



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 24 sierpnia 2006 r.

Komisja Zdrowia

**Podkomisja nadzwyczajna
do rozpatrzenia rządowego projektu ustawy
o Państwowym Ratownictwie Medycznym
(druk nr 853)**

**Sprawozdanie podkomisji nadzwyczajnej
o rządowym projekcie ustawy
o Państwowym Ratownictwie Medycznym
(druk nr 853)**

W rezultacie obrad w dniach 16, 17, 22, 23 i 24 sierpnia 2006 r. podkomisja przedstawia jednolity tekst projektu ustawy.

Przewodniczący Podkomisji

/-/Czesław Hoc

Projekt
sprawozdanie podkomisji

USTAWA
z dnia 2006 r.

o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁾

Rozdział 1
Przepisy ogólne

Art. 1.

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

Art. 2.

1. Ustawa określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy.
2. W ramach systemu działają:
 - 1) organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu,
 - 2) jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1
– zapewniające utrzymanie gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych.
3. Z systemem współpracują jednostki, o których mowa w art. 15.

Art. 3.

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

- 1) dysponent jednostki – zakład opieki zdrowotnej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1;

¹⁾ Niniejszą ustawą zmienia się ustawy: ustawę z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, ustawę z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, ustawę z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym, ustawę z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie kłęski żywiołowej i ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- 2) kwalifikowana pierwsza pomoc – czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, o którym mowa w art. 13 ust. 1;
- 3) lekarz systemu – lekarza posiadającego tytuł specjalisty lub specjalizującego się w dziedzinie medycyny ratunkowej, a także lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, lub pediatrii;
- 4) medyczne czynności ratunkowe – świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) miejsce zdarzenia – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki;
- 6) pielęgniarka systemu – pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym;
- 7) pierwsza pomoc – zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych;
- 8) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego – stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;
- 9) szpitalny oddział ratunkowy – komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie;
- 10) zespół ratownictwa medycznego – jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniającą wymagania określone w ustawie.

Art. 4.

Kto zauważy osobę lub osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan ma, w miarę posiadanych

możliwości, niezależnie od obowiązku udzielenia pierwszej pomocy, obowiązek niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 5.

1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w Kodeksie karnym dla funkcjonariuszy publicznych.
2. Osoba, o której mowa w ust. 1, może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 6.

1. Osobie, która poniosła szkodę na mieniu powstałą w następstwie udzielania przez nią pierwszej pomocy, przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa reprezentowanego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce powstania szkody.
2. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, obejmuje szkodę rzeczywistą.
3. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje, jeżeli szkoda powstała wyłącznie z winy osoby, o której mowa w ust. 1, lub osoby trzeciej, za którą Skarb Państwa nie ponosi odpowiedzialności.
4. W zakresie nieuregulowanym w ust. 1-3 do naprawienia szkody, o którym mowa w ust. 1, stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego.

Art. 7.

1. Dysponent jednostki ponosi odpowiedzialność za szkody wyrządzone przy:
 - 1) wykonywaniu medycznych czynności ratunkowych przez wykonujące te czynności zespoły ratownictwa medycznego;
 - 2) udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitalne oddziały ratunkowe.
2. Dysponent jednostki ma obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody, o których mowa w ust. 1.
3. Posiadanie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, o której mowa w ust. 2, jest warunkiem niezbędnym do zawarcia umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Minister właściwy do spraw instytucji finansowych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres ubezpieczenia obowiązkowego, o którym mowa w ust. 2, termin powstania obowiązku ubez-

pieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, biorąc pod uwagę zakres zadań realizowanych przez dysponenta jednostki.

Art. 8.

1. Do podstaw programowych na wszystkich poziomach kształcenia i we wszystkich typach szkół w rozumieniu ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.²⁾) wprowadza się edukację w zakresie udzielania pierwszej pomocy.
2. Zajęcia z edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy są realizowane przez:
 - 1) lekarzy systemu;
 - 2) pielęgniarki systemu;
 - 3) ratowników medycznych;
 - 4) nauczycieli.
3. Minister właściwy do spraw oświaty i wychowania, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, zakres kwalifikacji nauczycieli niezbędnych do prowadzenia zajęć, o których mowa w ust. 2, tryb ich nabywania oraz wzór zaświadczenia o posiadaniu tych kwalifikacji, mając na celu zapewnienie właściwej realizacji zajęć z edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

Art. 9.

Ustanawia się dzień 13 października Dniem Ratownictwa Medycznego.

Rozdział 2

Ratownicy medyczni i ratownicy

Art. 10.

Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;
- 3) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu;
- 4) spełnia następujące wymagania:
 - a) ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2703 i Nr 281, poz. 2781 oraz z 2005 r. Nr 17, poz. 141, Nr 94, poz. 788, Nr 122, poz. 1020, Nr 131, poz. 1091, Nr 167, poz. 1400 i Nr 249, poz. 2104.

- b) ukończyła publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny”, lub
- c) 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, lub
- d) 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 ustawą z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U. Nr 87, poz. 954, z późn. zm.³⁾).

Art. 11.

1. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na:

- 1) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby ofiar i degradacji środowiska;
- 2) dokonywaniu oceny stanu zdrowia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i podejmowaniu medycznych czynności ratunkowych;
- 3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 4) komunikowaniu się z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i udzielaniu jej wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 5) organizowaniu i prowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, w tym pod nadzorem lekarza systemu, kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych w ramach kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego.

Art. 12.

1. Ratownik medyczny ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia.

³⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 71, poz. 655, z 2003 r. Nr 190, poz. 1864, z 2004 r. Nr 96, poz. 959 oraz z 2006 r. Nr 12, poz. 62.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, uwzględniając aktualny stan wiedzy i praktyki medycznej.

Art. 13.

1. Ratownikiem może być osoba:

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

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

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

4. Wojewoda zatwierdza program kursu po:

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

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

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

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

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

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

świadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika, mając na celu uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności zdobytych podczas kursu.

Art. 14.

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

- 1) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzyrządową i przyrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego;
- 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran;
- 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć;
- 4) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem;
- 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 6) stosowanie tlenoterapii biernej;
- 7) ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- 9) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 42 ust. 2.

Art. 15.

1. Jednostkami współpracującymi z systemem są służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty, o których mowa w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej (Dz. U. z 2001 r. Nr 81, poz. 889, z późn. zm.⁴⁾), inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej.
2. Jednostkami współpracującymi z systemem mogą być społeczne organizacje ratownicze, które, w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem.
3. Jednostki współpracujące z systemem udzielają kwalifikowanej pierwszej pomocy osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

⁴⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 102, poz. 1115, z 2002 r. Nr 4, poz. 31, Nr 25, poz. 253, Nr 74, poz. 676, Nr 93, poz. 820, Nr 130, poz. 1112 i Nr 207, poz. 1752, z 2003 r. Nr 203, poz. 1966, z 2004 r. Nr 96, poz. 959 i Nr 173, poz. 1808 oraz z 2005 r. Nr 85, poz. 726 i Nr 155, poz. 1298.

Art. 16.

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

Art. 17.

1. Wojewoda prowadzi rejestr jednostek współpracujących z systemem, zwany dalej „rejestrem”.
2. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, wpisuje do rejestru jednostkę współpracującą z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 2, na jej wniosek, pod warunkiem, że jednostka ta:
 - 1) zapewnia gotowość operacyjną;
 - 2) dysponuje ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1;
 - 3) dysponuje środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.
3. Rejestr obejmuje następujące dane:
 - 1) nazwę, siedzibę i adres jednostki współpracującej z systemem;
 - 2) obszar działania jednostki współpracującej z systemem;
 - 3) liczbę ratowników posiadających ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika;
 - 4) wykaz wyposażenia, jakim dysponuje jednostka współpracująca z systemem;
 - 5) maksymalny czas dotarcia ratowników tej jednostki na miejsce zdarzenia;
 - 6) numery telefonów kontaktowych.
4. Jednostka współpracująca z systemem jest obowiązana niezwłocznie informować wojewodę o wszelkich zmianach dotyczących danych, o których mowa w ust. 3.
5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem, która przestała spełniać wymagania określone w ust. 2.

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

Rozdział 3

Planowanie i organizacja systemu

Art. 18.

Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są:

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

Art. 19.

1. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.
2. Planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody.

Art. 20.

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

- 1) zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizacje;
- 2) może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa;
- 3) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek na zasadach określonych w art. 65 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.⁵⁾).

Art. 21.

1. Wojewoda sporządza wojewódzki plan działania systemu, zwany dalej „planem”, na okres trzech lat, z możliwością corocznej aktualizacji.
2. Plan obejmuje w szczególności:

⁵⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 164, poz. 1365, Nr 169, poz. 1420 i Nr 249, poz. 2104 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 518.

- 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów o stanie klęski żywiołowej;
 - 2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
 - 3) sposób koordynowania działań jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
 - 4) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego;
 - 5) sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z innymi województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
 - 6) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15;
 - 7) określenie lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego i obszarów przez nie obsługiwanych;
 - 8) opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego.
3. Wojewoda, w uzgodnieniu z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, umieszcza w planie:
- 1) odpowiednią do potrzeb liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i określa ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń;
 - 2) wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.
4. Elementy planu dotyczące sposobu współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1, wojewoda uzgadnia z właściwym:
- 1) Szefem Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego;
 - 2) Komendantem Wojskowego Obwodu Profilaktyczno- Leczniczego;
 - 3) komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej;
 - 4) komendantem wojewódzkim Policji;
 - 5) komendantem oddziału Straży Granicznej, którego zakres działania obejmuje strefę nadgraniczną.

5. Organy jednostek samorządu terytorialnego i inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia planu.
6. Wojewoda przekazuje projekt planu, w terminie do dnia 31 marca roku poprzedzającego pierwszy rok, którego dotyczy ten plan, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, celem zatwierdzenia.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu planu:
 - 1) może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu planu;
 - 2) uzupełnia projekt planu o część dotyczącą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia odmawia zatwierdzenia projektu planu i zaleca wojewodzie dokonanie zmian, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.
9. Wojewoda zmienia projekt planu, zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia i przesyła go ministrowi celem zatwierdzenia, chyba że w terminie 3 dni od dnia otrzymania tych zaleceń zgłosi do nich zastrzeżenia.
10. W terminie 3 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje je, w razie uwzględnienia, zatwierdza projekt planu albo zaleca wojewodzie wprowadzenie zmian w terminie nie dłuższym niż 3 dni.
11. W przypadku zalecenia wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 10, wojewoda zmienia projekt planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia.
12. Z chwilą zatwierdzenia projekt planu wojewódzkiego staje się planem wojewódzkim.
13. Plan zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewoda podaje do publicznej wiadomości, w szczególności poprzez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej.
14. Wojewoda, w razie potrzeby, dokonuje aktualizacji planu w trybie i terminach określonych dla sporządzania i zatwierdzania planu, z wyłączeniem terminu, o którym mowa w ust. 6.
15. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) szczegółowy zakres danych objętych planem oraz poziom ich szczegółowości,
 - 2) ramowy wzór planu– mając na względzie potrzebę zapewnienia sprawnego planowania i nadzoru nad systemem oraz utrzymania przejrzystości i jednolitej konstrukcji planów tworzonych w poszczególnych województwach,
 - 3) kryteria kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, związanych z utrzymaniem zespołów.

Art. 22.

Zatwierdzony plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, z zastrzeżeniem art. 48 ust. 2.

Art. 23.

1. Wojewoda prowadzi w formie elektronicznej lub pisemnej ewidencję jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z obszaru województwa.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zawarciu umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, przekazuje wojewodzie następujące dane o tych zespołach:
 - 1) liczbę zespołów na terenie województwa, na których medyczne czynności ratunkowe zawarto umowę z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;
 - 2) miejsce stacjonowania i obszar działania poszczególnych lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa;
 - 3) czas pozostawania w gotowości.
3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po zawarciu umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych oraz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dysponentami jednostek, przekazuje wojewodzie dane o jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, w zakresie określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Dane, o których mowa w ust. 2, są przekazywane wojewodzie w terminie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w sprawie zawarcia umów lub dokonania zmian tych umów.

Art. 24.

1. Wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:
 - 1) mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
 - 2) trzeci kwartyl czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
 - 3) maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

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

Art. 25.

1. W urzędzie wojewódzkim działają:
 - 1) centra powiadamiania ratunkowego przyjmujące zgłoszenia z numeru alarmowego 112 i przekierowujące zgłoszenia do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego;
 - 2) lekarz koordynator ratownictwa medycznego działający w wojewódzkim centrum zarządzania kryzysowego.
2. Działalność centrów powiadamiania ratunkowego i lekarza koordynatora ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda.
3. **(skreślony)**
4. Minister właściwy do spraw wewnętrznych, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółową organizację centrów powiadamiania ratunkowego, ich liczbę oraz sposób rozmieszczenia, mając na uwadze realizację zadań centrów, potrzeby systemu oraz krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego.

Art. 26.

1. Dysponent jednostki zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.
2. Dyspozytorem medycznym może być osoba, która:
 - 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
 - 2) posiada wykształcenie wymagane dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
 - 3) przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala.
3. Dyspozytor medyczny ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych, mając na celu zapewnienie profesjonalnego wykonywania zadań dyspozytora medycznego.

Art. 27.

1. Do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5;
 - 2) przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
 - 3) przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zwanej dalej „kierującym”, niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
 - 4) zbieranie aktualnych informacji o dostępnych na obszarze działania dysponenta jednostki jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji lekarzowi koordynatorowi ratownictwa medycznego;
 - 5) zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
 - 6) powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
 - 7) powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia.
2. W razie konieczności użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza obszaru działania dysponenta jednostki, dyspozytor medyczny powiadamia lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.
 3. Lekarz koordynator ratownictwa medycznego w celu sprawnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych, ich przeprowadzenia i zapewnienia kierowania tymi czynnościami:
 - 1) wyznacza dyspozytorów medycznych realizujących zadania określone w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7 dla całego obszaru, którego dotyczy sytuacja określona w ust. 2;
 - 2) koordynuje działania dysponentów jednostek.
 4. Dysponent jednostki ma obowiązek prowadzić dokumentację medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z przepisami o zakładach opieki zdrowotnej.
 5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, mając na względzie potrzebę jak najszybszego ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia najwłaściwszego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego.

Art. 28.

Centrum powiadamiania ratunkowego i dyspozytor medyczny mają prawo uzyskać w czasie rzeczywistym od przedsiębiorcy telekomunikacyjnego dane dotyczące:

- 1) numeru telefonu, nazwiska i adresu osoby dokonującej zgłoszenia o zdarzeniu za pomocą telefonu stacjonarnego lub dane abonenta, z którego zakończenia sieci operatora zostało zainicjowane połączenie alarmowe; uprawnienie to obejmuje następujące dane osobowe abonenta: jego imię i nazwisko lub nazwę oraz adres i numer telefonu;
- 2) lokalizacji osoby dokonującej zgłoszenia o zdarzeniu za pomocą telefonu komórkowego.

Art. 29.

1. W wojewódzkim centrum zarządzania kryzysowego działają lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 2.
2. Do zadań lekarza koordynatora ratownictwa medycznego należy w szczególności:
 - 1) nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych;
 - 2) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza obszaru działania jednego dysponenta jednostki;
 - 3) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy;
 - 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu reagowania kryzysowego.
3. Z lekarzami koordynatorami ratownictwa medycznego wojewoda nawiązuje stosunek pracy na podstawie powołania.
4. Lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego może być lekarz systemu, który posiada co najmniej 10-letni staż pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zespole ratownictwa medycznego.

Art. 30.

1. W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558 i Nr 74, poz. 676 oraz z 2006 r. Nr 50, poz. 360) lub gdy w ocenie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, lekarz ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych zakładów opieki zdrowotnej, działających na obszarze danego województwa.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na zakłady opieki zdrowotnej określone w ust. 1 obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
3. Decyzji, o której mowa w ust. 2, nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

4. Wojewoda może upoważnić lekarza koordynatora ratownictwa medycznego do wydawania decyzji, o których mowa w ust. 2.
5. Jeżeli świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej w ramach wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 2, nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przepisy art. 19 ust. 2-6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.⁶⁾) stosuje się odpowiednio.

Art. 31.

1. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 2, wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli:
 - 1) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 17 ust. 2;
 - 2) dysponentów jednostek działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej;
 - 3) podmiotów prowadzących kursy, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 13 ust. 8 pkt 1 i 2.
2. Do przeprowadzania kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, stosuje się odpowiednio przepisy art. 65 i 66 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Rozdział 4

Jednostki systemu

Art. 32.

1. Jednostkami systemu są:
 - 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
 - 2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego– zwane dalej „jednostkami systemu”, na których świadczenia z dysponentami jednostek zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.
2. Z systemem współpracują jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie.

⁶⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519.

Art. 33.

1. Szpitalny oddział ratunkowy oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego udzielają świadczeń opieki zdrowotnej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
2. W razie konieczności szpital, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zapewnia niezwłoczny transport sanitarny osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

Art. 34.

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

- 1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych,
 - 2) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych,
 - 3) minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych
- uwzględniając konieczność zapewnienia osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 35.

1. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego mają obowiązek uzyskać potwierdzenie spełniania wymagań określonych przepisami, wydane przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.
2. Brak potwierdzenia, o którym mowa w ust. 1, powoduje nieuwzględnienie w planie na rok następny szpitalnego oddziału ratunkowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Art. 36.

1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:
 - 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;

- 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.
2. Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

Art. 37.

1. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.
2. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze (Dz. U. Nr 130, poz. 1112, z późn. zm.⁷⁾).

Art. 38.

1. Oznaczenia systemu używają jednostki systemu, centrum powiadamiania ratunkowego i lekarz koordynator ratownictwa medycznego.
2. Jednostka współpracująca z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 2, wpisana do rejestru może używać oznaczenia systemu.
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) wzór graficzny systemu, będący jego oznaczeniem,
 - 2) sposób oznakowania:
 - a) jednostek systemu i centrów powiadamiania ratunkowego,
 - b) lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2,
 - 3) wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego– uwzględniając zapewnienie możliwości rozpoznania rodzaju funkcji i zadań wykonywanych w systemie przez oznaczone osoby i jednostki.

Art. 38a.

Z systemem współdziałają uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej - w zakresie edukacji i przygotowywania kadr

⁷⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 210, poz. 2036, z 2004 r. Nr 54, poz. 535, Nr 96, poz. 959, Nr 99, poz. 1002, Nr 172, poz. 1805, Nr 173, poz. 1808 i Nr 273, poz. 2703 oraz z 2005 r. Nr 90, poz. 757, Nr 163, poz. 1362, Nr 175, poz. 1462 i Nr 180, poz. 1490.

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

Rozdział 5

Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych

Art. 39.

1. Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych rozpoczyna się w momencie przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia.
2. Zespół ratownictwa medycznego po przybyciu na miejsce zdarzenia niezwłocznie rozpoczyna medyczne czynności ratunkowe.

Art. 40.

1. Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje wyznaczony przez dyspozytora medycznego kierujący.
2. Podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kierujący pozostaje w kontakcie z dyspozytorem medycznym.
3. Kierujący może zasięgnąć opinii lekarza wskazanego przez dyspozytora medycznego.

Art. 41.

1. Podczas zdarzeń, w których prowadzone są także działania w zakresie gaszenia pożarów, ratownictwa chemicznego, ekologicznego lub technicznego, kierowanie jest prowadzone przez kierującego działaniem ratowniczym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz 1229, z późn. zm.⁸⁾).
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kierujący koordynuje medyczne czynności ratunkowe i wspomaga kierującego działaniem ratowniczym.

Art. 42.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz stowarzyszeń będących, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowo-lekarskimi o zasięgu ogólnokrajowym, wpisanymi do Krajowego Rejestru Sądowego, ogłasza, w drodze obwieszczenia, standardy postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia w obwieszczeniu, o którym mowa w ust. 1, konieczność ustalenia kolejności udzielania pomocy poszcze-

⁸⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 52, poz. 452, z 2004 r. Nr 96, poz. 959 oraz z 2005 r. Nr 100, poz. 835 i 836.

gólnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (segregacji medycznej), ich transportu i udzielania wsparcia psychicznego tym osobom.

Art. 43.

1. Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego lub lekarza koordynatora medycznego.
2. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpitalny oddział ratunkowy lub szpital, o których mowa w ust. 1, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.

Art. 44.

1. W przypadku gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który zgodnie ze standardami postępowania, o których mowa w art. 42, wymaga transportu bezpośrednio do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub, gdy tak zadecyduje lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia, osobę taką transportuje się bezpośrednio do wskazanej jednostki. W przypadku transportu poza rejon działania dysponenta jednostki transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.
2. W przypadku odmowy przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez jednostkę, o której mowa w ust. 1, przepis art. 43 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

Rozdział 6

Finansowanie jednostek systemu

Art. 45.

1. Zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.
2. Koszt medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespół ratownictwa medycznego uwzględnia koszty związane z funkcjonowaniem dyspozytora medycznego.
3. Wojewodowie, do dnia 31 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego.
4. Na podstawie założeń, o których mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości

środków na finansowanie, o którym mowa w ust. 1, wraz z podziałem środków na województwa dokonany zgodnie z algorytmem, o którym mowa w ust. 6.

5. W terminie określonym w art. 120 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw finansów publicznych przekazuje Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia informację o wysokości środków na finansowanie, o którym mowa w ust. 1, które będą ujęte w projekcie ustawy budżetowej.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, algorytm podziału środków na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego pomiędzy poszczególne województwa, mając na uwadze liczbę ludności, gęstość zaludnienia, potrzebę nieprzekroczenia maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, o którym mowa w art. 24, oraz liczbę zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego na terenie poszczególnych województw.

Art. 46.

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

Art. 47.

1. Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
2. Do zadań lotniczego zespołu ratownictwa medycznego należy wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.
3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu ratownictwa medycznego do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 5.
4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego dokonywana jest z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności:
 - 1) kosztów osobowych;
 - 2) kosztów eksploatacyjnych;
 - 3) kosztów administracyjno-gospodarczych;
 - 4) odpisu amortyzacyjnego z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.
5. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

6. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 5, przeprowadza się rokowania pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
7. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
8. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania medycznych czynności ratunkowych.
9. Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego mogą wykonywać zadania poszukiwawcze w ramach lotniczego systemu poszukiwania i ratownictwa (ASAR).
10. Zadania, o których mowa w ust. 9, są finansowane ze środków przeznaczonych na funkcjonowanie systemu ASAR.

Art. 48.

1. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy, o których mowa w ust. 1, na podstawie planu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Środki na finansowanie umów, o których mowa w ust. 1, wojewoda przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.
4. Koszty medycznych czynności ratunkowych wykonanych w roku poprzednim mogą być pokrywane ze środków finansowych przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w formie dotacji celowej, w roku następnym.
5. Do postępowania w sprawie zawarcia umów, o których mowa w ust. 1, ich zawierania, rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
6. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o wszelkich nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów, o których mowa w ust. 1, przez zespoły ratownictwa medycznego.
7. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając w porozumieniu z wojewodą, może rozwiązać umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się zespołów ratownictwa medycznego z obowiązków wynikających z zawartej umowy.

Art. 49.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie, wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje pozwalające na utworzenie i modernizację:
 - 1) zespołów ratownictwa medycznego – w liczbie właściwej dla zapewnienia parametrów czasu określonych w art. 24, w zakresie zakupów i modernizacji specjalistycznych środków transportu oraz ich niezbędnego wyposażenia;
 - 2) szpitalnych oddziałów ratunkowych – w zakresie zakupów i modernizacji wyposażenia w niezbędny sprzęt medyczny;
 - 3) stanowisk pracy dyspozytorów medycznych – w zakresie zakupów i modernizacji sprzętu komputerowego i środków łączności.
2. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, dokonywane jest także na podstawie programów wieloletnich ustanawianych przez Radę Ministrów na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych, dotyczących rozwoju ratownictwa medycznego, w formie dotacji celowej z budżetu państwa na rzecz właściwego dysponenta jednostki.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 50.

W ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1229, z późn. zm.⁹⁾) w art. 14 w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

„6) współpracę z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz centrami powiadamiania ratunkowego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”.

Art. 51.

W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.¹⁰⁾) wprowadza się następujące zmiany:

⁹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2003 r. Nr 52, poz. 452, z 2004 r. Nr 96, poz. 959 oraz z 2005 r. Nr 100, poz. 835 i 836.

¹⁰⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 1992 r. Nr 63, poz. 315, z 1994 r. Nr 121, poz. 591, z 1995 r. Nr 138, poz. 682, z 1996 r. Nr 24, poz. 110, z 1997 r. Nr 104, poz. 661, Nr 121, poz. 769 i Nr 158, poz. 1041, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 117, poz. 756 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 28, poz. 255 i 256 i Nr 84, poz. 935, z 2000 r. Nr 3, poz. 28, Nr 12, poz. 136, Nr 43, poz. 489, Nr 84, poz. 948, Nr 114, poz. 1193 i Nr 120, poz. 1268, z 2001 r. Nr 5, poz. 45, Nr 88, poz. 961, Nr 100, poz. 1083, Nr 111, poz. 1193, Nr 113, poz. 1207, Nr 126, poz. 1382, 1383 i 1384 i Nr 128, poz. 1407, z 2002 r. Nr 113, poz. 984, z 2003 r. Nr 45, poz. 391, Nr 124, poz. 1151 i 1152, Nr 171, poz. 1663, Nr 213, poz. 2081 i Nr 223, poz. 2215, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 i Nr 273,

1) art. 28 otrzymuje brzmienie:

„Art. 28. 1. Pogotowie ratunkowe udziela świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenie życia.

2. Pogotowie ratunkowe może udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jako zespół ratownictwa medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...).”;

2) w art. 70a:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 2, muszą spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.”,

b) uchyla się ust. 4;

3) po art. 70h dodaje się art. 70i w brzmieniu:

„Art. 70i. 1. Działalność lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest finansowana:

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

2) przez zakład opieki zdrowotnej, na zlecenie którego dokonuje się transportu, w zakresie, o którym mowa w ust. 5.

2. Do zadań lotniczego zespołu transportu sanitarnego należy wykonywanie transportu sanitarnego, w tym transportu, o którym mowa w art. 41 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu transportu sanitarnego do wykonywania transportu sanitarnego w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 6.

4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów transportu sanitarnego jest dokonywana, z zastrzeżeniem ust. 5, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności:

1) kosztów osobowych;

2) kosztów eksploatacyjnych;

3) kosztów administracyjno-gospodarczych;

- 4) odpisu amortyzacyjnego, z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.
5. Kosztów bezpośredniego użycia lotniczego zespołu transportu sanitarnego związanych z transportem sanitarnym nie wlicza się do kosztów działalności tego zespołu. Do kosztów tych zalicza się:
 - 1) koszt paliwa;
 - 2) koszt opłat trasowych i za lądowanie.
6. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a zakładem opieki zdrowotnej posiadającym lotnicze zespoły transportu sanitarnego.
7. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 6, przeprowadza się rokowania pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
8. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
9. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania transportu sanitarnego.”.

Art. 52.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943) w art. 50 uchyla się ust. 16.

Art. 53.

W ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.¹¹⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 65a w ust. 3 w pkt 3 lit. d otrzymuje brzmienie:

„d)rodzaje, zakres i sposób zabezpieczenia ratowniczego imprezy, w uzgodnieniu z właściwym komendantem powiatowym Państwowej Straży Pożarnej oraz innymi służbami ratowniczymi, w tym z właściwym dysponentem jednostki w rozumieniu przepisów ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...),”;

- 2) w art. 105 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy jest prowadzone przez osobę, która spełnia warunki określone w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ... , poz. ...).” .

¹¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 175, poz. 1462, Nr 179, poz. 1486, Nr 180, poz. 1494 i 1497 oraz z 2006 r. Nr 17, poz. 141.

Art. 54.

W ustawie z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558 i Nr 74, poz. 676 oraz z 2006 r. Nr 50, poz. 360) w art. 17 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

- „1. W zapobieganiu skutkom klęski żywiołowej lub ich usuwaniu są obowiązane uczestniczyć: Państwowa Straż Pożarna i inne jednostki ochrony przeciwpożarowej, Policja, jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, dyspozytorzy medyczni i centra powiadamiania ratunkowego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...), i jednostki ochrony zdrowia, Straż Graniczna, Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa oraz inne właściwe w tych sprawach państwowe urzędy, agencje, inspekcje, straże i służby.”.

Art. 55.

W ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.¹²⁾) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w art. 5 pkt 33 otrzymuje brzmienie:

„33) stan nagły – stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr ..., poz. ...);”;

- 2) w art. 12:

- a) pkt 7 otrzymuje brzmienie:

„7) przepisów ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym;”;

- b) uchyla się pkt 8;

- 3) w art. 54 dodaje się ust. 9 w brzmieniu:

„9. Przepisów ust. 1-8 nie stosuje się do medycznych czynności ratunkowych udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni przez jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym, w warunkach pozaszpitalnych.”;

- 4) w art. 64 dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

„11. Przepisy ust. 1-10 stosuje się odpowiednio do przeprowadzania kontroli umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, o których mowa w ustawie z dnia 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”;

- 5) w art. 97 w ust. 3 po pkt 3 dodaje się pkt 3a w brzmieniu:

„3a) finansowanie medycznych czynności ratunkowych świadczeniobiorcom;”;

¹²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485 oraz z 2006 r. Nr 75, poz. 519.

6) w art. 107 w ust. 5 dodaje się pkt 19 w brzmieniu:

„19) przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie, rozliczanie i kontrola realizacji tych umów, na podstawie ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”;

7) w art. 118 dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Przepisów ust. 3 i 4 nie stosuje się w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia... o Państwowym Ratownictwie Medycznym.”;

8) w art. 124 dodaje się ust. 10 i 11 w brzmieniu:

„10. W zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia z budżetu państwa na podstawie przepisów ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia może dokonać zmiany planu finansowego również w przypadkach innych niż wymienione w ust. 1. Przepisów ust. 2 i 3 w takim przypadku nie stosuje się.

11. Zmiany, o których mowa w ust. 10, podlegają zatwierdzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych.”;

9) po art. 161 dodaje się art. 161a w brzmieniu:

„Art. 161a. Do postępowania o zawarcie umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przez zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia ... o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ich zawarcia i rozliczania stosuje się odpowiednio przepisy niniejszego rozdziału.”.

Rozdział 8

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 56. (skreślony)

Art. 57.

1. Osoby, które przed dniem:

1) wejścia w życie ustawy uzyskały tytuł zawodowy:

a) „ratownik medyczny”,

b) licencjata na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne,

2) 1 października 2008 r. rozpoczęły studia wyższe na kierunku innym niż ratownictwo medyczne i uzyskały tytuł zawodowy licencjata w zakresie (specjalności) ratownictwa medycznego

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

2. Z dniem wejścia w życie ustawy ratownicy jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, stają się ratownikami w rozumieniu niniejszej ustawy.
3. Osoba zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego w dniu wejścia w życie niniejszej ustawy, niespełniająca wymagania określonego w art. 26 ust. 2 pkt 2 może pełnić tę funkcję po tym dniu. Osoba ta ma obowiązek doskonalenia zawodowego w trybie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 26 ust. 4.

Art. 58.

1. Wojewódzkie plany zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, sporządzone na rok 2007 na podstawie ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym stają się planami, o których mowa w art. 21.
2. Informacje, o których mowa w art. 21 ust. 5, przekazywane w celu sporządzenia planów na:
 - 1) lata 2008-2010 dotyczą roku 2006;
 - 2) lata 2009-2011 dotyczą roku 2006 i 2007.

Art. 59.

W 2007 r. zadania wojewody określone w ustawie są finansowane z rezerwy celowej utworzonej w budżecie państwa na 2007 r.

Art. 60.

Wojewoda może powierzyć, w drodze porozumienia, wykonywanie, do dnia 1 stycznia 2010 r., zadań centrów powiadamiania ratunkowego innym podmiotom, w szczególności jednostkom organizacyjnym Państwowej Straży Pożarnej lub jednostkom samorządu terytorialnego.

Art. 61.

1. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, dostosuje ten oddział do wymagań określonych w art. 34, do dnia 31 grudnia 2011 r., zgodnie z harmonogramem ustalonym w planie przez właściwego ze względu na siedzibę tego zakładu wojewodę.
2. Przepisów art. 35 nie stosuje się do dnia 31 grudnia 2011 r.

Art. 62.

1. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego dostosują skład tych zespołów do wymagań, o których mowa w art. 36 ust. 1, do dnia 31 grudnia 2009 r.
2. (skreślony)

Art. 63.

1. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z dysponentami jednostek na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2006 r. podlegają rozwiązaniu z mocy prawa z dniem 31 lipca 2007 r., chyba że w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, dysponent jednostki, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł taką umowę, oświadczy odpowiednio:
 - 1) wojewodzie, za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 2) Narodowemu Funduszowi Zdrowia– że pozostaje nią związany.
2. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 1, składa się na piśmie pod rygorem nieważności.
3. Z dniem 1 stycznia 2007 r. stroną umów, o których mowa w ust. 1, zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, staje się wojewoda.
4. W terminie do dnia 31 sierpnia 2007 r. dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przekaze wojewodzie wykaz umów zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego.

Art. 64.

Akty wykonawcze wydane na podstawie:

- 1) art. 22 ust. 6, art. 23 ust. 4 pkt 1, 3, 4 i 7 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 113, poz. 1207 i Nr 154, poz. 1801, z 2002 r. Nr 241, poz. 2073, z 2003 r. Nr 45, poz. 391 i Nr 124, poz. 1152, z 2004 r. Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 164, poz. 1365 i Nr 267, poz. 2256),
- 2) art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz.U. Nr 241, poz. 2073, z 2003 r. Nr 99, poz. 920 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135)

– zachowują moc do dnia wejścia w życie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 21 ust. 15 i art. 34 niniejszej ustawy, jednakże nie dłużej niż do dnia 1 stycznia 2008 r.

Art. 65.

Tracą moc ustawy:

- 1) z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym;
- 2) z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego.

Art. 66.

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

- 1) art. 63, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;

- 2) art. 18-22, 48 i 59, które wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia;
- 3) art. 8, który wchodzi w życie z dniem 1 września 2009 r.;
- 4) art. 51 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 2 stycznia 2008 r.