

# U S T A W A

z dnia 8 września 2006 r.

## o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Opracowano na  
podstawie: t.j.  
Dz. U. z 2024 r.  
poz. 652, 1222.

### Rozdział 1

#### Przepisy ogólne

**Art. 1.** W celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwany dalej „systemem”.

**Art. 2.** 1. Ustawa określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy.

2. W ramach systemu działają:

- 1) organy administracji rządowej właściwe w zakresie wykonywania zadań systemu;
- 2) jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 3) dyspozytornie medyczne.

3. Z systemem współpracują jednostki, o których mowa w art. 15.

**Art. 3.** 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: anestezyjologii 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) 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.<sup>1)</sup>), 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;

---

<sup>1)</sup> Zmiany wymienionego rozporządzenia zostały ogłoszone w Dz. Urz. UE L 117 z 03.05.2019, str. 9, Dz. Urz. UE L 334 z 27.12.2019, str. 165, Dz. Urz. UE L 130 z 24.04.2020, str. 18 i Dz. Urz. UE L 241 z 08.07.2021, str. 7.

- 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 2023 r. poz. 748), 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.** 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.** 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 2024 r. poz. 17) dla funkcjonariuszy publicznych.

2. Osoba, o której mowa w ust. 1, może poświęcić dobra osobiste innej osoby, inne niż życie lub zdrowie, a także dobra majątkowe w zakresie, w jakim jest to niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

**Art. 6.** 1. Osobie, która poniosła szkodę na mieniu powstałą w następstwie udzielania przez nią pierwszej pomocy, przysługuje roszczenie o naprawienie tej szkody od Skarbu Państwa reprezentowanego przez wojewodę właściwego ze względu na miejsce powstania szkody.

2. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, obejmuje szkodę rzeczywistą.

3. Naprawienie szkody, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje, jeżeli szkoda powstała wyłącznie z winy osoby, o której mowa w ust. 1, lub osoby trzeciej, za którą Skarb Państwa nie ponosi odpowiedzialności.

4. W zakresie nieuregulowanym w ust. 1–3 do naprawienia szkody, o którym mowa w ust. 1, stosuje się przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2023 r. poz. 1610, 1615, 1890 i 1933).

**Art. 7.** (uchylony)

**Art. 8.** 1. Podstawa programowa, o której mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 47 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, 1672, 1718 i 2005), 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 2023 r. poz. 984, 1234, 1586, 1672 i 2005) 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.** Ustanawia się dzień 13 października Dniem Ratownictwa Medycznego.

## Rozdział 2

### **Ratownicy**

**Art. 10.** Zawód ratownika medycznego wykonuje się na zasadach określonych w ustawie z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 2187).

**Art. 10a.** (uchylony)

**Art. 10b.** (uchylony)

**Art. 10c.** (uchylony)

**Art. 10d.** (uchylony)

**Art. 10e.** (uchylony)

**Art. 10f.** (uchylony)

**Art. 10g.** (uchylony)

**Art. 10h.** (uchylony)

**Art. 11.** (uchylony)

**Art. 11a.** (uchylony)

**Art. 11b.** (uchylony)

**Art. 12.** (uchylony)

**Art. 12a.** (uchylony)

**Art. 12b.** (uchylony)

**Art. 12c.** (uchylony)

**Art. 12d.** (uchylony)

**Art. 12e.** (uchylony)

**Art. 12f.** (uchylony)

**Art. 12g.** (uchylony)

**Art. 12h.** (uchylony)

**Art. 13.** 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 ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim (Dz. U. z 2023 r. poz. 1666 i 2005), i posiadają świadectwo o ukończeniu tego przeszkolenia, mają prawo udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy w jednostkach współpracujących z systemem bez obowiązku ukończenia kursu.

1c. Członkowie młodzieżowych drużyn pożarniczych, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 17 grudnia 2021 r. o ochotniczych strażach pożarnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 233), mogą przystąpić do kursu po ukończeniu 16 lat. Do egzaminu potwierdzającego uzyskanie tytułu ratownika członek młodzieżowej drużyny pożarniczej przystępuje nie wcześniej niż z dniem ukończenia 18 lat.

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.** 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. 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. 34 pkt 2 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych, osobom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

**Art. 16. 1.** Minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Obrony Narodowej zapewniają przeszkolenie pracowników podległych lub nadzorowanych przez nich służb, policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, i uzyskanie przez nich tytułu ratownika oraz aktualizację wiedzy w tym zakresie.

2. Minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Obrony Narodowej, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia, określa, w drodze rozporządzenia, sposób i organizację przeprowadzenia szkoleń, o których mowa w ust. 1, mając na względzie potrzebę przeszkolenia osób wymienionych w tym przepisie w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy w liczbie niezbędnej do sprawnego funkcjonowania służb podległych lub nadzorowanych przez tych ministrów.

**Art. 17.** 1. Wojewoda prowadzi 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.** Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są:

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

**Art. 19.** 1. Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad systemem na terenie województwa jest zadaniem wojewody.

**Art. 20.** 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.** 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 funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia:
  - a) zespołów ratownictwa medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art. 24, oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, przyjmując, że na każde rozpoczęte 10 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego, przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego,
  - b) szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- 3) obszary działania i rejony operacyjne;
- 4) sposób koordynowania działań jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 5) (uchylony)
- 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 ust. 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 których 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 planie umieszcza się ponadto:

- 1) odpowiednią do potrzeb liczbę 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. 3 pkt 2 i 3 oraz 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. 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. z 2023 r. poz. 1524).

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.** Zatwierdzony plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych i umów na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe.

**Art. 23.** (uchylony)

**Art. 23a. 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.** 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. 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.** 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.** 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.** 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 2024 r. poz. 69) 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.<sup>2)</sup>), 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;

---

<sup>2)</sup> Zmiana wymienionego rozporządzenia została ogłoszona w Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2.  
2024-11-20

- 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.** 1. SWD PRM uzyskuje za pośrednictwem centralnego punktu systemu powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w art. 337 ust. 4 pkt 1 ustawy z dnia 12 lipca 2024 r. – Prawo komunikacji elektronicznej (Dz. U. poz. 1221), 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. 337 ust. 2 ustawy z dnia 12 lipca 2024 r. – Prawo komunikacji elektronicznej.

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 2023 r. poz. 1752, 1615, 1688 i 1762).

**Art. 24e.** 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 dysponenti zespołów ratownictwa medycznego przy użyciu SWD PRM przetwarzają i udostępniają dane:

- 1) dotyczące usługoborców w rozumieniu art. 2 pkt 16 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2023 r. poz. 2465), 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. 24c ust. 2 pkt 2;
- 4) podmiotom, o których mowa w art. 39, w zakresie określonym w art. 24c 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.** 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.** Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

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

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

**Art. 24h.** Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, rodzaje dokumentacji dyspozytorni medycznej prowadzonej w SWD PRM, mając na uwadze potrzebę zapewnienia sprawnego 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.** 1. Wojewoda tworzy i prowadzi jedną dyspozytornię medyczną w województwie.

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

3. Dyspozytornie medyczne działają w sposób zapewniający ich zastępowalność w przypadku miejscowej awarii sieci teleinformatycznej na potrzeby obsługi numerów

alarmowych w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego albo jej przeciążenia, awarii SWD PRM, łączności radiowej lub telefonicznej.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje wytyczne dotyczące sposobu i trybu zastępowalności dyspozytorni medycznych i przekazuje je wojewodom. Wytyczne stanowią tajemnicę prawnie chronioną i nie podlegają 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.** 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) 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:

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

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

– z wykorzystaniem łączności radiowej.

2. Do nagrań, o których mowa w ust. 1, stosuje się przepisy art. 24 oraz art. 26 ust. 1, 2 i 3 pkt 2, 2a i 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2023 r. poz. 1545, 1675, 1692 i 1972).

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

**Art. 26.** 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 1465) 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) 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;

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

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

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

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

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

3a. (uchylony)

4. (uchylony)

5. (uchylony)

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

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

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

**Art. 26a.** 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;
- 2) posiada co najmniej 5-letnie doświadczenie zawodowe, w tym:
  - 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.** 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. 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 2023 r. poz. 1605 i 1720).

**Art. 26c.** 1. 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.

2. Osoby, o których mowa w ust. 1, zatrudnione w dniu odwołania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii na stanowisku dyspozytora medycznego, głównego dyspozytora medycznego albo zastępcy głównego dyspozytora medycznego, mogą pełnić te funkcje po tym dniu.

**Art. 27.** 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 2023 r. poz. 122).

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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, 1675 i 1972).

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

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

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

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

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

5. Programy kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7, opracowuje i aktualizuje, zgodnie z postępem wiedzy, zespół ekspertów powołany przez KCMRM

spośród osób legitymujących się doświadczeniem zawodowym w zakresie medycyny ratunkowej, ratownictwa medycznego i powiadamiania ratunkowego.

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

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

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

- 1) zgodności realizacji zajęć z programami kursów;
- 2) prawidłowości prowadzonej dokumentacji przebiegu kursów;
- 3) zapewnienia odpowiedniej jakości kursów;
- 4) osiągnięcia oczekiwanych wyników kształcenia;
- 5) sposobu sprawdzania nabytej wiedzy i umiejętności praktycznych;
- 6) określania praw i obowiązków uczestników kursów;
- 7) ustalenia zakresu obowiązków kadry dydaktycznej;
- 8) przeprowadzenia weryfikacji kwalifikacji kadry dydaktycznej;
- 9) sposobu oceny organizacji i przebiegu kursów przez jego uczestników.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

23. Zaświadczenia o ukończeniu kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7, są przekazywane osobom, które odbyły kursy i zdały egzamin z wynikiem

pozytywnym, przez KCMRM w postaci elektronicznej i są ważne przez okres 3 lat od dnia ich wydania.

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

- 1) ramowe programy kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7,
- 2) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
- 3) szczegółowy sposób przeprowadzania egzaminów kończących kursy, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7,
- 4) wzory zaświadczeń o ukończeniu kursów, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7

– mając na uwadze zapewnienie odpowiedniego indywidualnego rozwoju zawodowego, jednolitości odbywania kursów, szybkości i jednolitości postępowania oraz przygotowania do pracy na stanowiskach dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, a także jednolitych standardów postępowania dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego, przestrzegania obowiązujących procedur oraz przejrzystości dokumentowania i zatwierdzania realizacji obowiązku indywidualnego rozwoju zawodowego.

**Art. 28.** (uchylony)

**Art. 29.** 1. W urzędzie wojewódzkim działają wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego, zatrudnieni przez wojewodę na podstawie stosunku pracy, w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 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) 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.** 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 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146) stosuje się odpowiednio.

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

- 1) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3–7 i 9, pod względem spełniania wymagań określonych w art. 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) (uchylony)

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

## Rozdział 4

### Jednostki systemu

**Art. 32.** 1. Jednostkami systemu są:

- 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
- 2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa, wchodzące w skład podmiotu leczniczego będącego samodzielny publiczny 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.** 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.** 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.** 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 w 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 TOPSOR 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.>**

Dodany ust. 13 w art. 33a wejdzie w życie z dn. 1.01.2027 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 399, z 2021 r. poz. 1559).

**Art. 34.** 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. 1.** Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

- 1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych 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 2023 r. poz. 622, 1123, 1234, 1312, 1560 i 1872).

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.** 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.** 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.** 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.** 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 ratowników 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.** 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.** 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.** 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.** 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.** 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.** 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.** 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.** 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.** 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.** 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.** 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 275), 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 2024 r. poz. 92).

**Art. 42.** 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 (Dz. U. z 2023 r. poz. 334).

**Art. 43.** (uchylony)

**Art. 44.** 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.** 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 transportuje się bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się odpowiednie centrum albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wskazanego przez dyspozytora medycznego, 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. 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. 1.** Zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów 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, przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

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) (uchylony)
- 2) wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych;
- 3) dyspozytorni medycznych.

– (uchylona)

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 dyspozytorni medycznych oraz wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych, wraz z podziałem tych środków między poszczególne województwa.

5. (uchylony)

6. (uchylony)

7. (uchylony)

8. (uchylony)

**Art. 47. 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. 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.** 1. (uchylony)

2. (uchylony)

3. (uchylony)

4. (uchylony)

5. (uchylony)

5a. Dysponenti zespołów ratownictwa medycznego mogą wspólnie ubiegać się o zawarcie umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego.

6. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o wszelkich nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów na zadania zespołów 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.** 1. W przypadku stanu zagrożenia epidemicznego, stanu epidemii albo 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, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia może zawrzeć z dysponentem zespołów ratownictwa medycznego dodatkową umowę na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego związanych z zabezpieczeniem wybranych miejsc lub dokonaniem czynności wykraczających poza zadania określone w planie.

2. Umowa, o której mowa w ust. 1, jest zawierana w trybie rokowań, o których mowa w art. 143 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Art. 50.** 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. 51–56.** (pominięte)

## Rozdział 8

### Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

**Art. 56a.** 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. 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. 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.** (pominięty)

**Art. 60.** (pominięty)

**Art. 61.** (uchylony)

**Art. 62.** (pominięty)

**Art. 63.** (pominięty)

**Art. 64.** (pominięty)

**Art. 65.** (pominięty)

**Art. 66.** Tracą moc ustawy:

- 1) z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. poz. 1207, z późn. zm.<sup>3)</sup>);
- 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.** Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r., z wyjątkiem:

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

---

<sup>3)</sup> Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. poz. 1801, z 2002 r. poz. 2073, z 2003 r. poz. 391 i 1152, z 2004 r. poz. 2135 oraz z 2005 r. poz. 1365 i 2256.

<sup>4)</sup> Ustawa została ogłoszona w dniu 20 października 2006 r.