. W związku z tym, iż w przypadkach gdy koordynatorem ratownictwa medycznego będzie lekarz systemowy który	Uwaga nieuwzględniona. Dokonano korekty zadań realizowanych przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

		Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	mógłby wspierać merytoryczną pracę dyspozytorów medycznych szczególnie w zakresie e-konsultacji należy uwzględnić, iż aktywność inna niż w zakresie wydawania decyzji administracyjnych powinna być finansowana z innych źródeł np. świadczeniodawcy medycznego.	
475.	Art. 29 ust. 2 pkt 1	SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Proponujemy zmianę zapisu art. 29 ust. 2 pkt 1) na: „nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorni medycznych”.	Uwaga nieuwzględniona. Nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych będzie miał kierownik dyspozytorni medycznej.
476.	Art. 29 ust.3 pkt 1	Naczelna Rada Lekarska	wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego powinien mieć umocowanie prawne do rozwiązywania bieżących problemów szpitali w zakresie przyjmowania pacjentów w sytuacjach np. awarii sprzętu diagnostycznego, braku wolnych łóżek itp.;	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez dodanie w art. 29 ust. 3 pkt 3 w brzmieniu: „3) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego;”.
477.		Wojewoda Podkarpacki	Jednym z zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego ma być nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych. Jest to kolejna osoba, która ma taki nadzór prowadzić. Czy nie byłoby celowym określenie takiego uprawnienia wobec tylko np. kierownika dyspozytorni?	Uwaga uwzględniona. Nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych będzie miał kierownik dyspozytorni medycznej.
478.		Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 29 ust. 3 pkt. 1: Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy: 1) wsparcie merytoryczne pracy dyspozytorów medycznych Koordynator ratownictwa medycznego nie powinien mieć nadzoru nad pracą dyspozytorów medycznych, gdyż inne części ustawy opisują wzajemne zależności i organizację pracy dyspozytora medycznego. Mogłoby dochodzić do nakładania na siebie kompetencji nadzoru.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 29 ust. 3: „3. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy: 1) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą; 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) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego; 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego; 5) współpraca z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego; 6) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego w rozumieniu ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.”.
479.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski	Otrzymuje brzmienie: „Art. 29.3. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy: 1) wsparcie merytoryczne pracy dyspozytorów medycznych.”. Koordynator ratownictwa medycznego nie powinien mieć nadzoru nad pracą dyspozytorów medycznych, gdyż inne części ustawy opisują wzajemne zależności i organizację pracy dyspozytora medycznego w związku z czym mogłoby dochodzić do nakładania na siebie	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 29 ust. 3: „3. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy: 1) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą; 2) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych

		dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	praw nadzoru przez różne podmioty.”	w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego rejonu operacyjnego; 3) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego; 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego; 5) współpraca z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego; 6) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego w rozumieniu ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.”.
480.		SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Proponowany zapis art. 29 ust. 3 pkt 1) koliduje z proponowanym art. 26 ust. 2d pkt 1). Proponujemy zmianę treści zapisu art. 29 ust. 3 pkt 1) na: „nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorni medycznych”.	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 29 ust. 3: „3. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy: 1) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą; 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) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego; 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego; 5) współpraca z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego; 6) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego w rozumieniu ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.”.
481.	Art. 29 ust.3 pkt 3	Wojewoda Podkarpacki	Czy wobec istnienia kierownika dyspozytorni, głównego dyspozytora oraz lekarza konsultanta zespołów ratownictwa medycznego zasadnym jest zamieszczenie w art. 29 ust. 3 pkt 3 ustawy zapisu, zgodnie z którym do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy? Jakiego rodzaju miałyby to dotyczyć?	Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 29 ust. 3: „3. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy: 1) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą; 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) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpital od zespołu ratownictwa medycznego; 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego; 5) współpraca z Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego oraz innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego; 6) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego w rozumieniu ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.”.
482.		Wojewoda Lubuski	Proponuje się treść art. 29 ust. 3 pkt. 5: „Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy: 5) pełnienie dyżurów w organizacji całodobowej, a w przypadku koordynatorów będących lekarzami systemu dopuszcza się jednoczesowe wykonywanie zadań lekarza konsultanta dyspozytorni medycznej, przy czym finansowanie tej działalności należy do zadań podmiotu prowadzącego dyspozytornię medyczną.” Brak wystarczającej liczby lekarzy systemu PRM, którzy chcą pełnić funkcje administracyjne (niski poziom finansowania w stosunku do sektora ochrony zdrowia). Propozycja stwarza możliwość połączenia możliwości wykonywania świadczeń w ramach zadań koordynatora oraz konsultanta.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt zakłada rozszerzenie katalogu osób, które będą mogły pełnić funkcję wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.
483.	Art. 29 ust.3 pkt 5	Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Otrzymuje brzmienie: „Art. 29.3. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy: ...1-4... 5) pełnienie dyżurów w organizacji całodobowej a w przypadku koordynatorów będących lekarzami systemu dopuszcza się jednoczesowe wykonywanie zadań lekarza konsultanta dyspozytorni medycznej przy czym finansowanie tej działalności należy do zadań podmiotu prowadzącego dyspozytornię medyczną.”. Stworzenie możliwości wykonywania świadczeń na rzecz realizacji zadań koordynatora oraz konsultanta w systemie jednoczesowego wykonywania świadczeń wynika z doświadczenia o braku wystarczającej ilości lekarzy systemowych chcących wypełniać funkcje administracyjne, które są finansowane na rażąco niskim poziomie.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt nie przewiduje funkcji lekarza konsultanta dyspozytorni medycznej.
484.	Art. 29 ust. 4	Wojewoda Podkarpacki	1. w art. 29 ust. 4 określono, że wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być wyłącznie posiadający ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, natomiast w ust. 7 jest mowa o osobie, która odbyła kurs dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, i złożyła egzamin z wynikiem pozytywnym. W delegacji ustawowej w ust. 8 brak jest odniesienia do kwestii związanych ze sposobem organizacji, prowadzenia i sposobu oceny osób	Uwaga uwzględniona. Zgodnie z proponowanym brzmieniem art. 27a ust. 9 Minister Zdrowia, w drodze rozporządzenia określi: 1) formy, tryb i zakres odbywania kursów, o których mowa w ust. 2 pkt 5, 2) okresy ważności oraz wzory zaświadczeń o odbyciu kursów, o których mowa w ust. 2 pkt 6,

			przystępujących do egzaminu. 2. Czy zaświadczenie o ukończeniu kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego będzie bezterminowe?	– mając na uwadze zapewnienie odpowiedniego indywidualnego rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, jednolitych standardów postępowania na stanowisku pracy, przestrzegania obowiązujących procedur oraz przejrzystości dokumentowania i zatwierdzania realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego. Przewiduje się, że kurs dla wojewódzkiego koordynatora będzie realizowany co 2 lata.
485.		Wojewoda Śląski	Dot. Art. 29 ust. 4 Nierozumiały brak wymogu wyższego wykształcenia dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego – stoi w sprzeczności z wymogami posiadania wykształcenia wyższego (dla pielęgniarek – nawet studiów II st.) dla osób wykonujących zadania dyspozytora głównego. Powinien zostać wprowadzony wymóg posiadania wykształcenia wyższego dla tych osób.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 29 ust. 4: „4. Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być wyłącznie posiadający ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: 1) lekarz systemu lub 2) osoba, która ukończyła co najmniej studia drugiego stopnia, posiadająca kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego lub pielęgniarki system oraz posiadająca co najmniej 4-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
486.		Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuję zmienić na zapis "lekarzem wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być lekarz, który spełnia wymagania określone dla lekarza systemu" oraz wykreślić zapis o ważnym zaświadczeniu o ukończeniu kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz zapis dopuszczający do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego ratownika medycznego i pielęgniarkę systemu powrót do zapisów z aktualnie obowiązującej Ustawy o PRM. Mając na uwadze specyfikę rozwiązywanych problemów dotyczących systemu PRM - uważam za wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego powinien być lekarz	Uwaga nieuwzględniona. Z monitoringu prowadzonego od kilku lat przez MZ wynika, że coraz częściej stanowisko lekarza koordynatora ratownictwa medycznego pozostaje nieobsadzone. Brak zainteresowania wśród grupy zawodowej lekarzy pracą na tym stanowisku. Wobec powyższego proponowane w projekcie zmiany umożliwiające zapewnienie przez urzędy wojewódzkiej realizacji zadań jakie są stawiane obecnie lekarzom koordynatorom ratownictwa medycznego a docelowo wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego.
487.		SPSK nr 4 Centrum Leczenia Urazów Wielonarządowych	Art. 29 punkt 4 – Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego powinien pozostać lekarz z prostej przyczyny prowadzenia częstych merytorycznych negocjacji z lekarzami jednostek współpracujących z systemem.	Uwaga nieuwzględniona. Z monitoringu prowadzonego od kilku lat przez MZ wynika, że coraz częściej stanowisko lekarza koordynatora ratownictwa medycznego pozostaje nieobsadzone. Brak zainteresowania wśród grupy zawodowej lekarzy pracą na tym stanowisku. Wobec powyższego proponowane w projekcie zmiany umożliwiające zapewnienie przez urzędy wojewódzkiej realizacji zadań jakie są stawiane obecnie lekarzom koordynatorom ratownictwa medycznego a docelowo wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego.

488.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Niezrozumiały brak wymogu wyższego wykształcenia dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego – stoi w sprzeczności z wymogami posiadania wykształcenia wyższego (dla pielęgniarek – nawet studiów II st.) dla osób wykonujących zadania dyspozytora głównego. Powinien zostać wprowadzony wymóg posiadania wykształcenia wyższego dla tych osób.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 29 ust. 4: „4. Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być wyłącznie posiadający ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: 1) lekarz systemu lub 2) osoba, która ukończyła co najmniej studia drugiego stopnia, posiadająca kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego lub pielęgniarki system oraz posiadająca co najmniej 4-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
489.		Wojewoda Podkarpacki	w art. 29 ust. 4 pkt 2 powinno być, z uwagi na analogiczne zapisy w ustawie, „posiadający co najmniej 8-letnie doświadczenie”, zamiast „posiadający 8-letnie doświadczenie”.	Uwaga nieuwzględniona. Wprowadzono zmianę brzmienia art. 29 ust. 4: „4. Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być wyłącznie posiadający ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: 1) lekarz systemu lub 2) osoba, która ukończyła co najmniej studia drugiego stopnia, posiadająca kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego lub pielęgniarki system oraz posiadająca co najmniej 4-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
490.	art. 29 ust. 4 pkt 2	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	W art. 29 ust. 4 pkt 2 proponujemy zmniejszyć wymóg doświadczenia zawodowego dla ratownika medycznego i pielęgniarki systemu do 5 lat pracy w jednostkach systemu lub na stanowisku dyspozytora medycznego.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 29 ust. 4: „4. Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być wyłącznie posiadający ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: 1) lekarz systemu lub 2) osoba, która ukończyła co najmniej studia drugiego stopnia, posiadająca kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego lub pielęgniarki system oraz posiadająca co najmniej 4-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
491.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Zielona Góra	z czego wynika wymóg 8 letniego doświadczenia w pracy w jednostkach systemu ratownictwa medycznego na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego ,dlaczego nie 5 lat? lub 3 lata ?	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 29 ust. 4: „4. Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być wyłącznie posiadający ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego: 1) lekarz systemu lub 2) osoba, która ukończyła co najmniej studia drugiego stopnia, posiadająca kwalifikacje wymagane dla ratownika

				medycznego lub pielęgniarki system oraz posiadająca co najmniej 4-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.”.
492.	Art. 29 ust. 5	Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof	-zapis jest nieprecyzyjny – uprawnia koordynatora do żądania informacji, natomiast nie obliuguje podmiotu do ich udzielania PROPOZYCJA: wprowadzić zapis obligujący odnośne podmioty do przekazywania informacji	Uwaga uwzględniona. W art. 29 dodano ust. 6 w brzmieniu: „6. Kierownik podmiotu leczniczego lub osoby go zastępujące są obowiązane, bez zbędnej zwłoki, dostarczyć, na żądanie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania podmiotu leczniczego.”.
493.		Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ	zmienić słowo wszelkich na potrzebnych (adekwatnych) nie ma potrzeby by koordynator otrzymał wszelkie informacje o podmiocie. Informacje powinny dotyczyć wyłącznie spraw związanych z działalnością PRM	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z brzmieniem projektowanego art. 29 ust. 5 wojewódzki koordynator może żądać wszelkich informacji, które potrzebuje do realizacji zadań o których mowa w ust. 3. Wobec tego katalog jest zamknięty i nie ma potrzeby aby otrzymywał wszelkie informacje o podmiocie.
494.	Art. 29 ust. 6-8	Konsultant Wojewódzki w dziedzinie medycyny ratunkowej woj. wielkopolskie – Alina Łukasik	proponuje wykreślić pkt 6, 7 i 8 nie znajduje uzasadnienia dla kursu - praca lekarza koordynatora ratownictwa medycznego w głównej mierze oparta jest o szeroką wiedzę medyczną i aktualnie obowiązujące akty prawne regulujące funkcjonowanie systemu PRM	Uwaga nieuwzględniona. Doświadczenia we współpracy lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego z dyspozytorami medycznymi wskazują na konieczność uczestniczenia w dedykowanym kursie oraz uczestniczenie w ćwiczeniach wspólnie z dyspozytorami medycznymi. Dodatkowo wprowadzenie SWD PRM będzie wymagało realizacji części zadań w oparciu o SWD PRM.
495.	Art. 29 ust. 7	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	w art. 29 ust. 7 jest odwołanie do art. 26 ust. 5-9, w tym brzmieniu przepis wyłącza nadzór ministra zdrowia nad realizacją kursów dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, czy jest to wyłączenie zamierzone, a jeśli tak co je uzasadnia;	Uwaga uwzględniona. Zagadnienie uregulowano w art. 27a ust. 8.
496.		Grudziądzkie Stowarzyszenie Ratowników Medycznych	Proponowany zapis: Dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia powołuje zespół ekspertów spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym w tym również w obsłudze przyjmowania zgłoszeń alarmowych i dorobkiem naukowym w zakresie medycyny ratunkowej lub ratownictwa medycznego.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 27a ust. 5: „5. Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego powołuje zespół ekspertów spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym w zakresie medycyny ratunkowej, ratownictwa medycznego i powiadamiania ratunkowego.”.
497.	Art. 29 ust. 7-9	Krajowa Sekcja Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność	Art. 29 ust.7 -9 Wykreślić wyrażenie: "dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego" i zastąpić nazwą powołanego w zamian, innego podmiotu. Uzasadnienie do: art. 24a, ust.2, art. 24c ust.7, Art. 26 ust.1, pkt.1, art. 26 ust.4, art. 27a, art. 29 ust.7 -9 Z jakiego powodu wszechobecnym w tej ustawie ma być LPR? LPR powinien zająć się wyłącznie merytoryczną pracą a nie przejmować obowiązki super dysponenta, specjalisty w każdej dziedzinie lub super ośrodka szkoleniowego. W porze nocnej nie pracują (śmigłowce nie	Uwaga nieuwzględniona. W związku z wdrożeniem SWD PRM – jednolitej w skali kraju aplikacji do obsługi zgłoszeń i powiadomień o zdarzeniu nie ma możliwości szkolenia wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego przez inne podmioty – brak dostępu do aplikacji. Złe doświadczenia z realizacji szkoleń dla dyspozytorów medycznych przez różne podmioty co skutkuje obniżeniem
498.		NSZZ Solidarność Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia		

			latają), w dzień ograniczają się w większości przypadków do świadczenia usług transportowych ponieważ od zespołu ratowniczego odbierają pacjenta już zdiagnozowanego i zabezpieczonego do tego transportu. Szkolenie ratowników medycznych, pielęgniarek systemu i dyspozytorów medycznych powinno odbywać się w dotychczas sprawdzonym systemie. W/w pracowników powinny szkolić Ośrodki Szkoleniowe pozostające w strukturze organizacyjnej dzisiejszych dysponentów systemu PRM i posiadające wymagane certyfikaty oraz wyspecjalizowane w tej dziedzinie inne podmioty. Takie rozwiązanie jest korzystniejsze dla każdego, a na pewno dla zatrudnionych w systemie pracowników. Ta uwaga dotyczy wszystkich zapisów odnoszących się do LPR. Poza tym W zakresie przepisów o szkoleniach ratowników medycznych, nadzór CMKP jest sprawdzony również w przypadku innych zawodów medycznych.	poziomu wiedzy i umiejętności wymaga wprowadzenia rozwiązania/podmiotu, który będzie odpowiedzialny za szkolenie m. in. wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, których liczba wynosić będzie około 100 w skali całego kraju. Jednocześnie dokonano zmiany brzmienia art. 27a ust. 2: „2. Zadaniem Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego jest: 1) opracowanie kryteriów oceny pracy dyspozytora medycznego; 2) monitorowanie przebiegu akcji medycznej w zdarzeniu, którego skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób; 3) realizacja zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie nadzoru i utrzymania SWD PRM; 4) realizacja zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie rozwoju SWD PRM; 5) prowadzenie: – kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego oraz kursu doskonalącego odbywanego w ramach doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego, – kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.”.
499.	Art. 29 ust. 8	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	w art. 29 ust. 8 zastosowano wyrazy „potwierdzenia dokumentowania” oraz „dokumentowania potwierdzenia”, wydaje się, że należy ujednolicić składnię zgodnie z intencją przepisu, z dodatkowym zastrzeżeniem, że z przepisu nie wynika jasno na czym ma polegać „potwierdzenie dokumentowania kursu”, czy też „dokumentowanie potwierdzenia kursu”.	Uwaga uwzględniona poprzez zmianę brzmienia art. 27a ust. 9: „9. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) formy, tryb i zakres odbywania kursów, o których mowa w ust. 2 pkt 5, 2) okresy ważności oraz wzory zaświadczeń o odbyciu kursów, o których mowa w ust. 2 pkt 6, – mając na uwadze zapewnienie odpowiedniego indywidualnego rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, jednolitych standardów postępowania na stanowisku pracy, przestrzegania obowiązujących procedur oraz przejrzystości dokumentowania i zatwierdzania realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego.”.
500.	Art. 31	Wojewoda Podkarpacki	W celu poprawy efektywności kontroli prowadzonych przez wojewodę	Uwaga nieuwzględniona. Projekt odwołuje się w tym

501.	ust. 1		w ramach sprawowanego nadzoru nad systemem PRM, należałoby wprowadzić do ustawy o PRM zapisy o możliwości nałożenia przez wojewodę karna dysponentów zespołów ratownictwa medycznego.	zakresie do zasad obowiązujących w ramach ustawy o działalności leczniczej. Nie jest zasadne odmienne regulowanie tej kwestii tylko w odniesieniu do podmiotu leczniczego będącego jednocześnie dysponentem zespołów ratownictwa medycznego.
502.		Wojewoda Pomorski	1) Ad 1) Zasadne jest kontrolowanie przez wojewodę jednostek współpracujących, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 8, tj.: podmioty niewymienione w pkt 1–7 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Niezasadne jest kontrolowanie przez wojewodę jednostek, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 9, tj.: jednostki ochrony przeciwpożarowej, inne niż wskazane w pkt 2, pod warunkiem spełnienia przez nie wymagań określonych w art. 17 ust. 2. Ad 2) Prowadzenie przez wojewodę kontroli dysponentów pod względem medycznym wymagałoby zatrudnienia przez wojewodę wysokiej klasy specjalistów, którzy posiadaliby odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie zawodowe. Kontrolę SOR oraz ZRM pod względem medycznym powinni prowadzić lekarze posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej. Ad 3) Art. 13 ust. 10 nie zawiera pkt 1 i 2 oraz dotyczy zaświadczenia o ukończeniu kursu. Ad 4) Art. 12 j dotyczy kursu kwalifikacyjnego. Propozycja: 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. 1 pkt 8, pod względem spełnienia wymagań określonych w art. 17 ust. 2 i 3; 2) dysponentów jednostek działających na obszarze województwa, pod względem zgodności z prawem; 3) podmiotów prowadzących kursy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, pod względem spełniania wymagań określonych w art. 13 ust. 4 i 11 pkt 1 i 2; 4) podmiotów prowadzących kursy doskonalące ratowników medycznych, pod względem spełnienia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 12e; 5) podmiotów prowadzących kursy kwalifikacyjne, pod względem spełnienia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 12l; 6) podmiotów prowadzących kursy specjalistyczne, pod względem spełnienia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 12s. 7) dysponentów zespołów ratownictwa medycznego w zakresie prawidłowości wydatkowania środków pochodzących z dotacji celowej na zadania zespołów ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt odwołuje się w tym zakresie do zasad obowiązujących w ramach ustawy o działalności leczniczej. Nie jest zasadne odmienne regulowanie tej kwestii tylko w odniesieniu do jednostek współpracujących z systemem.

			2) Utrzymanie braku sankcji w przypadku nieprawidłowości wykazanych podczas kontroli wojewody, skutkuje nieskutecznym nadzorem wojewody nad systemem PRM, brakiem narzędzi do egzekwowania zaleceń pokontrolnych; 3) W projekcie nie ma w art. 13 ust. 10 pkt 1 i 2.	
503.		Konferencja Rektorów Akademickich Uczelni Medycznych	Istotne jest szersze doprecyzowanie skutków w przypadku stwierdzenia przez wojewodę nieprawidłowości w funkcjonowaniu i organizacji dysponentów jednostek systemu.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt odwołuje się w tym zakresie do zasad obowiązujących w ramach ustawy o działalności leczniczej. Nie jest zasadne odmienne regulowanie tej kwestii tylko w odniesieniu do podmiotu leczniczego będącego jednocześnie dysponentem zrm.
504.	Art. 31 ust. 1 pkt 1	Wojewoda Podkarpacki	art. 31 ust. 1 pkt 1 powinien otrzymać brzmienie: „1) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 15 ust. 2 pkt 1–3, pod względem spełnienia wymagań określonych w art. 17 ust. 2;”. Kontrola powinna dotyczyć wszystkich jednostek wpisywanych przez wojewodę do rejestru na ich wnioszek, a nie tylko wskazanych jednostek ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 9. Ponadto należy zauważyć, że art. 17 ust. 3 nie określa wymogów dla jednostek współpracujących z systemem ani wytycznych do oceny spełniania warunków, o których mowa w art. 17 ust. 2.	Uwaga nieuwzględniona. Nie jest zasadne kontrolowanie jednostek np. PSP, przez wojewodę.
505.	Art. 31 ust. 1 pkt 2	Wojewoda Pomorski	W związku z tym, że „planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody”, a w ramach systemu działają dyspozytornie medyczne (zgodnie z zaproponowanym art. 2 ust. 2 pkt. 3 wyodrębnione z jednostek systemu), należałoby dodać zapisy dot. możliwości kontrolowania przez wojewodę dyspozytorni. w art. 31 ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie: 2) dysponentów jednostek oraz dyspozytorni medycznych działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o działalności leczniczej;	Uwaga nieuwzględniona. Po przejściu dyspozytorni medycznych do urzędów wojewódzkich zadanie kontroli dyspozytorni medycznych będzie realizował Minister Zdrowia. Natomiast do czasu funkcjonowania dyspozytorni medycznej w podmiocie leczniczym kontrola może być przeprowadzona przez wojewodę w oparciu o ustawę o działalności leczniczej.
506.	Art. 31 ust. 1 pkt 3	Wojewoda Podlaski	w art. 1 ust. 1 pkt 30 dotyczącym art. 31 ust.1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznympkt 2 otrzymuje brzmienie : „2) dysponentów jednostek działających na obszarze województwa pod względem medycznym, finansowym oraz zgodności z prawem” Dodano kontrolę pod względem finansowym z uwagi na brak kontroli wykorzystania dotacji przez dysponentów. Dyrektor OW NFZ zawiera umowy z dysponentami ZRM na podstawie upoważnienia ustawowego a do postępowania w sprawie ich zawarcia i rozliczenia stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2016 poz.1793 t.j.) . OW NFZ nie przeprowadza kontroli finansowej.	Do dyskusji w trakcie konferencji uzgodnieniowej. Nie jest sprecyzowane w jakim zakresie wojewoda miałby kontrolować dysponenta jednostki w kontekście kontroli przeprowadzanej przez NFZ, wynikającej z art. 49ust. 5 ustawy o PRM.
507.	Art. 31 ust. 1 pkt 3	Wojewoda Podkarpacki	art. 31 ust. 1 pkt 3 powinien otrzymać brzmienie: „3) podmiotów prowadzących kursy, pod względem spełniania wymagań określonych w art. 13 ust. 4 i 11 pkt 1 i 2;”, ponieważ błędnie wskazano „art. 13 ust. 4 i 10 pkt 1 i 2”.	Uwaga dotyczy ustawy o zmianie ustawy o PRM (UD29). W obecnej wersji projektu przepis odwołuje się tylko do art. 13 ust. 4. W projekcie dodawany jest tylko art. 13 ust. 1a

				dotyczący uzyskania statusu ratownika przez ratownika medycznego. W związku z tym art. 31 ust. 1 pkt 3 odwołuje się do art. 13 ust. 4 i ewentualnie należy rozważyć również ust. 8 pkt 1 i 2.
508.	Art. 31 ust. 1 pkt 4	Wojewoda Podkarpacki	w art. 31 ust. 1 należałoby wykreślić pkt 4, ponieważ CMKP jest jednostką właściwą do rozpatrywania wniosków podmiotów ubiegających się o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu kwalifikacyjnego.	Nieuwzględniona. W myśl art. 13 ust. 4 to do wojewody należy zatwierdzanie programu kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy.
509.	Art. 31 ust. 2	Wojewoda Pomorski	Propozycja: Art. 31. 2. Do przeprowadzania kontroli, o której mowa: a) w ust. 1 pkt 1-6, stosuje się odpowiednio art. 122 ust. 1–5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz przepisy wydane na podstawie art. 122 ust. 6 tej ustawy; b) w ust. 1 pkt 7, stosuje się odpowiednio zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych.	Uwaga wymaga doprecyzowania. W art. 31 ust. 1 nie ma pkt 4-7.
510.	Art. 36	ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	- dodać ust. 6 o brzmieniu kierownikiem zespołu podstawowego może być osoba będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego uzasadnienie: brak dookreślenia jakie wymagania ma spełniać kierownik zespołu podstawowego - dodać ust. 7 o brzmieniu Specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego przeznaczone do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w warunkach nadzwyczajnych: 1) W skład zespołu specjalistycznego wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, będące ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu z których każda ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie zdarzeń nadzwyczajnych, w szczególności zdarzeń masowych, zagrożeń z grupy CBRNe, prowadzenia medycznych czynności ratunkowych w ciasnych przestrzeniach w trudnym terenie, , związanych z zagrożeniami miejskimi oraz pracy w warunkach zagrożenia terrorystycznego. 2) Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: a. Wyposażenie medyczne zespołu specjalistycznego b. Wyposażenie w sprzęt ochrony osobistej zespołu specjalistycznego Uzasadnienie: powstanie jednostek specjalistycznych zabezpieczy działania PRM w sytuacjach nadzwyczajnych, w których zwykle ZRM nie będą w stanie zapewnić należytej współpracy z innymi służbami a tym samym zapewnić pomocy medycznej bez zagrożenia dla członków ZRM. Zasadne jest aby jeden zespół zlokalizowany był w miastach wojewódzkich lub innych wskazanych dużych aglomeracjach. Finansowanie zespołu specjalistycznego powinno być	Uwaga uwzględniona w zakresie dodania ustępu 6 w proponowanym brzmieniu. Uwaga nieuwzględniona. W zakresie dodania ust. 7 zgodnie z przyjętym rozwiązaniem systemowym zadania związane z realizacją ratownictwa specjalistycznego w strefie zagrożenia realizowane są przez PSP w ramach ustawowych zadań. Delegowanie zespołów RM do zadań z zakresu CBRN nakłada się z kompetencjami specjalistycznych jednostek ratowniczych podległych MSWiA, gdzie od 1.01.2016 mogą pracować ratownicy medyczni.

			zapewnione z budżetu	
511.	Art. 36 ust 4 i 5	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Zawarty w projekcie analizowanej nowelizacji ustawy zapis przewiduje w zmienionym art. 36 ust. 4 i 5, że kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego typu „S”, jest lekarz systemu, natomiast kierownikiem zespołu medycznego typu „P” - osoba wskazana przez dysponenta jednostki. Pierwszy z przywołanych zapisów ma charakter jakościowy, tzn. kierownikiem ZRM „S” może być tylko lekarz systemu, natomiast drugi zapis ma charakter kompetencyjny, tzn. nadaje uprawnienie do ustanowienia kierownika ZRM „P” dysponentowi jednostki, nie precyzując kryteriów, jakie musi spełniać kandydat na kierownika ZRM typu „P”. Wydaje się, że w ostatnim przypadku bardziej trafnym zapisem, korespondującym z zapisem proponowanego ust. 4, byłby zapis, że kierownika ZRM „P” wyznacza dysponent jednostki spośród ratowników medycznych (ew. innych kategorii pracowników) zatrudnionych w jednostce.	Uwaga uwzględniona w zakresie dodania ustępu 6 w proponowanym brzmieniu: „kierownikiem zespołu podstawowego może być osoba będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu, która posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zespole ratownictwa medycznego, lub lotniczym zespole ratownictwa medycznego”.
512.	Tytuł rozdziału 5	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy nowy tytuł: „Akcja medyczna i akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych”.	Uwaga nieuwzględniona. Brak uzasadnienia proponowanej zmiany.
513.		Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy nowe brzmienie w art. 40 ust. 1: „1 Akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego. 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. W konsekwencji wprowadzenia tych uwag konieczne jest dostosowanie kolejnych przepisów projektu. Definicje akcji medycznej i akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych mają różne brzmienie.	Uwaga nieuwzględniona. Nie ma konieczności dzielenia czasu rozpoczęcia akcji medycznej w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne. Dla efektywności funkcjonowania systemu najważniejszy jest moment przyjęcia zgłoszenia lub powiadomienia o zdarzeniu.
514.	Art. 40 ust. 1	NSZZ Ratowników Medycznych Południowej Wielkopolski	Art. 40 ust. 1 w brzmieniu: Akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego oraz zadysponowaniu zespołu ratownictwa medycznego i trwa przez cały okres prowadzenia medycznych czynności do momentu zakończenia działania w miejscu zdarzenia, bądź przekazania pacjenta do szpitalnego oddziału ratunkowego lub szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, lub lotniczego zespołu ratownictwa medycznego. Uzasadnienie: Proponowana zmiana podyktowana jest koniecznością rozszerzenia czasu trwania ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych należnej członkom zespołów ratownictwa medycznego w całym okresie trwania udzielania świadczeń tzn. od momentu przyjęcia zgłoszenia i zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego do momentu zakończenia udzielania świadczeń tj. zakończenia akcji medycznej.	Uwaga nieuwzględniona. Zgodnie z brzmieniem projektowanego art. 5 ust. 1 w którym mowa jest o korzystaniu z ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego wystarczy być członkiem zespołu ratownictwa medycznego aby korzystać z ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego.

515.	Art. 41	Krajowa Sekcja Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ Solidarność	Art.41 - brak wyraźnego wskazania kto będzie kierował akcją jeżeli do zdarzenia zostały zadysponowane zespoły przez kilku dyspozytorów - z różnych rejonów operacyjnych. Np., że taką akcją będzie kierował kierownik zespołu zadysponowany przez dyspozytora, na którego terenie doszło do zdarzenia.	Uwaga nieuwzględniona. W opisanym przypadku wiodący będzie ten dyspozytor medyczny na terenie którego występuje zdarzenie.
516.		NSZZ Solidarność Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia		
517.	Art. 41 ust 1	Wojewoda Lubuski	Proponuje się zachowanie dotychczasowej treści art. 41 ust 1 tj.: Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje wyznaczony przez dyspozytora medycznego kierujący. Projektowana zmiana treści art. 41 ust 1.: „Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje wyznaczony przez dyspozytora medycznego kierujący akcją medyczną <i>zwany dalej „kierującym”</i> nie zmienia znaczenia dotychczasowego przepisu. Ponadto powoduje ona różną interpretację oraz wątpliwość jakich sytuacji dotyczy – współpracy pomiędzy służbami ratunkowymi (medycy-PSP-Policja) czy innych. Ponadto może sugerować i wytwarzać czynności, które mają tylko i wyłącznie charakter administracyjny i mogą zakłócać sprawność działań.	Uwaga nieuwzględniona. Zaproponowane w projekcie brzmienie dotyczące kierującego ma na celu skrócenie i uproszczenie określenia osoby będącym kierującym akcją medyczną.
518.		Urząd Marszałkowski Województwa Lubuskiego	„Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje kierownik zespołu ratownictwa medycznego.” Uzasadnienie: Należy upraszczać wszelkie procedury w ten sposób, by praktycznie nie dopuszczać do pomijania czynności, które mają tylko i wyłącznie charakter administracyjny. Biorąc pod uwagę, iż każde zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego wiąże się z „prowadzeniem medycznych czynności ratunkowych” dyspozytor medyczny musiałby również każdorazowo dokonywać dodatkowej czynności administracyjnej tj. wyznaczania „kierującego”. Automatyczne wyznaczenie kierownika zespołu ratownictwa medycznego jako „kierującego,, upraszcza i przyspiesza czynności dysponowania zespołem.	Uwaga nieuwzględniona. Zaproponowane w projekcie brzmienie dotyczące kierującego ma na celu skrócenie i uproszczenie określenia osoby będącym kierującym akcją medyczną.
519.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Zielona Góra	brak jasnego zapisu kto kieruje akcją medyczną tak jak jest to w obecnych przepisach tj. lekarz który pierwszy przybył na miejsce zdarzenia spowoduje chaos organizacyjny ponieważ dyspozytor medyczny będzie wyznaczał kierującego spośród zespołów zadysponowanych do zdarzenia co może oznaczać że wyznaczony przez niego kierujący może dotrzeć na miejsce zdarzenia np. jako ostatni	Uwaga nieuwzględniona. Obecnie nie ma zapisu wskazującego na lekarza.
520.		Konsultant Krajowy i konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego (warmińsko-mazurski, lubelski,	Należy upraszczać wszelkie procedury w ten sposób, by praktycznie nie dopuszczać do pomijania czynności, które mają tylko i wyłącznie charakter administracyjny. Biorąc pod uwagę, iż każde zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego wiąże się z „prowadzeniem medycznych czynności ratunkowych” dyspozytor medyczny musiałby również każdorazowo dokonywać dodatkowej czynności administracyjnej tj. wyznaczania	Uwaga nieuwzględniona. Zaproponowane w projekcie brzmienie dotyczące kierującego ma na celu skrócenie i uproszczenie określenia osoby będącym kierującym akcją medyczną.

		podlaski, wielkopolski, lubuski, wielkopolski)	„kierującego”. Automatyczne wyznaczenie kierownika zespołu ratownictwa medycznego jako „kierującego, upraszcza i przyspiesza czynności dysponowania zespołem. „Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje kierownik zespołu ratownictwa medycznego.”	
521.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego	Otrzymuje brzmienie: „Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje kierownik zespołu ratownictwa medycznego.” Należy upraszczać wszelkie procedury w ten sposób, by praktycznie nie dopuszczać do pomijania czynności, które mają tylko i wyłącznie charakter administracyjny. Biorąc pod uwagę, iż każde zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego wiąże się z „prowadzeniem medycznych czynności ratunkowych” dyspozytor medyczny musiałby również każdorazowo dokonywać dodatkowej czynności administracyjnej tj. wyznaczania „kierującego”. Automatyczne wyznaczenie kierownika zespołu ratownictwa medycznego jako „kierującego, upraszcza i przyspiesza czynności dysponowania zespołem.	Uwaga nieuwzględniona. Zaproponowane w projekcie brzmienie dotyczące kierującego ma na celu skrócenie i uproszczenie określenia osoby będącym kierującym akcją medyczna.
522.		Narodowy Fundusz Zdrowia	Proponuję wykreślenie sformułowania „ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń panujących na miejscu zdarzenia”. Wydaje się, iż kierujący akcją może dokonać weryfikacji warunków panujących na miejscu zdarzenia, natomiast szczegółowa analiza zagrożeń należy do podmiotów krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego.	Uwaga nieuwzględniona, Proponowane brzmienie ma na celu zwrócenie szczególnej uwagi na kwestię zagrożeń jakie mogą pojawić się lub mogą występować na miejscu zdarzenia. Szczegółowa analiza zagrożeń leży po stronie KSRG.
523.	art. 46 ust. 2	Wojewoda Kujawsko-Pomorski	Zawarty w projekcie analizowanej nowelizacji ustawy zapis przewiduje, że „w kosztach medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespoły ratownictwa medycznego uwzględnia się koszty związane z funkcjonowaniem dyspozytorni medycznej” – obecnie obowiązuje zapis o treści, cyt. „w kosztach medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespoły ratownictwa medycznego uwzględnia się koszty związane z funkcjonowaniem dyspozytorów medycznych”. Przyjmując, że wejście w życie analizowanej nowelizacji ustawy o PRM (tzw. „małej nowelizacji” ustawy o PRM) miało by na celu uregulowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznych w trakcie ich koncentracji (a tym samym wygaszania dyspozytorni lokalnych) proponowany zapis nie rozwiązuje problemu w zakresie sposobu rozliczania kosztów generowanych przez dyspozytornie, w sytuacji, kiedy sekwencyjnie, stopniowo są wygaszane kolejne dyspozytornie lokalne, a ich zadania przejmują dyspozytornie skoncentrowane. Precyzując, „mała nowelizacja” ustawy o PRM nie porządkuje prawnie stanu polegającego na obniżaniu się kosztów działalności dysponentów wygaszających dyspozytornię oraz zwiększaniu się kosztów działalności dysponentów obsługujących dyspozytornie skoncentrowane. Przyjmując wprost zapis powyższej zmiany w ustawie można przyjąć w ramach swobodnej interpretacji, iż z tytułu funkcjonowania dyspozytorni skoncentrowanych koszty ich działalności ponoszą solidarnie wszyscy dysponenti ZRM, tzn. z dyspozytorniami i bez dyspozytorni lub tylko dysponenti ZRM obsługujący	Uwaga nieuwzględniona. Należy wskazać, że zgodnie z § 32 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku umów wieloletnich kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie, chyba że strony postanowią inaczej. Oznacza to, że dopuszczalne jest ustalenie krótszych niż rok okresów rozliczeniowych, dla których zostanie przez wojewodę określona stawka ryczałtu za świadczenia realizowane przez zespoły ratownictwa medycznego, w danym rejonie operacyjnym. Rozwiązanie to może być stosowanie w przypadku uruchamiania w województwie skoncentrowanych dyspozytorni i stopniowego „wygaszania” dotychczas funkcjonujących dyspozytorni. Wojewoda w swoim powierzeniu może wskazać dyrektorowi OW NFZ terminy poszczególnych etapów jak również wskazać odpowiednio okresy rozliczeniowe i proponowane stawki dla tych okresów, uwzględniające zachodzące zmiany. Następnie OW NFZ dokonując aneksowania umów na kolejny okres rozliczeniowy

		dyspozytornie skoncentrowane. Jedno lub drugie rozwiązanie przywołane wyżej, w przypadku braku osiągnięcia konsensusu pomiędzy wszystkimi dysponentami w odniesieniu do skali partycypowania finansowego w utrzymaniu dyspozytorni skoncentrowanych, wymusza na Wojewodzie podjęcie działań, które nie znajdują aktualnie wprost podstawy formalnej w żadnym z zapisów obowiązującej ustawy o PRM. Z uwagi na fakt, że aktualnie zmiana umowy pomiędzy dysponentem ZRM, a właściwym miejscowo OW NFZ może nastąpić tylko w przypadku zmiany rejonu operacyjnego dysponenta (a taka sytuacja w przypadku wygaszania kolejnych dyspozytorni w ramach obowiązującej ustawy nie ma miejsca), Wojewoda nie może zindywidualizować wysokości stawek dobowych na zespoły „S” i „P” z wyróżnieniem dysponenta z dyspozytornią i dysponenta bez dyspozytorni, tym bardziej, że harmonogram wygaszania dyspozytorni lokalnych, obejmujący okres do 30 czerwca 2017 r. przewiduje dużą częstotliwość zmian sposobu funkcjonowania poszczególnych dysponentów, wygaszających swoje dyspozytornie. Rozwiązaniem dopuszczalnym w aktualnym stanie prawnym, jest więc: a) wymuszenie na dysponentach ZRM <u>wzajemnego, dobrowolnego</u> rozliczania się z tytułu zmiany kosztów ich funkcjonowania, przy zachowaniu jednolitych dla wszystkich stawek kontraktów z OW NFZ na ZRM typu „S” i „P”, wyznaczonych przez Wojewodę; b) w ramach procesu aneksowania dotychczasowych umów z dysponentami ZRM na okres do 30 czerwca 2017 r. obniżenie stawek tzw. „dobokaretek” dla wszystkich dysponentów (tych z dyspozytorniami skoncentrowanymi i tych bez dyspozytorni), a następnie, w oparciu o art. 50 ustawy o PRM swoisty „zwrot” wypracowanych „oszczędności” z kwoty rezerwy celowej przekazywanej przez Wojewodę do OW NFZ na rzecz dysponentów obsługujących dyspozytornie skoncentrowane. W opisywanym przypadku NFZ stoi jednak na stanowisku, iż na etapie ustalania wysokości stawek finansowych na ZRM typu „P” i „S”, Wojewoda nie może świadomie dążyć do wypracowania oszczędności z ogólnej kwoty dotacji, tzn. zobowiązany jest rozplanować pełną otrzymaną kwotę dotacji na realizację usług z zakresu ZRM. Gdyby w okresie przejściowym, tj. do 30 czerwca 2017 r. obowiązywały rozwiązania pozwalające Wojewodzie swobodnie kreować wysokość stawek dobowych na zespoły „P” i „S”, planowana „mała” nowelizacja ustawy o PRM miałaby racjonalne uzasadnienie i rozwiązałaby problem.	uwzględnia te zmiany w procesie ustalenia kwot zobowiązania na kolejne okresy rozliczeniowe.
524.	ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	koszty funkcjonowania dyspozytorni medycznych winny uwzględniać znaczny wzrost wynikający z obligacji tworzenia całodobowych stanowisk dyspozytora głównego oraz jego zastępcy.	Uwaga nieuwzględniona. Należy wskazać, że zgodnie z § 32 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku umów wieloletnich kwoty zobowiązań w poszczególnych

		zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie , chyba że strony postanowią inaczej. Oznacza to, że dopuszczalne jest ustalenie krótszych niż rok okresów rozliczeniowych, dla których zostanie przez wojewodę określona stawka ryczału za świadczenia realizowane przez zespoły ratownictwa medycznego, w danym rejonie operacyjnym. Rozwiązanie to może być stosowanie w przypadku uruchamiania w województwie skoncentrowanych dyspozytorni i stopniowego „wygaszania” dotychczas funkcjonujących dyspozytorni. Wojewoda w swoim powierzeniu może wskazać dyrektorowi OW NFZ terminy poszczególnych etapów jak również wskazać odpowiednio okresy rozliczeniowe i proponowane stawki dla tych okresów, uwzględniające zachodzące zmiany. Następnie OW NFZ dokonując aneksowania umów na kolejny okres rozliczeniowy uwzględnia te zmiany w procesie ustalenia kwot zobowiązania na kolejne okresy rozliczeniowe.
525.	Urząd Marszałkowski Województwa Małopolskiego	koszty funkcjonowania dyspozytorni medycznych winny uwzględniać znaczny wzrost wynikający z obligacji tworzenia całodobowych stanowisk dyspozytora głównego oraz jego zastępcy. Uwaga nieuwzględniona. Należy wskazać, że zgodnie z § 32 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku umów wieloletnich kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie , chyba że strony postanowią inaczej. Oznacza to, że dopuszczalne jest ustalenie krótszych niż rok okresów rozliczeniowych, dla których zostanie przez wojewodę określona stawka ryczału za świadczenia realizowane przez zespoły ratownictwa medycznego, w danym rejonie operacyjnym. Rozwiązanie to może być stosowanie w przypadku uruchamiania w województwie skoncentrowanych dyspozytorni i stopniowego „wygaszania” dotychczas funkcjonujących dyspozytorni. Wojewoda w swoim powierzeniu może wskazać dyrektorowi OW NFZ terminy poszczególnych etapów jak również wskazać odpowiednio okresy rozliczeniowe i proponowane stawki dla tych okresów, uwzględniające zachodzące zmiany. Następnie OW NFZ dokonując aneksowania umów na kolejny okres rozliczeniowy uwzględnia te zmiany w procesie ustalenia kwot zobowiązania na kolejne okresy rozliczeniowe.

526.		Wojewoda Zachodniopomorski	Proponuje się - by nie wykreślać zapisu art. 46 ust. 2 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w związku z proponowaną możliwością powierzenia przez wojewodę zadań związanych z funkcjonowaniem dyspozytorni medycznej dysponentowi zespołów ratownictwa medycznego.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt nie zakłada możliwości powierzenia przez wojewodę zadań związanych z funkcjonowaniem dyspozytorni medycznej.
527.		Konsultant Woj. w dziedzinie Med. Rat. Andrzej Szmit Konsultant Woj. w dziedzinie Piel.Rat. Robert Kozłowski dla woj. lubuskiego, Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Otrzymuje brzmienie: „W przypadku gdy świadczeniodawca wykonuje zadania dyspozytorni medycznej na zlecenie właściwego wojewody, zawiera się z nim umowę obejmującą koszty świadczeń medycznych związanych z realizacją zadania w organizacji świadczeń określonych ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”. Poprawka sankcjonująca możliwość zlecenia przez wojewodów podmiotom ratownictwa medycznego prowadzenia w imieniu wojewody dyspozytorni medycznych.	Uwaga nieuwzględniona. Projekt nie zakłada możliwości powierzenia przez wojewodę zadań związanych z funkcjonowaniem dyspozytorni medycznej.
528.		Narodowy Fundusz Zdrowia	Propozycja zmiany przepisu na: „5a. Podmioty lecznicze, o których mowa w art. 21 ust. 3 pkt 2a, mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego.” W związku ze zmianą znaczenia pojęcia rejon operacyjny oraz brakiem zasad działania zespołów ratownictwa medycznego na obszarze województwa, zasadnym jest wykreślenie zastosowanego pojęcia „w rejonie operacyjnym”.	Uwaga nieuwzględniona. Zmiana definicji rejonu operacyjnego wiązać się będzie ze zmianą sposobu kontraktowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne z dotychczasowego (małe rejon operacyjne) na duże rejon operacyjne – rejon działania dyspozytorni medycznych.
529.	Art. 49 ust. 5a	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	W art. 1 pkt 45 lit. b proponujemy: doprecyzować to na jakich zasadach podmioty lecznicze mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym. Uzasadnienie Zaproponowany zapis nie wskazuje na konkretne możliwości techniczne zawierania tego typu umów. Konsorcjum? Podwykonawstwo? A może inne?	Uwaga nieuwzględniona. Wyjaśnienia zawarte w uzasadnieniu.
530.		Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Ratunkowego	Możliwość wspólnego ubiegania się podmiotów o zawarcie umów na wykonywanie zadań Zespołów Ratownictwa Medycznego powinna jednoznacznie wykluczać możliwość zatrudnienia członków ZRM przez tzw. „podwykonawców” lub tworzenia struktur pośredniczących w zawieraniu umów z płatnikiem W chwili obecnej część osób wykonujących pracę w ZRM w ramach Systemu PRM nie jest formalnie zatrudniona przez jednostki, które podpisały umowy na świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego co skutkuje min. negatywnymi konsekwencjami dla tych osób. Przykładem tego może być brak ustawowych podwyżek przysługujących pielęgniarkom a pracujących u „podwykonawców”.	Uwaga nieuwzględniona. Wyjaśnienia zawarte w uzasadnieniu.
531. 532.	Art. 4 ustawy	Wojewoda Podkarpacki	W zakresie zapisów dotyczących zmiany długości obowiązywania umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego celowym byłoby, aby przedłużenie ww. umów wymagało uzyskania przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zgody	Uwaga nieuwzględniona. W sytuacji gdy umowy są przedłużone z mocy ustawy dodatkowe ustalenia na szczeblu wojewódzkim są zbędne i nie miałyby mocy prawnej.

			właściwego miejscowo wojewody. W latach ubiegłych takie działanie dyrektora OW NFZ wymagało zgody wojewody, który zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa planuje i koordynuje system Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa. Z uwagi na konieczność zapewnienia odpowiedniego czasu na przeprowadzenie czynności związanych z zawarciem umów na wykonywanie zadań przez zespoły ratownictwa medycznego od 1 kwietnia 2018 r., proponuje się skrócenie określonego w art. 4 ust. 5 projektowanej ustawy terminu na przekazanie przez wojewodów projektów aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu do 31 stycznia 2017 r.	Projekt w nowym brzmieniu zakłada przedłużenie obowiązujących umów do 31 grudnia 2020 r.. Od 1 stycznia 2021 r. nowe umowy na zadania ZRM zostaną zawarte na nowe rejony operacyjne pokrywające się z obszarem działania dyspozytorni medycznych. Dyspozytornie medyczne staną się komórkami organizacyjnymi Urzędów Wojewódzkich. Ustawa dopuści wynajęcie przez wojewodę od dysponenta ZRM infrastruktury niezbędnej do prowadzenia dyspozytorni medycznej.
533.		Narodowy Fundusz Zdrowia	W zakresie projektowanego art. 4, należy wziąć pod uwagę fakt, iż wprowadzone ust. 2 niniejszej ustawy pojęcie rejonu operacyjnego stosowane będzie od dnia 1 kwietnia 2018 r., co wiąże się z koniecznością zmian umów obowiązujących na realizację zadań przez zespoły ratownictwa medycznego. Jednocześnie zgodnie z ust. 3 projektu ustawy istnieje możliwość przedłużenia przez dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywania umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego realizowanych w dniu ogłoszenia ustawy na okres nie dłuższy niż do dnia 31 marca 2018 r. Biorąc pod uwagę powyższe oraz regulacje zawarte w art. 4 ust. 5 projektu, dotyczące w szczególności planów działania systemu, zasadnym jest wydłużenie wskazanego okresu czasu co najmniej do 30 czerwca 2018 r. Jest to minimalny niezbędny okres do przygotowania postępowań w sprawie zawarcia umów, implementujących zmiany w wojewódzkich planach działania systemu PRM.	Projekt w nowym brzmieniu zakłada przedłużenie obowiązujących umów do 31 grudnia 2020 r. Od 1 stycznia 2021 r. nowe umowy na zadania ZRM zostaną zawarte na nowe rejony operacyjne pokrywające się z obszarem działania dyspozytorni medycznych. Dyspozytornie medyczne staną się komórkami organizacyjnymi Urzędów Wojewódzkich. Ustawa dopuści wynajęcie przez wojewodę od dysponenta ZRM infrastruktury niezbędnej do prowadzenia dyspozytorni medycznej.
534.		ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	ściśle określenie daty zakończenia umów na RTM uzasadnienie: W związku z planowanym „upaństwowieniem” ratownictwa data powinna być jednoznaczna	Uwaga nieuwzględniona. Projekt w nowym brzmieniu zakłada przedłużenie obowiązujących umów do 31 grudnia 2021 r. Projekt ustawy nie zawiera przepisów dotyczących tzw. „upaństwowienia”.
535.	Art. 4 ust. 2	SPZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	W art. 4.2. niniejszego projektu ustawy ustawodawca nie pozostawił ani jednego dnia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia na weryfikację i akceptację otrzymanych od wojewodów aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu PRM.	Projekt w nowym brzmieniu zakłada przedłużenie obowiązujących umów do 31 grudnia 2020 r. Od 1 stycznia 2021 r. nowe umowy na zadania ZRM zostaną zawarte na nowe rejony operacyjne pokrywające się z obszarem działania dyspozytorni medycznych. Dyspozytornie medyczne staną się komórkami organizacyjnymi Urzędów Wojewódzkich. Ustawa dopuści wynajęcie przez wojewodę od dysponenta ZRM infrastruktury niezbędnej do prowadzenia dyspozytorni medycznej.
536.	Art. 4 ust. 3	Wojewoda Zachodniopomorski	W związku z tym, że dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy ze świadczeniodawcami na	Uwaga nieuwzględniona. W sytuacji gdy umowy są przedłużone z mocy ustawy

	ustawy		wykonywanie zadań ratownictwa medycznego w imieniu i na rzecz właściwego wojewody, proponuje się, by wniosek dyrektora wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczący przedłużenia umów na wykonywanie zadań ratownictwa medycznego realizowanych w dniu ogłoszenia ustawy mógł być złożony po uzyskaniu pozytywnej opinii właściwego wojewody. Propozycja: Art. 4 ust. 3 Po uzyskaniu pozytywnej opinii wojewody, na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego realizowanych w dniu ogłoszenia ustawy może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 marca 2018 r.	dodatkowe ustalenia na szczeblu wojewódzkim są zbędne i nie miałyby mocy prawnej. Projekt w nowym brzmieniu zakłada przedłużenie obowiązujących umów do 31 grudnia 2020 r. Od 1 stycznia 2021 r. nowe umowy na zadania ZRM zostaną zawarte na nowe rejony operacyjne pokrywające się z obszarem działania dyspozytorni medycznych. Dyspozytornie medyczne staną się komórkami organizacyjnymi Urzędów Wojewódzkich. Ustawa dopuści wynajęcie przez wojewodę od dysponenta ZRM infrastruktury niezbędnej do prowadzenia dyspozytorni medycznej.
537.		Narodowy Fundusz Zdrowia	W zakresie projektowanego art. 5 ust. 1, który wprowadza możliwość kontynuacji działalności przez dyspozytornie funkcjonujące w dniu wejścia w życie ustawy po tym dniu, pod warunkiem spełnienia do dnia 30 czerwca 2017 r. wymagań wynikających z art. 25a i art. 25b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą, oraz uwzględnienia w wojewódzkim planie działania systemu, zwrócić należy uwagę, iż przedmiotowy przepis może pozostawać w sprzeczności z ww. art. 25a ust. 1, który stanowi, iż funkcjonowanie dotyczy tylko jednej dyspozytorni w województwie. Niezależnie od powyższego, w związku z faktem, iż na terenie województwa tylko jeden dysponent będzie posiadał dyspozytornię, zmiany wymaga rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069), w części dotyczącej dokumentacji prowadzonej przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego. Wskazać należy, iż w przypadku dysponenta nieposiadającego dyspozytorni niemożliwa jest realizacja obowiązku wynikającego z § 47 niniejszego rozporządzenia – prowadzenie „Karty zlecenia wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego”, według wzoru określonego zgodnie z § 49 ww. rozporządzenia.	Uwaga nieuwzględniona. Funkcjonowanie dyspozytorni medycznych w liczbie większej niż 1 na województwo będzie możliwa do 1 stycznia 2028r. Jest to sytuacja przejściowa i docelowo będzie funkcjonowała 1 dyspozytornia w województwie (za wyjątkiem woj. śląskiego i mazowieckiego). Z powyższych względów przepis ten znajduje się w przepisach przejściowych. Wyłączenie ww. warunku dotyczy województwa mazowieckiego oraz śląskiego. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż obecnie nie każdy dysponent zrm posiada dyspozytornię medyczną, co pozostaje bez wpływu na wypełnienie karty zlecenia wyjazdu zrm.
538.	Art. 5 ust. 1 ustawy	Wojewoda Dolnośląski	Proponuje się nadać następujące brzmienie: „Dyspozytornie działające w dniu wejścia w życie ustawy mogą działać po tym dniu, pod warunkiem spełnienia do dnia 30 czerwca 2017 r. wymagań wynikających z art. 25a z wyłączeniem ust. 1 i art. 25b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadawanym ustawą oraz uwzględnienia w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 tej ustawy.”. Spełnienie wszystkich wymagań art. 25a wyklucza działanie więcej niż jednej dyspozytorni medycznej w województwie.	Uwaga uwzględniona.
539.		Wojewoda Pomorski	Dotychczasowe zapisy art. 5 ust. 1 i art. 1 pkt. 7 dot. art. 25a ust. 1 wykluczają się wzajemnie. Z uwagi na problemy w funkcjonowaniu SWD PRM, termin dostosowania dyspozytorni do wymogów projektu ustawy 30 czerwiec 2017 r. może okazać	Uwaga uwzględniona.

			się trudny do zrealizowania. Art. 5. 1. Dyspozytornie działające w dniu wejścia w życie ustawy mogą działać po tym dniu, pod warunkiem spełnienia do dnia 31 grudnia 2017 r. wymagań wynikających z art. 25a ust. 2-9 i art. 25b ustawy zmienianej w art. 1, w brzmieniu nadanym ustawą oraz uwzględnienia w wojewódzkim planie działania systemu, o którym mowa w art. 21 tej ustawy.	
540.		Wojewoda Warmińsko-Mazurski	Art.5 ust. 1 – wyrazy „wymagań wynikających z art. 25a i art. 25b” zmieniamy na „wymagań wynikających z art. 25a ust. 2-9 i art. 25b” Uzasadnienie: Nie jest możliwe spełnienie warunku podanego w art. 25a ust. 1 w przypadku działania w województwie w dniu wejścia w życie ustawy więcej dyspozytorni medycznych niż podano w niniejszym artykule.	Uwaga uwzględniona.
541.	Art. 5 ust. 2 ustawy	Wojewoda Pomorski	Zapis ten ogranicza możliwość aktualizowania planu od dnia wejście w życia ustawy do dnia 31 marca 2018 r. Konieczność aktualizacji planu może wynikać m.in. z planowanej zmiany terminu obowiązywania umów na świadczenia z zakresu ratownictwa medycznego. W art. 4 ust. 5 jest już informacja o konieczności przekazania do dnia 31 marca 2018 r. ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, w celu zatwierdzenia, projektu aktualizacji wojewódzkiego planu działania systemu. Proponuje się usunięcie art. 5 ust. 2	Uwaga uwzględniona.
542.	Art. 7 i 8	ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ	plan finansowy tylko na najbliższe lata uzasadnienie: plan na lata 2017-2016 jest niecelowy. Trudno przewidzieć w takim okresie np. koszty pracy, czy siłę nabywczą pieniądza. Wskazany powinien być tylko płatnik	Uwaga nieuwzględniona. Reguła wydatkowa musi obejmować okres 10 lat.
543.	Art. 7 ust. 4 i 5	Narodowy Fundusz Zdrowia	Proponuję zmianę daty 1.03.2018 r. dotyczącej zatwierdzenia przez MZ planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wskazanie tej samej daty (1.03.2018 r.) zatwierdzenia przez MZ planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz rozpoczęcia procesu zawierania umów przez Fundusz, skutkuje brakiem możliwości zawarcia umów na realizację zadań przez zespoły ratownictwa medycznego. Jednocześnie należy wskazać, iż zatwierdzone plany zawierają wykazy podmiotów leczniczych, z którymi dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ zawiera umowy. Przedmiotowe plany są niezbędne do właściwego przygotowania przez NFZ procesu zawierania umów stąd ww. plany powinny być dostępne wcześniej.	Uwaga uwzględniona.
544.	Art. 8 ust. 1 ustawy	Wojewoda Zachodniopomorski	W limitach maksymalnych wydatków budżetu państwa będących skutkiem finansowym wprowadzanej ustawy nie ujęto wydatków związanych z tworzeniem nowych i dostosowaniem dotychczasowych dyspozytorni medycznych w liczbie nie większej niż jedna w województwie. W związku z powyższym kwoty wskazane w limitach na 2017 r. i 2018 r. nie odzwierciedlają rzeczywistego poziomu wydatków budżetowych związanych	Koncentracja dyspozytorni medycznych i dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych do rzeczywistych potrzeb systemu pozwoli na wygenerowanie środków finansowych niezbędnych do działania dyspozytorni medycznych spełniających wymagania ujęte w projekcie.

			z wprowadzeniem ustawy.	
545.	Art. 12 pkt 2	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	W art. 12 pkt 2 należy przeanalizować zapisy opóźniające wejście w życie poszczególnych treści nowo projektowanej ustawy.	Uwaga uwzględniona.
546.			Uzasadnienie Zapisy te są rozbieżne z zapisami zamieszczonymi w uzasadnieniu, np. data, kiedy w życie wchodzi przepisy dotyczące nowych rodzajów zespołów ratownictwa medycznego.	
547.	Uzasadnienie	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	W treści uzasadnienia pojawia się zapis mówiący o zawarciu umowy pomiędzy ministrem właściwym ds. zdrowia i LPR. Nie wskazano, czego miałyby dotyczyć treści ww. umowy.	Uwaga nieuwzględniona. Chodzi o umowę na lotnicze zespoły ratownictwa medycznego i lotnicze zespoły transportu sanitarnego. Jest to zawarte w projekcie ustawy.
548.		Wojewoda Mazowiecki	Wątpliwość budzi niespójność przepisu końcowego z uzasadnieniem do projektu. Przepis art.9 projektu stanowi, że ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia. Z treści uzasadnienia (str.19) wynika natomiast, że przepisy dotyczące „rejonów operacyjnych” (art. 1 pkt 2 lit. a projektu) będą stosowane od dnia 1 kwietnia 2018r. Ponadto termin wejścia w życie wojewódzkiego planu działania systemu (uzasadnienie str. 19) jest przewidziany również na dzień 1 kwietnia 2018 r. Jednak zauważyć należy, że w projekcie wskazany przepis odnosi się do Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, a nie do wojewódzkiego planu działania systemu.	Uwaga uwzględniona.
549.	Ocena Skutków Regulacji	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Wskazuje się MSWiA, jedynie jako administratora danych w okresie do dnia 2017-06-30, co nie jest równoznaczne z rolą administratora systemu i idącą za nią odpowiedzialnością za system.	Uwaga uwzględniona.
550.		Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	1. Zdaniem Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia z uwagi na fakt równoległego procedowania projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (zwany dalej: „dużą nowelizacją”), w którym wskazano w art. 1 pkt 21 (w zakresie propozycji brzmienia art. 24a ust. 2), że administratorem systemu SWD PRM ma być dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia (zwany dalej: „LPR”), wydaje się zasadne dokonanie zmian w małej nowelizacji polegającej na wskazaniu LPR jako administratora systemu SWD PRM. Uzasadnieniem przedmiotowej zmiany jest fakt, że projektodawca w dużej nowelizacji jako administratora systemu SWD PRM wskazuje LPR, a nie Centrum. Przekazanie systemu SWD PRM z Centrum do LPR po zaledwie 18 miesiącach jego utrzymywania przez Centrum wiąże się z ryzykiem utraty ciągłości działania systemu. Jest to ryzyko szczególnie niepożądane i trudne do zaakceptowania w przypadku funkcjonowania systemu krytycznego dla bezpieczeństwa Państwa. Ponadto, pozostawienie małej nowelizacji w dotychczasowym brzmieniu spowoduje zaistnienie podwójnego finansowania tych samych czynności odnoszących się do SWD PRM, polegających	Uwaga uwzględniona, zadanie będzie realizowane w ramach KCMRM.

		w szczególności na przygotowaniu dwóch jednostek do wykonywania zadań związanych z rolą administratora systemu, w tym m.in. zakupie ITS. Należy także nadmienić, że aktualnie proponowane brzmienie OSR do projektu opiniowanej ustawy było opracowywane we współpracy z Centrum. Wartości w nim ujęte były szacowane pod kątem jednostki specjalizującej się w prowadzeniu projektów IT, jaką jest Centrum. Zespół uczestniczący w opracowaniu OSR nie zna specyfiki LPR wskazanego jako administrator systemu SWD PRM w dużej nowelizacji. W związku z powyższym, w przypadku wprowadzenia zmiany polegającej na wskazaniu w projekcie opiniowanej ustawy LPR jako administratora systemu SWD PRM, należy skonsultować z tą jednostką koszty wskazane w OSR i dokonać ich ewentualnej korekty. 2. Zdaniem Centrum w przedmiotowym projekcie ustawy należy wprowadzić możliwość zawarcia przez Ministra Zdrowia i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji porozumienia dotyczącego szczegółowego harmonogramu przekazywania SWD PRM z MSWiA do MZ. 3. Należy ponownie zweryfikować koszty przeprowadzenia wdrożenia SWD PRM we wszystkich dyspozytorniach. Zdaniem Centrum w obecnym kształcie w OSR wskazane są kwoty dotyczące wdrożenia 38 dyspozytorni natomiast zgodnie z art. 3 ust. 3 projektu ustawy Minister Zdrowia ma dokonać wdrożenia we wszystkich dyspozytorniach, których jest około 43.	
551.	Polski Związek Niewidomych	Program nauczania zawodu ratownika medycznego powinien obejmować zajęcia dotyczące udzielania pomocy osobom niepełnosprawnym. Specyfika niepełnosprawności wymaga odpowiedniego podejścia, a także umiejętności nawiązania kontaktu z taką osobą. Dotyczy to między innymi osób niewidomych, niesłyszących oraz niepełnosprawnych ruchowo. Państwowy egzamin na ratownika medycznego powinien zawierać pytania dotyczące udzielania pomocy medycznej osobom niepełnosprawnym. Ponowne przeszkolenie powinno uwzględniać udzielanie pomocy osobom niepełnosprawnym.	Uwaga nieuwzględniona. Wykracza poza materię ustawy o PRM. Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. z 2012 r. poz. 572 z późn. zm.) uczelnia jest autonomiczna we wszystkich obszarach swojego działania na zasadach określonych w ustawie. Ponadto zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt. 4 lic b ww. ustawy uczelnie same ustalają program kształcenia uwzględniając efekty kształcenia zgodnie z Krajowymi Ramami Kwalifikacji dla Szkolnictwa Wyższego. /DniSW - Jednocześnie W „małej” noweli PRM w art. 2 zawierającym zmiany w ustawie z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1991 oraz z 2016 r. poz. 65, 580, 652 i 832) w art. 9, musimy zmienić art. 10a. Powinien on otrzymać brzmienie: "Art. 10a. 1. Do praktyki przystępuje osoba, która rozpoczęła po dniu 30 września 2018 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./.
552.	Propozycja zmiany w innych aktach prawnych.	Narodowy Fundusz Zdrowia	Niniejszy projekt zmienia art. 3 pkt 14 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (zwanej dalej: ustawą o PRM), wprowadzając nową definicję rejonu operacyjnego, którym jest <u>rejon działania dyspozytorni medycznej</u> określony w wojewódzkim planie działania systemu. Biorąc pod uwagę wprowadzony przepis art. 25a ust. 1 określający, iż „ <i>W celu zapewnienia przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 26 ust. 1, tworzy się dyspozytornie medyczne w liczbie nie większej niż jedna w województwie</i> ”, pojęcie rejonu operacyjnego należy utożsamiać z obszarem obejmującym województwo. Niesie to za sobą konieczność zmiany zasad zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, które zawierane są zgodnie z art. 49 ust. 2 ustawy o PRM. Biorąc pod uwagę powyższe, zasadnym wydaje się wprowadzenie przepisu przejściowego, który regulowałby sytuację prawną umów zawartych na podstawie dotychczasowych przepisów.	Uwaga nieuwzględniona – definicja rejonu operacyjnego wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r. Jednocześnie umowy na zadania zrm, na mocy art. 5 ust. 1 są również przedłużane do dnia 31 grudnia 2020 r.
553.		Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych	Proponujemy wprowadzenie zmian w aktach prawnych regulujących sposób zaopatrzenia emerytalnego pracowników systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, aby okres pracy w systemie PRM był traktowany jako praca w szczególnym charakterze w rozumieniu przepisów o emeryturach i rentach z FUS. Uzasadnienie: Koniecznym jest zapewnienie możliwości uzyskania świadczeń zarówno lekarzom, pielęgniarkom i ratownikom, którzy wykonują świadczenia medyczne w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, aby w wieku co najmniej 55 lat i po przepracowaniu co najmniej 25 lat w tych jednostkach mogli nabywać uprawnień emerytalnych. Trudno sobie wyobrazić, na przykład, pracę zespołu ratownictwa medycznego, który musi osiągnąć obecnie obowiązujący wiek emerytalny prowadząc skuteczną akcję ratowniczą w sposób, który nie będzie zagrażał ich własnemu życiu.	Uwaga nieuwzględniona. Wykracza poza zakres przedmiotowy nowelizacji.



Warszawa, 11 grudnia 2017 r.

Minister
Spraw Zagranicznych

DPUE.920.1580.2016 / 15 / MM

dot.: RM-10-167-17 tekst ostateczny z 08.12.2017 r.

Pani
Jolanta Rusiniak
Sekretarz Rady Ministrów

Opinia

o zgodności z prawem Unii Europejskiej projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, wyrażona przez ministra właściwego do spraw członkostwa Rzeczypospolitej Polskiej w Unii Europejskiej

Szanowna Pani Minister,

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

Projekt ustawy nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Niezależnie od powyższej konkluzji pragnę zasygnalizować, że przepisy art. 1 pkt 32 projektu ustawy, który zmienia art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, art. 1 pkt 43 projektu ustawy, który zmienia art. 48 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz art. 2 projektu ustawy, który zmienia art. 161d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzają ograniczenie, zagwarantowanej w art. 49 TFUE, swobody przedsiębiorczości polegające na zawężeniu kręgu podmiotów, które mogą świadczyć usługi w zakresie ratownictwa medycznego, wyłącznie do podmiotów leczniczych z większościowym udziałem Skarbu Państwa, jednostek samorządu terytorialnego lub publicznych uczelni medycznych.

Ograniczenie swobody przedsiębiorczości wynikające z projektowanych przepisów może być uznane za zgodne z art. 49 TFUE jedynie wówczas, gdy zostanie uzasadnione względami ochrony interesu publicznego oraz gdy jest proporcjonalne (a więc właściwe, odpowiednie i konieczne) do zamierzonego celu polegającego na ochronie tego interesu. Ustawodawstwo krajowe jest właściwe do zapewnienia realizacji wskazanego celu, tylko jeśli jego osiągnięcie jest rzeczywistym przedmiotem troski ustawodawcy w sposób spójny i systematyczny. Ewentualne zagrożenia, na które odpowiedzią mają być projektowane przepisy, należy oceniać nie według twierdzeń o charakterze ogólnym, lecz na podstawie odpowiednich danych.

Do projektodawcy należy wykazanie proporcjonalności zaproponowanych rozwiązań w stosunku do zidentyfikowanych zagrożeń dla zdrowia publicznego. Ostateczna ocena zgodności projektowanych przepisów z prawem Unii Europejskiej, w przypadku ich zakwestionowania przez Komisję Europejską, należeć będzie do Trybunału Sprawiedliwości UE.

Z poważaniem



z up. Ministra Spraw Zagranicznych
Jacek Czaputowicz
Podsekretarz Stanu

Do wiadomości:

Pan Konstanty Radziwiłł
Minister Zdrowia