Uzasadnienie

Obecnie obowiązująca ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą o PRM", weszła w życie z dniem 1 stycznia 2007 r. Ustawa o PRM dotyczy postępowania i zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zakres ustawy obejmuje zasady organizacji i funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanego dalej „PRM", na terenie kraju, w szczególności opisuje sposób działania i zadania zespołów ratownictwa medycznego, szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek współpracujących z systemem. Ustawa o PRM określa rodzaj i zakres świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w ramach systemu PRM przez personel medyczny tj. lekarza systemu, pielęgniarkę systemu, ratownika medycznego i dyspozytora medycznego.

W okresie obowiązywania ustawy o PRM dokonano analizy funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Z powyższej analizy wynika, że niezbędnym jest dokonanie zmian, które są proponowane w projekcie ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, zwanym dalej „projektem ustawy".

Projekt ustawy w głównej mierze dotyczy:

1) tzw. „upaństwowienia" systemu PRM;
2) zatrudniania członków zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych wyłącznie na podstawie stosunku pracy;
3) zmian w systemie kształcenia podyplomowego ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych;
4) rezygnacji ze specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na rzecz zespołów podstawowych w co najmniej trzyosobowym składzie i zespołów motocyklowych;
5) powołania wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w miejsce lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego;
6) powołania Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „KCMRM".

Biorąc pod uwagę zmiany, jakie zaszły w systemie ochrony zdrowia od 1999 r., a więc od wejścia w życie przepisów o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, a także przekształcenia, jakie dokonały się w podmiotach leczniczych oraz udział przedsiębiorców

prywatnych w rynku usług medycznych – również ratowniczych, na obecnym etapie nie ma możliwości przeprowadzenia zgodnego z prawem przejęcia przez jakąkolwiek instytucję państwową infrastruktury należącej do podmiotów leczniczych – niezależnie od ich statusu prawnego. W związku z powyższym, dla osiągnięcia celu, jakim jest realizacja zadań z zakresu ratownictwa medycznego wyłącznie przez podmioty publiczne, proponuje się rozwiązanie polegające na powierzeniu realizacji umów na świadczenia zdrowotne w rodzaju ratownictwo medyczne, wyłącznie:

1) samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej lub jednostkom budżetowym;
2) spółkom kapitałowym z co najmniej większościowym udziałem Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, lub publicznych uczelni medycznych.

Dysponentem zespołów ratownictwa medycznego, zwanych dalej „ZRM", będzie mógł być podmiot leczniczy spełniający powyższe wymagania i ujęty w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwanym dalej "WPDS", który z kolei będzie podlegał zaopiniowaniu przez właściwe jednostki samorządu terytorialnego, będące podmiotami tworzącymi lub udziałowcami poszczególnych dysponentów, a następnie akceptacji przez Ministra właściwego do spraw zdrowia na zasadach takich jak dotychczas.

Ponadto, projekt ustawy wprowadza możliwość wspólnego ubiegania się podmiotów leczniczych o zawarcie umowy na zadania zespołów ratownictwa medycznego. Powyższe pozwoli na konsolidację dysponentów w celu zabezpieczenia świadczeń w rodzaju ratownictwo medycznego na obszarze jednego rejonu operacyjnego, obejmującego obszar działania dyspozytorni medycznej na równych prawach. Brak takiego rozwiązania powodował sytuacje, w których jedyną szansą mniejszych dysponentów na zawarcie umowy na realizację świadczeń gwarantowanych w rodzaju ratownictwo medyczne była pozycja podwykonawcy tych świadczeń.

Finansowanie świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego będzie się odbywało w formie dotacji celowej przekazywanej z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ", na realizację zadania powierzonego dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ przez właściwego wojewodę, w postaci zawarcia umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego.

Przepisów dotyczących zawierania umów w trybie konkursu ofert lub rokowań nie będzie się stosowało. Dyrektor oddziału wojewódzkiego zamieści na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ oraz udostępni w siedzibie tego oddziału informacje o warunkach zawarcia umowy.

Celem powyższej propozycji jest poprawa możliwości realizacji zadania państwa w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Realizacja tego zadania nie może być związana z ryzykiem braku zabezpieczenia świadczeń, jakie niesie ze sobą mechanizm zawierania umów na ratownictwo medyczne w warunkach wolnej konkurencji. Proponowana zmiana zapobiegnie niekorzystnemu zjawisku w postaci rotacji dysponentów zespołów ratownictwa medycznego w wyniku kolejnych postępowań konkursowych. Tym samym „upaństwowienie" ratownictwa medycznego zostanie osiągnięte poprzez:

1) zawieranie umów z podmiotami leczniczymi utworzonymi z całkowitym lub większościowym udziałem kapitału publicznego;
2) zwiększenie poczucia bezpieczeństwa dysponentów ZRM, co do uzyskania środków publicznych na realizację świadczeń ratowniczych;
3) włączenie dyspozytorni medycznych w strukturę urzędów wojewódzkich;
4) odejście od wyłaniania dysponentów zespołów ratownictwa medycznego w trybie konkursowym na rzecz zawierania umów z dysponentami wskazanymi przez wojewodów w WPDS, po zasięgnięciu opinii właściwych jednostek samorządu terytorialnego, co spowoduje zwiększenie wpływu wojewodów na dobór podmiotów realizujących świadczenia ratownicze.

Planowanie środków na zadania zespołów ratownictwa medycznego będzie oparte w dużej mierze na dotychczasowych rozwiązaniach, z uwzględnieniem różnic w rodzaju zespołów oraz tego, iż maksymalna wartość stawki ryczałtu dobowego na ZRM będzie określana w obwieszczeniu ministra właściwego do spraw zdrowia.

Podkreślenia wymaga, że już na gruncie istniejących przepisów prawnych istnieje możliwość zawarcia umowy przez ministra właściwego do spraw zdrowia z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, bez postępowania konkursowego, dla którego minister właściwy do spraw zdrowia jest podmiotem tworzącym.

Wykonywanie zawodu ratownika medycznego będzie możliwe po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego oraz uzyskaniu wpisu do rejestru ratowników medycznych. Prawo wykonywania zawodu będzie wydawał wojewoda właściwy ze względu na miejsce zamieszkania ratownika medycznego. Prawo wykonywania zawodu stanowi konsekwencję wprowadzenia Państwowego Egzaminu Ratownika Medycznego, zwanego dalej „PERM", który poprzedzony jest studiami I go stopnia oraz 6 miesięczną praktyką zawodową odbywaną w ramach studiów (PERM i praktyka zawodowa dotyczy osób, które

rozpoczną po dniu 1 września 2017 r. studia wyższe na kierunku ratownictwo medyczne. Przyznanie prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego nastąpi poprzez wpis ratownika medycznego do rejestru ratowników medycznych).

Rejestry: ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych będą prowadzone w celu zapewnienia monitorowania sytuacji kadrowej obu grup zawodowych, ich miejsc pracy oraz realizacji prawa i obowiązku rozwoju zawodowego.

Oba rejestry prowadzone będą w systemie teleinformatycznym, którego administratorem systemu zostanie jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwa w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Wpisów oraz wykreśleń w rejestrze ratowników medycznych i rejestrze dyspozytorów medycznych będzie dokonywał wojewoda właściwy ze względu na miejsce zamieszkania ratownika medycznego lub dyspozytora medycznego. Rejestr ratowników medycznych i rejestr dyspozytorów medycznych będzie stanowił efektywne narzędzie ułatwiające ocenę zapotrzebowania na kadrę medyczną w systemie ochrony zdrowia. Oba rejestry umożliwią również monitorowanie wykonywania obowiązku doskonalenia zawodowego przez ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych.

Projekt ustawy wprowadza delegację do wydania rozporządzenia przez ministra właściwego do spraw obrony narodowej określającą szczegółowy zakres świadczeń zdrowotnych, które mogą być podejmowane przez ratowników medycznych w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej stosownie do potrzeb Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej działających w kraju i zagranicą.

Projekt ustawy ujednolica i porządkuje sposób realizacji indywidualnego rozwoju zawodowego ratownika medycznego, który będzie realizowany poprzez doskonalenie zawodowe, kursy specjalistyczne uprawniające do pracy na stanowisku kierownika zespołu ratownictwa medycznego oraz kursy kwalifikacyjne, zwiększające kompetencje zawodowe ratowników medycznych podejmujących pracę na oddziałach szpitalnych.

W zakresie zagadnień dotyczących kwalifikowanej pierwszej pomocy (zmieniane art. 13–17 ustawy o PRM) przewiduje się, że ratownik medyczny będzie mógł udzielać takiej pomocy bez konieczności ukończenia kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy. Dotyczyć to ma również lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych. Powyższe wynika z faktu, iż zakres kwalifikowanej pierwszej pomocy jest znacznie węższy niż zakres świadczeń zdrowotnych możliwych do udzielania przez wymienione wyżej grupy zawodowe. Natomiast, zgodnie z opinią konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej,

biorąc pod uwagę zakres odbywanego szkolenia, uznaje się kwalifikacje ratowników i starszych ratowników morskich za równoważne z kwalifikacjami ratowników, którzy ukończyli kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy. Czynności wykonane w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy będą dokumentowane w karcie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Jej wzór oraz sposób przetwarzania zostanie określony w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia.

Projekt ustawy wprowadza zmianę przepisów dotyczących zatwierdzania przez wojewodę programu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Zgodnie z obowiązującymi przepisami program kursu zatwierdza wojewoda właściwy ze względu na siedzibę podmiotu prowadzącego kurs. W celu umożliwienia wojewodom pełnej realizacji zadań, związanych z kontrolą podmiotów prowadzących kursy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, wynikającej z art. 31 ustawy o PRM, wprowadzono przepisy stanowiące, iż wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego dokonywał będzie wojewoda właściwy ze względu na lokalizację, w której podmiot prowadzący będzie realizował kurs. Wpis ten będzie dokonywany po stwierdzeniu zgodności programu kursu ze wszystkimi standardami określonymi w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia. Zezwolenie na prowadzenie kursu, odmowa wydania zezwolenia na prowadzenie kursu lub cofnięcie zezwolenia na jego prowadzenie nastąpi w drodze decyzji administracyjnej

W projekcie ustawy dodano także przepisy stanowiące, iż wojewoda prowadzi i podaje do wiadomości publicznej na stronach urzędu wojewódzkiego obsługującego wojewodę, wykaz podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu na obszarze województwa, wraz z podaniem miejsca prowadzenia kursu. Projekt ustawy wprowadza również zmianę w zakresie wymagań dla osoby, która może być ratownikiem. Zmiana dotyczy możliwości odbycia kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy bez konieczności zatrudnienia w jednostce współpracującej. Obecne zapisy powodowały w pierwszej kolejności zatrudnienie w jednostce współpracującej z systemem, co dopiero dawało możliwość odbycia kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy.

Kolejnym zagadnieniem zawartym w projekcie ustawy jest wykaz jednostek współpracujących z systemem. Zmiana art. 15 ustawy o PRM określa te jednostki, przyznając dodatkowo status jednostek współpracujących z systemem podmiotom uprawnionym do wykonywania ratownictwa górniczego, jednostkom ochotniczej straży pożarnej oraz jednostkom morskiej służby poszukiwania i ratownictwa. Wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem, prowadzonego przez wojewodę będzie się odbywał z urzędu

w odniesieniu do jednostek organizacyjnych Państwowej Straży Pożarnej, jednostek ochrony przeciwpożarowej włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, innych jednostek podległych i nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych, podmiotów uprawnionych do wykonywania ratownictwa górniczego.

Pozostałe jednostki będą wpisywane do przedmiotowego rejestru na ich wniosek. W tym przypadku potwierdzeniem wpisu będzie wydanie decyzji administracyjnej, tak jak to miało miejsce dotychczas.

Projekt ustawy zmienia zakres informacji, jakie są zawarte w WPDS. Obecnie WPDS zawierają wiele różnych informacji, które nie są wykorzystywane. Projekt ustawy zakłada usystematyzowanie zawieranych w planach informacji, w oparciu o stworzony jednolity dla każdego województwa katalog. Główne zmiany dotyczą:

1) skreślenia charakterystyki potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia ludzi, mogących wystąpić na obszarze województwa – informacje tę zawarte są już w wojewódzkim planie zarządzania kryzysowego i są one wiernie kopiowane do WPDS;
2) odstąpienia od kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego;
3) przygotowywania planów i przekazywania ich do akceptacji ministrowi właściwemu do spraw zdrowia będzie odbywało się jedynie w postaci elektronicznej;
4) aktualizacji WPDS co najmniej raz do roku, nie później niż do dnia 30 marca wg danych za rok poprzedni, z każdorazowym ujednoliceniem tekstu dokumentu (forma elektroniczna);
5) w zakresie informacji o liczbie przyjęć pacjentów w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć – monitorowane będą tylko przyjęcia bez skierowań, gdyż przyjęcia planowe zafałszowują statystyki;
6) rezygnacji z map, jako załącznika do WPDS na rzecz wykorzystania Uniwersalnego Modułu Mapowego w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej „SWD PRM", w którym urzędy wojewódzkie będą miały dostęp do poszczególnych warstw mapy zawierających, m. in. miejsca stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, lokalizacje: szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci, lądowisk przyszpitalnych, baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego itp;
7) rezygnacji z wykazów z liczbą personelu medycznego, w związku z wprowadzeniem rejestru ratowników medycznych oraz rejestru dyspozytorów medycznych.

Dodatkowo do WPDS zostaną wprowadzone takie informacje jak:

1) wykaz podmiotów leczniczych, z którymi dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ zawiera umowy na wykonywanie zadań podstawowych zespołów ratownictwa medycznego;
2) wykaz podmiotów leczniczych, z którymi dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ zawiera umowy na wykonywanie zadań motocyklowych zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących w okresie od 1 maja do 30 września i nie dłużej niż 12 godzin na dobę;
3) sposób organizacji i działania łączności radiowej na potrzeby systemu zapewniający sprawną komunikację pomiędzy zespołem ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, lekarzem konsultantem zespołów ratownictwa medycznego, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a jednostkami systemu, jednostkami organizacyjnymi szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz jednostkami współpracującymi z systemem;
4) dane dotyczące wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, 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;
5) liczba pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego oraz izby przyjęć szpitala;
6) liczba pacjentów centrum urazowego oraz centrum urazowego dla dzieci;
7) liczba personelu medycznego zatrudnionego w jednostkach systemu;
8) liczby dyspozytorów medycznych oraz stanowisk dyspozytorów medycznych.

W związku ze specyfiką danych zamieszczanych w planie, minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia m. in. zakres danych podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej.

Projekt ustawy w art. 23c wprowadza rejestr defibrylatorów automatycznych, zwanych dalej „AED". Obecnie nie funkcjonuje jeden ogólnopolski rejestr AED, co uniemożliwia pozyskanie danych lokalizacyjnych miejsc, w których są zainstalowane defibrylatory i zamieszczenie ich w Uniwersalnym Module Mapowym. W Uniwersalnym Module Mapowym, stanowiącym jeden z komponentów Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM, będzie znajdowała się dodatkowa warstwa z lokalizacją AED, obrazująca aktualne lokalizacje AED w Rzeczypospolitej Polskiej. W przypadku stwierdzenia przez dyspozytora medycznego nagłego zatrzymania krążenia, po zaznaczeniu na mapie miejsca zdarzenia, SWD PRM

podpowie dyspozytorowi medycznemu lokalizację najbliższego AED. Dzięki takiej informacji dyspozytor medyczny może wskazać osobie udzielającej pierwszej pomocy, skąd może pobrać AED. Użycie AED przed przybyciem zespołu ratownictwa medycznego, u osoby z zatrzymaniem krążenia, znacznie zwiększy jej szanse na przeżycie.

Wojewoda będzie obowiązany do utworzenia dyspozytorni medycznej, w celu zapewnienia i obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego. Powyższe wynika z ustawowego obowiązku realizacji przez wojewodę zadań polegających na zapewnieniu na terenie województwa:

1) funkcjonowania systemu PRM;
2) utrzymania SWD PRM.

Dyspozytornie medyczne będą tworzone w liczbie nie większej niż:

1) jedna do 2 mln mieszkańców;
2) dwie od 2-4 mln mieszkańców;
3) trzy powyżej 4 mln mieszkańców.

Proces centralizacji dyspozytorni medycznych jest związany z reorganizacją systemu powiadamiania ratunkowego, która rozpoczęła się w 2011 r. Zgodnie z przyjętą koncepcją i decyzją wszystkich wojewodów wypracowano mechanizm umożliwiający redukcję liczby dyspozytorni medycznych z 338 w 2011 r. do 43 do czerwca 2017 r. z 269 stanowiskami dyspozytorów medycznych.

Zgodnie z informacjami zawartymi w kwartalnych sprawozdaniach, przekazywanych przez wojewodów, na dzień 30 czerwca br. w całym kraju działa 108 dyspozytorni medycznych, z czego 6 województw nie zakończyło jeszcze procesu koncentracji dyspozytorni medycznych. Proces koncentracji jest ściśle związany z wdrażaniem SWD PRM i według wszelkich przewidywań zakończy się z dniem 30 czerwca 2017 r.

Analiza danych z już funkcjonujących w kraju dyspozytorni medycznych (woj. warmińsko-mazurskie, małopolskie, opolskie, świętokrzyskie, opolskie, mazowieckie i zachodniopomorskie) wykazała skrócenie czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia oraz poprawę jakości udzielanych świadczeń poprzez lepsze wykorzystanie dostępnych zespołów.

Przykładem na poprawę dysponowania zespołów ratownictwa medycznego może być województwo małopolskie, w którym udział wyjazdów nieprzekraczających parametrów czasu dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia od chwili przyjęcia zgłoszenia mieszczących się w medianie czasu dotarcia, czyli odpowiednio:

1) 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy,
2) 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy

– wzrósł z 86% (2014 r.) do 91% (2015 r.), czyli aż o 5 %, lub województwo zachodniopomorskie, w którym udział wyjazdów nieprzekraczających parametrów czasu dotarcia wzrósł z 91% (2014 r.) do 94% (2015 r.), tj. o 3%.

Proponowana koncentracja dyspozytorni medycznych prowadzi do wzrostu możliwości prowadzenia działań przez dyspozytora medycznego poprzez dysponowanie większej liczby zespołów ratownictwa medycznego niż dotychczas, a nowe rozwiązania pozwolą na udoskonalenie sposobu obsługi zgłoszeń alarmowych dotyczących osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Dyspozytornie medyczne będą funkcjonowały w oparciu o SWD PRM, który został stworzony w celu zapewnienia realizacji zadań określonych w ustawie o PRM przez dyspozytorów medycznych, członków zespołów ratownictwa medycznego i lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego (docelowo wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego).

Realizacja ww. założeń ma za zadanie poprawić zarządzanie informacją dotyczącą ratowania życia i zdrowia obywateli, zapewnić sprawne przekazywanie danych pomiędzy służbami ratownictwa i porządku publicznego (przyjmowanie zgłoszeń z numeru alarmowego 112 oraz pozostałych numerów alarmowych i kierowanie ich do właściwej jednostki Policji i Państwowej Straży Pożarnej), a także przyczynić się do rozwoju zintegrowanego systemu ratownictwa medycznego w oparciu o nowoczesne technologie teleinformatyczne.

Dzięki wykorzystaniu i zastosowaniu takich rozwiązań w znacznym stopniu poprawi się jakość świadczonych usług w rodzaju ratownictwo medyczne. Do zdarzenia dysponowany będzie ten zespół, który znajduje się w danym momencie najbliżej miejsca zdarzenia, co wpłynie na skrócenie czasu oczekiwania przez pacjentów.

Dyspozytornie medyczne będą kierować ruchem zespołów w całym przypisanym im rejonie operacyjnym, co również zmniejszy kolejkę oczekujących na zadysponowanie ZRM.

Wojewoda dodatkowo będzie zapewniał dostęp do opieki psychologicznej na rzecz dyspozytorów medycznych. Zadaniem psychologa będzie prowadzenie wsparcia całej grupy dyspozytorów medycznych oraz indywidualnych odbiorców – przez profilaktykę psychotraumy i pomoc po zdarzeniu.

W projekcie ustawy dodaje się przepisy nakładające na wojewodę obowiązek rejestracji i przechowywania rozmów prowadzonych na stanowiskach dyspozytorów medycznych,

wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, lekarza konsultanta zespołów ratownictwa medycznego.

Dodatkowo projekt ustawy przewiduje rezygnację z monitorowania parametrów w zakresie trzeciego kwartyla czasów dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Przepis dotyczący tej kwestii nie był w praktyce stosowany. Wydaje się, iż dla oceny zapewnienia właściwych czasów dotarcia na miejsce zdarzenia wystarczające jest przestrzeganie parametrów czasu dotarcia określonych w medianie czasu dotarcia oraz maksymalnego czasu dojazdu (art. 24 ustawy o PRM).

W projekcie ustawy dodano do ustawy o PRM art. 25c, w którym wprowadzono przepisy dotyczące zatrudnienia lub zawarcia umowy cywilnoprawnej przez wojewodę z lekarzem pełniącym funkcję lekarza konsultanta zespołów ratownictwa medycznego. Zmiana polega na wprowadzeniu przepisów dotyczących możliwości dokonywania zdalnych konsultacji zespołów ratownictwa medycznego z lekarzem systemu, przy jednoczesnym utworzeniu stanowiska lekarza konsultanta zespołów ratownictwa medycznego w skoncentrowanej dyspozytorni medycznej, który będzie miał dostęp do jednostkowych danych medycznych zbieranych przez wyposażenie ambulansu: respirator, defibrylator, pomiarów fizjologicznych - NIBP, SpO2, RR prezentowanych na tablecie personelu ZRM. Obowiązek zapewnienia lekarza konsultanta w skoncentrowanej dyspozytorni medycznej będzie spoczywał na wojewodzie. W miarę rozwoju systemów teleinformatycznych ZRM będą miały także możliwość e-konsultacji z lekarzami specjalistami, którzy będą udzielali wskazówek, co do sposobu postępowania na miejscu zdarzenia, np. z pacjentami urazowymi, z ostrym zespołem wieńcowym, wrodzonymi skazami krwotocznymi, podejrzeniem udaru mózgu itp., oraz do dostępu do danych pacjenta udostępnionych na platformie P1. Jednostkowe dane medyczne zbierane przez poszczególne urządzenia funkcjonujące w ambulansie zespołu ratownictwa medycznego będą zapisywane i przekazywane on-line z wykorzystaniem rozbudowywanego do wersji 2.0 SWD PRM.

Projekt ustawy wprowadza zmianę polegającą na zatrudnieniu dyspozytorów medycznych przez wojewodę. Zatrudnianie dyspozytorów medycznych na podstawie stosunku pracy stanowi postulat od lat podnoszony przez środowisko ratownicze. Taka forma zatrudnienia sprzyja stabilizacji pozyskiwania kadry na rynku pracy, zabezpieczeniu składek na ubezpieczanie społeczne, pomaga egzekwować prawo pracowników do ubiegania się o dofinansowanie kursów doskonalących i umundurowania. Zawarcie stosunku pracy nie

pozwala na przekroczenie ustawowego maksymalnego czasu pracy, co jest nagminne w przypadku umów cywilno-prawnych.

Projekt ustawy zmienia również sposób realizacji indywidualnego rozwoju zawodowego dyspozytorów medycznych. Zostaje ustanowiony jeden w Rzeczypospolitej Polskiej ośrodek odpowiedzialny za realizację kursu doskonalącego i kursu przygotowującego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego – KCMRM. Powyższa zmiana jest podyktowana obniżającym się poziomem jakości pracy dyspozytorów medycznych i rosnącą liczbą skarg na sposób dysponowania zespołów ratownictwa medycznego. Dotychczasowe rozwiązanie umożliwiało realizację doskonalenia zawodowego przez dyspozytora medycznego w dowolnym podmiocie zarejestrowanym przez wojewodę. Obecnie liczba podmiotów, które mogą realizować kurs doskonalący nie jest znana. Z informacji przekazanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, zwane dalej „CMKP", wynika, że od stycznia 2008 r. do 29 lipca 2016 r. CMKP zamieściło na swojej stronie internetowej informację o 266 kursach dla dyspozytorów medycznych, w których według planu miało wziąć udział 3316 osób. Informacje te dotyczą szkoleń płatnych, organizowanych samodzielnie przez jednostki zgłaszające kursy. Niemniej jednak podana liczba kursów może różnić się w stosunku do rzeczywistej liczby kursów organizowanych na terenie całej Polski, ze względu na brak przepisów obligujących organizatorów do obowiązkowego ich zgłaszania do CMKP. Kursy te obecnie nie podlegają żadnej kontroli oraz weryfikacji po ich zakończeniu. Analizując liczbę prowadzonych kursów przez poszczególne podmioty w latach 2008 – 2016 wynika, że niektóre podmioty realizują jeden kurs na kilka lat, co nie przekłada się na wysoki poziom wiedzy dyspozytora medycznego po jego zakończeniu. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na docelową liczbę dyspozytorów medycznych, która po zakończeniu koncentracji dyspozytorni medycznych będzie kształtowała się na poziomie około 1200. Realizacja kursów doskonalących przez tak liczną grupę podmiotów do tego uprawnionych dla tak małej grupy osób nie przekłada się na poprawę jakości pracy dyspozytorów medycznych i wymaga zmiany poprzez wprowadzenie jednego ośrodka realizującego indywidualny rozwój zawodowy dyspozytorów medycznych. Ma to również na celu ujednolicenie szkoleń, stosowanych procedur i sposobu postępowania dyspozytorów medycznych.

KCMRM poza zadaniami obejmującymi przejęcie, wdrożenie, utrzymanie i rozwój SWD PRM, jako jednostka podległa i nadzorowana przez ministra właściwemu do spraw zdrowia, w perspektywie przejmie zadania związane z kwalifikacją, szkoleniem, prowadzeniem nadzoru merytorycznego nad pracą dyspozytorów medycznych, wojewódzkich

koordynatorów ratownictwa medycznego, ośrodka szkoleń dla dyspozytorów medycznych, wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, opracowania procedur i wytycznych, etc. i dbałość o zapewnienie należytych standardów w zakresie obsługi zgłoszeń alarmowych. Zadaniem KCMRM będzie:

1) nabór na stanowisko dyspozytorów medycznych na podstawie zgłoszonego zapotrzebowania przez wojewodów;
2) szkolenie dyspozytorów medycznych przed przyjęciem do pracy i w trakcie jej wykonywania dla utrzymania właściwej jakości ich pracy;
3) kontrola poziomu przygotowania dyspozytorów medycznych do obsługi zgłoszeń alarmowych;
4) realizacja szkoleń dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego;
5) monitorowanie zasobów systemu powiadamiania ratunkowego w PRM oraz zgłaszanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia nowych potrzeb w tym zakresie;
6) opracowanie standardów postępowania dyspozytorów medycznych;
7) monitorowanie przebiegu akcji medycznej w zdarzeniu, którego skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób;
8) utrzymanie i rozwój SWD PRM;
9) nadzór i rozwój systemów łączności dla potrzeb PRM.

KCMRM będzie się składało z:

1) centrum technicznego SWDPRM;
2) ośrodka szkoleniowego.

Przewiduje się umiejscowienie KCMRM w strukturze SPZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, zwanego dalej „LPR", będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Ułatwi to utworzenie struktury KCMRM możliwie najniższym kosztem, w możliwie najkrótszym czasie. Załącznik nr 1 do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. ustanawiającego statut LPR, stanowi w § 4 ust. 2 i 3, że LPR może wykonywać na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia obowiązki w zakresie monitorowania systemu PRM, oraz może uczestniczyć w przygotowywaniu osób do wykonywania zawodu medycznego i kształceniu osób wykonujących zawód medyczny.

Kolejnym obszarem zmian jest uregulowanie stanu podwyższonej gotowości, w szczególności w zakresie finansowania i trybu wprowadzania. Nowelizowany przepis art. 30 ustawy o PRM zwiększa liczbę sytuacji, w których będzie możliwe wprowadzenie stanu

podwyższonej gotowości. Stan podwyższonej gotowości będzie można wprowadzić w przypadku:

1) wystąpienia sytuacji kryzysowej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 kwietnia o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2013 r. poz. 1166, z późn. zm.);
2) katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. z 2014 poz. 333, z późn. zm.);
3) zagrożenia bezpieczeństwa państwa i wojny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1534, z późn. zm);
4) gdy w ocenie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, zwłaszcza w sytuacji zdarzenia masowego lub zdarzenia mnogiego.

Zaistnienie ww. przesłanek spowoduje podjęcie czynności przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego zmierzających do niezwłocznego poinformowania wojewody o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych podmiotów leczniczych na obszarze województwa. Projekt ustawy precyzuje również zasady dotyczące nakładanego przez wojewodę obowiązku. Obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości dotyczy miejsca udzielania świadczeń, w tym możliwości udzielania ich poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego, personelu medycznego, sprzętu i aparatury medycznej oraz dostępnych mobilnych zestawów medycznych. Wprowadzenie tego przepisu daje wojewodom możliwość dokładnego określenia zakresu wydawanych decyzji.

Jeżeli świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez podmioty lecznicze w ramach stanu podwyższonej gotowości nie będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w przypadku:

1) niezawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie obejmującym udzielone świadczenia opieki zdrowotnej;
2) udzielenia ich osobom innym niż świadczeniobiorcy, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. po. 581, z późn. zm).

Świadczenia te będą finansowane ze środków budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie. Przepisy art. 19 ust. 4-6 ustawy z dnia 27

sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się odpowiednio. Powyższa możliwość nie będzie dotyczyła świadczeń rozliczanych w formie ryczałtu dobowego, a więc medycznych czynności ratunkowych oraz świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i izbie przyjęć.

Projektowana ustawa wprowadza obowiązek uczestniczenia dysponentów ZRM oraz szpitalnych oddziałów ratownictwa medycznego oraz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego w ćwiczeniach. Brak realizacji ćwiczeń z zakresu procedur postępowania w przypadku wystąpienia zdarzeń mnogich, zdarzeń masowych i katastrof w przypadku wystąpienia prawdziwego zdarzenia nie gwarantuje prawidłowego postępowania pracowników podmiotów leczniczych. Doświadczenia zdobyte podczas ostatnich ćwiczeń wskazują na niewystarczającą znajomość obowiązujących procedur oraz utrudnienia w komunikacji pomiędzy osobami i podmiotami uczestniczącymi w działaniach ratowniczych przy zdarzeniach mnogich/masowych i katastrofach.

Projekt ustawy w art. 32b wprowadza możliwości zadysponowania ZRM do transportu międzyszpitalnego, jeżeli nie jest dostępny inny, odpowiedni środek transportu sanitarnego, a stan zdrowia pacjenta wymaga niezwłocznego transportu do innego szpitala. Zadysponowanie ZRM do transportu międzyszpitalnego będzie poprzedzone przeprowadzeniem kwalifikacji przez dyspozytora medycznego, uzyskaniem zgody wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, a następnie będzie podlegało weryfikacji po zakończeniu transportu. W przypadku stwierdzenia braku zasadności transportu skutkować będzie zastosowaniem kary w wysokości stanowiącej równowartość 50% wysokości doboryczałtu zespołu ratownictwa medycznego.

Projekt ustawy wprowadza zmiany w zakresie rodzajów i składu osobowego ZRM. Zespoły specjalistyczne zostaną przekwalifikowane na podstawowe. Zespoły podstawowe składać się będą z trzech osób posiadających kwalifikacje właściwe dla ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. Około 75 % ZRM typu „P" składa się z dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych (z których jedna pełni również obowiązki kierowcy ambulansu). W sytuacjach konieczności prowadzenia resuscytacji krążeniowo-oddechowej pacjenta, czy to na miejscu zdarzenia, czy też w trakcie transportu do podmiotu leczniczego, wzywany jest dodatkowy ZRM – najczęściej specjalistyczny. Powoduje to niepotrzebne zaangażowanie dwóch ZRM do jednego zdarzenia. Takie sytuacje powodują osłabianie gotowości systemu PRM.

Dwuosobowy skład ZRM typu „P" skutkuje utrudnieniami w realizacji medycznych czynności ratunkowych. Dwuosobowy ZRM nie jest w stanie przeprowadzić prawidłowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej, jednocześnie zabezpieczyć pacjenta do transportu i przewieźć go do SOR. Na zasadność rozszerzenia składu zespołów ratownictwa medycznego do trzech osób wskazywał również Minister Pracy i Polityki Społecznej, biorąc pod uwagę, że w ZRM pracują również kobiety. Zgodnie bowiem z art. 176 Kodeksu pracy nie wolno zatrudniać kobiet przy pracach szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia.

Na mocy rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz. U. poz. 545, z późn. zm.), dla kobiet nie są dozwolone prace polegające na ręcznym podnoszeniu i przenoszeniu ciężarów o masie przekraczającej:

1) 12 kg - przy pracy stałej,

2) 20 kg - przy pracy dorywczej (do 4 razy na godzinę w czasie zmiany roboczej),

oraz ręczne przenoszenie pod górę - po pochylniach, schodach itp., których maksymalny kąt nachylenia przekracza 300, a wysokość 5 m - ciężarów o masie przekraczającej:

1) 8 kg - przy pracy stałej,

2) 15 kg - przy pracy dorywczej (do 4 razy na godzinę w czasie zmiany roboczej).

Zwiększenie obsady ZRM o jedną osobę wpłynie na poprawę bezpieczeństwa osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i zwiększy komfort pracy. Część medycznych czynności ratunkowych podejmowanych w ZRM wymaga udziału dwóch osób, co jest niemożliwe w przypadku, gdy jeden z członków ZRM prowadzi pojazd. Zwiększenie składu podstawowych ZRM do 3 osób wraz z podniesieniem kompetencji pielęgniarek systemu i ratowników medycznych poprzez kursy specjalistyczne, przy spadającej liczbie lekarzy zainteresowanych pracą w specjalistycznych ZRM, pozwoli na utrzymanie jakości świadczeń udzielanych w systemie PRM. Zmiany te spowodują świadomą likwidację zespołów specjalistycznych i funkcjonowanie w systemie PRM tylko 3 osobowych zespołów podstawowych.

Projekt ustawy wprowadza również motocyklowy zespół ratownictwa medycznego funkcjonujący przez 5 miesięcy w ciągu roku, od maja do końca września, po 12 godzin na dobę. Wprowadzenie nowego rodzaju zespołu ratownictwa medycznego jest związane z koniecznością szybkiego dotarcia do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w zakorkowanych miastach. Bardzo dobre efekty pilotażowego funkcjonowania zespołów motocyklowych w woj. pomorskim i warmińsko-mazurskim wskazują na zasadność utworzenia tego typu zespołów, co przekłada się bezpośrednio na wzrost jakości

funkcjonowania systemu PRM. Minister właściwy do spraw zdrowia określi w drodze rozporządzenia wyposażenie zespołów ratownictwa medycznego w wyroby medyczne oraz produkty lecznicze, kierując się zakresem medycznych czynności ratunkowych, do których uprawniony jest ratownik medyczny oraz pielęgniarka systemu.

Dodatkowo projekt zakłada możliwość zatrudniania członków zespołów ratownictwa medycznego jedynie w oparciu o umowę o pracę. Spośród 22 803 osób zatrudnionych w zespołach ratownictwa medycznego, na podstawie umowy o pracę zatrudnionych jest 47 % osób. Na podstawie umowy o pracę swoje zadania wykonuje:

1) 5,5 % lekarzy systemu,
2) 68 % pielęgniarek systemu,
3) 27 % osób wykonujących wyłącznie zawód ratownika medycznego,
4) 53 % osób wykonujących zawód ratownika medycznego i obowiązki kierowcy ambulansu ZRM,
5) 77 % osób wykonujących wyłącznie obowiązki kierowcy ambulansu ZRM.

Zatrudnienie na podstawie stosunku pracy stanowi postulat od lat podnoszony przez środowisko ratownicze. Taka forma zatrudnienia sprzyja stabilizacji pozyskiwania kadry na rynku pracy, zabezpieczeniu składek na ubezpieczenia społeczne, pomaga egzekwować prawo pracowników do ubiegania się o dofinansowanie kursów doskonalących i umundurowania. Stosunek pracy nie pozwala na przekroczenie ustawowego maksymalnego czasu pracy, co jest nagminne w przypadku umów cywilno-prawnych.

Projekt ustawy wprowadza zaostrzenie przepisów dotyczących wymaganego doświadczenia zawodowego członków podstawowego zespołu ratownictwa medycznego, w tym wprowadzenie kursu specjalistycznego dla kierowników zespołów. Obecnie obowiązujące przepisy nie wprowadzają obowiązku zatrudniania na stanowisku kierownika ZRM ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu legitymującej się doświadczeniem zawodowym w pracy w zespole ratownictwa medycznego lub szpitalnym oddziale ratunkowym. Daje to możliwość zatrudnienia w podstawowym zespole ratownictwa medycznego dwóch osób uprawnionych do udzielania medycznych czynności ratunkowych bez żadnego doświadczenia, bezpośrednio po zakończeniu przez nie kształcenia i po zdaniu PERM. Takie rozwiązanie nie gwarantuje pełnego bezpieczeństwa dla osób będących stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, gdyż dopiero zdobyte doświadczenie gwarantuje najwyższą jakość udzielanych medycznych czynności ratunkowych, co przekłada się bezpośrednio na jakość funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Celem kursu specjalistycznego

będzie poszerzenie wiedzy i umiejętności praktycznych personelu zespołu ratownictwa medycznego – niezależnie od realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, co jednocześnie pozwoli po ukończeniu tego kursu na wykonywanie dodatkowych medycznych czynności ratunkowych, wykraczających poza listę podstawową. Zakłada się, że kurs będzie się odbywał na podstawie programu zaakceptowanego przez CMKP. Kurs prowadzić będą podmioty wpisane na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu dodatkowego i kończyć się on będzie egzaminem. Zakres medycznych czynności ratunkowych, dodatkowych medycznych czynności ratunkowych, a także zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ratownika medycznego samodzielnie lub pod nadzorem lekarza zostanie określony w rozporządzeniu.

Projekt ustawy doprecyzowuje podmioty uprawnione do używania oznaczeń systemu oraz zasady nadawania numerów identyfikacyjnych jednostek systemu, skoncentrowanych dyspozytorni medycznych oraz innych elementów systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, od których zależy szybkość komunikacji i jednoznaczne identyfikowanie elementów systemu.

Projekt ustawy przewiduje również, poprzez nowelizację art. 57 ust. 1 pkt 1 ustawy o PRM, umożliwienie uzyskania statusu lekarza systemu, również lekarzom posiadającym specjalizację lub tytuł specjalisty albo który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie kardiologii, neurologii, urologii i medycyny rodzinnej.

Projekt ustawy przewiduje, że w ciągu trzech lat od wejścia ustawy w życie w ZRM nie będzie osób pełniących wyłącznie funkcję kierowcy ambulansu. Obecnie w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne pracuje 743 kierowców ambulansów (w przeliczeniu na etaty). Kierowcy ci nie posiadają kwalifikacji udzielania jakichkolwiek świadczeń poszkodowanym. Takie rozwiązanie jest niepraktyczne i nie wykorzystuje w pełni posiadanych zasobów.

Ustawa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2018 r., z wyjątkiem przepisów dotyczących: utworzenia rejestru zewnętrznych defibrylatorów automatycznych, które wejdą w życie z dniem 1 stycznia 2019 r., bo to, aby dać czas podmiotom odpowiedzialnym za jego prowadzenie i aktualizację na utworzenie programu teleinformatycznego oraz na uzupełnienie danych w rejestrze.

Od 1 stycznia 2019 r. wejdzie w życie również regulacja dotycząca prowadzenia Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego przez dysponenta

lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Do tego czasu zostanie zbudowana infrastruktura i zespół specjalistów konieczny do rozpoczęcia realizacji tego zadania.

Z dniem 1 stycznia 2020 r. zaczną obowiązywać przepisy odnoszące się do nowego sposobu kontraktowania świadczeń ratowniczych, bez procedury konkursowej, na podstawie wykazów podmiotów leczniczych ujętych w wojewódzkich planach działania systemu. Plany te będą przewidywały realizację świadczeń ratowniczych przez nowy typy ZRM: 3-osobowe zespoły podstawowe i zespoły motocyklowe. Dysponentami ZRM od dnia 1 stycznia 2020 r. będą mogły być wyłącznie podmioty lecznicze będące samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej albo spółkami z większościowym udziałem kapitału publicznego.

Od 1 stycznia 2020 r. wejdą w życie również regulacje dotyczące przejęcia dyspozytorni medycznych przez wojewodów i zatrudniania dyspozytorów medycznych oraz członków ZRM na podstawie stosunku pracy. W okresie przejściowym konieczne będzie dokonanie zmian w zakresie struktury ZRM, formy zatrudnienia personelu, sporządzenia i skonsultowania nowych wojewódzkich planów działania systemu, przeniesienia dyspozytorni od dysponentów ZRM do urzędów wojewódzkich, ustalenia nowego sposobu finansowania i kontraktowania świadczeń ratowniczych.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

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. z 2002 r. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

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** Pan Marek Tombarkiewicz – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia **Kontakt do opiekuna merytorycznego projektu** Pan Mateusz Komza - Dyrektor Departamentu Spraw Obronnych, Zarządzania Kryzysowego, Ratownictwa Medycznego, i Ochrony Informacji Niejawnych w Ministerstwie Zdrowia tel. 22 63 49 443	**Data sporządzenia** **14.10.2016 r.** **Źródło:** Expose Pani Beaty Szydło - Prezesa Rady Ministrów **Nr w wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów:** UD 29

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Jaki problem jest rozwiązywany?

Przesłanką do przygotowania projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw jest konieczność zwiększenia nadzoru państwa nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) dotyczy w głównej mierze tzw. „upaństwowienia" systemu, stabilizacji zatrudnienia członków zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych oraz podniesienia jakości kształcenia członków zespołów ratownictwa medycznego, a także dyspozytorów medycznych. Konieczna stała się także reakcja na rosnące problemy w zapewnieniu obsady lekarskiej w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego i na stanowiskach lekarzy koordynatorów ratownictwa medycznego. Projekt ustawy stanowi także odpowiedź na dokonujący się postęp technologiczny w obsłudze zgłoszeń alarmowych na stanowiskach dyspozytorów medycznych i rosnącą rolę dyspozytorów medycznych w zapewnieniu należytego dostępu do świadczeń ratowniczych, a także w działaniach logistycznych w szczególności w przypadku zdarzeń mnogich i masowych. Niezbędne jest również zapewnienie bezpieczeństwa funkcjonowania całej infrastruktury związanej z powiadamianiem ratunkowym na użytek systemu PRM. Z uwagi na zmieniające się warunki na rynku pracy konieczne stało się monitorowanie liczby ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych czynnych zawodowo, co pozwoli również na oszacowanie potrzeb w zakresie kształcenia nowych kadr. Zidentyfikowano ponadto problem luk w zapewnieniu transportu międzyszpitalnego osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pomiędzy szpitalami – zwłaszcza w sytuacjach, gdy transport ten jest niezbędny w trybie natychmiastowym i w standardzie odpowiadającym zespołowi ratownictwa medycznego.

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

Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw zawiera rozwiązania zmierzające do upublicznienia ratownictwa medycznego. Zawieranie umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego będzie się odbywało z pominięciem procedury konkursowej w oparciu o wykazy podmiotów leczniczych zabezpieczających poszczególne rejony operacyjne, pokrywające się z obszarami działania dyspozytorni medycznych, zawarte w planach działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Wojewoda powierzy zawarcie umów, ich rozliczanie i kontrolę dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Stroną umów będzie mógł być tylko podmiot leczniczy będący samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostek samorządu terytorialnego, lub uczelni medycznej.

Dyspozytornie medyczne będą jednostkami organizacyjnymi urzędów wojewódzkich. Będą przy nich działać stanowiska wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz stanowiska lekarzy konsultantów zespołów ratownictwa medycznego. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego zostaną zobowiązani do zapewnienia możliwości przeprowadzenia e - konsultacji za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Poprawa warunków pracy personelu medycznego zostanie osiągnięta poprzez wykonywanie zadań w ramach stosunku pracy i wprowadzenie obowiązku zapewnienia wsparcia psychologicznego. Ciągły, bieżący nadzór nad realizacją zadań przez zespoły ratownictwa medycznego i dyspozytornie medyczne na poziomie województwa poprzez zmianę stanowiska lekarza koordynatora ratownictwa medycznego na wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

Dyspozytornie medyczne będą tworzone w liczbie nie większej niż:

1) jedna w województwie do 2 mln mieszkańców;
2) dwie w województwie od 2-4 mln mieszkańców;
3) trzy w województwie powyżej 4 mln mieszkańców.

Powyższe przyniesie zdecydowaną oszczędność w kosztach działania stanowisk dyspozytorów medycznych z tytułu:

- koncentracji tych dyspozytorni i zmniejszenia łącznej liczby i powierzchni użytkowanych nieruchomości,
- dalszego zmniejszenia liczby stanowisk dyspozytorów medycznych (zgodnie z danymi za II kwartał 2016 r. w kraju

jest 287 stanowisk, a docelowo ma ich być 226).
Poprawie ulegnie standard obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach w związku z wprowadzeniem nowej struktury organizacyjnej w skoncentrowanych dyspozytorniach medycznych oraz powszechne wykorzystywanie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) do obsługi zdarzeń medycznych.
Powołane zostanie Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, w skład którego wejdą dwa piony:
1) pion szkoleniowy w postaci:
- centrum monitoringu (weryfikacja poprawności obsługi zgłoszeń alarmowych, monitorowanie obsługi zgłoszeń alarmowych z wykorzystaniem SWD PRM, monitorowanie zasobów systemu w zakresie obejmującym dyspozytorów medycznych i identyfikowanie potrzeb w tym zakresie);
- ośrodka szkoleniowego (opracowywanie i aktualizacja standardów obsługi zgłoszeń alarmowych przez dyspozytorów medycznych, prowadzenie szkoleń wstępnych dla dyspozytorów medycznych przed zatrudnieniem, prowadzenie kursów, opracowywanie testów do wstępnej kwalifikacji dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego ubiegających się o zatrudnienie).
2) pion do zapewnienia utrzymania, rozwoju i obsługi technicznej SWD PRM.
Przewiduje się umiejscowienie KCMRM w strukturze organizacyjnej SP ZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - jednostki podległej i nadzorowanej przez Ministra Zdrowia.
Liczba ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych oraz realizacja przez nich indywidualnego rozwoju zawodowego będą monitorowane w oparciu o rejestry prowadzone przez właściwych wojewodów. Prowadzenie rejestrów będzie należało do zadań jednostki podległej Ministrowi Zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia. Rozszerzeniu ulegnie katalog dostępnych form indywidualnego rozwoju zawodowego, a mianowicie doskonalenie zawodowe (kursy doskonalące i samokształcenie), kursy specjalistyczne uprawniające do pracy na stanowisku kierownika zespołu ratownictwa medycznego (dostępne również dla pielęgniarek systemu) oraz kursy kwalifikacyjne, mające na celu uzyskanie przez ratownika medycznego dodatkowych kwalifikacji i umiejętności do udzielania określonych świadczeń zdrowotnych wchodzących w zakres danej dziedziny mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, czyli zwiększające kompetencje zawodowe ratowników medycznych do udzielania świadczeń zdrowotnych na oddziałach szpitalnych o różnych profilach.
Likwidacja specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego i wprowadzenie na ich miejsce podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w trzyosobowym składzie oraz motocyklowych zespołów ratunkowych pozwoli na utrzymanie należytej dostępności do świadczeń ratowniczych w warunkach rosnącego deficytu lekarzy w ratownictwie pozaszpitalnym. Uwolnione w ten sposób ponad 3000 etatów przeliczeniowych lekarzy systemu będzie mogło zasilić obsadę szpitalnych oddziałów ratunkowych. Powstałe w ten sposób oszczędności pozwolą na zatrudnienie ratowników medycznych lub pielęgniarek systemu na miejsce lekarzy, uruchomienie motocyklowych zespołów ratownictwa medycznego oraz zatrudnienie trzeciej osoby w zespołach, które dotychczas były trzyosobowe.
Zakłada się, że w uzasadnionych sytuacjach możliwe będzie zadysponowanie zespołów ratownictwa medycznego do transportu międzyszpitalnego osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, po dokonaniu uprzedniej weryfikacji takiego transportu przez dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Nieuzasadniony transport międzyszpitalny obarczony będzie karą w wysokości 50 % dobowego ryczałtu zespołu ratownictwa medycznego.
Uporządkowania wymaga sposób zbierania, aktualizowania i udostępniania informacji o lokalizacji defibrylatorów automatycznych (AED) w budynkach użyteczności publicznej. Temu celowi ma służyć rejestr AED, do którego zgłoszeń dokonywać będą osoby i firmy znajdujące się w posiadaniu defibrylatorów. Rejestr AED będzie wykorzystywany przede wszystkim na potrzeby SWD PRM.
Inne zmiany w obszarze kształcenia i uprawnień do poszczególnych czynności zakładają:
- umożliwienie lekarzom, lekarzom dentystom, pielęgniarkom, położnym, ratownikom medycznym udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy bez konieczności ukończenia kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy;
- umożliwienie ratownikom morskim uzyskania statusu ratownika po odbyciu kursu II i III stopnia;
- wprowadzenie nowych zasad uzyskania zezwolenia na prowadzenie kursu kwalifikowanej pierwszej pomocy.
Projekt ustawy przewiduje ponadto wprowadzenie wzoru karty kwalifikowanej pierwszej pomocy dla jednostek współpracujących z systemem PRM w celu ujednolicenia dokumentacji stosowanej przez ratowników.

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

Najczęściej spotykane rozwiązanie w zakresie struktury zespołów ratownictwa medycznego zakłada jej wielostopniowość – zespoły paramedyczne (bez lekarza w składzie) jako zespoły pierwszego rzutu oraz zespoły z lekarzem w składzie jako zespoły drugiego rzutu dysponowane do ciężkich zachorowań i urazów oraz do dzieci. W Austrii Czerwony Krzyż posiada większość ambulansów ratownictwa medycznego. W 2008 r. dysponował on 427 stacjami ratownictwa medycznego z prawie 2 tys. karetek. Jedynie 10% ratowników medycznych Austriackiego Czerwonego Krzyża stanowią ratownicy zawodowi; pozostali to ochotnicy, z których część posiada tylko podstawowe umiejętności.
W Republice Federalnej Niemiec podstawę systemu ratownictwa medycznego przedszpitalnego stanowią zespoły złożone przynajmniej z dwóch osób, w tym przynajmniej z jednego ratownika medycznego po dwuletniej szkole; drugą

osobą może być sanitariusz ratunkowy po półrocznym szkoleniu; lekarz ratunkowy dostępny jest najczęściej w systemie *randez – vous* albo dopiero w szpitalu.
We Francji natomiast ratownictwo medyczne opiera się na zespołach z lekarzami; dyspozytorami medycznymi mogą być także wyłącznie lekarze (w Polsce lekarze, pielęgniarki i ratownicy medyczni). W Szwecji w ambulansach ratunkowych są lekarze , nie ma specjalizacji z medycyny ratunkowej, a świadczeń ratujących życie zobowiązani są udzielać lekarze wszystkich specjalności. Pacjentami w stanie zagrożenia życie lekarze anestezjolodzy zajmują się najczęściej dopiero w szpitalach. Lekarze tylko w wyjątkowych przypadkach udają się na miejsce zdarzenia.
Podstawowy model finansowania ratownictwa medycznego polega na opłacaniu tych świadczeń z systemu powszechnych ubezpieczeń lub z budżetu państwa na podstawie umów zawieranych ze świadczeniodawcami w ramach konkursu ofert lub w trybie pozakonkursowym. Na Węgrzech przedszpitalne świadczenia ratownicze wykonywane są przez Narodową Służbę Ambulansową, a w przypadkach nie mających charakteru nagłego część świadczeń przejmują podmioty prywatne, przy czym całość usług koordynuje Narodowa Służba Ambulansowa. Obowiązującym w Niemczech i Austrii rozwiązaniem jest znaczne zaangażowanie w ratownictwo medycznego organizacji i stowarzyszeń społecznych (Czerwony Krzyż, Związek Samarytan Zakony Joannitów i Kawalerów Maltańskich).
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 przygotowanie i aktualizacja wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne zgodnie z nową definicją rejonu operacyjnego oraz przejęcie w struktury urzędów wojewódzkich skoncentrowanych dyspozytorni medycznych. Wojewodowie będą odpowiedzialni za dokonywane wpisów w rejestrach: ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych i w rejestrze defibrylatorów automatycznych, a także za wydawanie prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego.
Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego	Ok. 190	Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego/wojewodowie	Zmiana składu zespołów ratownictwa medycznego, zapewnienie e – konsultacji.
Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	1	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Utworzenie Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego
Minister Zdrowia	1	Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów	Utworzenie rejestrów: ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych i rejestru defibrylatorów automatycznych.
Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego	1	Ustawa	Opracowanie programów kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych. Organizacja i prowadzenie kursów kwalifikacyjnych.

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, Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego, Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumenta, 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, Polską Konfederację Pracodawców Prywatnych Lewiatan, 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, Związek Pracodawców Służby Zdrowia MSW, 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, 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 zostaną omówione w raporcie dołączonym do niniejszej Oceny.

W celu realizacji obowiązku określonego w art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. poz. 1414, z późn. zm.) 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 28 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. poz. 979, z późn. zm.) 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	
budżet państwa												
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Wydatki ogółem												
budżet państwa	0	18,0	38,7	40,5	40,6	31,8	33,5	38,9	41,7	35,6	43,4	362,7
JST												
pozostałe jednostki (oddzielnie)												
Saldo ogółem	0	-18,0	-38,7	-40,5	-40,6	-31,8	-33,5	-38,9	-41,7	-35,6	-43,4	-362,7
budżet państwa	0											
JST												
pozostałe jednostki												

(oddzielnie)	
Źródła finansowania	Budżet państwa w części 85 - Wojewodowie oraz w części 46 – Zdrowie
Dodatkowe informacje, w tym wskazanie źródeł danych i przyjętych do obliczeń założeń	

Tab. 1. Koszty Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego w części 46 – zdrowie

	Część szkoleniowa			Część SWD PRM			
Rok	Nieruchomość	Wydatki osobowe	Wyposażenie	Wydatki inwestycyjne	Wydatki bieżące	Wydatki osobowe	Razem
2018	9 435 028						9 435 028
2019	29 474 878		1 250 500				30 725 378
2020	306 348	3 487 005		17 982 400	8 934 217	2 052 000	32 761 970
2021	310 330	3 556 745		17 314 400	9 550 077	2 097 144	32 828 696
2022	314 365	3 627 880		9 174 400	8 660 071	2 143 281	23 919 997
2023	1 218 451	3 700 437		9 674 400	8 875 288	2 190 433	25 659 010
2024	1 222 591	3 774 446		13 314 400	10 555 858	2 238 623	31 105 918
2025	1 226 785	3 849 935		16 782 400	9 671 491	2 287 873	33 818 483
2026	1 231 033	3 926 934		10 374 400	9 891 501	2 338 206	27 762 073
2027	1 235 336	4 005 472		17 314 400	10 604 026	2 389 646	35 548 881
Razem:	45 975 145	29 928 853	1 250 500	111 931 200	77 152 528	17 737 206	283 975 43

Przy określaniu nakładów finansowych niezbędnych do utworzenia Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego uwzględniono poniższe wydatki.

I. W zakresie pionu szkoleniowego.

1. Wystąpienie i uzyskanie decyzji o środowiskowych uwarunkowaniach realizacji inwestycji – 61 500 zł.
2. Wystąpienie i uzyskanie decyzji o warunkach zabudowy, warunkach przyłączeniowych i innych dokumentów formalno-prawnych – 12 300 zł.
3. Wykonanie dokumentacji projektowej, w tym uzyskanie decyzji o warunkach zabudowy, mapach do celów projektowych, warunkach przyłączeniowych i innych dokumentów formalno-prawnych, zakończone uzyskaniem prawomocnego pozwolenia na budowę – 615 000 zł.
4. Budowa obiektu – 34 309 735 zł.
5. Wyposażenie budynku - meble, itp. – 3 000 000 zł.
6. Sprzęt teleinformatyczny, kontrola dostępu, monitoring jak dla budynku infrastruktury krytycznej – 5 000 000,00 zł
7. Dzierżawa gruntu (2500 m2) 1,5 zł/m2 + roczna 1,3 % inflacja – 477 258,69 zł
8. Podatek od nieruchomości – 846 275 zł.
9. Koszty eksploatacji – 1 653 076 zł.

Razem: 45 975 145 zł.

10. W roku 2020 koszty zatrudnienia pracowników w liczbie 47,5 etatu przeliczeniowego, przy średniej stawce 6 117,55 zł na jeden etat. Łączna kwota na wynagrodzenia wyniesie 29 928 853 zł w skali 8 lat (2020-2027), licząc wzrost wynagrodzenia wg wskaźnika 1,02 rok do roku.
11. Wyposażenie w asortymencie obejmującym m. in. konsole dyspozytorskie z jednostkami komputerowymi, fantomy, symulatory, i wyroby medyczne wyceniono na 1 250 500 (w roku 2019).

II. W zakresie pionu SWD PRM:

1. Zakłada się, że w latach 2018-2019 zadania związane z utrzymaniem, obsługą techniczną i rozwojem SWD PRM będą realizowane przez jednostkę podległą Ministrowi Zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia (Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia). Od roku 2020 realizację zadania przejmie SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR). Przyjęto założenie, że całość sprzętu i oprogramowania zakupionego na potrzeby SWD PRM i użytkowanego przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia docelowo zostanie przekazana do LPR. Jednocześnie w momencie przejmowania SWD PRM zostanie złożona propozycja przejęcia przez LPR części zespołu dedykowanego SWD PRM do utrzymania i obsługi technicznej tego systemu w CSIOZ, co zapobiegnie konieczności szkolenia nowego personelu.
2. W ramach realizacji zadania założono obsadę centrum technicznego SWD PRM na poziomie 20,5 etatu. Koszt wydatków osobowych na ten cel wyniesie 17 737 206 zł, przy średniej stawce 9013 zł na jeden etat
3. Wydatki inwestycyjne obejmą utrzymanie sprawności i niezawodności narzędzi informatycznych i telekomunikacyjnych, wykorzystywanych na potrzeby SWD PRM. Roczny koszt utrzymania SWD

PRM stanowić będzie 15% wartości zakupionego sprzętu i oprogramowania dedykowanego temu systemowi (szacowane na podstawie informacji przekazanych przez zlikwidowane w roku 2016 Centrum Cyfrowej Administracji). Dodatkowo w latach: 2021, 2024 i 2027 koszt został powiększony o 15% wartości sprzętu i oprogramowania planowanego do zakupu w ramach prac rozwojowych SWD PRM, przy czym zakłada się, że SWD PRM w wersji 4.0 będzie kompatybilny z wersją 3.0. Na chwilę przygotowania niniejszego OSR obowiązuje wersja 1.0.

4. W latach 2021 i 2024 (a następnie w roku 2027) zaplanowano wymianę sprzętu serwerowego zakupionego w ramach rozwoju SWD PRM na potrzeby rozbudowy infrastruktury techniczno-systemowej (ITS) dla zapewnienia nowych funkcjonalności SWD PRM. Konieczność wymiany ITS jest związana z zapewnieniem wysokiego poziomu niezawodności SWD PRM i jego rozwoju. W związku z rozwojem SWD PRM zaplanowano szkolenia dla użytkowników i administratorów systemu. Dodatkowo przewidziano wymianę sprzętu dla systemu backup i centrum certyfikatów.

5.W roku 2020 i 2025 zaplanowano wymianę konsol i stanowisk dyspozytorskich. Założono wymianę 421 takich zestawów w ramach wyposażenia stanowisk: podstawowych, zapasowych, szkoleniowych oraz stanowisk dyspozytorów głównych i koordynatorów ratownictwa medycznego z uwzględnieniem 2 stanowisk przeniesionych z CSIOZ do LPR i dodatkowo 3 konsol telefonicznych w Ministerstwie Zdrowia. Szacowany koszt jednej konsoli to 10 tys. zł oraz dodatkowo 8 tys. zł na zakup stanowiska dostępowego z trzema monitorami – razem 18 tys. zł.

6. Ponadto zgodnie z przyjętym założeniem utrzymano sukcesywną wymianę wyposażenia w ambulansach (tablet, drukarka, urządzenie GPS, okablowanie). Założono, że od 2020 roku corocznie wymieniane będzie 30% wyposażenia przekazanego dysponentom zespołów ratownictwa medycznego (30% z 1888 zestawów), w celu umożliwienia sprawnego działania wszystkich ZRM i odtworzenia całości sprzętu w cyklach 3-letnich począwszy od roku 2018 (2021, 2024 i 2027).

6. Jednocześnie w latach 2020, 2023 i 2026 przyjęto odtworzenie systemu do obsługi helpdesk, monitoringu i zdalnego zarządzania.

7. W kosztach technicznych ujęto także koszty utrzymania powierzchni serwerowej na potrzeby SWD PRM w Centrum Przetwarzania Danych Ministerstwa Finansów i Komendy Głównej Policji, koszty utrzymania certyfikatów zewnętrznych i licencji podkładów mapowych wykorzystywanych w ambulansach. Przewidziano również koszty związane z utrzymaniem zespołów projektowych wraz ze szkoleniami, usługi doradcze w zakresie doraźnych konsultacji zewnętrznych specjalistów, którzy będą zatrudniani w różnych okresach i w różnej liczbie w zależności od potrzeb wynikających z przebiegu prac projektowych, a także przewidziano nakłady związane z promocją rozbudowywanego systemu.

8. Szacowany koszt wydatków związanych z SWD PRM w latach 2020 - 2027 po stronie Ministra Zdrowia wyniesie 283 565 432 zł.

Tab. 2. Rejestr ratowników medycznych, rejestr dyspozytorów medycznych i rejestr defibrylatorów automatycznych - w części 46 – zdrowie.

Rok	Koszty osobowe	Szkolenia	Zakup usług pozostałych	Razem w zł.
2018	240 000	15 000	350 000	605 000
2019	244 800	16 000	103 400	364 200
2020	249 696	16 000	83 000	348 696
2021	254 690	16 000	86 000	356 690
2022	259 784	17 000	150 000	426 784
2023	264 979	17 000	92 000	373 979
2024	270 279	17 000	95 000	382 279
2025	275 685	18 000	165 000	458 685
2026	281 198	18 000	101 000	400 198
2027	286 822	18 000	101 000	405 822
Razem	2 627 933	168 000	1 326 400	4 122 333

Utworzenie systemu teleinformatycznego obsługującego rejestry: ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych i rejestr defibrylatorów automatycznych, utrzymanie ich funkcjonalności oraz modyfikacje będą skutkowały zwiększeniem wydatków budżetu państwa po stronie ministra właściwego do spraw zdrowia. Zadania tę będą realizowane przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwą w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

Koszt utworzenia i utrzymania systemu teleinformatycznego obsługującego rejestr w latach 2018 – 2027 szacuje się na poziomie 4 122 333 zł, z czego:

1) wydatki osobowe kształtować się będą na poziomie 2 627 933zł,

2) koszty szkoleń - 168 000,
3) koszt zakupu usług pozostałych – 1 326 400 zł.

Przewiduje się, że w celu stworzenia programu teleinformatycznego, będącego narzędziem do obsługi rejestrów konieczne jest powołanie dwóch dodatkowych etatów w CSIOZ. Do realizacji zadań w ramach systemu obsługującego rejestry przewidzianych jest dwóch głównych specjalistów z doświadczeniem zawodowym w obszarze informatyki. Dlatego też przyjęto średnie wynagrodzenie na poziomie ok. 10 000 zł brutto. Zgodnie z założeniami CSIOZ, przyjęto średni koszt wynagrodzenia jednego pracownika, niezależnie od roli i stanowiska, na poziomie 10 tys. zł brutto wraz z pochodnymi po stronie pracodawcy, przy czym od 2019 roku przyjęto wzrost wynagrodzenia wg wskaźnika 1,02 rok do roku. Przyjęto, że łączny koszt wynagrodzenia dla 2 etatów w CSIOZ w latach 2018-2027 wyniesie 2 627 93 zł.

Szkolenia pracowników CSIOZ obejmują specjalistyczne szkolenia informatyczne z zastosowanej infrastruktury techniczno-systemowej. Szkolenia przewidziane zostały w każdym roku ze względu na konieczność zapewnienia ciągłej aktualizacji wiedzy z zakresu oprogramowania, do którego mogą być wydawane kolejne wersje.

Szkolenia użytkowników przewidziane są do realizacji w ramach wytworzenia systemu oraz będą przeprowadzane także przez pracowników CSIOZ.

Wydatki (rozliczane np. godzinowo) ponoszone na zakup usług pozostałych obejmują wynajęcie zasobów przede wszystkim programistycznych, mających na celu wytworzenie systemu teleinformatycznego na potrzeby utworzenia rejestrów, wprowadzanie zmian, usprawnień i dodatkowych funkcjonalności.

Tab. 3. Kurs specjalistyczny i kwalifikacyjny dla ratowników medycznych i pielęgniarek systemu w części 46 – zdrowie.

Rok	Koszty Programu - koszt MZ	Koszt osobowy po stronie MZ	Koszt osobowy po stronie CMKP	Razem w zł.
2018	75 000	52 000	52 000	179 000
2019	0	52 000	52 000	104 000
2020	0	52 000	52 000	104 000
2021	0	52 000	52 000	104 000
2022	0	52 000	52 000	104 000
2023	0	52 000	52 000	104 000
2024	0	52 000	52 000	104 000
2025	0	52 000	52 000	104 000
2026	0	52 000	52 000	104 000
2027	0	52 000	52 000	104 000
Razem:	75 000	520 000	520 000	1 115 000

Koszt programów ramowych kursów specjalistycznego i kwalifikacyjnych - oszacowano na 12 500,00 zł, na co się składa opłata dla ekspertów (5 osób po 2 000,00 zł.) koszt recenzji (1 500,00 zł) oraz koszt redakcji (1 000,00 zł). Koszty oszacowane w przeliczeniu na jeden program kursu specjalistycznego i 5 programów kursów kwalifikacyjnych w rozbiciu na poszczególne dziedziny medycyny (łącznie 6 programów).

Zadania przypisane Ministrowi Zdrowia wynikające z projektowanej ustawy spowodują konieczność utworzenie dwóch dodatkowych etatów, po jednym: w Ministerstwie Zdrowia i w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Szacuje się, iż wygeneruje to koszty, licząc od 2018 r., w wysokości 52 000,00 zł rocznie (1 etat x 12 x 4000 + wynagrodzenie dodatkowe = 52 000).

Tab. 4. Całkowite koszty projektu ustawy w części 46 – zdrowie.

Rok	KCMRM	Rejestry	Kursy	Razem		w tys. zł
2018	9 435 028	605 000	179 000	10 219 028		10 219
2019	30 725 378	364 200	104 000	31 193 578		31 194
2020	32 761 970	348 696	104 000	33 214 666		33 215
2021	32 828 696	356 690	104 000	33 289 385		33 289
2022	23 919 997	426 784	104 000	24 450 780		24 451
2023	25 659 010	373 979	104 000	26 136 990		26 137

2024	31 105 918	382 279	104 000	31 592 197	31 592
2025	33 818 483	458 685	104 000	34 381 167	34 381
2026	27 762 073	400 198	104 000	28 266 271	28 266
2027	35 548 881	405 822	104 000	36 058 703	36 059
Razem	283 565 432	4 122 333	1 115 000	288 802 765	288 803

Tab. 5.Koszty wsparcia psychologicznego dla dyspozytorów medycznych w części 85 – wojewodowie.

Rok	Stawka na etat	Liczba dyspozytorni	Razem w zł.
2018	6 500,00	26	2 028 000,00
2019	6 500,00	26	2 028 000,00
2020	6 500,00	26	2 028 000,00
2021	6 500,00	26	2 028 000,00
2022	6 500,00	26	2 028 000,00
2023	6 500,00	26	2 028 000,00
2024	6 500,00	26	2 028 000,00
2025	6 500,00	26	2 028 000,00
2026	6 500,00	26	2 028 000,00
2027	6 500,00	26	2 028 000,00
		Razem:	20 280 000,00

Przewiduje się, że w każdej z 26 planowanych docelowo dyspozytorni medycznych zorganizowane zostanie wsparcie psychologiczne w wymiarze odpowiadającym jednemu etatowi psychologa, który będzie realizował swoje zadania zarówno poprzez opiekę psychologiczną po zdarzeniu, jak i profilaktykę zagrożeń, wynikających z pracy dyspozytora medycznego.

Tab. 6. Koszty lekarzy – konsultantów z urzędach wojewódzkich w części 85 – wojewodowie.

Rok	Stawka na etat	Liczba etatów przeliczeniowych	Liczba Urzędów Wojewódzkich	Razem w zł
2018	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
2019	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
2020	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
2021	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
2022	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
2023	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
2024	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
2025	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
2026	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
2027	5 000,00	4,50	16	4 320 000,00
			Razem	43 200 000,00

W każdym urzędzie wojewódzkim będzie działało jedno całodobowe stanowisko lekarza – konsultanta zespołów ratownictwa medycznego. Do zabezpieczenia obsady tego stanowiska w wymiarze 24 h/dobę konieczne jest zatrudnienie lekarzy systemu w wymiarze 4,5 etatu (z uwzględnieniem urlopów, zwolnień lekarskich i czasu wolnego). Przewidywalne wynagrodzenie oszacowano na poziomie 5 tys. zł brutto dla jednej osoby miesięcznie.

Tab. 7. Koszty osobowe członków korpusu służby cywilnej po stronie wojewodów - w części 85 - wojewodowie.

Rok	Liczba etatów	Razem w zł.
2018	16	832 000
2019	16	832 000

2020	16		832 000
2021	16		832 000
2022	16		832 000
2023	16		832 000
2024	16		832 000
2025	16		832 000
2026	16		832 000
2027	16		832 000
Razem			8 320 000

Koszty osobowe po stronie wojewodów, licząc od 2018 r., w wysokości 52 000,00 zł rocznie brutto (1 etat x 12 miesięcy x 4000,00 zł + wynagrodzenie dodatkowe = 52 000,00 zł) będą związane z koniecznością zatrudnienia pracownika do obsługi rejestrów: ratowników medycznych, dyspozytorów medycznych i rejestru defibrylatorów automatycznych oraz wydawania prawa wykonywania zawodu ratownika medycznego.

Tab. 8. Koszty dokumentu - prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego – w części 85 – wojewodowie.

Rok	Liczba ratowników medycznych	Wydatek, licząc 50 zł za jedno PWZ w zł.	
2018	11 500		575 000
2019	6 500		325 000
2020	2 500		125 000
2021	2 500		125 000
2022	2 500		125 000
2023	2 500		125 000
2024	2 500		125 000
2025	2 500		125 000
2026	2 500		125 000
2027	2 500		125 000
Razem:	38 000		1 900 000

Szacuje się, że w pierwszych latach o prawo wykonywania zawodu, oprócz nowych absolwentów studiów licencjackich, których liczbę ocenia się na 2500 osób rocznie, prawo wykonywania zawodu będzie wydane także już działającym ratownikom medycznym. Obecnie liczbę czynnych zawodowo ratowników medycznych udzielających świadczeń w jednostkach systemu PRM ocenia się na 13 000 osób. Przewiduje się, że spośród nich około 9 000 osób wystąpi o wydanie prawa wykonywania zawodu w roku 2018, zaś kolejne 4000 w roku 2019. W kolejnych latach o prawo wykonywania zawodu będzie występowało około 2500 osób (tylko absolwenci i nieistotna statystycznie liczba obcokrajowców).

Tab. 9. Kontrola podmiotów prowadzących kursy specjalistyczne dla ratowników medycznych i pielęgniarek systemu w części 85- wojewodowie.

Rok	Kontrola podmiotów - koszt wojewodów w zł.	
2018		15 000
2019		15 000
2020		15 000
2021		15 000
2022		15 000
2023		15 000
2024		15 000
2025		15 000

2026	15 000
2027	15 000
Razem:	150 000

Kontrola podmiotów - przyjęto, że z uwagi na konieczność sprawowania należytego nadzoru nad podmiotami realizującymi kurs specjalistyczny, a także biorąc pod uwagę możliwości organizacyjne, rocznie odbywać się będzie około 10 kontroli tych podmiotów. Koszt jednej kontroli wyliczono, przyjmując, że w zespole kontrolującym będą trzy osoby, a stawka na jedną osobę wyniesie 500,00 zł, co daje 1 500,00 zł na jedną kontrolę.

Tab. 10. Całkowite koszty projektu ustawy w części 85 – wojewodowie.

Rok	Psycholog	Lekarz konsultant	Osobówka	PWZ	Kursy specjalistyczne	Razem w zł	Razem w tys. zł.
2 018	2 028 000	4 320 000	832 000	575 000	15 000	7 770 000	7 770
2 019	2 028 000	4 320 000	832 000	325 000	15 000	7 520 000	7 520
2 020	2 028 000	4 320 000	832 000	125 000	15 000	7 320 000	7 320
2 021	2 028 000	4 320 000	832 000	125 000	15 000	7 320 000	7 320
2 022	2 028 000	4 320 000	832 000	125 000	15 000	7 320 000	7 320
2 023	2 028 000	4 320 000	832 000	125 000	15 000	7 320 000	7 320
2 024	2 028 000	4 320 000	832 000	125 000	15 000	7 320 000	7 320
2 025	2 028 000	4 320 000	832 000	125 000	15 000	7 320 000	7 320
2 026	2 028 000	4 320 000	832 000	125 000	15 000	7 320 000	7 320
2 027	2 028 000	4 320 000	832 000	125 000	15 000	7 320 000	7 320
Razem	20 280 000	43 200 000	8 320 000	1 900 000	150 000	73 850 000	73 850

Tab. 11. Koszty łącznie w części 46 – zdrowie i w części 85 – wojewodowie.

Rok	Wojewodowie razem w tys. zł.	MZ razem w tys. zł.	Wojewodowie i MZ razem w tys. zł.	Wojewodowie i MZ razem w mln zł.
2 018	7 770	10 219	17 989	18,0
2 019	7 520	31 194	38 714	38,7
2 020	7 320	33 215	40 535	40,5
2 021	7 320	33 289	40 609	40,6
2 022	7 320	24 451	31 771	31,8
2 023	7 320	26 137	33 457	33,5
2 024	7 320	31 592	38 912	38,9
2 025	7 320	34 381	41 701	41,7
2 026	7 320	28 266	35 586	35,6
2 027	7 320	36 059	43 379	43,4
Razem	73 850	288 803	362 653	362,7

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

		Skutki						
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							
	(dodaj/usuń)							
W ujęciu	duże							

niepieniężnym	przedsiębiorstwa	
	sektor mikro-, małych i średnich przedsiębiorstw	
	Rodzina, obywatele oraz gospodarstwa domowe	
	(dodaj/usuń)	
Niemierzalne	(dodaj/usuń)	
	(dodaj/usuń)	
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

9. Wpływ na rynek pracy

Projektowana ustawa spowoduje konieczność zatrudnienia dodatkowych pracowników w Ministerstwie Zdrowia, urzędach wojewódzkich oraz CSIOZ.

10. Wpływ na pozostałe obszary

☐ środowisko naturalne ☐ sytuacja i rozwój regionalny ☐ inne:	☐ demografia ☐ mienie państwowe	✕ - informatyzacja ✕ -zdrowie
Omówienie wpływu		

11. Planowane wykonanie przepisów aktu prawnego

Wejście w życie ustawy umożliwi sprawowanie rzeczywistego nadzoru przez Ministra Zdrowia i wojewodów nad funkcjonowaniem systemu PRM.

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

Ocena skutków wejścia w życie projektowanych przepisów będzie możliwa po okresie co najmniej 1 roku jej obowiązywania poprzez 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 jednostek samorządu terytorialnego, lub uczelni medyczne;
- liczby rejonów operacyjnych i dyspozytorni medycznych.

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

Nie dotyczy.