

Dz.U.2006.191.1410

2007.08.22 zm. **Dz.U.2007.89.590** art. 31

2007.09.29 zm. **Dz.U.2007.166.1172** art. 10

2008.08.01 zm. **Dz.U.2008.17.101** art. 2

2009.01.01 zm. **Dz.U.2008.237.1653** art. 1

2009.02.10 zm. **Dz.U.2009.11.59** art. 4

2009.08.19 zm. **Dz.U.2009.122.1007** art. 1

USTAWA

z dnia 8 września 2006 r.

o Państwowym Ratownictwie Medycznym

(Dz. U. z dnia 20 października 2006 r.)

Rozdział 1

Przepisy ogólne

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

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

2. W ramach systemu działają:

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

- zapewniające utrzymanie gotowości ludzi, zasobów i jednostek organizacyjnych.

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

Art. 3. Użyte w ustawie określenia oznaczają:

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

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

3) lekarz systemu - lekarza posiadającego tytuł specjalisty lub specjalizującego się w dziedzinie medycyny ratunkowej, 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 udostępnionych do powszechnego obrotu wyrobów medycznych oraz produktów leczniczych;

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

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

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

11) ⁽¹⁾ centrum urazowe - wydzieloną funkcjonalnie część szpitala, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, 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;

12) ⁽²⁾ pacjent urazowy - osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała.

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, kwalifikowanej pierwszej pomocy oraz podejmująca medyczne czynności ratunkowe korzysta z ochrony przewidzianej w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.²⁾) 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. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.³⁾).

Art. 7. ⁽³⁾ (uchylony).

Art. 8. 1. Podstawa programowa, o której mowa w art. 22 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.⁴⁾), 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 2006 r. Nr 97, poz. 674 i Nr 170, poz. 1218) 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 medyczni i ratownicy

Art. 10. Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu;
- 3) wykazuje znajomość języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu;

- 4) spełnia następujące wymagania:
- a) ukończyła studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub
 - b) ukończyła publiczną szkołę policealną lub niepubliczną szkołę policealną o uprawnieniach szkoły publicznej i posiada dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego "ratownik medyczny", lub
 - c) posiada dyplom wydany w państwie innym niż: państwo członkowskie Unii Europejskiej, Konfederacja Szwajcarska lub państwo członkowskie Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - strona umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznany w Rzeczypospolitej Polskiej za równoważny z dyplomem uzyskiwanym w Rzeczypospolitej Polskiej, potwierdzającym tytuł zawodowy ratownika medycznego, lub
 - d) posiada kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego nabyte w państwie członkowskim Unii Europejskiej, Konfederacji Szwajcarskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) - stronie umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, uznane w Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z ustawą z dnia 26 kwietnia 2001 r. o zasadach uznawania nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej kwalifikacji do wykonywania zawodów regulowanych (Dz. U. Nr 87, poz. 954, z późn. zm.⁵⁾).

Art. 11. 1. Wykonywanie zawodu ratownika medycznego polega na:

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

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

Art. 12. 1. Ratownik medyczny ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia.

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

Art. 13. 1. Ratownikiem może być osoba:

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

2. Podmiot prowadzący kurs, przed jego rozpoczęciem, jest obowiązany uzyskać zatwierdzenie programu kursu.
3. Program kursu zatwierdza wojewoda właściwy ze względu na siedzibę podmiotu prowadzącego kurs.
4. Wojewoda zatwierdza program kursu po:
 - 1) stwierdzeniu jego zgodności z ramowym programem, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 1;
 - 2) przeprowadzeniu weryfikacji kwalifikacji kadry dydaktycznej w zakresie ich zgodności z przepisami wydanymi na podstawie ust. 8 pkt 2.
5. Wojewoda odmawia zatwierdzenia albo cofa zatwierdzenie programu kursu, jeżeli program nie spełnia wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 1 lub podmiot prowadzący kurs nie zapewnia kadry dydaktycznej o kwalifikacjach określonych w przepisach wydanych na podstawie ust. 8 pkt 2.
6. Odmowa zatwierdzenia oraz cofnięcie zatwierdzenia programu kursu następuje w drodze decyzji administracyjnej.
7. Każda zmiana programu kursu obejmująca zakres merytoryczny powoduje obowiązek ponownego uzyskania zatwierdzenia programu.
8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
 - 1) ramowy program kursu obejmujący założenia organizacyjno-programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności wynikowych i treści nauczania, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy;
 - 2) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs, mając na celu zapewnienie odpowiedniego jej poziomu;
 - 3) sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kurs, skład, tryb powoływania i odwoływania komisji egzaminacyjnej, okres ważności oraz wzór 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) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43 ust. 2.

Art. 15. 1. Jednostkami współpracującymi z systemem są służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, podmioty, o których mowa w art. 55 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 18 stycznia 1996 r. o kulturze fizycznej (Dz. U. z 2001 r. Nr 81, poz.

889, z późn. zm.⁶⁾), inne jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej.

2. Jednostkami współpracującymi z systemem mogą być społeczne organizacje ratownicze, które, w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

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

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

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

Art. 17. 1. Wojewoda prowadzi rejestr jednostek współpracujących z systemem, zwany dalej "rejestrem".

2. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, wpisuje do rejestru jednostkę współpracującą z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 2, na jej wniosek, pod warunkiem, że jednostka ta:

- 1) zapewnia gotowość operacyjną;
- 2) dysponuje ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1;
- 3) dysponuje środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.

3. Rejestr obejmuje następujące dane:

- 1) nazwę, siedzibę i adres jednostki współpracującej z systemem;
- 2) obszar działania jednostki współpracującej z systemem;
- 3) liczbę ratowników posiadających ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika;
- 4) wykaz wyposażenia, jakim dysponuje jednostka współpracująca z systemem;
- 5) maksymalny czas dotarcia ratowników tej jednostki na miejsce zdarzenia;
- 6) numery telefonów kontaktowych.

4. Jednostka współpracująca z systemem jest obowiązana niezwłocznie informować wojewodę o wszelkich zmianach dotyczących danych, o których mowa w ust. 3.

5. Wojewoda, w drodze decyzji administracyjnej, wykreśla z rejestru jednostkę współpracującą z systemem, która przestała spełniać wymagania określone w ust. 2.

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

Rozdział 3

Planowanie i organizacja systemu

Art. 18. Organami administracji rządowej właściwymi w zakresie wykonywania zadań systemu są:

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

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

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

Art. 20. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 1, minister właściwy do spraw zdrowia:

- 1) zatwierdza wojewódzki plan działania systemu i jego aktualizację;
- 2) może żądać od wojewody wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie województwa;
- 3) może przeprowadzać kontrolę dysponentów jednostek na zasadach określonych w art. 65 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.⁷⁾).

Art. 21. 1. Wojewoda sporządza wojewódzki plan działania systemu, zwany dalej "planem", na okres trzech lat, z możliwością corocznej aktualizacji.

2. Plan obejmuje w szczególności:

- 1) charakterystykę potencjalnych zagrożeń dla życia lub zdrowia mogących wystąpić na obszarze województwa, w tym analizę ryzyka wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu przepisów o stanie klęski żywiołowej;
- 2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 3) sposób koordynowania działań jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1;
- 4) kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego;
- 5) sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z innymi województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
- 6) sposób współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15;
- 7) ⁽⁴⁾ informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego w rozumieniu ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1229, z późn. zm.) i terenach przez nie obsługiwanych;
- 8) opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w celu dokonania przez przedsiębiorców telekomunikacyjnych zestawienia koniecznych łączy telekomunikacyjnych, zapewniających możliwość niezbędnych przekierowań połączeń z centrum powiadamiania ratunkowego do właściwych jednostek organizacyjnych Policji, Państwowej Straży Pożarnej i pogotowia ratunkowego.

3. Wojewoda, w uzgodnieniu z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, umieszcza w planie:

- 1) odpowiednią do potrzeb liczbę szpitalnych oddziałów ratunkowych i określa ich rozmieszczenie, kierując się kryterium zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń;
 - 2) wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
 - 3) ⁽⁵⁾ centrum urazowe wraz z informacją o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych do realizacji jego zadań, jeżeli centrum urazowe znajduje się na obszarze danego województwa.
4. Elementy planu dotyczące sposobu współpracy jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z jednostkami współpracującymi z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1, wojewoda uzgadnia z właściwym:
- 1) Szefem Wojewódzkiego Sztabu Wojskowego;
 - 2) Komendantem Wojskowego Obwodu Profilaktyczno-Leczniczego;
 - 3) komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej;
 - 4) komendantem wojewódzkim Policji;
 - 5) komendantem oddziału Straży Granicznej, którego zakres działania obejmuje strefę nadgraniczną.
5. Organy jednostek samorządu terytorialnego i inne podmioty są obowiązane dostarczyć, na pisemne żądanie wojewody, wszelkich informacji niezbędnych do sporządzenia planu.
6. Wojewoda przekazuje projekt planu, w terminie do dnia 31 marca roku poprzedzającego pierwszy rok, którego dotyczy ten plan, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, celem zatwierdzenia.
7. Minister właściwy do spraw zdrowia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania projektu planu:
- 1) może zgłosić zastrzeżenia do poszczególnych postanowień projektu planu;
 - 2) uzupełnia projekt planu o część dotyczącą lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7 pkt 1, minister właściwy do spraw zdrowia odmawia zatwierdzenia projektu planu i zaleca wojewodzie dokonanie zmian, określając termin wprowadzenia zmian nie dłuższy niż 7 dni.
9. Wojewoda zmienia projekt planu, zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia i przesyła go ministrowi celem zatwierdzenia, chyba że w terminie 3 dni od dnia otrzymania tych zaleceń zgłosi do nich zastrzeżenia.
10. W terminie 3 dni od dnia otrzymania zastrzeżeń minister właściwy do spraw zdrowia rozpatruje je, w razie uwzględnienia, zatwierdza projekt planu albo zaleca wojewodzie wprowadzenie zmian w terminie nie dłuższym niż 3 dni.
11. W przypadku zalecenia wprowadzenia zmian, o których mowa w ust. 10, wojewoda zmienia projekt planu zgodnie z zaleceniami ministra właściwego do spraw zdrowia.
12. Z chwilą zatwierdzenia projekt planu wojewódzkiego staje się planem wojewódzkim.
13. Plan zatwierdzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia wojewoda podaje do publicznej wiadomości, w szczególności poprzez zamieszczenie w Biuletynie Informacji Publicznej.
14. Wojewoda, w razie potrzeby, dokonuje aktualizacji planu w trybie i terminach określonych dla sporządzania i zatwierdzania planu, z wyłączeniem terminu, o którym mowa w ust. 6.
15. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:
- 1) szczegółowy zakres danych objętych planem oraz poziom ich szczegółowości,
 - 2) ramowy wzór planu
- mając na względzie potrzebę zapewnienia sprawnego planowania i nadzoru nad systemem oraz utrzymania przejrzystości i jednolitej konstrukcji planów tworzonych w poszczególnych województwach,

3) kryteria kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, związanych z utrzymaniem zespołów.

Art. 22. Zatwierdzony plan jest podstawą do zawierania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, z zastrzeżeniem art. 49 ust. 2.

Art. 23. 1. Wojewoda prowadzi w formie elektronicznej lub pisemnej ewidencję jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, z obszaru województwa.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zawarciu umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, przekazuje wojewodzie następujące dane o tych zespołach:

1) liczbę zespołów na terenie województwa, na których medyczne czynności ratunkowe zawarto umowę z dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;

2) miejsce stacjonowania i obszar działania poszczególnych lotniczych zespołów ratownictwa medycznego na terenie województwa;

3) czas pozostawania w gotowości.

3. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, po zawarciu umów na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych oraz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dysponentami jednostek, przekazuje wojewodzie dane o jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, w zakresie określonym w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Dane, o których mowa w ust. 2, są przekazywane wojewodzie w terminie 30 dni od dnia zakończenia postępowania w sprawie zawarcia umów lub dokonania zmian tych umów.

Art. 24. 1. Wojewoda podejmuje działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:

1) mediana czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - jest nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;

2) trzeci kwartyl czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - jest nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;

3) maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

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

Art. 25. ⁽⁶⁾ (uchylony).

Art. 26. 1. ⁽⁷⁾ Dysponent jednostki właściwy dla miejsca lokalizacji centrum powiadamiania ratunkowego, w rozumieniu ustawy z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej, zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną.

1a. ⁽⁸⁾ (uchylony).

2. Dyspozytorem medycznym może być osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada wykształcenie wymagane dla lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
- 3) przez okres co najmniej 5 lat była zatrudniona przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w pogotowiu ratunkowym, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala.

3. Dyspozytor medyczny ma prawo i obowiązek doskonalenia zawodowego w różnych formach kształcenia.

4. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, formy, sposób i zakres doskonalenia zawodowego dyspozytorów medycznych, mając na celu zapewnienie profesjonalnego wykonywania zadań dyspozytora medycznego.

Art. 27. 1. Do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie ust. 5;
- 2) przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- 3) przekazywanie osobie kierującej akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, zwanej dalej "kierującym", niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- 4) zbieranie aktualnych informacji o dostępnych na obszarze działania dysponenta jednostki jednostkach systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji lekarzowi koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- 5) zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- 6) ⁽⁹⁾ 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.

2. W razie konieczności użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza obszaru działania dysponenta jednostki, dyspozytor medyczny powiadamia lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

3. Lekarz koordynator ratownictwa medycznego w celu sprawnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych, ich przeprowadzenia i zapewnienia kierowania tymi czynnościami:

- 1) wyznacza dyspozytorów medycznych realizujących zadania określone w ust. 1 pkt 1-4, 6 i 7 dla całego obszaru, którego dotyczy sytuacja określona w ust. 2;
- 2) koordynuje działania dysponentów jednostek.

4. Dysponent jednostki ma obowiązek prowadzić dokumentację medycznych czynności ratunkowych, zgodnie z przepisami o zakładach opieki zdrowotnej.

5. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego; dysponowania zespołami ratownictwa medycznego, mając na względzie potrzebę jak najszybszego ustalenia istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia, a także zapewnienie

wysłania na miejsce zdarzenia najwłaściwszego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego.

Art. 28. ⁽¹⁰⁾ (uchylony).

Art. 29. 1. ⁽¹¹⁾ W wojewódzkim centrum powiadamiania ratunkowego działają lekarze koordynatorzy ratownictwa medycznego w liczbie niezbędnej do zapewnienia całodobowej realizacji zadań, o których mowa w ust. 2.

1a. ⁽¹²⁾ Działalność lekarza koordynatora ratownictwa medycznego jest finansowana z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest wojewoda.

2. Do zadań lekarza koordynatora ratownictwa medycznego należy w szczególności:

- 1) nadzór merytoryczny nad pracą dyspozytorów medycznych;
- 2) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza obszaru działania jednego dysponenta jednostki;
- 3) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy;
- 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu reagowania kryzysowego;
- 5) ⁽¹³⁾ pełnienie całodobowego dyżuru.

3. Z lekarzami koordynatorami ratownictwa medycznego wojewoda nawiązuje stosunek pracy na podstawie powołania.

4. Lekarzem koordynatorem ratownictwa medycznego może być lekarz systemu, który posiada co najmniej 5-letni staż pracy w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zespole ratownictwa medycznego.

5. ⁽¹⁴⁾ Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, kierując się koniecznością zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w ustawie, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego.

Art. 30. 1. W przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558 i Nr 74, poz. 676 oraz z 2006 r. Nr 50, poz. 360) lub gdy w ocenie lekarza koordynatora ratownictwa medycznego skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, lekarz ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych zakładów opieki zdrowotnej, działających na obszarze danego województwa.

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na zakłady opieki zdrowotnej określone w ust. 1 obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

3. Decyzji, o której mowa w ust. 2, nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

4. Wojewoda może upoważnić lekarza koordynatora ratownictwa medycznego do wydawania decyzji, o których mowa w ust. 2.

5. Jeżeli świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej w ramach wykonania obowiązku, o którym mowa w ust. 2, nie są finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przepisy art. 19 ust. 2-6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.⁸⁾) stosuje się odpowiednio.

Art. 31. 1. W ramach nadzoru, o którym mowa w art. 19 ust. 2, wojewoda jest uprawniony do przeprowadzania kontroli:

- 1) jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 17 ust. 2;
- 2) dysponentów jednostek działających na obszarze województwa w trybie i na zasadach określonych w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej;
- 3) podmiotów prowadzących kursy, pod względem spełniania przez nie wymagań określonych w art. 13 ust. 8 pkt 1 i 2.

2. Do przeprowadzania kontroli, o której mowa w ust. 1 pkt 1 i 3, stosuje się odpowiednio przepisy art. 65 i 66 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej.

Rozdział 4

Jednostki systemu

Art. 32. 1. Jednostkami systemu są:

- 1) szpitalne oddziały ratunkowe,
 - 2) zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego - zwane dalej "jednostkami systemu", na których świadczenia z dysponentami jednostek zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.
2. ⁽¹⁵⁾ Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie.

Art. 33. ⁽¹⁶⁾ 1. Szpitalny oddział ratunkowy, centrum urazowe oraz jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego niezwłocznie udzielają niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej pacjentowi urazowemu albo osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

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

Art. 34. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:

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

Art. 35. 1. Szpitalne oddziały ratunkowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego mają obowiązek uzyskać potwierdzenie spełniania wymagań określonych przepisami, wydane przez jednostkę podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie monitorowania jakości świadczeń zdrowotnych.

2. Brak potwierdzenia, o którym mowa w ust. 1, powoduje nieuwzględnienie w planie na rok następny szpitalnego oddziału ratunkowego lub jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

Art. 36. 1. Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na:

1) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;

2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

2. Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane.

3. W skład zespołów, o których mowa w ust. 1, wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie posiada prawa jazdy kategorii B oraz nie spełnia warunków, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.⁹⁾).

Art. 37. 1. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym co najmniej z: jednego pilota zawodowego, lekarza systemu oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

2. Lotniczy zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane oraz wymogi określone w ustawie z dnia 3 lipca 2002 r. - Prawo lotnicze (Dz. U. z 2006 r. Nr 100, poz. 696, z późn. zm.¹⁰⁾).

Art. 38. 1. ⁽¹⁷⁾ Oznaczenia systemu używają jednostki systemu, centrum powiadamiania ratunkowego, wojewódzkiego centrum powiadamiania ratunkowego i lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

2. Jednostka współpracująca z systemem, o której mowa w art. 15 ust. 2, wpisana do rejestru może używać oznaczenia systemu.

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

- 1) wzór graficzny systemu, będący jego oznaczeniem,
- 2) sposób oznakowania:

a) ⁽¹⁸⁾ jednostek systemu,

b) lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2,

- 3) wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego

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

Art. 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 ⁽¹⁹⁾

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 publiczną uczelnią, o której mowa w art. 94 ust. 3 pkt 6 ustawy z dnia 27 lipca 2005 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz. U. Nr 164, poz. 1365, z późn. zm.);
- 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 innego zakładu opieki zdrowotnej w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.
3. Zespół urazowy zaleca wskazania co do dalszego leczenia lub rehabilitacji pacjenta urazowego w oddziale szpitala lub zakładzie opieki zdrowotnej, 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

Rozdział 5

Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych

Art. 40. 1. Akcja prowadzenia medycznych czynności ratunkowych rozpoczyna się w momencie przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia.

2. Zespół ratownictwa medycznego po przybyciu na miejsce zdarzenia niezwłocznie rozpoczyna medyczne czynności ratunkowe.

Art. 41. 1. Akcją prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kieruje wyznaczony przez dyspozytora medycznego kierujący.

2. Podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kierujący pozostaje w kontakcie z dyspozytorem medycznym.

3. Kierujący może zasięgnąć opinii lekarza wskazanego przez dyspozytora medycznego.

Art. 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 (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz 1229, z późn. zm.¹¹⁾).

2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, kierujący koordynuje medyczne czynności ratunkowe i wspomaga kierującego działaniem ratowniczym.

Art. 43. 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz stowarzyszeń będących, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowo-lekarskimi albo towarzystwami naukowymi o zasięgu

ogólnokrajowym, wpisanymi do Krajowego Rejestru Sądowego, ogłasza, w drodze obwieszczenia, standardy postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej.

2. Minister właściwy do spraw zdrowia uwzględnia w obwieszczeniu, o którym mowa w ust. 1, konieczność ustalenia kolejności udzielania pomocy poszczególnym osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (segregacji medycznej), ich transportu i udzielania wsparcia psychicznego tym osobom.

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 lub lekarza koordynatora medycznego.

2. Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez szpitalny oddział ratunkowy lub szpital, o których mowa w ust. 1, skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.

Art. 45. ⁽²⁰⁾ 1. W przypadku gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który zgodnie ze standardami postępowania, o których mowa w art. 43, wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego lub, gdy tak zadecyduje lekarz systemu obecny na miejscu zdarzenia, osobę taką transportuje się bezpośrednio do wskazanego szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe albo wskazanej jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza rejon działania dysponenta jednostki, transport koordynuje lekarz koordynator ratownictwa medycznego.

2. W przypadku odmowy przyjęcia pacjenta urazowego przez szpital, o którym mowa w ust. 1, albo osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego przez jednostkę, o której mowa w ust. 1, przepis art. 44 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

Rozdział 6

Finansowanie jednostek systemu

Art. 46. ⁽²¹⁾ 1. Zadania zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, są finansowane z budżetu państwa z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.

2. ⁽²²⁾ W przypadku gdy dysponent jednostki zatrudnia dyspozytora medycznego albo zawiera z nim umowę cywilnoprawną, koszt medycznych czynności ratunkowych wykonywanych przez zespół ratownictwa medycznego uwzględnia koszty związane z funkcjonowaniem tego dyspozytora medycznego.

3. Wojewodowie, do dnia 31 marca roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawiają ministrowi właściwemu do spraw zdrowia założenia dotyczące finansowania zespołów ratownictwa medycznego.

4. Na podstawie założeń, o których mowa w ust. 3, minister właściwy do spraw zdrowia, do dnia 20 maja roku poprzedzającego rok budżetowy, przedstawia ministrowi właściwemu do

spraw finansów publicznych propozycję wysokości środków na finansowanie, o którym mowa w ust. 1, wraz z podziałem tych środków między poszczególne województwa.

5. W celu ustalenia propozycji wysokości środków na finansowanie zespołów ratownictwa medycznego z uwzględnieniem podziału między 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.

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

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

8. Wysokość środków na finansowanie 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. 5 pkt 3.

Art. 47. ⁽²³⁾ 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 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 z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

2. Do zadań lotniczego zespołu ratownictwa medycznego należy wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.

3. Warunkiem finansowania, o którym mowa w ust. 1, jest zapewnienie ciągłej gotowości lotniczego zespołu ratownictwa medycznego do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w zakresie określonym w umowie, o której mowa w ust. 5.

4. Kalkulacja kosztów działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego dokonywana jest z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, a w szczególności:

- 1) kosztów osobowych;
 - 2) kosztów eksploatacyjnych;
 - 3) kosztów administracyjno-gospodarczych;
 - 4) odpisu amortyzacyjnego z wyłączeniem amortyzacji dokonywanej od aktywów trwałych, na które podmiot otrzymał dotację budżetową.
5. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1, odbywa się na podstawie umowy zawartej między ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
6. W celu zawarcia umowy, o której mowa w ust. 5, przeprowadza się rokowania pomiędzy ministrem właściwym do spraw zdrowia a dysponentem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.
7. Rokowania przeprowadza komisja powoływana przez ministra właściwego do spraw zdrowia.
8. Rokowania dotyczą warunków wykonywania i finansowania medycznych czynności ratunkowych.
9. Lotnicze zespoły ratownictwa medycznego mogą wykonywać zadania poszukiwawcze w ramach lotniczego systemu poszukiwania i ratownictwa (ASAR).
10. Zadania, o których mowa w ust. 9, są finansowane ze środków przeznaczonych na funkcjonowanie systemu ASAR.

Art. 49. 1. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zawiera umowy, o których mowa w ust. 1, na podstawie planu oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Środki na finansowanie umów, o których mowa w ust. 1, wojewoda przekazuje Narodowemu Funduszowi Zdrowia w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

4. Koszty medycznych czynności ratunkowych wykonanych w roku poprzednim mogą być pokrywane ze środków finansowych przekazanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia, w formie dotacji celowej, w roku następnym.

5. Do postępowania w sprawie zawarcia umów, o których mowa w ust. 1, ich zawierania, rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

6. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o wszelkich nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów, o których mowa w ust. 1, przez zespoły ratownictwa medycznego.

7. Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, działając w porozumieniu z wojewodą, może rozwiązać umowę na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych w związku z niewywiązywaniem się lub nienależytym wywiązywaniem się zespołów ratownictwa medycznego z obowiązków wynikających z zawartej umowy.

§ 50. 1. ⁽²⁴⁾ Minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie, podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej, wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje związane z działalnością:

1) zespołów ratownictwa medycznego - w liczbie właściwej dla zapewnienia parametrów czasu określonych w art. 24;

2) szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz centrów urazowych;

3) stanowisk pracy dyspozytorów medycznych.

2. Finansowanie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, dokonywane jest także na podstawie programów wieloletnich ustanawianych przez Radę Ministrów na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych, dotyczących rozwoju ratownictwa medycznego, w formie dotacji celowej z budżetu państwa na rzecz właściwego dysponenta jednostki.

Rozdział 7

Zmiany w przepisach obowiązujących

Art. 51. W ustawie z dnia 24 sierpnia 1991 r. o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. z 2002 r. Nr 147, poz. 1229, z późn. zm.¹²⁾) w art. 14 w ust. 1 pkt 6 otrzymuje brzmienie:

"6) współpracę z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz centrami powiadamiania ratunkowego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410)."

Art. 52. W ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408, z późn. zm.¹³⁾) wprowadza się następujące zmiany:

1) art. 28 otrzymuje brzmienie:

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

2. Pogotowie ratunkowe może udzielać świadczeń zdrowotnych, o których mowa w ust. 1, w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego jako zespół ratownictwa medycznego lub lotniczy zespół ratownictwa medycznego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410).";

2) w art. 70a:

a) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

b) uchyla się ust. 4;

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

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

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

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

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

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

Art. 53. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 oraz z 2006 r. Nr 117, poz. 790) w art. 50 uchyla się ust. 16.

Art. 54. W ustawie z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.¹⁴⁾) wprowadza się następujące zmiany:

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

"d) rodzaje, zakres i sposób zabezpieczenia ratowniczego imprezy, w uzgodnieniu z właściwym komendantem powiatowym Państwowej Straży Pożarnej oraz innymi służbami ratowniczymi, w tym z właściwym dysponentem jednostki w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410);"

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

"3. Szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy jest prowadzone przez osobę, która spełnia warunki określone w art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym."

Art. 55. W ustawie z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej (Dz. U. Nr 62, poz. 558 i Nr 74, poz. 676 oraz z 2006 r. Nr 50, poz. 360) w art. 17 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

"1. W zapobieganiu skutkom klęski żywiołowej lub ich usuwaniu są obowiązane uczestniczyć: Państwowa Straż Pożarna i inne jednostki ochrony przeciwpożarowej, Policja, jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, dyspozytorzy medyczni i centra powiadamiania ratunkowego, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 190, poz. 1410), i jednostki ochrony zdrowia, Straż Graniczna, Morska Służba Poszukiwania i Ratownictwa oraz inne właściwe w tych sprawach państwowe urzędy, agencje, inspekcje, straże i służby."

Rozdział 8

Przepisy przejściowe, dostosowujące i końcowe

Art. 56a. ⁽²⁵⁾ 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. Do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, lub pediatrii.

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 doskonalenia zawodowego w trybie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 26 ust. 4.

Art. 59. 1. Wojewódzkie plany zabezpieczenia medycznych działań ratowniczych, sporządzone na rok 2007 na podstawie ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207, z późn. zm.¹⁶⁾) stają się planami, o których mowa w art. 21.

2. Informacje, o których mowa w art. 21 ust. 5, przekazywane w celu sporządzenia planów na:

- 1) lata 2008-2010 dotyczą roku 2006;
- 2) lata 2009-2011 dotyczą roku 2006 i 2007.

Art. 60. W 2007 r. zadania wojewody określone w ustawie są finansowane z rezerwy celowej utworzonej w budżecie państwa na 2007 r.

Art. 61. ⁽²⁶⁾ (uchylony).

Art. 62. 1. Kierownik zakładu opieki zdrowotnej, w którym znajduje się szpitalny oddział ratunkowy, dostosuje ten oddział do wymagań określonych w art. 34, do dnia 31 grudnia 2011 r., zgodnie z harmonogramem ustalonym w planie przez właściwego ze względu na siedzibę tego zakładu wojewodę.

2. Przepisów art. 35 nie stosuje się do dnia 31 grudnia 2011 r.

Art. 63. Dysponenti zespołów ratownictwa medycznego dostosują skład tych zespołów do wymagań, o których mowa w art. 36 ust. 1, do dnia 31 grudnia 2010 r.

Art. 64. 1. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z dysponentami jednostek w zakresie objętym niniejszą ustawą na okres dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2006 r. podlegają rozwiązaniu z mocy prawa z dniem 31 lipca 2007 r., chyba że w terminie 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy, dysponent jednostki, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł taką umowę, oświadczy odpowiednio:

- 1) wojewodzie, za pośrednictwem Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) Narodowemu Funduszowi Zdrowia

- że pozostaje nią związany.

2. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 1, składa się na piśmie pod rygorem nieważności.

3. Z dniem 1 stycznia 2007 r. stroną umów, o których mowa w ust. 1, zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, staje się wojewoda.

4. W terminie do dnia 31 sierpnia 2007 r. dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia przekaze wojewodzie wykaz umów zawartych z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego.

Art. 65. Akty wykonawcze wydane na podstawie:

1) art. 22 ust. 6, art. 23 ust. 4 pkt 1, 3, 4 i 7 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,

2) art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073, z 2003 r. Nr 99, poz. 920 oraz z 2004 r. Nr 210, poz. 2135)

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

Art. 66. Tracą moc ustawy:

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

Art. 67. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2007 r., z wyjątkiem:

- 1) art. 64, który wchodzi w życie z dniem ogłoszenia;
- 2) art. 18-22, 49 i 60, które 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.