Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Dz.U.2021.2053 t.j. z dnia 2021.11.15

Status: Akt obowiązujący

Wersja od: 26 maja 2022r. do: 31 grudnia 2022r.

Wejście w życie:
1 stycznia 2007 r. , 20 października 2006 r. , 4 listopada 2006 r. , 2 stycznia 2008 r. , 1 września 2009 r.

zobacz:

art. 67
Art. 67. [Wejście w życie ustawy]

Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r., z wyjątkiem:
1)
art. 64, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
2)
art. 18-22, 49 i 60, które wchodzą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia;
3)
art. 8, który wchodzi w życie z dniem 1 września 2009 r.;
4)
art. 52 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 2 stycznia 2008 r.

USTAWA

z dnia 8 września 2006 r.

o Państwowym Ratownictwie Medycznym

(T.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 2053; zm.: Dz. U. z 2021 r. poz. 1641 i poz. 2459 oraz z 2022 r. poz. 974.)

Rozdział 1

Przepisy ogólne

Art. 1. [System - Państwowe Ratownictwo Medyczne]

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. [Przedmiot ustawy]

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;
   3) dyspozytornie medyczne.
3. Z systemem współpracują jednostki, o których mowa w art. 15.

Art. 3. [Definicje]

Użyte w ustawie określenia oznaczają:

1) dysponent jednostki - podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którego skład wchodzi jednostka systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1;

2) kwalifikowana pierwsza pomoc - czynności podejmowane wobec osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez ratownika, o którym mowa w art. 13 ust. 1;

3) lekarz systemu:

a) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub

b) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub

c) lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty

- z zastrzeżeniem art. 57;

4) medyczne czynności ratunkowe - świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę

systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;

5) miejsce zdarzenia - miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, i obszar, na który rozciągają się jego skutki;

6) pielęgniarka systemu - pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym;

7) [1] pierwsza pomoc - zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, systemów i zestawów zabiegowych, w rozumieniu przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.), oraz produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

8) stan nagłego zagrożenia zdrowotnego - stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia;

9) szpitalny oddział ratunkowy - komórkę organizacyjną szpitala w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, stanowiącą jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 1, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie;

10) zespół ratownictwa medycznego - jednostkę systemu, o której mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2, podejmującą medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniającą wymagania określone w ustawie;

11) centrum urazowe - wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie

diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego, spełniającą wymagania określone w ustawie;

11a) centrum urazowe dla dzieci - wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, w którym działa szpitalny oddział ratunkowy, w której to części specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą organizacyjnie oraz zakresem zadań, w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta urazowego dziecięcego, spełniającą wymagania określone w ustawie;

12) pacjent urazowy - osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała;

12a) pacjent urazowy dziecięcy - osobę do ukończenia 18. roku życia w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała;

13) obszar działania - obszar działania zespołu ratownictwa medycznego, określony w sposób zapewniający realizację parametrów czasów dotarcia, o których mowa w art. 24, w ramach którego zespół ten będzie dysponowany na miejsce zdarzenia w pierwszej kolejności;

14) rejon operacyjny - rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu;

14a) dyspozytornia medyczna - komórkę organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2021 r. poz. 268), przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych;

14b) segregacja medyczna - proces ustalenia kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz w zespołach ratownictwa medycznego, realizowany wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniający stan zdrowia tych osób;

15) System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego - system teleinformatyczny umożliwiający przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z centrów powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, oraz powiadomień o zdarzeniach, dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację położenia geograficznego miejsca zdarzenia, pozycjonowanie zespołów ratownictwa medycznego oraz wsparcie realizacji zadań przez zespoły ratownictwa medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego i krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.

Art. 4. [Powszechny obowiązek niesienia pomocy w stanie nagłego zagrożenia życia]

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

Art. 5. [Ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy]

1. Osoba udzielająca pierwszej pomocy albo kwalifikowanej pierwszej pomocy, osoba wchodząca w skład zespołu ratownictwa medycznego, osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w szpitalnym oddziale ratunkowym, dyspozytor medyczny podczas wykonywania swoich zadań, wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 29 ust. 5, oraz krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonujący zadania, o których mowa w art. 20a ust. 3, korzystają z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517 oraz z 2021 r. poz. 1023) 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. [Obowiązek naprawienia szkody osobie udzielającej pierwszej pomocy]

1. Osobie, która poniosła szkodę na mieniu powstałą w następstwie udzielania przez nią pierwszej pomocy, przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa reprezentowanego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce powstania szkody.
2. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, obejmuje szkodę rzeczywistą.
3. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje, jeżeli szkoda powstała wyłącznie z winy osoby, o której mowa w ust. 1, lub osoby trzeciej, za którą Skarb Państwa nie ponosi odpowiedzialności.
4. W zakresie nieuregulowanym w ust. 1-3 do naprawienia szkody, o którym mowa w ust. 1, stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1740 i 2320 oraz z 2021 r. poz. 1509).

Art. 7.

(uchylony).

Art. 8. [Edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy]

1. Podstawa programowa, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 1 ustaw

y z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz. U. z 2021 r. poz. 1082), uwzględnia edukację w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

2. Zajęcia edukacyjne w zakresie udzielania pierwszej pomocy są realizowane z udziałem:
   1) lekarzy systemu,
   2) pielęgniarek systemu,
   3) ratowników medycznych

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

3. Wysokość stawki godzinowej dla lekarzy systemu, pielęgniarek systemu oraz ratowników medycznych, biorących udział w zajęciach edukacyjnych w zakresie udzielania pierwszej pomocy ustala dyrektor szkoły w ramach posiadanych środków finansowych, z tym że wysokość tej stawki nie może być niższa niż wysokość stawki godzinowej dla nauczyciela posiadającego stopień nauczyciela kontraktowego oraz tytuł zawodowy magistra z przygotowaniem pedagogicznym, realizującego tygodniowy obowiązkowy wymiar godzin, określony w art. 42 ust. 3 lp. 3 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela (Dz. U. z 2021 r. poz. 1762) ustalonej na podstawie przepisów, o których mowa w art. 30 ust. 5 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. - Karta Nauczyciela.

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

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

Art. 9. [Dzień Ratownictwa Medycznego]

Ustanawia się dzień 13 października Dniem Ratownictwa Medycznego.

Rozdział 2

Ratownicy medyczni i ratownicy

Art. 10. [Warunki i przesłanki prawne wykonywania zawodu ratownika medycznego]

1. Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która:
   1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
   2) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;

3) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu i złożyła oświadczenie o następującej treści: "Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu ratownika medycznego", z zastrzeżeniem ust. 2;

4) spełnia następujące wymagania:

a) rozpoczęła przed dniem 1 października 2019 r. studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne i uzyskała tytuł zawodowy licencjata lub magistra na tym kierunku (specjalności) lub

b) rozpoczęła po roku akademickim 2018/2019 studia wyższe przygotowujące do wykonywania zawodu ratownika medycznego, prowadzone zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 6 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 202 r. poz. 478, 619 i 1630), i uzyskała tytuł zawodowy licencjata oraz złożyła z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego, zwany dalej "PERM", lub

c) rozpoczęła przed dniem 1 marca 2013 r. naukę w publicznej szkole policealnej lub niepublicznej szkole policealnej o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała dyplom potwierdzający uzyskani tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny, lub

d) posiada dyplom wydany w państwie innym niż państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polski potwierdzającym tytuł zawodowy ratownik medyczny, i uzyskała prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z odrębnymi przepisami, lub

e) posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarz Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 grudnia 2015 r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1646).

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

3. Osobie, która uzyskała poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacje do wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 11 ust. 1, można udzielić zgody na wykonywanie zawodu ratownika medycznego, jeżeli spełnia następujące warunki:
   1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
   2) jej stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu ratownika medycznego;
   3) posiada:
      a) dyplom wydany poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego ratownika medycznego lub
      b) dokumenty potwierdzające co najmniej 3-letnie doświadczenie zawodowe w wykonywaniu zadań zawodowych, o których mowa w art. 11 ust. 1, uzyskane w okresie ostatnich 5 lat poprzedzających udzielenie zgody.
4. Minister właściwy do spraw zdrowia ogłasza w Biuletynie Informacji Publicznej wykaz dokumentów poświadczających spełnienie warunków, o których mowa w ust. 3 pkt 1 i 2.
5. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii można udzielić zgody na wykonywanie zawodu ratownika medycznego osobie, która posiada doświadczenie krótsze niż określone w ust. 3 pkt 3 lit. b, jednak nie krótsze niż rok.
6. Zgody, o której mowa w ust. 3, udziela minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek osoby, o której mowa w ust. 3. Decyzji tej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Decyzja ta jest podstawą do wykonywania zawodu ratownika medycznego przez okres 5 lat od dnia jej wydania.
7. W celu udzielenia zgody, o której mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia może wystąpić do konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej o opinię, przekazując mu dokumenty potwierdzające spełnienie warunków, o których mowa w ust. 3.
8. Konsultant krajowy wydaje opinię, o której mowa w ust. 7, w terminie 7 dni od dnia otrzymania wystąpienia ministra właściwego do spraw zdrowia.
9. Osoba, która otrzymała zgodę, o której mowa w ust. 3, wykonuje zadania zawodowe, o których mowa w art. 11 ust. 1, pod nadzorem ratownika medycznego albo lekarza, wyznaczonego przez kierownika podmiotu leczniczego.
10. W przypadku powzięcia przez ministra właściwego do spraw zdrowia wiarygodnych informacji, zgodnie z którymi udzielanie świadczeń zdrowotnych przez danego ratownika medycznego stanowi zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentów, minister właściwy do spraw zdrowia cofa temu ratownikowi medycznemu zgodę, o której mowa w ust. 3. Cofnięcie zgody następuje w drodze decyzji administracyjnej, której nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

11. Dokumenty potwierdzające spełnienie warunków, o których mowa w ust. 3, wraz z wnioskiem, mogą zostać złożone przez wnioskodawcę do ministra właściwego do spraw zdrowia także za pośrednictwem konsula Rzeczypospolitej Polskiej. Konsul Rzeczypospolitej Polskiej przesyła elektronicznie odwzorowane dokumenty do ministra właściwego do spraw zdrowia za pomocą środków komunikacji elektronicznej. W przypadku stwierdzenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia, na podstawie przesłanych dokumentów, że wnioskodawca spełnia odpowiednie warunki do wydania zgody, o której mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia wydaje decyzję, o której mowa w ust. 6, i przesyła elektronicznie odwzorowaną decyzję do właściwego konsula Rzeczypospolitej Polskiej za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Po otrzymaniu decyzji, o której mowa w ust. 6, konsul ten wydaje wizę, chyba że zachodzą podstawy do odmowy jej wydania.
12. W przypadku powzięcia przez ministra właściwego do spraw zdrowia uzasadnionych wątpliwości co do autentyczności dokumentów, potwierdzających spełnienie warunków, o których mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia może zwrócić się do konsula Rzeczypospolitej Polskiej na terytorium państwa, gdzie dokumenty te zostały wydane, lub do konsula Rzeczypospolitej Polskiej, do którego dokumenty te zostały złożone zgodnie z ust. 11, z wnioskiem o weryfikację autentyczności tych dokumentów.
13. Zgoda, o której mowa w ust. 3, wygasa w przypadku:
    1) nabycia przez ratownika medycznego uprawnienia, o którym mowa w ust. 1;
    2) wydania decyzji, o której mowa w ust. 10;
    3) upływu 5 lat od dnia jej udzielenia;
    4) ubezwłasnowolnienia całkowitego albo częściowego ratownika medycznego;
    5) złożenia przez ratownika medycznego oświadczenia o zrzeczeniu się wynikających z niej uprawnień;
    6) śmierci ratownika medycznego.

Art. 10a.

(uchylony).

Art. 10b. [Państwowy Egzamin z Ratownictwa Medycznego]

1. PERM organizuje i przeprowadza Centrum Egzaminów Medycznych, zwane dalej "CEM". CEM jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.
2. Do PERM może przystąpić osoba, o której mowa w art. 10 ust. 1 pkt 4 lit. b i która uzyskała dyplom ukończenia studiów wyższych na kierunku ratownictwo medyczne.
3. Konto w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, o którym mowa w art. 30

ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 666 i 1292), zwanym dalej "SMK", zakłada w celu dokonywania czynności w tym systemie osoba, o której mowa w ust. 2.

4. Warunkiem dokonywania przez osoby określone w ust. 3 czynności za pomocą SMK jest potwierdzenie tożsamości osoby, która konto założyła, i weryfikacja uprawnień tej osoby.
5. Potwierdzenia, o którym mowa w ust. 4, dokonuje się na podstawie wniosku o nadanie uprawnień:
   1) podpisanego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym lub
   2) potwierdzonego przez właściwą uczelnię lub wojewodę właściwego ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku gdy nie jest możliwe ustalenie właściwego wojewody, Wojewodę Mazowieckiego, w zakresie tożsamości osoby, która konto założyła.
6. Weryfikacji uprawnień, o których mowa w ust. 4, dokonuje właściwa uczelnia lub wojewoda właściwy ze względu na miejsce zamieszkania, a w przypadku, gdy nie jest możliwe ustalenie właściwego wojewody, Wojewoda Mazowiecki.
7. Osoba zamierzająca przystępować do PERM składa do dyrektora CEM, za pomocą SMK, zgłoszenie do PERM do dnia:
   1) 28 lutego roku kalendarzowego, w którym przeprowadzany jest dany egzamin - w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od dnia 1 kwietnia do dnia 15 maja;
   2) 31 sierpnia roku kalendarzowego, w którym przeprowadzany jest dany egzamin - w przypadku egzaminów wyznaczonych w okresie od dnia 2 listopada do dnia 15 grudnia.
8. Do terminów, o których mowa w ust. 7, nie stosuje się przepisów art. 58-60 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 735 i 1491). W przypadku awarii SMK trwającej dłużej niż godzinę, uniemożliwiającej dokonanie zgłoszenia w okresie tygodnia przed upływem terminów, o których mowa w ust. 7, termin ten przedłuża się o czas trwania awarii od momentu jej usunięcia. Przedłużenie następuje z urzędu przez operatora systemu.
9. Zgłoszenie, o którym mowa w ust. 7, zawiera następujące dane:
   1) imię (imiona) i nazwisko;
   2) datę urodzenia;
   3) miejsce urodzenia;
   4) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
   5) obywatelstwo (obywatelstwa);
   6) adres do korespondencji na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i adres poczty elektronicznej oraz

numer telefonu, jeżeli posiada;

7) nazwę i adres ukończonej uczelni, numer i datę wydania dyplomu, o którym mowa w ust. 2.

10. Zgłaszający się wnosi opłatę egzaminacyjną, która stanowi dochód budżetu państwa. Opłata ta nie może być wyższa niż 10% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", w drodze obwieszczenia, do dnia 15 stycznia każdego roku.
11. Opłatę egzaminacyjną, o której mowa w ust. 10, pobiera dyrektor CEM. Opłata jest wnoszona na rachunek bankowy wskazany przez CEM, podany za pomocą SMK w trakcie składania zgłoszenia, o którym mowa w ust. 7. Opłata powinna być uiszczona niezwłocznie po dokonaniu zgłoszenia, nie później niż w terminie 5 dni od upływu terminu składania zgłoszeń, o którym mowa w ust. 7.
12. W przypadku niewniesienia opłaty, o której mowa w ust. 10, albo wniesienia jej w wysokości niższej niż należna, dyrektor CEM wzywa zgłaszającego się do uzupełnienia braków formalnych, za pomocą SMK lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej pod adresem poczty elektronicznej wskazanym przez zgłaszającego się w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 9 pkt 6. Przepisu art. 64 usta wy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego nie stosuje się. W przypadku nieuzupełnienia braków formalnych w terminie 7 dni od skierowania wezwania dotknięte nim zgłoszenie do PERM traktuje się jako niezłożone. O konsekwencji tej dyrektor CEM informuje w wezwaniu do uzupełnienia braków formalnych.
13. Dyrektor CEM zawiadamia zgłaszającego się o miejscu i terminie PERM oraz nadanym numerze kodowym. Zawiadomienie jest przekazywane za pomocą SMK lub środków komunikacji elektronicznej pod adresem poczty elektronicznej wskazanym przez zgłaszającego się w zgłoszeniu, o którym mowa w ust. 9 pkt 6, nie później niż w terminie 14 dni przed terminem danego PERM.

Art. 10c. [Komisja Egzaminacyjna; Zespół Egzaminacyjny]

1. PERM składa się przed Komisją Egzaminacyjną.
2. Członków Komisji Egzaminacyjnej powołuje i odwołuje dyrektor CEM. Kandydatów do Komisji Egzaminacyjnej zgłaszają:
   1) dyrektor CEM;
   2) konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej;
   3) rektorzy uczelni prowadzących kształcenie w zakresie ratownictwa medycznego;
   4) wojewodowie.
3. Członkiem Komisji Egzaminacyjnej nie może być osoba skazana prawomocnym wyrokiem sądu za

przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.

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

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

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

7. Członkiem Zespołu Egzaminacyjnego nie może być osoba, w stosunku do której zdająca PERM przed tym Zespołem Egzaminacyjnym jest:
   1) jego małżonkiem;
   2) osobą pozostającą z nim w stosunku:
      a)pokrewieństwa albo powinowactwa do drugiego stopnia,
      b)przysposobienia;
   3) osobą pozostającą z nim we wspólnym pożyciu;
   4) osobą pozostającą wobec niego w stosunku zależności służbowej.

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

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

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

11. Członkom Zespołu Egzaminacyjnego przysługuje:
    1) wynagrodzenie za udział w pracach tego Zespołu, w wysokości nie wyższej niż 500 złotych dla przewodniczącego oraz nie wyższej niż 300 złotych dla członka;
    2) zwrot kosztów przejazdu w wysokości i na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 77^5 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2020 r. poz. 1320 oraz z 2021 r. poz. 1162) przysługujących pracownikom z tytułu podróży służbowej na obszarze kraju;
    3) zwolnienie od pracy w dniu wykonywania czynności Zespołu Egzaminacyjnego, bez zachowania prawa do wynagrodzenia w przypadku organizowania PERM w dniu roboczym.
12. Szczegółowy tryb wypłaty wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 11 pkt 1, oraz zwrotu kosztów, o których mowa w ust. 11 pkt 2, określa, w drodze zarządzenia, dyrektor CEM.

Art. 10d. [Testy i pytania testowe; regulamin porządkowy PERM]

1. CEM organizuje PERM przy współpracy z konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.
2. Pytania testowe obejmują problematykę z zakresu ratownictwa medycznego, określoną w przepisach wydanych na podstawie art. 10g.
3. PERM przeprowadza się w formie egzaminu testowego, składającego się z 100 pytań zawierających pięć odpowiedzi, z których tylko jedna jest prawidłowa. Za każdą prawidłową odpowiedź uzyskuje się 1 punkt. W przypadku braku odpowiedzi, zaznaczenia nieprawidłowej odpowiedzi albo zaznaczenia więcej niż jednej odpowiedzi punkty nie są przyznawane.
4. Test opracowuje i ustala CEM w porozumieniu z konsultantem krajowym w dziedzinie medycyny ratunkowej.
5. Testy i pytania testowe są opracowywane, przetwarzane, dystrybuowane i przechowywane w sposób uniemożliwiający dostęp do nich przez osoby inne niż uczestniczące w ich opracowywaniu, przetwarzaniu, dystrybuowaniu, przechowywaniu, przeprowadzające PERM lub sprawujące nadzór nad ich prowadzeniem.
6. Testy i pytania testowe nie podlegają udostępnianiu na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 oraz z 2021 r. poz. 1598 i 1641). Dyrektor CEM może udostępnić po egzaminie testy i pytania testowe osobie zdającej dany PERM. Udostępnienie oraz jego dokumentowanie następuje na zasadach określonych w zarządzeniu dyrektora CEM.
7. PERM przeprowadza się zgodnie z regulaminem porządkowym, ustalonym przez dyrektora CEM i

zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 10e. [Przebieg PERM]

1. Zgłaszający się do PERM przedstawia bezpośrednio przed egzaminem Zespołowi Egzaminacyjnemu, o którym mowa w art. 10c ust. 6, dokument potwierdzający tożsamość. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego tożsamość zgłaszającego się, nie może on przystąpić do egzaminu.
2. Przebieg PERM może być dokumentowany za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o czym zgłaszającego się do PERM informuje się w zawiadomieniu o egzaminie lub bezpośrednio przed rozpoczęciem egzaminu.
3. Test jest rozwiązywany przez osobę zdającą samodzielnie. Podczas zdawania PERM osoba zdająca nie może korzystać z żadnych pomocy naukowych i dydaktycznych, a także nie może korzystać z urządzeń służących do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji. W celu weryfikacji, czy osoba zdająca posiada urządzenia służące do kopiowania oraz przekazywania i odbioru informacji możliwe jest użycie wykrywaczy takich urządzeń. Naruszenie tego zakazu stanowi podstawę zdyskwalifikowania osoby zdającej egzamin, co jest równoznaczne z uzyskaniem przez nią wyniku negatywnego.
4. W przypadku stwierdzenia w trakcie trwania egzaminu, naruszenia zakazów, o których mowa w ust. 3, lub rozwiązywania testu niesamodzielnie Przewodniczący Zespołu Egzaminacyjnego, o którym mowa w art. 10c ust. 4, dokonuje dyskwalifikacji i odnotowuje dyskwalifikację wraz ze wskazaniem jej przyczyny oraz godziną przerwania egzaminu testowego w protokole egzaminacyjnym.
5. W przypadku stwierdzenia po zakończeniu egzaminu na podstawie analizy obrazów zarejestrowanych za pomocą urządzeń rejestrujących obraz i dźwięk, o których mowa w ust. 2, że zdający naruszył zakazy, o których mowa w ust. 3, lub rozwiązał test niesamodzielnie, przewodniczący Komisji Egzaminacyjnej, o którym mowa w art. 10c ust. 4, dokonuje dyskwalifikacji zdającego. Fakt zdyskwalifikowania wraz ze wskazaniem przyczyny dyskwalifikacji odnotowuje się w protokole egzaminacyjnym.
6. O dyskwalifikacji, o której mowa w ust. 5, dyrektor CEM zawiadamia na piśmie osobę zdyskwalifikowaną. Informację o dyskwalifikacji dyrektor CEM zamieszcza również w SMK. Osoba zdyskwalifikowana może złożyć, w terminie 7 dni od dnia doręczenia zawiadomienia, wniosek o weryfikację rozstrzygnięcia o dyskwalifikacji.
7. Dyrektor CEM rozstrzyga wniosek o weryfikację rozstrzygnięcia o dyskwalifikacji w terminie 14 dni. Rozstrzygnięcie dyrektora CEM jest ostateczne.
8. W przypadku utrzymania w mocy przez dyrektora CEM rozstrzygnięcia o dyskwalifikacji, osoba

zdyskwalifikowana nie może przystąpić do PERM w kolejnym najbliższym terminie egzaminu od dnia dyskwalifikacji.

Art. 10f. [Zastrzeżenia do pytań; pozytywny wynik z PERM]

1. Zdający PERM w danym terminie może wnieść, w trakcie egzaminu albo bezpośrednio po jego zakończeniu, przed opuszczeniem sali egzaminacyjnej, merytoryczne zastrzeżenia do pytania testowego wykorzystanego podczas tego PERM. Zastrzeżenia składa się do dyrektora CEM na formularzu, którego wzór opracowuje CEM.
2. Zastrzeżenia, o których mowa w ust. 1, rozpatruje, w terminie nie dłuższym niż 3 dni od dnia, w którym odbywał się PERM, komisja powołana przez dyrektora CEM spośród osób, których wiedza, doświadczenie i autorytet dają rękojmię prawidłowego rozpatrzenia wniesionych zastrzeżeń. W przypadku uznania zastrzeżenia, pytanie testowe objęte zastrzeżeniem zostaje unieważnione. Rozstrzygnięcie to powoduje obniżenie maksymalnej możliwej do uzyskania liczby punktów z testu. Za unieważnione pytanie nie przyznaje się punktów.
3. Pozytywny wynik z PERM otrzymuje zdający, który uzyskał co najmniej 56% maksymalnej liczby punktów z testu. Wynik egzaminu nie stanowi decyzji w rozumieniu ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego.
4. Osoba, która nie przystąpiła do PERM w wyznaczonym terminie albo złożyła PERM z wynikiem negatywnym, może przystąpić ponownie do egzaminu w innym terminie.
5. Osobie, która złożyła PERM, dyrektor CEM wydaje świadectwo złożenia PERM w terminie 21 dni od dnia złożenia egzaminu. Podpis dyrektora CEM zamieszczony na świadectwie może być odwzorowany mechanicznie. Wyniki egzaminu danej osoby są jej udostępniane za pomocą SMK.
6. Na wniosek tej osoby dyrektor CEM wydaje odpłatnie duplikat albo dokonuje korekty świadectwa złożenia PERM. Opłata za te czynności wynosi 50 złotych. Opłaty nie wnosi się, w przypadku gdy korekta wynika z błędu CEM.
7. CEM ewidencjonuje wydane świadectwa, o których mowa w ust. 5.
8. Wyniki PERM są udostępniane za pomocą SMK uczelniom, w zakresie studentów i ich absolwentów.
9. W przypadku rażących uchybień dotyczących procedury przebiegu PERM lub nieprzewidzianych sytuacji mających wpływ na przeprowadzenie PERM dyrektor CEM, po uzyskaniu zgody ministra właściwego do spraw zdrowia, może wydać zarządzenie o unieważnieniu egzaminu dla poszczególnych albo wszystkich zdających.
10. W przypadku unieważnienia PERM, nie pobiera się opłaty egzaminacyjnej od osób zgłaszających się do kolejnego PERM, które przystępowały do unieważnionego egzaminu.

11. Dokumentacja dotycząca PERM, która nie jest gromadzona w SMK, jest przechowywana przez właściwe podmioty zgodnie z przepisami art. 5 i art. 6 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2020 r. poz. 164).

Art. 10g. [Delegacja ustawowa]

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) zakres problematyki uwzględnianej przy opracowywaniu pytań testowych PERM, uwzględniając zakres wiedzy i umiejętności, które powinien posiadać ratownik medyczny,

2) tryb powoływania członków Komisji Egzaminacyjnej, o której mowa w art. 10c ust. 2, oraz wysokość wynagrodzenia dla przewodniczącego i członków Zespołów Egzaminacyjnych,

3) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 10c ust. 9,

4) sposób i szczegółowy tryb przeprowadzania PERM, w tym okres, w którym powinny być wyznaczone ich terminy

– uwzględniając konieczność sprawnego i efektywnego przeprowadzenia PERM, zachowania bezstronności pracy Komisji Egzaminacyjnej i Zespołów Egzaminacyjnych, nakład pracy przewodniczącego i członków Komisji Egzaminacyjnej;

5) wysokość opłaty, o której mowa w art. 10b ust. 10, oraz sposób jej uiszczania, uwzględniając koszty przeprowadzenia PERM oraz wydania dokumentu potwierdzającego złożenie PERM,

6) szczegółowy tryb unieważniania PERM,

7) szczegółowy sposób ustalania wyników PERM

– uwzględniając konieczność sprawnego i efektywnego przeprowadzenia PERM;

8) wzór świadectwa złożenia PERM,

9) tryb wydawania przez dyrektora CEM duplikatu albo odpisu świadectwa złożenia PERM oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 10f ust. 6,

10) tryb dokonywania przez dyrektora CEM korekty świadectwa złożenia PERM oraz sposób uiszczania opłaty, o której mowa w art. 10f ust. 6

– uwzględniając konieczność prawidłowego i sprawnego wydania dokumentu potwierdzającego złożenie PERM.

Art. 10h. [Przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu ratownika medycznego]

1. Jeżeli ratownik medyczny spełniający warunki, o których mowa w art. 10, nie wykonuje zawodu przez udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż 5 lat łącznie w okresie

ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć wykonywanie zawodu ratownika medycznego polegające na udzielaniu tych świadczeń, jest obowiązany do odbycia przeszkolenia.

1a. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ratownik medyczny, o którym mowa w ust. 1, jest zwolniony z odbycia przeszkolenia, pod warunkiem że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem lekarza albo innego ratownika medycznego.

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

Art. 11. [Zakres czynności wykonywanych przez ratownika medycznego; udzielanie świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta]

1. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na realizacji zadań zawodowych, w szczególności na:
   1) udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym medycznych czynności ratunkowych udzielanych samodzielnie lub na zlecenie lekarza;
   2) zabezpieczeniu osób znajdujących się w miejscu zdarzenia oraz podejmowaniu działań zapobiegających zwiększeniu liczby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
   3) transportowaniu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
   4) udzielaniu wsparcia psychicznego w sytuacji powodującej stan nagłego zagrożenia zdrowotnego;
   5) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
2. Ratownik medyczny postępuje zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz z należytą starannością.
3. Ratownik medyczny wykonuje zadania zawodowe, o których mowa w ust. 1 pkt 1:
   1) w podmiotach leczniczych, o których mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
   2) w ramach ratownictwa górskiego i narciarskiego, o którym mowa w art. 2 pkt 7 i 8 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 1084);
   3) w ramach ratownictwa wodnego, o którym mowa w art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 350 oraz z 2021 r. poz. 1190);

4) w ramach ratownictwa górniczego, o którym mowa w art. 122-124 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. - Prawo geologiczne i górnicze (Dz. U. z 2021 r. poz. 1420);

5) w ramach Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w art. 116 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2020 r. poz. 680 oraz z 2021 r. poz. 234);

6) w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej niebędących podmiotami leczniczymi;

6a) (uchylony);

7) w jednostkach ochrony przeciwpożarowej, o których mowa w art. 15 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2021 r. poz. 869), włączonych do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podczas działań ratowniczo-gaśniczych, ćwiczeń oraz szkoleń;

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

7b) w wyodrębnionych oddziałach prewencji, o których mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2020 r. poz. 360, z późn. zm.), w Centralnym Pododdziale Kontrterrorystycznym Policji "BOA" oraz w samodzielnych pododdziałach kontrterrorystycznych Policji, o których mowa w art. 5c ust. 1 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji;

7c) w ramach zadań Służby Ochrony Państwa, o których mowa w art. 3 ustawy z dnia 8 grudnia 2017 r. Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. z 2021 r. poz. 575 i 1728);

7d) w ramach zadań Straży Granicznej, o których mowa w art. 1 ust. 2 pkt 1-2a. 4-5b, 5d, 10, 12-14 i ust 2a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej (Dz. U. z 2021 r. poz. 1486 i 1728);

8) na lotniskach w związku z zapewnieniem wymagań, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 83 ust. 1 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. z 2020 r. poz. 1970 oraz z 2021 r. poz. 784 i 847);

9) w ramach podmiotu leczniczego wykonując zadania z zakresu zabezpieczenia medycznego imprezy masowej, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 2171);

10) w ramach wykonywania transportu sanitarnego w rozumieniu art. 161ba ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559 i 1773);

11) w izbach wytrzeźwień, wchodząc w skład zmiany, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 42^3 ust. 5 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2021 r. poz. 1119);

12) na stanowisku dyspozytora medycznego.

4. Za wykonywanie zawodu ratownika medycznego uważa się również:
   1) nauczanie zawodu ratownika medycznego oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych;
   2) organizowanie i prowadzenie zajęć z zakresu pierwszej pomocy, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz medycznych czynności ratunkowych;
   3) prowadzenie badań naukowych lub prac rozwojowych w zakresie ratownictwa medycznego;
   4) kierowanie i zarządzanie:
      a)ratownikami medycznymi,
      b)dyspozytorami medycznymi;
   5) zatrudnienie lub pełnienie służby na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie ratownictwa medycznego.
5. Ratownik medyczny ma prawo wglądu do dokumentacji medycznej oraz do uzyskania od lekarza, felczera, pielęgniarki, położnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, zapobiegawczych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.
6. Ratownik medyczny, w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, wykonuje zlecenia określone w dokumentacji medycznej.
7. Ratownik medyczny dokumentuje świadczenia zdrowotne udzielane w ramach realizacji zadań, o których mowa w ust. 3 pkt 2-10, w karcie indywidualnej ratownika medycznego. Karta indywidualna ratownika medycznego zawiera dane, o których mowa w art. 25 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849).
8. Do podmiotów, w których ratownik medyczny udziela świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 3 pkt 2-10, stosuje się odpowiednio art. 23, art. 24 i art. 26-29 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
9. Ratownik medyczny jest obowiązany:
   1) informować pacjenta o jego prawach zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
   2) udzielić pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie związanym z podejmowaniem medycznych czynności ratunkowych w podstawowym zespole ratownictwa medycznego;
   2a) zgłosić Prezesowi Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów

Biobójczych lub podmiotowi odpowiedzialnemu za wprowadzenie produktu leczniczego do obrotu działanie niepożądane produktu leczniczego zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 i 981);

3) do zachowania tajemnicy zawodowej.

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

10a. Ratownik medyczny w ramach realizacji zadań zawodowych, o których mowa w ust. 3 pkt 1-11, oraz pielęgniarka systemu wykonująca medyczne czynności ratunkowe mogą udzielić świadczeń zdrowotnych bez zgody pacjenta, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy, a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

10b. Decyzję o udzieleniu świadczeń zdrowotnych w okolicznościach, o których mowa w ust. 10a, ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu są obowiązani, w miarę możliwości, skonsultować z lekarzem wskazanym przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego.

10c. Okoliczności, o których mowa w ust. 10a i 10b, ratownik medyczny albo pielęgniarka systemu odnotowują odpowiednio w karcie indywidualnej ratownika medycznego albo dokumentacji medycznej pacjenta.

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

1) medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego samodzielnie lub na zlecenie lekarza,

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

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

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

Art. 11a. [Wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny]

1. Ratownik medyczny wykonujący zadania zawodowe w podmiotach leczniczych będących jednostkami budżetowymi i jednostkami wojskowymi, dla których podmiotem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, oraz w jednostkach, o których mowa w art. 11 ust. 3 pkt 6, może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 10 pkt 2, po ukończeniu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego.
2. Wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez ratownika medycznego dodatkowych umiejętności i kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań jednostek podległych lub nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej.
3. Zakres wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego uwzględnia wiedzę i umiejętności praktyczne niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 10 pkt 2.
4. Wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny odbywa się na podstawie programu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego, który obejmuje:
   1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj i cel kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania efektów kształcenia;
   2) plan nauczania;
   3) wykaz umiejętności wynikowych;
   4) treści nauczania;
   5) wskazówki metodyczne;
   6) standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej.
5. Program wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego opracowuje zespół ekspertów powołany przez Ministra Obrony Narodowej spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym i dorobkiem naukowym w zakresie medycyny ratunkowej i medycyny pola walki.
6. Program wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego zatwierdza Minister Obrony Narodowej, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.
7. Wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny prowadzą jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, które:
   1) realizują program wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego;
   2) zapewniają kadrę dydaktyczną posiadającą odpowiednie kwalifikacje niezbędne do realizacji programu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego;

3) zapewniają bazę dydaktyczną zgodną ze standardami, o których mowa w ust. 4 pkt 6, niezbędną do realizacji programu wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego, w tym do szkolenia praktycznego;

4) posiadają wewnętrzny system oceny jakości kształcenia;

5) prowadzą dokumentację związaną z organizacją i przebiegiem kształcenia, w szczególności regulaminy organizacyjne kształcenia, protokoły postępowania kwalifikacyjnego oraz przebiegu egzaminów;

6) prowadzą ewidencję wydanych zaświadczeń o ukończeniu danego wojskowo-medycznego kursu kwalifikacyjnego.

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

9. Minister Obrony Narodowej określi, w drodze rozporządzenia:
1) ramowe programy wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych,

2) kwalifikacje kadry dydaktycznej,

3) szczegółowe wymogi dla podmiotów prowadzących wojskowo-medyczne kursy kwalifikacyjne,

4) skład i tryb powoływania komisji egzaminacyjnej oraz sposób przeprowadzania egzaminów kończących wojskowo-medyczny kurs kwalifikacyjny,

5) okres ważności zaświadczeń o ukończeniu poszczególnych wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych,

6) wzór zaświadczenia o ukończeniu poszczególnych wojskowo-medycznych kursów kwalifikacyjnych

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

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

2) samodzielnie, w warunkach sytuacji kryzysowych i przy zabezpieczeniu medycznym działań

jednostek, o których mowa w ust. 2

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

Art. 11b. [Medyczny kurs kwalifikacyjny ministra właściwego do spraw wewnętrznych]

1. Ratownik medyczny wykonujący zadania zawodowe w podmiotach, o których mowa w art. 11 ust. 3 pkt 7-7d, może udzielać świadczeń zdrowotnych:
   1) samodzielnie;
   2) samodzielnie - w przypadku realizacji zadań służbowych w warunkach zagrożenia wystąpieniem zdarzenia o charakterze terrorystycznym, w obszarach katastrof, klęsk żywiołowych i w strefie działań wojennych;
   3) pod nadzorem lub w porozumieniu z lekarzem.
2. Medyczny kurs kwalifikacyjny ministra właściwego do spraw wewnętrznych ma na celu uzyskanie przez ratownika medycznego dodatkowych umiejętności i kwalifikacji do udzielania świadczeń w warunkach zagrożenia wystąpieniem zdarzenia o charakterze terrorystycznym, w obszarach katastrof, klęsk żywiołowych i w strefie działań wojennych oraz uprawnia do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3.
3. Zakres medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych obejmuje wiedzę i umiejętności praktyczne niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3.
4. Medyczny kurs kwalifikacyjny ministra właściwego do spraw wewnętrznych odbywa się na podstawie programu medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych, który obejmuje:
   1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj i cel kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania efektów kształcenia;
   2) plan nauczania;
   3) wykaz umiejętności wynikowych;
   4) treści nauczania;
   5) wskazówki metodyczne;
   6) standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej.
5. Program medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych opracowuje zespół powołany przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych spośród funkcjonariuszy legitymujących się kwalifikacjami w zakresie ratownictwa medycznego i

doświadczeniem zawodowym w zakresie ratownictwa medycznego oraz ekspertów legitymujących się doświadczeniem zawodowym i dorobkiem naukowym w zakresie medycyny ratunkowej i medycyny pola walki.

6. Program medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych zatwierdza minister właściwy do spraw wewnętrznych, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia.
7. Medyczny kurs kwalifikacyjny ministra właściwego do spraw wewnętrznych prowadzą podmioty, które zapewniają:
   1) realizację programu medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
   2) kadrę dydaktyczną posiadającą odpowiednie kwalifikacje;
   3) bazę dydaktyczną dostosowaną do programu medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
8. Podmioty prowadzące medyczny kurs kwalifikacyjny ministra właściwego do spraw wewnętrznych sporządzają dokumentację związaną z przebiegiem tego kursu i przebiegiem egzaminu oraz prowadzą ewidencję wydanych zaświadczeń o ukończeniu medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
9. Medyczny kurs kwalifikacyjny ministra właściwego do spraw wewnętrznych kończy się egzaminem z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem tego kursu.
10. Zaświadczenie o ukończeniu medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych jest ważne przez okres 3 lat od dnia uzyskania pozytywnego wyniku z egzaminu.
11. Odnowienie uprawnień wynikających z medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych polega na:
   1) przystąpieniu do egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych medycznym kursem kwalifikacyjnym ministra właściwego do spraw wewnętrznych, a w przypadku nieuzyskania pozytywnego wyniku z egzaminu - na odbyciu medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych;
   2) ponownym odbyciu medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych po upływie 6 lat od jego ukończenia i uzyskaniu pozytywnego wyniku z egzaminu z zakresu wiedzy i umiejętności objętych programem medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych.
12. Minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wykaz świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane

przez ratownika medycznego w podmiotach, o których mowa w art. 11 ust. 3 pkt 7-7d:

1) samodzielnie - niezależnie od ukończenia medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
2) samodzielnie - w przypadku realizacji zadań służbowych w warunkach zagrożenia wystąpieniem zdarzenia o charakterze terrorystycznym, w obszarach katastrof, klęsk żywiołowych i w strefie działań wojennych,
3) pod nadzorem lub w porozumieniu z lekarzem

- kierując się zakresem wiedzy i umiejętności nabytych w ramach kształcenia przed- i podyplomowego, uwzględniając specyfikę zagrożeń wynikających z charakteru służby oraz zakresu zadań realizowanych przez te służby.

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

1) ramowy program medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
2) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
3) szczegółowe wymogi dla podmiotów prowadzących medyczny kurs kwalifikacyjny ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
4) skład i tryb powoływania komisji egzaminacyjnej oraz sposób przeprowadzania egzaminów kończących medyczny kurs kwalifikacyjny ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
5) wzór zaświadczenia o ukończeniu medycznego kursu kwalifikacyjnego ministra właściwego do spraw wewnętrznych

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

Art. 12. [Obowiązek doskonalenia zawodowego]

1. Ratownik medyczny ma prawo i obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności przez uczestnictwo w różnych rodzajach i formach doskonalenia zawodowego.
2. Doskonalenie zawodowe w zawodzie ratownik medyczny może być realizowane przez:
   1) kursy doskonalące;
   2) samokształcenie.
3. Ratownik medyczny w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia zakończenia danego okresu

edukacyjnego przekazuje wojewodzie właściwemu ze względu na miejsce zamieszkania ratownika medycznego kartę doskonalenia zawodowego w celu potwierdzenia przez wojewodę dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez ratownika medycznego.

Art. 12a. [Kurs doskonalący]

1. Kurs doskonalący ma na celu pogłębienie i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych, w tym szkolenie praktyczne.
2. Kurs doskonalący odbywa się na podstawie programu kursu doskonalącego, który zawiera:
   1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj i cel kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji oraz sposób sprawdzania efektów kształcenia;
   2) plan nauczania;
   3) wykaz umiejętności wynikowych;
   4) treści nauczania;
   5) wskazówki metodyczne;
   6) standardy dotyczące kadry i bazy dydaktycznej.
3. Program kursu doskonalącego aktualizuje, zgodnie z postępem wiedzy, zespół ekspertów, o którym mowa w ust. 4. Program kursu doskonalącego redaguje Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, zwanego dalej "CMKP", i zatwierdza minister właściwy do spraw zdrowia.
4. Dyrektor CMKP powołuje zespół ekspertów spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym i dorobkiem naukowym w zakresie medycyny ratunkowej.
5. CMKP redaguje i przedstawia do zatwierdzenia ministrowi właściwemu do spraw zdrowia opracowany przez zespół ekspertów program kursu doskonalącego.
6. Dyrektor CMKP podaje do publicznej wiadomości zatwierdzony program kursu doskonalącego w formie publikacji oraz informacji na swojej stronie internetowej.

Art. 12b. [Prowadzenie kursów doskonalących jako działalność regulowana]

Prowadzenie kursów doskonalących przez przedsiębiorcę jest działalnością regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. - Prawo przedsiębiorców (Dz. U. z 2021 r. poz. 162).

Art. 12c. [Podmioty prowadzące kursy doskonalące]

1. Kurs doskonalący mogą prowadzić podmioty, które:
   1) realizują program kursu doskonalącego, o którym mowa w art. 12a;
   2) zapewniają kadrę dydaktyczną posiadającą kwalifikacje zgodne ze standardami, o których mowa w

art. 12a ust. 2 pkt 6;

3) zapewniają bazę dydaktyczną zgodną ze standardami, o których mowa w art. 12a ust. 2 pkt 6, niezbędną do realizacji programu kursu, w tym do szkolenia praktycznego;

4) posiadają wewnętrzny system oceny jakości kształcenia;

5) prowadzą dokumentację związaną z organizacją i przebiegiem kształcenia, w szczególności regulaminy organizacyjne kształcenia, protokoły postępowania kwalifikacyjnego oraz przebiegu sprawdzianów lub innych form zaliczenia danego rodzaju kształcenia;

6) prowadzą ewidencję wydanych zaświadczeń o ukończeniu danego rodzaju kształcenia, obejmującą:
   a) dane osoby, która ukończyła kurs doskonalący:
      – imię i nazwisko,
      – numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania,
      – adres miejsca zamieszkania,
   b) rodzaj i nazwę kształcenia,
   c) nazwę (firmę) organizatora kształcenia,
   d) datę wydania i numer zaświadczenia.

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

3. Podmiot ubiegający się o uzyskanie wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego składa do wojewody właściwego ze względu na miejsce, w którym ten podmiot będzie realizował kurs doskonalący, wniosek zgodny z wzorem, o którym mowa w art. 12e pkt 4, do którego dołącza się:
   1) dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3;
   2) oświadczenie o zgodności danych zawartych we wniosku oraz znajomości i spełnianiu warunków wykonywania działalności w zakresie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych, określonych w ustawie.

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

5. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej jak za składanie fałszywych oświadczeń. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.
6. Wojewoda dokonuje weryfikacji formalnej wniosku, o którym mowa w ust. 3, oraz załączonych dokumentów i przekazuje je do CMKP w terminie 14 dni od złożenia wszystkich dokumentów określonych ustawą.
7. W przypadku stwierdzenia we wniosku braków formalnych wojewoda wzywa do ich uzupełnienia, pod rygorem pozostawienia sprawy bez rozpoznania, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.
8. Dyrektor CMKP, w celu uzyskania opinii o spełnieniu przez podmiot warunków, o których mowa w ust. 1, powołuje zespół ekspertów, w składzie:
   1) przedstawiciel stowarzyszenia będącego zgodnie z postanowieniami jego statutu towarzystwem naukowym o zasięgu krajowym, zrzeszającym ratowników medycznych, zgłoszony przez zarząd tego stowarzyszenia;
   2) dwóch ekspertów w zakresie ratownictwa medycznego, zgłoszonych przez konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej.
9. Zespół ekspertów, o którym mowa w ust. 8, opiniuje wnioski w miarę potrzeby, nie rzadziej niż raz na kwartał i przekazuje swoją opinię dyrektorowi CMKP niezwłocznie po jej sporządzeniu, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia jej sporządzenia. Wnioski mogą być opiniowane w trybie obiegowym, z użyciem dostępnych systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.
10. Dyrektor CMKP dokonuje wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego oraz prowadzi listę kursów doskonalących. Listy te zamieszcza się na stronie internetowej CMKP.

10a. Dyrektor CMKP wydaje z urzędu zaświadczenie o dokonaniu wpisu na listę.

11. Dyrektor CMKP skreśla z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego. Skreślenie następuje w drodze decyzji administracyjnej w przypadku:
   1) złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2, niezgodnego ze stanem faktycznym;
   2) wydania prawomocnego orzeczenia zakazującego podmiotowi uprawnionemu do prowadzenia kursu doskonalącego działalności objętej wpisem na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego;
   3) naruszenia warunków wymaganych do prowadzenia kursu doskonalącego;
   4) niezastosowania się do zaleceń pokontrolnych, będących wynikiem kontroli, o której mowa w art. 31

ust. 1 pkt 4;

5) złożenia przez podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego wniosku o wykreślenie z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego.

11a. Decyzja administracyjna, o której mowa w ust. 11, podlega natychmiastowemu wykonaniu.

11b. Skreślenie z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego następuje także w przypadku uzyskania przez Dyrektora CMKP informacji z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej albo Krajowego Rejestru Sądowego o wykreśleniu przedsiębiorcy.

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

12a. W przypadku zmiany danych wpisanych na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego, podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego jest obowiązany złożyć wniosek o zmianę wpisu w terminie 14 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana tych danych.

12b. Podmiot uprawniony do prowadzenia kursu doskonalącego, który został skreślony z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego z przyczyn wskazanych w ust. 11 pkt 1, 3 i 4, może uzyskać ponowny wpis na listę nie wcześniej niż po upływie 3 lat od wydania decyzji administracyjnej o skreśleniu.

12c. Przepis ust. 12b stosuje się odpowiednio do podmiotu, który wykonywał działalność gospodarczą w zakresie prowadzenia kursów doskonalących bez wpisu na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego.

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

1) numer wpisu;

2) nazwę (firmę);

3) adres siedziby;

4) adres do korespondencji;

5) numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada.

13a. Dyrektor CMKP prostuje z urzędu wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego zawierający oczywiste błędy lub niezgodności ze stanem faktycznym.

14. Lista kursów doskonalących zawiera następujące dane:

1) nazwę (firmę) podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego;

2) adres siedziby podmiotu uprawnionego do prowadzenia kursu doskonalącego;

3) adres do korespondencji;

4) numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada;

5) termin i miejsce prowadzenia kursu doskonalącego.

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

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

Art. 12d. [Karta doskonalenia zawodowego]

1. Przebieg doskonalenia zawodowego ratownika medycznego dokumentuje się w karcie doskonalenia zawodowego.

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

3. Wniosek o wydanie karty doskonalenia zawodowego zawiera:

1) imię i nazwisko;

2) datę i miejsce urodzenia;

3) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;

4) adres miejsca zamieszkania;

5) adres do korespondencji;

6) numer telefonu oraz adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada;

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

4. Karta doskonalenia zawodowego zawiera:
   1) imię i nazwisko;
   2) datę i miejsce urodzenia;
   3) numer PESEL, a w przypadku braku numeru PESEL cechy dokumentu potwierdzającego tożsamość: nazwę i numer dokumentu oraz kraj wydania;
   4) datę wydania i numer dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego ratownik medyczny albo dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny lub datę wydania i numer dyplomu ukończenia studiów wyższych, lub datę i numer świadectwa złożenia PERM, lub datę wydania i numer decyzji ministra właściwego do spraw zdrowia o uznaniu kwalifikacji ratownika medycznego uzyskanych w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, lub datę wydania i numer zaświadczenia wydanego przez właściwą uczelnię na zakończenie postępowania nostryfikacyjnego, lub datę i numer, jeżeli widnieją na dokumencie, zaświadczenia wydanego przez właściwego kuratora oświaty na zakończenie postępowania w sprawie o nostryfikację świadectwa;
   5) nazwę i adres podmiotu, u którego ratownik medyczny wykonuje zawód;
   6) datę rozpoczęcia okresu edukacyjnego;
   7) informację o terminach i miejscach odbycia doskonalenia zawodowego;
   8) nazwę i adres podmiotu przeprowadzającego kurs doskonalący;
   9) informację o dopełnieniu obowiązku doskonalenia zawodowego.

Art. 12e. [Delegacja ustawowa]

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) formy samokształcenia, o którym mowa w art. 12 ust. 2 pkt 2,
2) sposób i tryb odbywania doskonalenia zawodowego przez ratowników medycznych,
3) zakres doskonalenia zawodowego ratowników medycznych,
4) wzór wniosku o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego,
5) sposób potwierdzania zrealizowania przez ratownika medycznego poszczególnych form doskonalenia zawodowego oraz potwierdzenia przez wojewodę dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego przez ratownika medycznego,
6) wzór karty doskonalenia zawodowego

– uwzględniając zapewnienie jednolitości odbywania doskonalenia zawodowego, szybkości i jednolitości

postępowania oraz przejrzystości wniosku, dokumentowania oraz zatwierdzania form doskonalenia zawodowego i karty doskonalenia zawodowego.

Art. 12f. [Koszty doskonalenia zawodowego]

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

Art. 12g. [Ułatwianie przez pracodawcę doskonalenia zawodowego ratowników medycznych]

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

Art. 12h. [Przedstawianie dokumentów poświadczających spełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego]

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

Art. 13. [Warunki wykonywania funkcji ratownika]

1. Ratownikiem może być osoba:
   1) posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych;
   2) (uchylony);
   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.

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

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

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

programu kursu.

3. Program kursu zatwierdza wojewoda właściwy ze względu na siedzibę podmiotu prowadzącego kurs.
4. Wojewoda zatwierdza program kursu po:
   1) stwierdzeniu jego zgodności z ramowym programem, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 1;
   2) przeprowadzeniu weryfikacji kwalifikacji kadry dydaktycznej w zakresie ich zgodności z przepisami wydanymi na podstawie ust. 8 pkt 2.
5. Wojewoda odmawia zatwierdzenia albo cofa zatwierdzenie programu kursu, jeżeli program nie spełnia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 1 lub podmiot prowadzący kurs nie zapewnia kadry dydaktycznej o kwalifikacjach określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 2.
6. Odmowa zatwierdzenia oraz cofnięcie zatwierdzenia programu kursu następuje w drodze decyzji administracyjnej.
7. Każda zmiana programu kursu obejmująca zakres merytoryczny powoduje obowiązek ponownego uzyskania zatwierdzenia programu.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
   1) ramowy program kursu obejmujący założenia organizacyjno-programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności wynikowych i treści nauczania, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy;
   2) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs, mając na celu zapewnienie odpowiedniego jej poziomu;
   3) sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kurs, skład, tryb powoływania i odwoływania komisji egzaminacyjnej, okres ważności oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika, mając na celu uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności zdobytych podczas kursu.

Art. 14. [Kwalifikowana pierwsza pomoc]

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) (uchylony).

Art. 15. [Jednostki współpracujące z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego]

1. Jednostkami współpracującymi z systemem są:
   1) jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej,
   2) jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego,
   3) jednostki organizacyjne Policji i Straży Granicznej,
   4) jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej,
   5) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich,
   6) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych,
   7) podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. - Prawo geologiczne i górnicze,
   8) jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim,
   9) podmioty niewymienione w pkt 1-8 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

- które uzyskały wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

1a. Jednostki, o których mowa w ust. 1 pkt 3-7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem że:
   1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu;

2) dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1;

3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.

2. (uchylony).

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

4. W jednostkach współpracujących z systemem, o których mowa w ust. 1 pkt 1-8, osoba będąca ratownikiem medycznym może udzielać w tych jednostkach świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 11 ust. 11 pkt 2, osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Art. 16. [Szkolenia w zakresie udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy]

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, określą, 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. [Rejestr jednostek współpracujących z systemem PRM]

1. Wojewoda prowadzi w postaci elektronicznej rejestr jednostek współpracujących z systemem, zwany dalej "rejestrem".

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

1) pkt 1 i 2 - przez komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej;

2) pkt 8 - przez dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa.

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

1) pkt 1, 2 i 8 - z urzędu;

2) pkt 3-7 i 9 - na jej wniosek zawierający dane, o których mowa w ust. 3, w drodze decyzji

administracyjnej.

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

3. Rejestr obejmuje następujące dane:
   1) nazwę, siedzibę i adres jednostki współpracującej z systemem;
   2) teren działania jednostki współpracującej z systemem;
   3) liczbę ratowników posiadających ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika, a w przypadku jednostek organizacyjnych Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa - liczbę ratowników posiadających świadectwo, o którym mowa w art. 13 ust. 1b;
   4) wykaz wyposażenia niezbędnego do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy, jakim dysponuje jednostka współpracująca z systemem;
   5) maksymalny czas osiągnięcia gotowości operacyjnej, licząc od chwili przekazania powiadomienia o zdarzeniu;
   6) numery telefonów kontaktowych;
   7) wskazanie rodzaju wykonywanych działań ratowniczych;
   8) współrzędne geograficzne miejsca stacjonowania jednostki współpracującej z systemem;
   9) czas pozostawania jednostki współpracującej z systemem w gotowości operacyjnej do wykonywania działań ratowniczych w ciągu doby i w ciągu roku.

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:
   1) odmawia jednostce współpracującej z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3-7 i 9, wpisu do rejestru,
   2) wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem

- jeżeli jednostka ta nie spełnia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 1a.

6. Dane, o których mowa w ust. 3, wojewoda udostępnia dyspozytorom medycznym, wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego oraz krajowemu koordynatorowi ratownictwa medycznego.

6a. Wojewoda zawiadamia ministra właściwego do spraw wewnętrznych o wydaniu decyzji, o których mowa w ust. 2 pkt 2 i ust. 5, w stosunku do podmiotów, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 5 i 6.

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

Rozdział 3

Planowanie i organizacja systemu

Art. 18. [Organy administracji rządowej w systemie PRM]

Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są:

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

Art. 19. [Nadzór nad systemem PRM]

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. [Uprawnienia nadzorcze Ministra Zdrowia]

1. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia:
   1) zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizacje;
   2) może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa;
   3) może żądać od wojewody dokonania czynności kontrolnych na podstawie art. 31;
   4) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek oraz dyspozytorni medycznej na zasadach określonych w dziale VI ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
2. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 2, wojewoda może:
   1) żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od dysponentów jednostek;
   2) przeprowadzać kontrolę, o której mowa w art. 31.
3. Dysponenci jednostek są obowiązani, na żądanie wojewody, do umożliwienia realizacji czynności, o których mowa w ust. 2 pkt 2.

Art. 20a.

1. Minister właściwy do spraw zdrowia może powołać krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. Funkcję tę pełni sekretarz stanu lub podsekretarz stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia.
2. Krajowego koordynatora ratownictwa medycznego odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia.

3. Do zadań krajowego koordynatora ratownictwa medycznego należy:
   1) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w sytuacji, gdy spór dotyczy przyjęcia osoby transportowanej przez zespół ratownictwa medycznego lub zespół transportu sanitarnego z terenu innego województwa niż to, w którym znajduje się ten szpital;
   2) koordynacja współpracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego województwa;
   3) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą.
4. Rozstrzyganie sporów, o których mowa w ust. 3 pkt 1, odbywa się w drodze decyzji administracyjnej wydawanej przez krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. Decyzji tej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.
5. Decyzja, o której mowa w ust. 4:
   1) może być przekazana w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie;
   2) nie wymaga uzasadnienia;
   3) przekazana w sposób inny niż na piśmie, jest następnie doręczana na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.
6. Od decyzji, o której mowa w ust. 4, przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.
7. Krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonuje zadania, o których mowa w ust. 3, we współpracy z zespołem, w skład którego wchodzi 5 członków będących przedstawicielami:
   1) Ministra Obrony Narodowej,
   2) ministra właściwego do spraw zdrowia,
   3) ministra właściwego do spraw wewnętrznych,
   4) Narodowego Funduszu Zdrowia,
   5) dysponenta lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącego jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia

- powoływanych i odwoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

8. Minister właściwy do spraw zdrowia powołuje i odwołuje członków zespołu, o których mowa w ust. 7 pkt 1 i 3-5, na wniosek podmiotów, których są przedstawicielami. Członka zespołu, o którym mowa w ust. 7 pkt 2, wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia.
9. Zespół, o którym mowa w ust. 7, działa na podstawie regulaminu nadanego, w drodze zarządzenia,

przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

10. W ramach realizacji zadań, o których mowa w ust. 3, krajowy koordynator ratownictwa medycznego może żądać od wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz głównego dyspozytora medycznego informacji potrzebnych do realizacji tych zadań.

Art. 21. [Wojewódzki plan działania systemu PRM]

1. System działa na obszarze województwa na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu, zwanego dalej "planem", sporządzanego przez wojewodę.

2. Plan w razie potrzeb podlega aktualizacji.

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

3. Plan obejmuje w szczególności:
   1) (uchylony);
   2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
   3) obszary działania i rejony operacyjne;
   4) sposób koordynowania działań jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
   5) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego;
   6) sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu, o których mowa w art 32 ust. 1, z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
   7) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu powiadamiania, alarmowania i dysponowania jednostek, o których mowa w art. 15 oraz art. 32 ust. 1, organizacji działań ratowniczych na miejscu zdarzenia, analizy działań ratowniczych oraz organizacji wspólnych ćwiczeń, w szczególności obejmujących przypadki, o których mowa w art. 30 ust. 1;
   8) informacje o lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego;
   9) opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i dysponenta zespołów ratownictwa medycznego;

10) dane dotyczące:
   a) dyspozytorni medycznej, obejmujące:
   – lokalizację dyspozytorni medycznej,
   – liczbę stanowisk dyspozytorów medycznych w poszczególnych dyspozytorniach medycznych, przyjmując za kryterium, że jedno stanowisko dyspozytora medycznego przypada na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców; do kryterium nie wlicza się stanowiska głównego dyspozytora medycznego,
   – sposób współpracy między dyspozytorniami medycznymi,
   – liczbę i kwalifikacje zawodowe dyspozytorów medycznych,
   b) wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, obejmujące:
   – medianę czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
   – maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
   – średni i maksymalny czas trwania akcji medycznej,
   – liczbę wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
   c) liczby pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego oraz izby przyjęć szpitala,
   d) liczby pacjentów urazowych oraz liczby pacjentów urazowych dziecięcych,
   e) liczby osób wykonujących zawód medyczny w jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 u 1;
11) sposób organizacji i działania łączności radiowej, w tym z wykorzystaniem przydzielonych numerów identyfikacyjnych zespołów ratownictwa medycznego i dyspozytorni medycznych, zapewniający sprawną komunikację między zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego a szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, izbami przyjęć szpitali, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci, jednostkami organizacyjnymi szpitali wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz jednostkami współpracującymi z systemem, o któryc mowa w art. 15.

3a. (uchylony).

3b. Po dokonaniu przez wojewodę analizy liczby, natężenia i czasu obsługi zgłoszeń jest możliwe dostosowanie liczby stanowisk dyspozytorów medycznych, o której mowa w ust. 3 pkt 10 lit. a tiret drugie, do aktualnych potrzeb systemu.

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

4. W odpowiedzi na potrzebę szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń;
   2) wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
   3) informację o centrum urazowym oraz centrum urazowym dla dzieci wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji jego zadań, jeżeli centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci znajduje się na obszarze danego województwa.
5. Umieszczenie elementów planu:
   1) o których mowa w ust. 4, wymaga uzgodnienia z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia;
   2) dotyczących sposobu współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15, wymaga uzgodnienia z właściwym:
      a) komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej,
      b) komendantem wojewódzkim Policji,
      c) dyrektorem Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa,
      d) komendantem oddziału Straży Granicznej

   - jeżeli jednostki podległe lub nadzorowane przez te organy zostały wpisane do rejestru.
6. Projekt aktualizacji planu sporządza wojewoda i uzgadnia go z podmiotami, o których mowa w ust. 5.
7. Projekt aktualizacji planu uzgodniony z podmiotami, o których mowa w ust. 5, wojewoda przekazuje do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego. Jednostki te przedstawiają opinię w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu.
8. Organy jednostek samorządu terytorialnego, podmioty lecznicze oraz inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia projektu aktualizacji planu oraz do zaplanowania środków finansowych, o których mowa w art. 46.
9. Wojewoda przekazuje projekt aktualizacji planu, w postaci elektronicznej, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia.
10. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu:
    1) może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu aktualizacji planu;
    2) uzupełnia projekt aktualizacji planu o część dotyczącą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
11. W przypadku, o którym mowa w ust. 10 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia odmawia

zatwierdzenia projektu aktualizacji planu i zaleca wojewodzie dokonanie zmian, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.

12. Wojewoda zmienia projekt aktualizacji planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia i przesyła go ministrowi w celu zatwierdzenia, chyba że w terminie 3 dni od dnia otrzymania tych zaleceń zgłosi do nich zastrzeżenia.
13. W terminie 3 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje je, w razie uwzględnienia - zatwierdza projekt aktualizacji planu albo zaleca wojewodzie wprowadzenie zmian w terminie nie dłuższym niż 3 dni.
14. W przypadku zalecenia wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 13, wojewoda zmienia projekt aktualizacji planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia.
15. Plan zostaje zaktualizowany z chwilą zatwierdzenia projektu aktualizacji planu.
16. Ujednolicony tekst planu, w wersji zaktualizowanej, zatwierdzonej przez ministra właściwego do spraw zdrowia, wojewoda w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania podaje do publicznej wiadomości, w szczególności przez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej, z wyłączeniem informacji, o których mowa w ust. 3 pkt 5-9, pkt 10 lit. a tiret pierwsze i trzecie.

16a.[2] Informacje, o których mowa w ust. 3 pkt 5-9, pkt 10 lit. a tiret pierwsze i trzecie, stanowią tajemnicę prawnie chronioną i nie podlegają udostępnianiu na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej oraz nie podlegają udostępnianiu lub przekazywaniu w celu ponownego wykorzystania na podstawie ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. o otwartych danych i ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego (Dz. U. poz. 1641).

17. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
    1) szczegółowy zakres danych objętych planem,
    2) ramowy wzór planu,
    3) zakres danych podlegających upublicznieniu w Biuletynie Informacji Publicznej

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

Art. 21a.

1. Wojewoda w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie tego oddziału, może ustalić harmonogram funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa

medycznego, w warunkach zwiększonej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniając konieczność właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń. W harmonogramie nie umieszcza się jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w których są udzielane świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów urazowych lub pacjentów urazowych dziecięcych.

2. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1, ogłasza się niezwłocznie w Biuletynie Informacji Publicznej wojewody oraz właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Wojewoda przekazuje harmonogram do wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, podmiotu leczniczego utworzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i dysponentów zespołów ratownictwa medycznego działających w województwie.
3. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1, dysponenci zespołów ratownictwa medycznego, niezwłocznie po jego otrzymaniu, przekazują zespołom ratownictwa medycznego.

Art. 22. [Podstawa zawierania umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych]

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

Art. 23.

(uchylony).

Art. 23a. [Ewidencja szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali udzielających świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego]

1. Wojewoda prowadzi ewidencję szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa. Ewidencja jest prowadzona w systemie teleinformatycznym.
2. Ewidencja, o której mowa w ust. 1, zawiera następujące dane:
   1) numer kolejny wpisu do ewidencji;
   2) daty wpisu i wykreślenia z ewidencji;
   3) nazwę podmiotu leczniczego;

4) numer REGON zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w strukturze którego działa szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci lub jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;
5) adres siedziby podmiotu leczniczego;
6) adres szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;
7) całodobowy numer telefonu podmiotu leczniczego;
8) całodobowy adres poczty elektronicznej podmiotu leczniczego;
9) (uchylony);
10) identyfikator terytorialny miejscowości lub dzielnicy oraz współrzędne geograficzne lokalizacji szpitalnego oddziału ratunkowego, centrum urazowego, centrum urazowego dla dzieci lub jednostek organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego na terenie województwa;
11) nazwę własną oddziału szpitalnego;
12) specjalność zgodnie z VIII częścią kodu resortowego;
13) datę rozpoczęcia, zmiany i zakończenia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych zgodnie z art. 47.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez jednostki, o których mowa w ust. 1, przekazuje wojewodzie dane, o których mowa w ust. 2 pkt 3-8 i 10-13.
4. Administratorem systemu teleinformatycznego ewidencji, o której mowa w ust. 1, jest jednostka podległa ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwa w zakresie systemów informacyjnych w ochronie zdrowia.

Art. 23b. [Przekazanie informacji do systemu informacji w ochronie zdrowia]

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

Art. 24. [Parametry czasu dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia]

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. 24a. [3] [System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)]

1. Minister właściwy do spraw zdrowia:
   1) nadzoruje System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, zwany dalej "SWD PRM";
   2) określa kierunki rozwoju SWD PRM;
   3) jest administratorem SWD PRM;
   4) jest podmiotem odpowiedzialnym za rozbudowę i modyfikacje SWD PRM.
2. Wojewoda zapewnia utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie województwa.
3. Utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części:
   1) której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
   2) których dysponentami są właściwi wojewodowie.
4. Zadania, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, minister właściwy do spraw zdrowia powierza dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia może powierzyć, w drodze porozumienia, ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych lub Komendantowi Głównemu Policji wykonywanie czynności związanych z utrzymaniem i funkcjonowaniem SWD PRM w zakresie zapewnienia utrzymania powierzchni serwerowej.
6. Realizacja zadania, o którym mowa w ust. 5, jest finansowana z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw finansów publicznych lub minister właściwy do spraw wewnętrznych.

7. Minister właściwy do spraw zdrowia dokonuje zakupu sprzętu przeznaczonego do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, krajowego koordynatora ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych.
8. Sprzęt, o którym mowa w ust. 7, jest przekazywany przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewodom. Sprzęt przeznaczony do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego wojewodowie przekazują dysponentom zespołów ratownictwa medycznego w terminie 14 dni od dnia otrzymania tego sprzętu od ministra właściwego do spraw zdrowia.

Art. 24b. [Przetwarzanie danych w SWD PRM]

1. Dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia administruje SWD PRM, który umożliwia bezpieczne przetwarzanie danych, w tym kontrolę dostępu użytkowników do danych, oraz dokumentuje dokonywane przez nich zmiany, umożliwiając w szczególności odtworzenie historii każdego zgłoszenia alarmowego i powiadomienia o zdarzeniu.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, wojewodowie, dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia i dysponenci zespołów ratownictwa medycznego przetwarzają dane zarejestrowane w SWD PRM, w tym nagrania rozmów, dane osobowe osoby zgłaszającej, dane innych osób wskazanych w trakcie przyjmowania zgłoszenia, pozycje geograficzne, dane teleadresowe lub opis zdarzenia, i udostępniają je na wniosek sądu, prokuratury, Policji, Rzecznika Praw Pacjenta lub Narodowego Funduszu Zdrowia.
3. Mechanizmy, w które jest wyposażony SWD PRM, zapewniają zachowanie ciągłości jego funkcjonowania.
4. SWD PRM zawiera rozwiązania techniczne przeznaczone do szkolenia dyspozytorów medycznych.

Art. 24c. [Współadministratorzy danych osobowych przetwarzanych w SWD PRM; upoważnienie do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM]

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, wojewodowie, dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia i dysponenci zespołów ratownictwa medycznego są współadministratorami danych w SWD PRM oraz innych danych uzyskanych w związku z przyjmowaniem oraz obsługą zgłoszeń alarmowych i

powiadomień o zdarzeniach z wykorzystaniem SWD PRM.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia:
   1) wydaje i cofa upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM dla pracowników urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia oraz konsultantów krajowych i wojewódzkich, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 886), w zakresie, o którym mowa w pkt 2;
   2) określa zakres danych, które mogą być udostępniane konsultantom krajowym i wojewódzkim, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, oraz podmiotom, o których mowa w art. 39;
   3) określa uprawnienia w SWD PRM;
   4) przetwarza dane w SWD PRM niezbędne do realizacji zadań, o których mowa w art. 19 ust. 1 oraz art. 24a ust. 1;
   5) realizuje obowiązki wynikające z art. 19 i art. 34 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanego dalej "rozporządzeniem 2016/679".
3. Wojewodowie:
   1) wydają i cofają upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM dla pracowników urzędu wojewódzkiego;
   2) nadają i cofają uprawnienia w SWD PRM;
   3) przetwarzają dane w SWD PRM niezbędne do realizacji zadań, o których mowa w art. 19 ust. 2;
   4) realizują obowiązki wynikające z art. 15 i art. 16 rozporządzenia 2016/679 w zakresie wprowadzonych przez nich danych do SWD PRM;
   5) realizują obowiązki wynikające z art. 19 i art. 34 rozporządzenia 2016/679.
4. Dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia:
   1) przetwarza w SWD PRM dane niezbędne do realizacji zadań, o których mowa w art. 27a ust. 2 i art. 48;
   2) przetwarza dane w celu zapewnienia utrzymania, rozbudowy, modyfikacji i obsługi technicznej SWD PRM;
   3) wydaje i cofa upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w zakresie obejmującym zadania wynikające z administrowania SWD PRM;

4) nadaje i cofa uprawnienia w SWD PRM w ramach realizacji powierzonych zadań;
5) może powierzyć przetwarzanie danych przetwarzanych w SWD PRM podmiotom wyspecjalizowanym w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, w zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań związanych z utrzymaniem i funkcjonowaniem, rozbudową i modyfikacjami SWD PRM;
6) realizuje obowiązki wynikające z art. 15 i art. 16 rozporządzenia 2016/679 w zakresie wprowadzonych przez niego danych do SWD PRM;
7) realizuje obowiązki wynikające z art. 19 i art. 34 rozporządzenia 2016/679.

5. Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego:
1) wydają i cofają upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM dla pracowników;
2) nadają i cofają uprawnienia w SWD PRM;
3) przetwarzają dane w SWD PRM w celu i zakresie niezbędnym do prawidłowej realizacji zadań wynikających z przepisów ustawy;
4) realizują obowiązki wynikające z art. 15 i art. 16 rozporządzenia 2016/679 w zakresie wprowadzonych przez nich danych do SWD PRM;
5) realizują obowiązki wynikające z art. 19 i art. 34 rozporządzenia 2016/679.

6. Dane osobowe, o których mowa w ust. 1, podlegają zabezpieczeniom zapobiegającym nadużyciom lub niezgodnemu z prawem dostępowi lub przekazywaniu polegającym co najmniej na:
1) dopuszczeniu do przetwarzania danych osobowych wyłącznie osób posiadających pisemne upoważnienie;
2) pisemnym zobowiązaniu osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych do zachowania ich w poufności.

7. Podmioty, o których mowa w ust. 2-5, podejmują działania mające na celu:
1) zapewnienie ochrony przed nieuprawnionym dostępem do SWD PRM;
2) zapewnienie integralności danych w SWD PRM;
3) zapewnienie dostępności SWD PRM dla podmiotów przetwarzających dane w tym systemie;
4) przeciwdziałanie uszkodzeniom SWD PRM;
5) określenie zasad bezpieczeństwa przetwarzanych danych, w tym danych osobowych;
6) określenie zasad zgłaszania naruszenia ochrony danych osobowych;
7) zapewnienie rozliczalności w SWD PRM;
8) zapewnienie poprawności danych przetwarzanych w SWD PRM.

8. Podmioty wyspecjalizowane w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, którym powierzono przetwarzanie danych osobowych w SWD PRM, nie mogą powierzać przetwarzania danych innym podmiotom ani udostępniać danych innym podmiotom niż upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
9. W przypadku zaistnienia konieczności udostępnienia danych osobowych podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, podmiot wyspecjalizowany w zapewnieniu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, który udostępnił dane, informuje o tym fakcie administratora SWD PRM, nie później niż w terminie 3 dni od dnia zaistnienia tego faktu.
10. W przypadku zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem przetwarzania danych przetwarzanych w SWD PRM przez podmioty wyspecjalizowane w zapewnianiu obsługi technicznej systemów teleinformatycznych, podmioty te są obowiązane, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia okoliczności skutkujących zaprzestaniem przetwarzania danych, do przekazania przetwarzanych danych administratorowi SWD PRM.
11. Podmioty, o których mowa w ust. 2-5, realizują obowiązek, o którym mowa w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679, w związku z przetwarzaniem danych osobowych w SWD PRM, przez udostępnienie informacji w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej lub na swojej stronie internetowej.
12. Osoba zwracająca się z żądaniem na podstawie art. 15 rozporządzenia 2016/679 obowiązana jest do podania informacji o okolicznościach zdarzenia, którego to żądanie dotyczy, w tym daty i miejsca zdarzenia oraz numeru telefonu, z którego zostało wykonane połączenie dotyczące powiadomienia o zdarzeniu.
13. Podmioty, o których mowa w ust. 2-5, udostępniają informację o ograniczeniach, o których mowa w ust. 12, w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej lub na swojej stronie internetowej.
14. Podmioty, o których mowa w ust. 2-5, prowadzą ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych, którym wydały upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM.

Art. 24d. [Dostęp SWD PRM do danych telekomunikacyjnych]

1. SWD PRM uzyskuje za pośrednictwem centralnego punktu systemu powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w art. 78 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. - Prawo telekomunikacyjne (Dz. U. z 2021 r. poz. 576), informacje dotyczące lokalizacji zakończenia sieci, z którego zostało wykonane połączenie do numeru alarmowego 112 albo innego numeru alarmowego, oraz dane dotyczące abonenta, o których mowa w art. 78 ust. 2 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. - Prawo telekomunikacyjne.

2. SWD PRM uzyskuje nieodpłatnie dostęp do danych przestrzennych i związanych z nimi usług, udostępnianych za pośrednictwem systemu, o którym mowa w art. 40 ust. 3e ustawy z dnia 17 maja 1989 r. - Prawo geodezyjne i kartograficzne (Dz. U. z 2020 r. poz. 2052 oraz z 2021 r. poz. 922 i 1641).

Art. 24e. [Dane przetwarzane i udostępniane przez SWD PRM]

1. Dyspozytorzy medyczni, wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, zespoły ratownictwa medycznego oraz krajowy koordynator ratownictwa medycznego wykonują zadania z wykorzystaniem SWD PRM.
2. Minister właściwy do spraw zdrowia, wojewodowie, dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dysponenci zespołów ratownictwa medycznego przy użyciu SWD PRM przetwarzają i udostępniają dane:
   1) dotyczące usługobiorców w rozumieniu art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia, w zakresie określonym w art. 4 ust. 3 tej ustawy;
   2) obejmujące dane osobowe osób wykonujących zadania wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego;
   2a) obejmujące dane osobowe osób wykonujących zadania krajowego koordynatora ratownictwa medycznego;
   3) obejmujące dane osobowe osób wykonujących zadania dyspozytora medycznego;
   4) obejmujące dane osobowe osób wykonujących zadania członków zespołów ratownictwa medycznego
   5) obejmujące dane osobowe osób wykonujących wyłącznie zadania kierowców, o których mowa w art. 36 ust. 3;
   6) obejmujące dane osobowe osób wykonujących na podstawie danych z SWD PRM zadania polegające na: zarządzaniu, kontroli, sporządzaniu raportów statystycznych i analiz;
   7) obejmujące dane osobowe osób dokonujących zgłoszenia na numer alarmowy, numery ich telefonów oraz stopień pokrewieństwa z osobą w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli dotyczy;
   8) umożliwiające wymianę dokumentów elektronicznych między usługodawcami oraz usługodawcami a płatnikami w rozumieniu art. 2 pkt 9 lit. a i pkt 15 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.
3. Dane, o których mowa w ust. 2 pkt 1-5, 7 i 8, są udostępniane:
   1) Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
   2) jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwej w zakresie systemów

informacyjnych ochrony zdrowia;

3) konsultantom krajowym i wojewódzkim, o których mowa w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia, w zakresie, o którym mowa w art. 24e ust. 2 pkt 2;

4) podmiotom, o których mowa w art. 39, w zakresie określonym w art. 24e ust. 2 pkt 2.

4. (uchylony).

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

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

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

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

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

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

Art. 24f. [Rejestrowanie nagrań rozmów w ramach SWD PRM]

1. W ramach SWD PRM zapewnia się rejestrowanie nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku dyspozytora medycznego oraz wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, z wykorzystaniem dostępnych form łączności, i ich przechowywanie przez okres co najmniej 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania.

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

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

Art. 24g. [Delegacja ustawowa - minimalne funkcjonalności, sposób utrzymania i zarządzania SWD PRM]

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) minimalne funkcjonalności SWD PRM,

2) sposób utrzymania SWD PRM,

3) sposób zarządzania SWD PRM,

4) sposób działania systemu w sytuacji awarii SWD PRM,

5) minimalne wyposażenie stanowisk pracy SWD PRM w dyspozytorni medycznej, w miejscu stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego, w specjalistycznym środku transportu sanitarnego wykorzystywanym przez zespół ratownictwa medycznego i na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego

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

Art. 24h. [Delegacja ustawowa - rodzaje dokumentacji dyspozytorni medycznej prowadzonej w SWD PRM]

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

Art. 25.

(uchylony).

Art. 25a. [Utworzenie i prowadzenie dyspozytorni medycznych]

1. Wojewoda tworzy i prowadzi jedną dyspozytornię medyczną w województwie.
2. W województwie mazowieckim oraz w województwie śląskim wojewodowie mogą utworzyć i prowadzić dwie dyspozytornie medyczne.
3. Dyspozytornie medyczne działają w sposób zapewniający ich zastępowalność w przypadku miejscowej awarii sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych w rozumieniu a rt. 2 pkt 5 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego albo jej przeciążenia, awarii SWD PRM, łączności radiowej lub telefonicznej.
4. [4] Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje wytyczne dotyczące sposobu i trybu zastępowalności dyspozytorni medycznych i przekazuje je wojewodom. Wytyczne stanowią

tajemnicę prawnie chronioną i nie podlegają udostępnianiu na podstawie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej i nie podlegają udostępnianiu lub przekazywaniu w celu ponownego wykorzystania na podstawie ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. o otwartych danych i ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego.

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

Art. 25b. [Kierownik dyspozytorni medycznej; współpraca dyspozytorni medycznych z innymi podmiotami]

1. Osobą odpowiedzialną za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej, zatrudnioną na podstawie stosunku pracy, jest kierownik dyspozytorni medycznej, zwany dalej "kierownikiem dyspozytorni".

2. Kierownikiem dyspozytorni może być osoba, która:
   1) [5] ukończyła co najmniej studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego.
   2) (uchylony).

3. Do zadań kierownika dyspozytorni należy:
   1) opracowanie szczegółowego sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej, z uwzględnieniem zapewnienia ciągłości jej funkcjonowania oraz organizacji pracy dyspozytorów medycznych;
   2) opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych na podstawie wytycznych, o których mowa w art. 25a ust. 4;
   3) przygotowanie, weryfikacja i aktualizacja wykazów i opracowań niezbędnych podczas realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych;
   4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych;
   5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego, uwzględniającego kryteria oceny pracy dyspozytora medycznego, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 5.

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

wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 2-letnie doświadczenie w zakresie realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego.

2) (uchylony).

5. Dyspozytornie medyczne współpracują z innymi podmiotami, w szczególności z Policją, Państwową Strażą Pożarną i centrami powiadamiania ratunkowego, o których mowa w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, w celu podjęcia działań ratowniczych w związku z realizacją zadań dyspozytora medycznego, przy wykorzystaniu systemu teleinformatycznego i sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów alarmowych w rozumieniu odpowiednio art. 2 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, na potrzeby przyjmowania i obsługi powiadomień o zdarzeniach oraz zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrum powiadamiania ratunkowego przez dyspozytora medycznego.
6. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, organizację, sposób funkcjonowania oraz elementy techniczne dyspozytorni medycznej, biorąc pod uwagę podział zadań między dyspozytorami medycznymi oraz zapewnienie możliwie najkrótszego czasu oczekiwania na odbiór przez dyspozytora medycznego zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu.

Art. 25c. [Rejestrowanie i przechowywanie nagrań rozmów telefonicznych]

1. Wojewoda zapewnia rejestrowanie i przechowywanie przez okres co najmniej 3 lat, licząc od dnia dokonania nagrania, nagrań rozmów prowadzonych na stanowisku:
   1) dyspozytora medycznego,
   2) wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego
2. Do nagrań, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 24 oraz art. 26 ust. 1, 2 i 3 pkt 2, 2a i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
3. Wojewoda niszczy nagrania, o których mowa w ust. 1, po upływie terminu, o którym mowa w ust. 1.

Art. 26. [Warunki wykonywania czynności dyspozytora medycznego; główny dyspozytor medyczny]

1. Dyspozytor medyczny wykonuje zadania:
   1) w podmiocie leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na stanowisku dyspozytora medycznego związanym z dysponowaniem i koordynacją działalności lotniczych zespołów ratownictwa

medycznego oraz innych statków powietrznych będących na wyposażeniu podmiotu, w tym lotniczego zespołu transportu sanitarnego;

2) na stanowisku dyspozytora medycznego w lokalizacji wskazanej w planie.

1a. (uchylony).

1b. Do dyspozytorów medycznych, o których mowa w ust. 1, oraz wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego może być stosowany system równoważnego czasu pracy, w którym jest dopuszczalne przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 24 godzin, w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 1 miesiąca. Przepisy art. 135 § 2 i 3 oraz art. 136 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy stosuje się odpowiednio.

2. Dyspozytorem medycznym może być osoba, która:

1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;

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

3) [7] posiada co najmniej 3-letnie doświadczenie w realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego lub w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala posiadającego oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej oraz oddział ortopedii lub ortopedii i traumatologii;

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

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

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

1) spełnia co najmniej wymagania, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 2, 4 i 5;

2) [8] przez okres co najmniej 3 lat w okresie ostatnich 4 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.

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

1) spełnia wymagania, o których mowa w ust. 2 pkt 1, 2, 4 i 5;

2) [9] przez okres co najmniej 2 lat w okresie ostatnich 3 lat była zatrudniona na stanowisku dyspozytora medycznego.

2d. Do zadań głównego dyspozytora medycznego należy:

1) koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznej;

2) współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego oraz krajowym koordynatorem ratownictwa medycznego;

3) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych w obrębie jednej dyspozytorni medycznej;

4) bieżąca analiza zadań realizowanych przez dyspozytorów medycznych;

5) bieżąca analiza optymalnego wykorzystania zespołów ratownictwa medycznego;

6) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy;

7) przygotowywanie raportu dobowego z pracy dyspozytorni medycznej.

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

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

1) kursu doskonalącego;

2) samokształcenia.

3a. (uchylony).

4. (uchylony).

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

1) formy samokształcenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2,

2) sposób i tryb odbywania doskonalenia zawodowego przez dyspozytorów medycznych,

3) zakres doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych,

4) wzór wniosku o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia kursu doskonalącego,

5) sposób potwierdzania dokumentowania i zatwierdzania poszczególnych form doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych,

6) wzór karty doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych

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

Art. 26a. [Wsparcie psychologiczne dyspozytorów medycznych]

1. Wojewoda zapewnia dostęp do wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych udzielanego przez psychologów zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w urzędzie wojewódzkim.

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

1) ukończyła 5-letnie jednolite studia magisterskie na kierunku psychologia;

a) co najmniej 2 lata doświadczenia w interwencji kryzysowej lub w pracy polegającej na udzielaniu wsparcia osobom wykonującym zawód medyczny lub

b) co najmniej 3 lata doświadczenia w pracy w Policji, wojsku lub w Państwowej Straży Pożarnej na stanowisku psychologa.

3. Wsparcie psychologiczne udzielane dyspozytorowi medycznemu ma na celu:
   1) zapobieganie konsekwencjom zdrowotnym stresu zawodowego;
   2) zwiększenie efektywności realizacji zadań przez dyspozytora medycznego.
4. Zadania psychologa w ramach wsparcia psychologicznego obejmują:
   1) udział w procedurze rekrutacji przez weryfikację umiejętności radzenia sobie ze stresem, stabilności emocjonalnej, odporności psychicznej oraz innych niezbędnych z punktu widzenia specyfiki pracy kompetencji psychologicznych osób ubiegających się o stanowisko dyspozytora medycznego;
   2) prewencję skutków stresorów zawodowych;
   3) szkolenia doskonalące dla dyspozytorów medycznych oraz kierownika dyspozytorni medycznej i zastępcy kierownika dyspozytorni medycznej, w zakresie kompetencji psychologicznych zapobiegających stresowi na stanowisku pracy oraz służących wypracowaniu umiejętności radzenia sobie ze stresem zawodowym;
   4) poradnictwo i pomoc psychologiczną w zakresie problemów psychologicznych wpływających na dobrostan psychiczny dyspozytora medycznego;
   5) interwencje psychologiczne w sytuacjach kryzysowych.
5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres zadań psychologa w ramach wsparcia psychologicznego, biorąc pod uwagę konieczność zapobiegania skutkom psychicznym stresu zawodowego oraz traumatycznego, umożliwienie sprawnego podejmowania decyzji przez dyspozytorów medycznych przez ograniczanie wpływu stresu na proces decyzyjny, a także diagnozowanie i zapobieganie występowaniu objawów wypalenia zawodowego wśród dyspozytorów medycznych.

Art. 26b. [Pracodawca dyspozytorów medycznych i psychologów]

1. Pracodawcą dyspozytorów medycznych i psychologów, o których mowa odpowiednio w art. 26 i art. 26a ust. 1, jest urząd wojewódzki.
2. Wojewoda wykonuje czynności pracodawcy w stosunku do dyspozytorów medycznych, o których mowa w art. 26.
3. [10] Z dyspozytorami medycznymi, o których mowa w art. 26, jest zawierana umowa o pracę lub umowa

cywilnoprawna. Do zatrudnienia dyspozytorów medycznych na podstawie umowy cywilnoprawnej nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1129, 1598, 2054 i 2269).

Art. 26c. [Odstępstwo od wymagań na stanowisku odpowiednio dyspozytora medycznego, głównego dyspozytora medycznego albo zastępcy głównego dyspozytora medycznego w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii]

W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii na stanowisku odpowiednio dyspozytora medycznego, głównego dyspozytora medycznego albo zastępcy głównego dyspozytora medycznego można zatrudnić osobę niespełniającą wymagań określonych w art. 26 ust. 2 pkt 3, ust. 2b pkt 2 i ust. 2c pkt 2.

Art. 27. [Zadania dyspozytorów medycznych]

1. Do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:
   1) przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5 oraz z uwzględnieniem algorytmu zbierania wywiadu medycznego, o którym mowa w ust. 6;
   2) przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
   3) przekazywanie kierującemu akcją medyczną niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
   4) zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego;
   5) zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
   6) powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
   7) powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia;
   8) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1856 oraz z 2021 r. poz. 159).

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

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

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

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

3. Wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego w celu sprawnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych, ich prowadzenia i zapewnienia kierowania tymi czynnościami:
   1) wyznacza dyspozytorów medycznych realizujących zadania określone w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7 dla całego rejonu, którego dotyczy sytuacja określona w ust. 2;
   2) koordynuje działania dysponentów jednostek.

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

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowe procedury:
   1) przyjmowania oraz obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego,
   2) dysponowania zespołami ratownictwa medycznego

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

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

Art. 27a. [11] [Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego]

1. Dysponent lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będący jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia tworzy komórkę organizacyjną pod nazwą "Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego", zwaną dalej "KCMRM".
2. Do zadań KCMRM należy:
   1) realizowanie zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie rozbudowy i modyfikacji SWD PRM;
   2) realizowanie zadań powierzonych przez ministra właściwego do spraw zdrowia w zakresie administrowania SWD PRM;
   3) opracowywanie na zlecenie ministra właściwego do spraw zdrowia opisów przedmiotu zamówienia oraz specyfikacji istotnych warunków zamówienia do postępowań o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu do obsługi SWD PRM;
   4) uczestniczenie w postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego na zakup sprzętu do obsługi SWD PRM w specjalistycznych środkach transportu sanitarnego wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego, na stanowiskach pracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i na stanowiskach pracy dyspozytorów medycznych;
   5) *opracowanie kryteriów oceny pracy dyspozytora medycznego;*
   6) *monitorowanie przebiegu akcji medycznej w zdarzeniu, którego skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób;*
   7) *przygotowywanie i prowadzenie:*
      a) *kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego,*
      b) *kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego,*
      c) *kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, odbywanego w ramach rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego;*
   8) *opracowywanie testów do wstępnej kwalifikacji kandydatów ubiegających się o zatrudnienie na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego;*
   9) przekazywanie, na wniosek krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, niezbędnych informacji do realizacji jego zadań.
3. Finansowanie zadań KCMRM, o których mowa w ust. 2:
   1) pkt 1,
   2) pkt 2,
   3) pkt 3 i 4,

3a) *pkt 5,*

3b) *pkt 7,*

4) *pkt 6 i 8*

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

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

Art. 28.

(uchylony).

Art. 29. [Wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego]

1. W urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, zatrudnieni przez wojewodę na podstawie stosunku pracy, w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 5.
2. Pracodawcą dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego jest urząd wojewódzki.
3. Wojewoda wykonuje czynności pracodawcy w stosunku do wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego.
4. Działalność wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda.
5. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy:
   1) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą;
   2) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego rejonu operacyjnego;
   3) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, z wyłączeniem sytuacji, o których mowa w art. 20a ust. 3 pkt 1;
   4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego;
   5) współpraca z KCMRM, innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego oraz krajowym koordynatorem ratownictwa medycznego;
   6) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, o których mowa w art. 13

ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym.

6. Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być:
   1) lekarz systemu lub
   2) [12] ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, którzy ukończyli studia co najmniej pierwszego stopnia i posiadają co najmniej 4-letnie doświadczenie w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.

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

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

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

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

9a. Rozstrzyganie sporów, o których mowa w ust. 5 pkt 3, odbywa się w drodze decyzji administracyjnej wydawanej przez wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. Decyzji tej nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

9b. Decyzja, o której mowa w ust. 9a:
   1) może być przekazana w każdy możliwy sposób zapewniający dotarcie decyzji do adresata, w tym ustnie;
   2) nie wymaga uzasadnienia;
   3) przekazana w sposób inny niż na piśmie, jest następnie doręczana na piśmie po ustaniu przyczyn uniemożliwiających doręczenie w ten sposób.

9c. Od decyzji, o której mowa w ust. 9a, przysługuje odwołanie do wojewody właściwego dla wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego.

10. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, kierując się koniecznością zapewnienia

realizacji zadań, o których mowa w ust. 5.

Art. 30. [Stan podwyższonej gotowości podmiotów leczniczych]

1. W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu odpowiednio art. 3 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1897) lub gdy w ocenie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, koordynator ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, działających na obszarze danego województwa.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na podmioty wykonujące działalność leczniczą określone w ust. 1 obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.
3. Decyzji, o której mowa w ust. 2, nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.
4. Wojewoda może upoważnić wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego do wydawania decyzji, o których mowa w ust. 2.
5. Jeżeli świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 2, nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przepisy art. 19 ust. 2-6 usta wy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych stosuje się odpowiednio.

Art. 31. [Uprawnienia kontrolne wojewody]

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

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

Rozdział 4

Jednostki systemu

Art. 32. [Jednostki systemu PRM]

1. Jednostkami systemu są:
   1) szpitalne oddziały ratunkowe,
   2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, wchodzące w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego;

- zwane dalej "jednostkami systemu", na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

2. Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie.
3. Do członków zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, może być stosowany system równoważnego czasu pracy, w którym jest dopuszczalne przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy do 24 godzin, w okresie rozliczeniowym nieprzekraczającym 1 miesiąca. Przepisy art. 135 § 2 i 3 oraz art. 136 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy stosuje się odpowiednio.
4. Przepisu ust. 3 nie stosuje się do członka zespołu ratownictwa medycznego będącego osobą kierującą pojazdem uprzywilejowanym w ruchu drogowym.

Art. 32a. [Podmioty realizujące medyczne czynności ratunkowe]

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

Art. 33. [Szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe]

1. Szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe, centrum urazowe dla dzieci oraz jednostka

organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego niezwłocznie udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu, pacjentowi urazowemu dziecięcemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

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

Art. 33a. [13] [Segregacja medyczna; triaż]

1. W szpitalnym oddziale ratunkowym jest prowadzona segregacja medyczna. Segregację medyczną przeprowadza pielęgniarka systemu, ratownik medyczny lub lekarz systemu.
2. W wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana jedna z kategorii w pięciostopniowej skali.
3. Informacja o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom, o których mowa w ust. 2, jest podawana na wyświetlaczu zbiorczym umieszczonym w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć.
4. Do prowadzenia segregacji medycznej wykorzystuje się system zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym, w którym są przetwarzane dane osobowe, w tym dane dotyczące zdrowia pacjenta oraz dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym, zwany dalej "TOPSOR".

4a. Administratorem systemu zarządzającego TOPSOR oraz administratorem danych przetwarzanych w tym systemie, zwanym dalej "administratorem TOPSOR", jest Narodowy Fundusz Zdrowia.

5. Administrator TOPSOR zapewnia bezpieczne przetwarzanie danych, w tym kontrolę dostępu użytkowników TOPSOR do danych, oraz dokumentuje dokonywane przez nich zmiany.
6. Udostępnieniu publicznemu, w szczególności w siedzibie podmiotu leczniczego, na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej lub na stronie internetowej podmiotu leczniczego, podlegają wyłącznie dane o liczbie osób i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego w szpitalnym oddziale ratunkowym.
7. Administrator TOPSOR realizuje obowiązek, o którym mowa w art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia 2016/679, w związku z przetwarzaniem danych osobowych w TOPSOR przez udostępnienie

informacji w siedzibie podmiotu leczniczego, na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej lub na stronie internetowej podmiotu leczniczego.

8. Dane osobowe, o których mowa w ust. 4, podlegają zabezpieczeniom zapobiegającym nadużyciom lub niezgodnemu z prawem dostępowi lub przekazywaniu polegającym co najmniej na:
   1) dopuszczeniu do przetwarzania danych osobowych wyłącznie osób posiadających pisemne upoważnienie wydane przez administratora TOPSOR;
   2) pisemnym zobowiązaniu osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych do zachowania ich w tajemnicy.
9. Administrator TOPSOR jest uprawniony do przechowywania danych osobowych przez okres niezbędny do realizacji zadań wynikających z ustawy, nie dłużej jednak niż przez okres 20 lat od ich uzyskania. Po upływie tego terminu administrator TOPSOR niszczy przechowywane dane osobowe w sposób uniemożliwiający ich odczyt.
10. Administrator TOPSOR podejmuje działania mające na celu:
   1) zapewnienie ochrony przed nieuprawnionym dostępem do TOPSOR;
   2) zapewnienie integralności danych w TOPSOR;
   3) zapewnienie dostępności TOPSOR dla podmiotów przetwarzających dane w tym systemie;
   4) przeciwdziałanie uszkodzeniom TOPSOR;
   5) określenie zasad bezpieczeństwa przetwarzanych danych, w tym danych osobowych;
   6) określenie zasad zgłaszania naruszenia ochrony danych osobowych;
   7) zapewnienie rozliczalności w TOPSOR.
11. (uchylony).
12. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
   1) minimalną funkcjonalność oraz minimalne wymagania techniczne, a także administrowanie TOPSOR
   2) warunki organizacyjno-techniczne gromadzenia, przetwarzania i pobierania danych zgromadzonych v TOPSOR

- uwzględniając konieczność zapewnienia współpracy systemu informatycznego wykorzystywanego przez dysponenta jednostki z TOPSOR oraz umożliwienia powszechnej dostępności danych, przy zachowaniu odpowiedniego poziomu bezpieczeństwa tych danych.

13. *Zadania administratora, o którym mowa w ust. 11, mogą być finansowane w formie dotacji celowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia.*

Art. 34. [Delegacja ustawowa - organizacja szpitalnych oddziałów ratunkowych]

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowe zadania szpitalnych oddziałów ratunkowych,

1a) szczegółowe warunki prowadzenia segregacji medycznej w szpitalnych oddziałach ratunkowych,

2) szczegółowe wymagania dotyczące lokalizacji szpitalnych oddziałów ratunkowych w strukturze szpitala oraz warunków technicznych,

3) minimalne wyposażenie, organizację oraz minimalne zasoby kadrowe szpitalnych oddziałów ratunkowych

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

Art. 35.

(uchylony).

Art. 36. [Rodzaje zespołów ratownictwa medycznego]

1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:
   1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzą 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 wchodzą co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym.
2. Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.
3. W skład zespołów, o których mowa w ust. 1, wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2021 r. poz. 1212).
4. Kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, jest lekarz systemu.
5. Kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, jest osoba wskazana przez dysponenta jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu.

Art. 36a. [Skład zespołu specjalistycznego w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii]

1. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii w skład zespołu

specjalistycznego mogą wchodzić trzy osoby posiadające kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

2. W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii kierownikiem zespołu, o którym mowa w ust. 1, jest osoba wskazana przez dysponenta jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu.

Art. 37. [Lotniczy zespół ratunkowy]

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

Art. 37a. [Skład lotniczego zespołu ratownictwa medycznego w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii]

W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego oraz lekarza systemu lub ratownika medycznego, lub pielęgniarki systemu.

Art. 38. [Oznaczenia jednostek systemu PRM]

1. Oznaczenia systemu używają jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1.
2. (uchylony).
3. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
   1) wzór graficzny systemu, będący jego oznaczeniem,
   2) sposób oznakowania:
      a)jednostek systemu,
      b)kierującego akcją medyczną, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratownikó z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 9,
   3) wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego

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

Art. 39. [Współpraca z systemem PRM]

Z systemem współdziałają uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej - w zakresie edukacji i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie medycyny ratunkowej, oceny jakości systemu oraz wytyczania kierunków jego rozwoju.

Rozdział 4a

Centra urazowe

Art. 39a. [Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez zespół urazowy]

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

Art. 39b. [Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych i ogólne wymagania dotyczące centrum urazowego]

Centrum urazowe:

1) zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 39c ust. 1, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny;

2) współpracuje z uczelnią medyczną w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce lub inną uczelnią publiczną, która utworzyła lub prowadzi podmiot leczniczy prowadzący szpital;

3) zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych i pracowni diagnostycznych:

a) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu,

b) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu,

c) pracowni endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynnej całą dobę,

d) oddziałów, w szczególności:

- chirurgii ogólnej lub obrażeń wielonarządowych,
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
- neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii,
- chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń;

4) zapewnia dostęp do pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, czynnej całą dobę;

5) zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub torakochirurgii w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń;

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

Art. 39c. [Zasady postępowania w centrum urazowym]

1. Centrum urazowe przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjenta urazowego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała.
2. Centrum urazowe, po zakończeniu udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, kieruje pacjenta urazowego do innego oddziału szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub do zakładu leczniczego innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.
3. Zespół urazowy zaleca wskazania co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta urazowego w oddziale szpitala lub w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, o których mowa w ust. 2, właściwych ze względu na jego stan zdrowia.

Art. 39d. [Delegacja ustawowa - szczegółowe wymagania organizacyjne, techniczne i kadrowe dotyczące centrum urazowego]

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

1) szczegółowe wymagania organizacyjne centrum urazowego, w zakresie minimalnego wyposażenia diagnostycznego oraz technicznego,

2) minimalne zasoby kadrowe zespołu urazowego,

3) kryteria kwalifikacji osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do leczenia w centrum urazowym,

4) sposób postępowania z pacjentem urazowym

- uwzględniając konieczność zapewnienia pacjentowi urazowemu odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.

Art. 39e. [Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez zespół urazowy dziecięcy]

W centrum urazowym dla dzieci świadczenia zdrowotne, o których mowa w art. 39g ust. 1, są udzielane

pacjentowi urazowemu dziecięcemu przez zespół lekarzy posiadających tytuł specjalisty, zwany dalej "zespołem urazowym dziecięcym", określony w przepisach wydanych na podstawie art. 39h.

Art. 39f. [Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych i ogólne wymagania dotyczące centrum urazowego dla dzieci]

Centrum urazowe dla dzieci:

1) zabezpiecza, w zakresie świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 39g ust. 1, populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego dla dzieci w ciągu 1,5 godziny;

2) współpracuje z uczelnią medyczną w rozumieniu ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce lub inną uczelnią publiczną, która utworzyła lub prowadzi podmiot leczniczy prowadzący szpital;

3) zapewnia działanie w swojej strukturze specjalistycznych oddziałów zabiegowych:

a) oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, zapewniającego gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu dziecięcemu,

b) bloku operacyjnego, zapewniającego stałą gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentowi urazowemu dziecięcemu,

c) oddziału chirurgii dziecięcej oraz oddziałów lub specjalistów neurochirurgii lub neurotraumatologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu;

4) zapewnia dostęp do pracowni diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, endoskopii diagnostycznej i zabiegowej czynnej całą dobę;

5) zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie kardiochirurgii lub chirurgii klatki piersiowej w czasie nie dłuższym niż 30 minut od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń;

6) zapewnia dostępność do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chirurgii szczękowo-twarzowej w czasie nie dłuższym niż 12 godzin od chwili stwierdzenia okoliczności uzasadniających udzielanie takich świadczeń;

7) dysponuje lądowiskiem lub lotniskiem dla śmigłowca ratunkowego, zlokalizowanym w takiej odległości, aby możliwe było przyjęcie pacjenta urazowego dziecięcego, bez pośrednictwa specjalistycznego środka transportu sanitarnego.

Art. 39g. [Zasady postępowania w centrum urazowym dla dzieci]

1. Centrum urazowe dla dzieci przyjmuje, kompleksowo diagnozuje i wielospecjalistycznie leczy pacjenta urazowego dziecięcego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie leczenia ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała.
2. Centrum urazowe dla dzieci, po zakończeniu udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, kieruje pacjenta urazowego dziecięcego do innego oddziału szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe dla dzieci, lub do zakładu leczniczego innego podmiotu leczniczego w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.
3. Zespół urazowy dziecięcy zaleca wskazania co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta urazowego dziecięcego w oddziale szpitala lub w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego, o których mowa w ust. 2, właściwych ze względu na jego stan zdrowia.

Art. 39h. [Delegacja ustawowa - szczegółowe wymagania organizacyjne, techniczne i kadrowe dotyczące centrum urazowego dla dzieci]

Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

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

- uwzględniając konieczność zapewnienia pacjentowi urazowemu dziecięcemu odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.

Rozdział 5

Akcja medyczna

Art. 40. [Rozpoczęcie akcji medycznej]

1. Akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego.
2. Zespół ratownictwa medycznego po przybyciu na miejsce zdarzenia niezwłocznie rozpoczyna medyczne czynności ratunkowe.

Art. 41. [Kierujący akcją medyczną]

1. Kierującym akcją medyczną jest kierownik zespołu ratownictwa medycznego.
2. W przypadku gdy do zdarzenia został zadysponowany więcej niż jeden zespół ratownictwa medycznego, dyspozytor medyczny wyznacza kierującego akcją medyczną spośród kierowników zespołów ratownictwa medycznego zadysponowanych na miejsce zdarzenia.
3. Podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kierujący akcją medyczną pozostaje w stałym kontakcie z dyspozytorem medycznym wskazanym przez głównego dyspozytora medycznego lub z głównym dyspozytorem medycznym.
4. Do zadań kierującego akcją medyczną należy:
   1) w przypadku nieobecności na miejscu zdarzenia podmiotów krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, dokonanie weryfikacji warunków panujących na miejscu zdarzenia ze szczególnym uwzględnieniem zagrożeń panujących na miejscu zdarzenia;
   2) koordynowanie działań realizowanych przez osoby wykonujące medyczne czynności ratunkowe oraz udzielające kwalifikowanej pierwszej pomocy na miejscu zdarzenia;
   3) współpraca z dyspozytorem medycznym w zakresie ustalania kierunku transportu osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z miejsca zdarzenia oraz zapotrzebowania na zespoły ratownictwa medycznego na miejscu zdarzenia;
   4) współpraca z kierującym działaniem ratowniczym, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej;
   5) współpraca z koordynatorem zabezpieczenia pod względem medycznym imprezy masowej, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 20 marca 2009 r. o bezpieczeństwie imprez masowych;
   6) współpraca z kierującym działaniami antyterrorystycznymi, o którym mowa w art. 18 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o działaniach antyterrorystycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 796 oraz z 2021 r. poz. 464 i 815).

Art. 42. [Kierowanie działaniami ratowniczymi w ramach działań w zakresie w zakresie gaszenia pożarów, ratownictwa chemicznego, ekologicznego lub technicznego]

1. Podczas zdarzeń, w których prowadzone są także działania w zakresie gaszenia pożarów, ratownictwa chemicznego, ekologicznego lub technicznego, kierowanie jest prowadzone przez kierującego działaniem ratowniczym w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kierujący akcją medyczną koordynuje medyczne czynności

ratunkowe i wspomaga kierującego działaniem ratowniczym.

2a. W sytuacji wystąpienia zdarzeń o charakterze terrorystycznym w rozumieniu art. 2 pkt 7 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o działaniach antyterrorystycznych kierujący akcją medyczną koordynuje medyczne czynności ratunkowe i wspomaga kierującego działaniami antyterrorystycznymi, o którym mowa w art. 41 ust. 4 pkt 6.

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

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

Art. 43.

(uchylony)**.**

Art. 44. [Transport osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego]

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, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.

2. (uchylony).

3. Zespół ratownictwa medycznego nie transportuje osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, która zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w art. 21a ust. 1, nie udziela świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości.

Art. 45. [Transport bezpośredni osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego]

W przypadku gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci, albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, lub gdy tak zadecyduje kierownik zespołu ratownictwa medycznego, osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego transpotruje

się bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się odpowiednie centrum albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wskazanego przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego lub krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza obszar działania dyspozytorni medycznej transport koordynuje odpowiednio wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego albo krajowy koordynator ratownictwa medycznego.

Art. 45a. [Kara umowna za odmowę przyjęcia osoby przez szpital od jednostek systemu]

Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego albo pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.

Rozdział 6

Finansowanie jednostek systemu

Art. 46. [Finansowanie zespołów ratownictwa medycznego]

1. Zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, w tym wynikające z umów międzynarodowych, są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.
2. Koszty funkcjonowania dyspozytorni medycznej oraz wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych są finansowane z budżetu państwa, z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.

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

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

3. Wojewodowie, do dnia 15 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania:
   1) zespołów ratownictwa medycznego,

2) wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych,

3) dyspozytorni medycznych

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

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

5. W celu ustalenia propozycji wysokości środków na finansowanie zadań, o których mowa w ust. 1, z uwzględnieniem podziału tych środków między poszczególne województwa, minister właściwy do spraw zdrowia wydziela środki na realizację umów międzynarodowych, a następnie kolejno oblicza:
   1) dla każdego województwa - sumę:
      a) iloczynu liczby zespołów podstawowych w tym województwie i wskaźnika kosztów całodobowego utrzymania zespołu podstawowego stanowiącego 0,75 kosztów całodobowego utrzymania zespołu specjalistycznego oraz

      b) liczby zespołów specjalistycznych

   - zwaną dalej "unormowaną liczbą zespołów";

   2) sumę unormowanej liczby zespołów łącznie dla wszystkich województw;

   3) dla każdego województwa - udział procentowy unormowanej liczby zespołów w sumie, o której mowa w pkt 2.

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

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

8. Wysokość środków na finansowanie zadań, o których mowa w ust. 1, dla danego województwa stanowi sumę środków na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego wynikających z umów międzynarodowych w tym województwie oraz iloczynu ogólnej kwoty środków planowanych na zadania zespołów ratownictwa medycznego pomniejszonych o środki wydzielone zgodnie z ust. 5 na realizację zadań wynikających z umów międzynarodowych i udziału procentowego, o którym mowa

w ust. 5 pkt 3.

Art. 47. [Zasady finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez szpitalne oddziały ratunkowe]

1. Świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego są finansowane na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.
2. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentowi urazowemu lub pacjentowi urazowemu dziecięcemu odbywa się oddzielnie dla każdego zakresu tych świadczeń, na zasadach i w trybie określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w ramach środków określonych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

Art. 48. [Finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego]

1. Działalność lotniczych zespołów ratownictwa medycznego jest finansowana w formie dotacji podmiotowej z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.
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 podmiotem leczniczym utworzonym przez ministra właściwego do

spraw zdrowia w celu realizacji zadań lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

6. (uchylony).

7. (uchylony).

8. (uchylony).

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

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

Art. 49. [Tryb zawierania, rozliczania i kontrola umów]

1. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie i rozliczanie wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Kontrolę realizacji umów wykonuje Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w dziale IIIA ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy, o których mowa w ust. 1, na rejony operacyjne, 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.

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

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. 49a. [Dodatkowe umowy na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego w razie stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej]

W przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo w razie niebezpieczeństwa szerzenia się zakażenia lub choroby zakaźnej, które może stanowić zagrożenie dla zdrowia publicznego, w szczególności wystąpienia choroby szczególnie niebezpiecznej lub wysoce zakaźnej, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wojewoda może zawrzeć dodatkową umowę na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego związanych z zabezpieczeniem wybranych miejsc lub dokonania czynności wykraczających poza zadania określone w planie, z dysponentem zespołów ratownictwa medycznego. Do tej umowy nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych.

Art. 50. [Finansowanie wydatków inwestycyjnych w systemie PRM]

1. Minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie, podmiot tworzący podmiot leczniczy, wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje związane z działalnością:
   1) zespołów ratownictwa medycznego - w liczbie właściwej dla zapewnienia parametrów czasu określonych w art. 24;
   2) szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz centrów urazowych;
   3) stanowisk pracy dyspozytorów medycznych.
2. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, dokonywane jest także na podstawie programów wieloletnich ustanawianych przez Radę Ministrów na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych, dotyczących rozwoju ratownictwa medycznego, w formie dotacji celowej z budżetu państwa na rzecz właściwego dysponenta jednostki.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 51.

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

Art. 52.

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

Art. 53.

W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 oraz z 2006 r. Nr 117, poz. 790) w art. 50 uchyla się ust. 16.

Art. 54.

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

Art. 55.

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: (zmiany pominięte).

Art. 56.

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.) wprowadza się następujące zmiany: (zmiany pominięte).

Rozdział 8

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 56a. [Finansowanie zespołów ratownictwa medycznego w roku 2009]

1. W 2009 r. na podstawie założeń, o których mowa w art. 46 ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 15 stycznia 2009 r., przedstawia ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych wysokość środków na finansowanie zadań, o których mowa w art. 46 ust. 1, wraz z podziałem tych środków pomiędzy poszczególne województwa.
2. W celu ustalenia wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego pomiędzy

poszczególne województwa należy kolejno obliczyć:

1) dla każdego województwa - sumę:

a) iloczynu liczby zespołów podstawowych w tym województwie i wskaźnika kosztów całodobowego utrzymania zespołu podstawowego stanowiącego 0,75 kosztów całodobowego utrzymania zespołu specjalistycznego oraz

b) liczby zespołów specjalistycznych

- zwaną dalej "unormowaną liczbą zespołów";

2) sumę unormowanej liczby zespołów łącznie dla wszystkich województw;

3) dla każdego województwa - udział procentowy unormowanej liczby zespołów w sumie, o której mowa w pkt 2.

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

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

Art. 57. [Wykonywanie czynności lekarza systemu PRM do 2020 r.]

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

1) (uchylony);

2) 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala.

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

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

Art. 58. [Zachowanie uprawnień nabytych przed dniem wejścia w życie ustawy]

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 realizacji indywidualnego rozwoju zawodowego, o którym mowa w art. 26 ust. 3.

Art. 59. [Przepisy przejściowe dotyczące planów wojewódzkich na rok 2007]

1. Wojewódzkie plany zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, sporządzone na rok 2007 na podstawie ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207, z późn. zm.) 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. 60. [Finansowanie zadań wojewody w zakresie PRM w 2007 r.]

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

Art. 61.

(uchylony).

Art. 62. [Dostosowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych do wymagań ustawowych]

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. 63. [Dostosowanie składu zespołów ratownictwa medycznego do wymagań ustawy]

Dysponenci zespołów ratownictwa medycznego dostosują kwalifikacje członków tych zespołów do

wymagań, o których mowa w art. 36 ust. 1, do dnia 31 grudnia 2012 r.

Art. 64. [Zasady obowiązywania umów zawartych przed wejściem w życie ustawy]

1. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z dysponentami jednostek w zakresie objętym niniejszą ustawą 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 przekaże wojewodzie wykaz umów zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego.

Art. 65. [Przejściowe obowiązywanie aktów wykonawczych do ustawy]

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,

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. 66. [Przepis derogacyjny]

Tracą moc ustawy:

1) z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. poz. 1207, z późn. zm.);

2) z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 2073, z 2003 r. poz. 920 oraz z 2004 r. poz. 2135).

Art. 67. [Wejście w życie ustawy]

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

1) art. 64, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
2) art. 18-22, 49 i 60, które wchodzą w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia;
3) art. 8, który wchodzi w życie z dniem 1 września 2009 r.;
4) art. 52 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 2 stycznia 2008 r.

[1] Art. 3 pkt 7 zmieniony przez art. 119 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. (Dz.U.2022.974) zmieniającej nin. ustawę z dniem 26 maja 2022 r.

[2] Art. 21 ust. 16a zmieniony przez art. 52 pkt 1 ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. (Dz.U.2021.1641) zmieniającej nin. ustawę z dniem 8 grudnia 2021 r.

[3] Art. 24a zmieniony przez art. 1 pkt 21 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2018.1115) zmieniającej nin. ustawę z dniem 26 czerwca 2018 r., z tym że w zakresie art. 24a ust. 1 pkt 1 i 3, ust. 3 pkt 1 i ust. 4-6 zmiany wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2019 r. a w zakresie art. 24a ust. 7 i 8 zmiany wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

[4] Art. 25a ust. 4 zmieniony przez art. 52 pkt 2 ustawy z dnia 11 sierpnia 2021 r. (Dz.U.2021.1641) zmieniającej nin. ustawę z dniem 8 grudnia 2021 r.

[5] Art. 25b ust. 2 pkt 1 zmieniony przez art. 3 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 2 grudnia 2021 r. (Dz.U.2021.2459) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2022 r.

[6] Art. 25b ust. 4 pkt 1 zmieniony przez art. 3 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 2 grudnia 2021 r. (Dz.U.2021.2459) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2022 r.

[7] Art. 26 ust. 2 pkt 3 zmieniony przez art. 3 pkt 2 lit. a ustawy z dnia 2 grudnia 2021 r. (Dz.U.2021.2459) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2022 r.

[8] Art. 26 ust. 2b pkt 2 zmieniony przez art. 3 pkt 2 lit. b ustawy z dnia 2 grudnia 2021 r. (Dz.U.2021.2459) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2022 r.

[9] Art. 26 ust. 2c pkt 2 zmieniony przez art. 3 pkt 2 lit. c ustawy z dnia 2 grudnia 2021 r. (Dz.U.2021.2459) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2022 r.

[10] Art. 26b ust. 3 dodany przez art. 3 pkt 3 ustawy z dnia 2 grudnia 2021 r. (Dz.U.2021.2459) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2022 r.

[11] Art. 27a dodany przez art. 1 pkt 29 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U.2018.1115) zmieniającej nin. ustawę z dniem 26 czerwca 2018 r., z tym że w zakresie art. 27a ust. 2 pkt 2 i ust. 3 pkt 2 wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2019 r., w zakresie art. 27a ust. 2 pkt 3 i 4 i ust. 3 pkt 3 wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r., w zakresie art. 27a ust. 3 pkt 3b wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2023 r. a w w

zakresie art. 27a ust. 2 pkt 5-8 i ust. 3 pkt 3a i 4 wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2024 r.

[12] Art. 29 ust. 6 pkt 2 zmieniony przez art. 3 pkt 4 ustawy z dnia 2 grudnia 2021 r. (Dz.U.2021.2459) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 stycznia 2022 r.

[13] Art. 33a dodany przez art. 4 pkt 3 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. (Dz.U.2019.399) zmieniającej nin. ustawę z dniem 1 lipca 2019 r., z tym że w zakresie art. 33a ust. 13 wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2027 r.