

UZASADNIENIE

Przesłaniem do opracowania projektu nowej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym jest potrzeba usprawnienia funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w kraju, ocena realizacji Programu Zintegrowane Ratownictwo Medyczne oraz analiza aktów prawnych regulujących dotychczas problematykę ratownictwa medycznego.

Działania zakładów opieki zdrowotnej zajmujących się obecnie ratownictwem medycznym (pogotowie ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego i szpitalne oddziały ratunkowe) są już w pewnej części zintegrowane dzięki obowiązującym przepisom ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o PRM”, i ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073, z późn. zm.). Zakłady te posiadają już zdolność do udzielania stosownej do potrzeb pomocy medycznej. Stosowanie obowiązujących przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym unaocznilo jednocześnie dysfunkcjonalność niektórych z przyjętych w niej zapisów, np. w zakresie tworzenia i lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego, wymagań dla szpitalnego oddziału ratunkowego, zasad włączania jednostek do systemu i prowadzenia ich rejestrów, składu osobowego zespołów ratownictwa medycznego. Ponadto dotychczasowe przepisy nie regulowały kwestii związanych z upowszechnieniem edukacji z zakresu pierwszej pomocy.

Wprowadzenie w życie nowej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym ma na celu usprawnienie dotychczasowego funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego w Polsce, zarówno przez zapewnienie udzielenia świadczeń zdrowotnych na wysokim poziomie opartym o standardy obowiązujące w państwach zachodnich (ratownictwo przedszpitalne oraz wyspecjalizowane oddziały szpitalne), jak również zapewnienie niezbędnych rozwiązań w zakresie powiadamiania o stanach nagłych (centra powiadamiania ratunkowego). Ustawa ma zapewnić każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia

zdrowotnego możliwość zgłoszenia i przyjęcia przez odpowiednie służby wezwania, niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych jednostek systemu, niezwłoczne przewiezienie i przyjęcie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie.

Proponuje się ustanowienie dnia 13 października Dniem Ratownictwa Medycznego – na cześć prowansalskiego rycerza Gerarda z miasta Amalii, który jako pierwszy zorganizował służbę Szpitalników Św. Jana, niosącą pomoc pielgrzymom zmierzającym do Jerozolimy. Powyższe święto zaproponowane zostało na wniosek przedstawicieli środowiska pracodawców ratownictwa medycznego.

Kompetencje i zadania polegające na zarządzaniu i koordynacji systemem na obszarze województwa oraz sprawowaniu nadzoru nad funkcjonowaniem systemu powierzono wojewodzie. W celu realizacji tych zadań wojewoda będzie sporządzał, na zasadach i w trybie określonym w ustawie, plan zabezpieczenia ratownictwa medycznego. Plan ten oraz środki określone w ustawie budżetowej, a następnie ujęte w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia będą podstawą zawierania umów na świadczenia w zakresie ratownictwa medycznego.

Projekt ustawy o ratownictwie medycznym składa się z ośmiu rozdziałów:

1. Przepisy ogólne.
2. Ratownicy medyczni i ratownicy.
3. Planowanie i organizacja systemu.
4. Jednostki systemu.
5. Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych.
6. Finansowanie jednostek systemu.
7. Zmiany w przepisach obowiązujących.
8. Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe.

W odróżnieniu od obecnej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, projektowana ustawa w rozdziale 1 zmniejszyła w sposób istotny liczbę definicji

przy jednoczesnej zmianie ich treści. Istotną nowością wprowadzoną w rozdziale 1 jest uregulowanie obowiązkowej edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy w przedszkolach i szkołach. Edukacja w zakresie udzielania pierwszej pomocy zostanie wprowadzona do podstaw programowych na wszystkich poziomach i typach kształcenia w rozumieniu ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty z dniem 1 września 2009 r. Edukację tę będą prowadzić:

- 1) lekarze systemu,
- 2) pielęgniarki systemu,
- 3) ratownicy medyczni
– posiadający przygotowanie pedagogiczne, o którym mowa w przepisach określonych w ustawie z dnia 26 stycznia 1982 r. – Karta Nauczyciela;
- 4) nauczyciele.

Zakres tych kwalifikacji, tryb nabywania oraz wzór zaświadczenia o posiadaniu kwalifikacji określi minister właściwy do spraw oświaty i wychowania.

Regulacja dotycząca edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy będzie wymagała zmiany rozporządzeń ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania wydanych na podstawie art. 22 ust. 2 ustawy o systemie oświaty. Jest to niezwykle ważny element, dotychczas niedostrzegany, który poprawi, wzorem innych państw, bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Szybka, właściwa reakcja poszczególnych osób, niezajmujących się zawodowo ratownictwem medycznym, w wielu przypadkach może uratować życie lub zdrowie innych osób.

W związku z powyższym, w projekcie ustawy uregulowano również rolę i miejsce w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego jednostek współpracujących z systemem. Ma to istotne znaczenie, gdyż w przypadku zdarzeń masowych istnieje możliwość natychmiastowej pomocy przez ratowników będących odpowiednio funkcjonariuszami lub pracownikami wyspecjalizowanych służb ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz członkami organizacji

społecznych, których statutowym zadaniem jest również niesienie pomocy tym osobom.

Zgodnie z projektem ustawy osoba, która chce uzyskać tytuł ratownika zobowiązana będzie ukończyć kurs w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy. Wymagania dotyczące kursów w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy zostaną określone w rozporządzeniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Należy podkreślić, że regulacja dotycząca ratownika (art. 13 i 14 projektu ustawy) nie powoduje ustanowienia nowego zawodu „ratownika”. Ratownik jest osobą, która ukończyła kurs w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, wykonującą inny zawód (np. policjanta, strażaka) lub pełniącą funkcje o charakterze społecznym (ratownikami mogą być np. harcerze, członkowie takich organizacji społecznych jak Polski Czerwony Krzyż, Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe oraz Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe).

W nowej ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym proponuje się również uregulowanie wprost wymagań, a w szczególności kwalifikacji dotyczących zawodu „ratownika medycznego”. Zgodnie z projektem ustawy ratownikiem medycznym jest zarówno absolwent dwuletniej szkoły policealnej kształcącej w zawodzie ratownik medyczny, jak i absolwent trzyletnich studiów pierwszego stopnia na kierunku ratownictwo medyczne. Z uwagi na fakt, że w dotychczasowym systemie szkolnictwa wyższego nie było wyodrębnionego kierunku ratownictwo medyczne, a studia w tym zakresie były prowadzone na innych kierunkach w ramach specjalności, ustawa dopuszcza w przepisach przejściowych możliwość wykonywania zawodu przez absolwentów tej specjalności, o ile kształcenie w ramach specjalności zostało rozpoczęte przed rokiem 2008. Ponadto ustawa umożliwia wykonywanie tego zawodu osobom, które posiadają dyplom wydany w państwie innym niż: państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego, lub posiadają

kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U. Nr 87, poz. 954, z późn. zm.). Należy jednakże zaznaczyć, że specyfika pracy ratownika medycznego wymaga od niego znajomości języka polskiego w stopniu umożliwiającym właściwe wykonywanie tego zawodu. Z tego względu takie wymaganie znalazło się w przepisach ustawy. Rolą ratownika medycznego jest ratowanie życia w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, a nie leczenie. Ratownicy medyczni są przygotowani w procesie kształcenia do wykonywania medycznych czynności ratunkowych między innymi takich, jak: ocena stanu pacjenta w celu ustalenia postępowania, układanie pacjenta w pozycji właściwej dla rodzaju schorzenia lub odniesionych obrażeń, prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej u dorosłych i dzieci, podawanie tlenu, wspomaganie oddechu lub prowadzenie wentylacji zastępczej, wykonywanie intubacji dotchawiczej w laryngoskopii bezpośredniej w nagłym zatrzymaniu krążenia przez usta, bez użycia środków zwiotczających oraz prowadzenie wentylacji zastępczej z użyciem zastawki i worka oddechowego, intubacja dotchawicza w nagłym zatrzymaniu krążenia rurką dwuświatłową, wykonanie konikopunkcji przy braku możliwości wykonania intubacji, wykonanie defibrylacji, wykonanie EKG, wykonanie kaniulacji żył obwodowych kończyn górnych i dolnych, podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, dotchawiczą i wziewną oraz doszpikową przy użyciu igły automatycznej, nakłucie jamy opłucnowej w odmie prężnej, potwierdzonej badaniem fizykalnym, cewnikowanie pęcherza moczowego, zakładanie sondy żołądkowej, pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań laboratoryjnych, opatrywanie ran, unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń, unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego, odebranie porodu nagłego w warunkach pozaszpitalnych, podejmowanie działań profilaktycznych w celu ograniczenia skutków zdrowotnych zdarzenia oraz przygotowanie pacjenta i opieka medyczna

podczas transportu. Szczegółowy zakres medycznych czynności ratunkowych, które mogą być podejmowane przez ratownika medycznego, w tym pod nadzorem lekarza systemu, określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia. Biorąc pod uwagę aktualną liczbę szkół kształcących w zawodzie ratownika medycznego (szkoły policealne i 11 uczelni medycznych), nie należy obawiać się braku wykwalifikowanej kadry na potrzeby zespołów ratownictwa medycznego. Ustawa nakłada na ratowników medycznych obowiązek stałego doskonalenia zawodowego, przy czym sposób wypełniania tego obowiązku określi również, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw zdrowia.

Projekt ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym powierza wojewodom tworzenie i utrzymanie centrów powiadamiania ratunkowego oraz zespołów koordynacji ratownictwa medycznego. Centrum powiadamiania ratunkowego będzie miejscem przyjmowania zgłoszeń z numeru alarmowego 112 i przekierowywania zgłoszenia do właściwej jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego. Finansowanie tych jednostek będzie zadaniem wojewody. Należy podkreślić, że zespoły koordynacji będą wchodziły w skład wojewódzkiego centrum zarządzania kryzysowego. Natomiast zarówno centrum powiadamiania ratunkowego, jak i zespół będą wchodziły w strukturę urzędu wojewódzkiego. Zadaniem dyspozytorów medycznych, obok przyjmowania zgłoszeń o zdarzeniach, będzie również ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy, przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia, zbieranie aktualnych informacji o dostępnych jednostkach systemu na obszarze działania dysponenta jednostki i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji do zespołu koordynacji, zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych, powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń

zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, powiadamianie, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem. Natomiast zadaniem zespołów koordynacji ratownictwa medycznego będzie nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych i centrów powiadamiania ratunkowego oraz zapewnienie koordynacji współpracy centrów w razie konieczności użycia jednostek systemu spoza obszaru działania jednego dysponenta jednostki.

Finansowanie ratownictwa medycznego będzie następowało z dwóch źródeł:

- 1) z budżetu państwa;
- 2) ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Z budżetu państwa z części, której dysponentami są wojewodowie, będą finansowane zespoły ratownictwa medycznego, a z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia – lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Natomiast ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia będą finansowane świadczenia udzielane przez szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, objęte wojewódzkim planem działania systemu. Jednostki te oraz szpitalne oddziały ratunkowe będą zobowiązane od dnia 1 stycznia 2012 r. uzyskać potwierdzenie spełniania wymagań określonych przepisami, wydane przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.

Zawieranie umów o wykonywanie medycznych czynności ratunkowych z zespołami ratownictwa medycznego oraz ich rozliczanie i kontrolę wojewoda będzie powierzał dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Środki budżetowe na finansowanie ratownictwa medycznego przez wojewodów będą ustalane w następujący sposób:

- 1) wojewodowie do dnia 31 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego;
- 2) na podstawie założeń, o których mowa w pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia

ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego (z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego) wraz z podziałem środków na województwa dokonany zgodnie z algorytmem podziału środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego między poszczególne województwa, mając na uwadze liczbę ludności, gęstość zaludnienia, potrzebę nieprzekroczenia maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia oraz liczbę zdarzeń powodujących stan nagłego zagrożenia zdrowotnego na terenie poszczególnych województw, Powyższy algorytm minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia.

Środki finansowe przeznaczone na finansowanie medycznych czynności ratunkowych, ujęte w budżecie państwa, w części której dysponentem jest wojewoda, będą przekazywane przez wojewodę do Narodowego Funduszu Zdrowia w formie dotacji celowej. Z uwagi na to, że Narodowy Fundusz Zdrowia opłaca świadczenia opieki zdrowotnej po ich udzieleniu (a więc z dołu), proponuje się wprowadzenie w art. 48 ust. 4, który umożliwi pokrywanie kosztów medycznych czynności ratunkowych wykonanych w roku poprzednim ze środków finansowych przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w formie dotacji celowej, w roku następnym.

Natomiast finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będzie następowało na podstawie umowy zawartej z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Przygotowany projekt ustawy ma celu uporządkowanie systemu prawnego w zakresie medycznych czynności ratunkowych i wyeliminowanie dotychczasowych nieprawidłowości w jego funkcjonowaniu. Spowoduje to niewątpliwie wzrost bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli. Temu celowi służy określenie zasad prowadzenia akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych. Tej problematyce został poświęcony rozdział 5 ustawy określający, kto kieruje akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, wskazujący na konieczność utrzymania łączności z dyspozytorem medycznym podczas prowadzenia akcji, a także wskazujący osobę kierującą akcją pomocy

medycznej podczas zdarzeń wymagających udziału większej liczby jednostek systemu. Projekt przewiduje, że standardy postępowania członków zespołów ratownictwa medycznego ogłasza minister właściwy do spraw zdrowia, w drodze obwieszczenia, przy uwzględnieniu zasad segregacji medycznej, transportu i udzielania pomocy psychologicznej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Powyższe regulacje mają na celu utrzymanie zasady „złotej godziny” i dyslokacji zespołów ratownictwa medycznego w oparciu o obecnie obowiązujące plany zabezpieczenia medycznych działań ratunkowych. Interwencje zespołów ratownictwa medycznego będą dysponowane z pomocą systemu powiadamiania ratunkowego (centra powiadamiania ratunkowego). Na pomoc osobie w stanie zagrożenia życia wyjedzie znajdujący się najbliżej niej, wyposażony według obowiązujących – europejskich standardów zespół specjalistyczny (trzy osoby, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny) bądź podstawowy (dwie osoby, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny, nieposiadający w swoim składzie lekarza systemu). Ambulans przewiezie pacjenta do najbliższego szpitala, którego wyposażenie i kadra medyczna gwarantować będzie odpowiedni poziom specjalistycznego leczenia – szpitalnego oddziału ratunkowego.

Tak skonstruowany system zapewni sprawne funkcjonowanie systemu ratownictwa w Polsce.

Projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej, zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414). Zainteresowanie pracami nad projektem zgłosił Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej w Łodzi. Uwagi podniesione przez ten podmiot były również podnoszone przez inne podmioty podczas konsultacji społecznych i konferencji uzgodnieniowej, dlatego też projekt ustawy uwzględnia w znacznej części uwagi zgłoszone przez Krajowy Sztab Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej w Łodzi. Natomiast zgodnie z art. 8 ust. 1 projektu ustawy, wysłuchanie publiczne może zostać przeprowadzone po wniesieniu projektu ustawy do Sejmu.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje ustawa

Wejście w życie przepisów projektowanej ustawy będzie oddziaływać na zakłady opieki zdrowotnej, wojewodów, ministra właściwego do spraw zdrowia, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, ministra właściwego do spraw oświaty i wychowania, ministra właściwego do spraw finansów publicznych, Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwową Straż Pożarną, Policję, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty, o których mowa w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej, inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej, służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, społeczne organizacje ratownicze, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, oraz osoby wykonujące zawody medyczne i ratowników.

2. Obowiązek przeprowadzenia konsultacji społecznych

W toku uzgodnień projekt przedmiotowej ustawy został przedłożony celem zaopiniowania przez: Naczelną Izbę Lekarską, Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Federację Związków Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, NSZZ Solidarność, Komisję Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SP ZOZ, Ogólnopolski Związek Zawodowy Ratowników Medycznych, Polskie Towarzystwo Medycyny Ratunkowej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polską Radę Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Projekt został poddany

konsultacjom społecznym także przez zamieszczenie go na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia. W dniach 10 kwietnia 2006 r. oraz 10-16 maja 2006 r. odbyła się konferencja uzgodnieniowa w Ministerstwie Zdrowia, w toku której były omawiane zgłoszone uwagi oraz uzgadniana treść projektu ustawy.

W toku uzgodnień w znacznej części projekt ustawy został zmieniony. W projekcie zostały uwzględnione m.in.: zmiana nazwy ustawy, rozszerzenie i zmiana słowniczka, skreślenie listy ratowników prowadzonej przez wojewodę, skreślenie listy lekarzy współpracujących z systemem, wprowadzono i określono jednostki współpracujące z systemem, wprowadzono dwa rodzaje zespołów ratownictwa medycznego: podstawowy (bez lekarza) i specjalistyczny, dokonano zmian w zakresie centrów powiadamiania ratunkowego, określając, że ich liczbę, rozmieszczenie i organizację określi, w drodze rozporządzenia, minister właściwy do spraw wewnętrznych w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zdrowia.

Natomiast nie uwzględniono uwag dotyczących rozszerzenia słowniczka o nowe definicje, powierzenia kształcenia z zakresu pierwszej pomocy wyłącznie nauczycielom, skreślenia przepisów dotyczących: centrów powiadamiania ratunkowego i centrów koordynacji ratownictwa medycznego, konieczności uzyskania akredytacji przez szpitalne oddziały ratunkowe i jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych

Wydatki związane z wejściem w życie projektowanej ustawy planuje się do wysokości 1 229 mln zł, z czego:

- 1) 1 125 mln zł przeznaczone zostanie na medyczne czynności ratunkowe. Jest to kwota znacząco większa od dotychczas przekazywanych na ten cel. W roku 2004 Narodowy Fundusz Zdrowia przeznaczył na „pomoc doraźną i transport sanitarny” – bo w takim dziale znalazło się

ratownictwo medyczne kwotę: 943 826 tys. zł, w roku 2005 kwotę 938 164 tys. zł, a w roku 2006 przeznaczy 966 285 tys. zł.

Przewiduje się, że liczba zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) pozostanie na poziomie roku 2005, tj. – 1 410 ZRM x 2 185 zł/dobę x 365 dni w roku (powyższa kwota uwzględnia planowane 30% podwyżki wynagrodzeń od dnia 1 stycznia 2007 r.).

W kosztach funkcjonowania zespołu ratownictwa medycznego (tj. w kwocie 2 185 zł na dobę na zespół) mieszczą się następujące składowe:

- koszty osobowe zespołu ratownictwa medycznego złożonego średnio z trzech osób (w tym kierowca) – łącznie na dobę co najmniej sześć osób, przy czym należy zaznaczyć, że członkowie zespołów ratownictwa pracują w następującym cyklu: 12 godzin dyżuru – 24 godziny przerwy,
- koszty osobowe związane z utrzymaniem stanowisk dyspozytorów medycznych w strukturach dysponenta jednostki,
- koszty eksploatacyjne (sprzęt medyczny, leki, środki opatrunkowe, paliwo, łączność, ubrania, serwis ambulansów i sprzętu medycznego itp.),
- koszty administracyjno-gospodarcze,
- odpisy amortyzacyjne.

Z księgowego punktu widzenia składowe kosztów szacunkowo kształtują się następująco, w ujęciu procentowym oraz kwotowym dla stawki dobowej 2 185 zł:

– wynagrodzenia personelu	– 43,66%	– 953,97 zł,
– usługi obce	– 29,20%	– 638,02 zł,
– inne świadczenia na rzecz pracowników	– 9,28%	– 202,77 zł,
– amortyzacja	– 6,94%	– 151,64 zł,
– zużycie materiałów i energii	– 6,66%	– 145,52 zł,
– podatki i opłaty	– 4,12%	– 90,02 zł,
pozostałe koszty	– 0,14%	– 3,06 zł;

2) 75 mln zł na wyposażenie oraz bieżącą działalność centrów powiadamiania ratunkowego (CPR) i zespołów koordynacji ratownictwa medycznego województwa (zespół koordynacji). Zgodnie z założeniami Ministerstwa Zdrowia jeden CPR będzie przypadał na ok. 250 tys. mieszkańców, co daje ogólną liczbę 155 CPR w Polsce. Natomiast w skali kraju będzie 16 zespołów koordynacji (1 zespół na województwo). Koszt wyposażenia i bieżącej działalności:

- jednego CPR – będzie wynosił 460 tys. zł rocznie, przy uwzględnieniu zatrudnienia dyspozytorów w liczbie 3 stanowiska na 250 tys. mieszkańców (3 stanowiska * 4 etaty * 2 812,5 zł miesięcznie brutto na wynagrodzenie) oraz kosztów wyposażenia i wydatków pozapłacowych w wysokości 55 tys. zł rocznie,
- zespołu koordynacji – będzie wynosił 230 tys. zł, przy uwzględnieniu zatrudnienia lekarzy koordynatorów (1 stanowisko * 4 etaty * 4,0 tys. zł miesięcznie brutto na wynagrodzenie) oraz kosztów wyposażenia i wydatków pozapłacowych w wysokości 38 tys. zł rocznie.

Z powyższego wyliczenia wynika, że na centra powiadamiania ratunkowego przeznaczone zostanie ok. 71,3 mln zł, zaś na zespoły koordynacji ratownictwa medycznego – ok. 3,7 mln zł;

3) Ponadto z budżetu państwa w dalszym ciągu będą finansowane lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (obecnie w strukturach SP ZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego) w wysokości na poziomie roku 2006, tj. 29 mln zł.

Dodatkowo wejście w życie ustawy będzie wymagało zabezpieczenia środków na zadania związane z edukacją w zakresie udzielania pierwszej pomocy od dnia 1 września 2009 r.

Wejście w życie ustawy nie spowoduje dodatkowych kosztów dla wojewodów. Zadania związane z wejściem w życie ustawy wojewoda będzie mógł wykonywać za pomocą istniejących w urzędach wojewódzkich Wydziałów Polityki Społecznej, wojewódzkich Centrów Zdrowia Publicznego oraz pełnomocników ds. ratownictwa medycznego.

Należy wskazać, że w związku z zawieszeniem większości przepisów ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, obecnie wojewodowie nie ponoszą żadnych kosztów związanych z realizacją tej ustawy.

Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej również ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego, dlatego też powierzenie zawierania mu tych umów przez wojewodę (w zakresie dotyczącym medycznych czynności ratunkowych) nie spowoduje dodatkowych kosztów po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Wejście w życie projektowanej ustawy nie będzie miało bezpośredniego wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki

Wejście w życie projektowanej ustawy nie będzie miało bezpośredniego wpływu na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Wejście w życie projektowanej ustawy nie będzie miało bezpośredniego wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia ludności

Wejście w życie projektowanej ustawy wpłynie na poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności oraz zwiększy dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu ratownictwa medycznego.

8. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Regulacja nie jest objęta prawem Unii Europejskiej.

21/07/tg