*Tabela uwag do projektu rozporządzenia MZ w sprawie ramowych procedur przyjmowania, obsługi zgłoszeń alarmowych o zdarzeniach   
oraz dysponowania zespołów ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | Przepis | Podmiot zgłaszający uwagę | Treść uwagi | *Stanowisko MZ* |
|  | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  | § 1 ust. 2  pkt. 4 | Wojewoda Łódzki | Propozycja zmiany zapisu na: ***zasady*** *postępowania (…).* | Uwaga uwzględniona |
|  | § 1 ust 2 pkt. 4 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | Należy dodać do ppkt 4) kolejne litery o treści: g) konieczności uruchomienia jednostek POZ/NiŚPL do zdarzeń zakwalifikowanych w kodzie pilności 3 lub kodzie pilności 2 w przypadku braku możliwości zadysponowania ZRM. h) konieczności uruchomienia jednostek transportu medycznego w sytuacji: - wystąpienia zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych;  - wystąpienia zdarzenia z udziałem dzieci w tym noworodków czy niemowlaków wymagających transportu specjalistycznego zespołem Neonatologicznym w kodzie pilności 1 lub 2;  - wystąpienia konieczności transportu chorego z miejsca zdarzenia w kodzie pilności 2 lub kodzie pilności 3 w przypadku braku możliwości zadysponowania ZRM lub POZ/NiŚPL (konieczność skierowania w/w zespołów do kolejnych zdarzeń o kodzie pilności 1, 2 lub 3); | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy: „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.”  Wobec powyższego wprowadzenie kodu 3 nie jest możliwe. |
|  | §1 ust. 2 pkt. 4 lit. f | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Usunąć zapis: „f) *przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu z udziałem nurka.”.*  Uzasadnienie: bezzasadne jest umieszczanie w Rozporządzeniu wpisu o postępowaniu w konkretnym zdarzeniu medycznym. W związku z tym trzeba by umieścić inne skategoryzowane zdarzenia takie jak np. wypadek lotniczy czy kolejowy. Opis postępowania dyspozytora medycznego w odniesieniu do zdarzenia z udziałem nurka powinien być umieszczony w algorytmie zbierania wywiadu medycznego. Zgodnie ze stanowiskiem Zespołu Ministra Zdrowia do spr. opracowania algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego została opracowana procedura wypadek nurkowy/dekompresyjny. | Uwaga uwzględniona |
|  | §1 ust. 2 pkt. 4 lit. f | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Usunąć zapis: „f) *przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu z udziałem nurka.”.*  Uzasadnienie: bezzasadne jest umieszczanie w Rozporządzeniu wpisu o postępowaniu w konkretnym zdarzeniu medycznym. W związku z tym trzeba by umieścić inne skategoryzowane zdarzenia takie jak np. wypadek lotniczy czy kolejowy. Opis postępowania dyspozytora medycznego w odniesieniu do zdarzenia z udziałem nurka powinien być umieszczony w algorytmie zbierania wywiadu medycznego. Zgodnie ze stanowiskiem Zespołu Ministra Zdrowia do spr. opracowania algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego została opracowana procedura wypadek nurkowy/dekompresyjny. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 1 ust. 2 pkt 4 f oraz § 14 | Pomorski Urząd Wojewódzki | Brak zasadności wprowadzania w przedmiotowym rozporządzeniu zapisów dot. postępowania dyspozytora medycznego w przypadku przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu z udziałem nurka, polegającego na „*poinformowaniu zespołu ratownictwa medycznego o koniczności przekazania wraz z poszkodowanym komputera i sprzętu nurkowego*”. Do zadań dyspozytora medycznego nie należy informowanie zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) o sposobie postępowania na miejscu zdarzenia w zależności od przypadku medycznego. Zgodnie z art. 43 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym standardy postępowania ZRM i kierującego akcją medyczną są ogłaszane w obwieszczeniu Ministra Zdrowia. Przedmiotowe obwieszczenie powinno uwzględniać postępowanie ZRM w przypadku m.in. wypadku nurkowego. Nie każde zdarzenie z udziałem nurka jest wypadkiem nurkowym i wiąże się z koniecznością transportu do szpitala (wraz ze sprzętem nurkowym). | Uwaga uwzględniona |
|  | § 1 ust 4 lit. f | Krakowskie  Pogotowie  Ratunkowe | wykreślić w całości | Uwaga uwzględniona |
|  | § 2 ust. 1 pkt 2 lit. a | NFZ | Potrzebny jest adres, a nie dokładny adres zdarzenia przez co należy rozumieć kod pocztowy, województwo, kraj. Uzyskanie dokładnego adresu wymaga czasu. | Uwaga nieuwzględniona  Poprzez sfomułowanie dokładny adres należy rozumieć wszelkie informacje o miejscu zdarzenia, które umożliwiają jak najszybsze dotarcie do poszkodowanego tj. np. wskazanie klatki schodowej, piętra na którym ma miejsce zdarzenie, najlepszy dojazd do budynku |
|  | § 2 ust. 1 pkt 2 lit. b | Wojewoda Lubuski | Przepis sformułowany niejasno. W SWD PRM, w module Dyspozytora istnieją wolne pola do wpisania numerów telefonów, osoby wzywającej i osoby poszkodowanej (wymagającej pomocy, tej do której wzywany jest ZRM), warto przeredagować zapis z uwzględnieniem funkcji SWD PRM. | Uwaga nieuwzględniona  Celem regulacji jest zagwarantowanie kontaktu z osobą wzywającą poprzez powzięcie informacji o jej numerze telefonu, który nie zawsze musi być tożsamy z numerem telefonu, z którego wzywana jest pomoc. |
|  | § 2 ust. 1 pkt 2 lit. b | Ministerstwo Cyfryzacji | niejasna jest relacja pomiędzy pojęciami „osoba dzwoniąca” a „osoba wzywająca” i wydaje się, że w niniejszym przypadku powinna być mowa wyłącznie o „osobie wzywającej”, na co wskazuje m. in. brzmienie wprowadzenia do wyliczenia. W związku z tym projektowany przepis może, w opinii Ministra Cyfryzacji, wymagać przeredagowania w tym zakresie. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 2  ust. 1 pkt 2 lit. b | Ministerstwo Cyfryzacji | należy zauważyć, że połączenie na numer alarmowy będzie mogło zostać zrealizowane także, gdy telefon osoby wzywającej nie będzie w zasięgu „macierzystej” ruchomej publicznej sieci telekomunikacyjnej, ale będzie  w zasięgu innej niż „macierzysta” ruchomej publicznej sieci telekomunikacyjnej. W związku z tym proponuje się rozważyć nadanie projektowanemu przepisowi brzmienia:  „b) numerze telefonu osoby wzywającej – w przypadku niemożności jego ustalenia przez dyspozytora medycznego,”. | Uwaga częściowo uwzględniona poprzez brzmienie „jeżeli jest inny niż ten, z którego dzwoni osoba wzywająca lub w przypadku braku możliwości jego ustalenia przez dyspozytora medycznego” |
|  | § 2 ust. 1 pkt 2 lit. d | NFZ | Osoba dzwoniąca nie poda informacji o stanie zdrowia osoby, ale o stanie osoby, u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Analogicznie uwaga dotyczy § 2 ust. 2 pkt 3b | Uwaga uwzględniona |
|  | § 2 ust. 1  pkt. 2 ppkt. g | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi | Propozycja zamiany zaimka *oraz* na *lub*. Dla potrzeb pracy dyspozytora medycznego, jak i rodziny nie ma potrzeby brania pełnego imienia i nazwiska, w przypadku gdy jest to najbliższa rodzina i z treści rozmowy wynika jej stopień pokrewieństwa. | Uwaga nieuwzględniona – w przypadku gdy z rozmowy jasno wynika stopień pokrewieństwa nie jest konieczne podawanie imienia i nazwiska co przyśpiesza zebranie wywiadu |
|  | § 2 ust. 1  pkt. 2 ppkt. g | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zamiana zaimka „oraz” na „lub”.  Dla potrzeb pracy dyspozytora medycznego jak i rodziny nie ma potrzeby brania pełnego imienia i nazwiska, w przypadku gdy jest to najbliższa rodzina i z treści rozmowy wynika jej stopień pokrewieństwa. | Uwaga nieuwzględniona – w przypadku gdy z rozmowy jasno wynika stopień pokrewieństwa nie jest konieczne podawanie imienia i nazwiska co przyśpiesza zebranie wywiadu |
|  | § 2 ust. 1 pkt 2 lit. g | NFZ | Zbędne jest ustalanie stopnia pokrewieństwa w stosunku do osoby, której dotyczy wezwanie | Uwaga nieuwzględniona – w przypadku gdy z rozmowy jasno wynika stopień pokrewieństwa nie jest konieczne podawanie imienia i nazwiska co przyśpiesza zebranie wywiadu |
|  | § 2 ust. 2  pkt. 2 | Naczelna Rada Lekarska | W miejsce zapisu: „weryfikację i potwierdzenie danych wprowadzonych do elektronicznego formularza zgłoszenia danych przez operatora numerów alarmowych” proponuje się zapis „weryfikację i potwierdzenie adresy miejsca zdarzenia wprowadzonego do elektronicznego formularza zgłoszenia danych przez operatora numerów alarmowych”  Uzasadnienie: weryfikacja wszystkich zapisów dokonanych przez operatora wydłuży niepotrzebnie czas przyjmowania zgłoszenia, istotne jest potwierdzenie poprawności danych adresowych. Inne ważne dane będą wynikały z wywiadu medycznego. | Uwaga nieuwzględniona  Weryfikacji podlegać powinny również takie dane jak powód wezwania, stan poszkodowanego czy liczba osób poszkodowanych, co przyczyni się do zapewniania przez operatora właściwej „obsługi” zgłoszenia, dodatkowo  nie zawsze dane miejsce zdarzenia posiada adres, dlatego ważne są wprowadzone dane opisujące miejsce zdarzenia i ich weryfikacja |
|  | Par.2 ust.2 pkt 2 | WSPR Olsztyn | Proponuję zamiast: „weryfikację i potwierdzenie danych wprowadzonych do elektronicznego formularza zgłoszenia danych przez operatora numerów alarmowych: zapis: „weryfikację i potwierdzenie **adresu miejsca zdarzenia** wprowadzonego do elektronicznego formularza zgłoszenia danych przez operatora numerów alarmowych”.  Uzasadnienie: weryfikacja wszystkich zapisów dokonanych przez operatora wydłuży niepotrzebnie czas przyjmowania zgłoszenia, istotne jest potwierdzenie poprawności danych adresowych. Inne ważne dane będą wynikały z wywiadu medycznego. | Uwaga nieuwzględniona  Weryfikacji podlegać powinny również takie dane jak powód wezwania, stan poszkodowanego czy liczba osób poszkodowanych, co przyczyni się do zapewniania przez operatora właściwej „obsługi” zgłoszenia, dodatkowo  nie zawsze dane miejsce zdarzenia posiada adres, dlatego ważne są wprowadzone dane opisujące miejsce zdarzenia i ich weryfikacja |
|  | § 2 ust.2 pkt 2 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zamiast: „weryfikację i potwierdzenie danych wprowadzonych do elektronicznego formularza zgłoszenia danych przez operatora numerów alarmowych: zapis: „weryfikację i potwierdzenie adresu miejsca zdarzenia wprowadzonego do elektronicznego formularza zgłoszenia danych przez operatora numerów alarmowych”.  Weryfikacja wszystkich zapisów dokonanych przez operatora wydłuży niepotrzebnie czas przyjmowania zgłoszenia, istotne jest potwierdzenie poprawności danych adresowych. Inne ważne dane będą wynikały z wywiadu medycznego. | Uwaga nieuwzględniona  Weryfikacji podlegać powinny również takie dane jak powód wezwania, stan poszkodowanego czy liczba osób poszkodowanych, co przyczyni się do zapewniania przez operatora właściwej „obsługi” zgłoszenia, dodatkowo  nie zawsze dane miejsce zdarzenia posiada adres, dlatego ważne są wprowadzone dane opisujące miejsce zdarzenia i ich weryfikacja |
|  | W § 2 ust. 2 pkt 2 | Ministerstwo Cyfryzacji | występuje pojęcie „elektronicznego formularza zgłoszenia  danych”, zaś w § 2 ust. 5 – „elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia”. Pojęcia te nie zostały zdefiniowane w projekcie, nie definiuje ich również ustawa upoważniająca.  Tymczasem, wydają się być one zbyt podobne do instytucji „formularza elektronicznego” której definicja została zamieszczona w art. 3 pkt. 25 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o  informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, co może  prowadzić do błędnego jego rozumienia, wobec czego proponuje się zastąpienie w projekcie tych pojęć pojęciem „elektronicznego zgłoszenia”, dla odróżnienia go „formularza elektronicznego”. | Uwaga nieuwzględniona  brzmienie art. 3 pkt. 25 „formularz elektroniczny – oprogramowanie służące do przygotowania i wygenerowania dokumentu elektronicznego zgodnego z odpowiadającym mu wzorem dokumentu elektronicznego, mogące stanowić część usługi udostępnionej na ePUAP lub w innym systemie teleinformatycznym” |
|  | § 2 ust. 2  pkt. 3 | Naczelna Rada Lekarska | W miejscu zapisu: „dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie podejmuje trzy próby nawiązania rozmowy z osobą wzywającą” proponuje się zapis: „dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie podejmuje do trzech prób nawiązania rozmowy z osobą wzywającą w zależności od powodu wezwania wprowadzonego do elektronicznego formularza zgłoszenia przez operatora numerów alarmowych”  Uzasadnienie: w sytuacji zgłoszeń dotyczących bezpośredniego zagrożenia życia obligatoryjne wykonywanie trzech prób połączenia niepotrzebnie wydłuży czas przyjmowania zgłoszenia. | Uwaga częściowo uwzględniona  w zakresie zapisu „dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie podejmuje do trzech prób”  pominięto propozycje dopisania „w zależności od powodu wezwania wprowadzonego do elektronicznego formularza zgłoszenia przez operatora numerów alarmowych” z uwagi na |
|  | § 2 ust. 2  pkt. 3 | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi | Propozycja zmiany treści ppkt. d na**: *imieniu i nazwisku, wieku i płci osoby, u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego*** oraz **wprowadzenie ppkt. e) o treści: *informacji innych niż wymienione  w lit. a-d, które mogą być istotne do obsługi zgłoszenia przez dyspozytora medycznego lub zespół ratownictwa medycznego***.  Operatorzy numeru alarmowego 112 nie wprowadzają w formatkę zgłoszenia imienia i nazwiska, wieku i płci pacjenta, gdyż nie ma takich rubryk w ich systemie. W związku z tym, dyspozytor powinien te dane bezwzględnie uzupełnić, tak jak jest to zapisane §2 ust.1 pkt.2 ppkt. f. | Uwaga uwzględniona |
|  | §2 ust. 2 pkt 3 | Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach | Zaleca się utworzenie algorytmu stałych pytań, które będą decydować o dysponowaniu ZRM. | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 27 ust. 6 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym Algorytm zbierania wywiadu ogłaszany jest w drodze obwieszczenia i stanowi oddzielny dokument. |
|  | § 2 ust. 2  pkt. 3 lit. d | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zmiana treści ppkt. d na: „imieniu i nazwisku, wieku i płci osoby, u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego” oraz wprowadzenie ppkt. e) o treści: informacji innych niż wymienione w lit. a-d, które mogą być istotne do obsługi zgłoszenia przez dyspozytora medycznego lub zespół ratownictwa medycznego”.  Operatorzy numeru alarmowego 112 nie wprowadzają w formatkę zgłoszenia imienia i nazwiska, wieku i płci pacjenta, gdyż nie ma takich rubryk w ich systemie. W związku z tym, dyspozytor powinien te dane bezwzględnie uzupełnić, tak jak jest to zapisane §2 ust.1 pkt.2 ppkt. f. | Uwaga uwzględniona |
|  | §2 ust. 3 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Brak jest sposobu dalszego postępowania dyspozytora medycznego w przypadku gdy trzykrotna próba nawiązania rozmowy z osobą wzywającą nie przyniosła efektu w postaci nawiązania komunikacji ze zgłaszającym. | Uwaga uwzględniona |
|  | §2 ust. 3 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Brak jest sposobu dalszego postępowania dyspozytora medycznego w przypadku gdy trzykrotna próba nawiązania rozmowy z osobą wzywającą nie przyniosła efektu w postaci nawiązania komunikacji ze zgłaszającym. | Uwaga uwzględniona |
|  | Par.2 ust.3 | WSPR Olsztyn | Proponuję zamiast: „dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie podejmuje trzy próby nawiązania rozmowy z osobą wzywającą” zapis: „dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie podejmuje **do trzech prób** nawiązania rozmowy z osobą wzywającą w zależności od powodu wezwania wprowadzonego do elektronicznego formularza zgłoszenia przez operatora numerów alarmowych”.  Uzasadnienie: w sytuacji zgłoszeń dotyczących bezpośredniego zagrożenia życia obligatoryjne wykonywanie trzech prób połączenia niepotrzebnie wydłuży czas przyjmowania zgłoszenia. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 2 ust. 3 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Dodać słowa podkreślone w przypadku rozłączenia trwającego połączenia „alarmowego na nr 999 lub” połączenia telefonicznego itd. oraz zmienić na podejmuje do trzech prób nawiązania rozmowy itd. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 2 ust. 3 | Krakowskie  Pogotowie  Ratunkowe | dodać słowa zaznaczone kolorem czerwonym w przypadku  rozłączenia trwającego połączenia alarmowego na nr 999 lub  połączenia telefonicznego itd. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 2 ust. 3 | Centrum Powiadamiania Ratunkowego  Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach | W przypadku rozłączenia trwającego połączenia telefonicznego kierowanego z CPR, dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie podejmuje trzy próby nawiązania rozmowy z osobą wzywającą. Uważam, iż warto uzupełnić (uściślić) ten zapis:  W przypadku rozłączenia trwającego połączenia telefonicznego kierowanego z centrum powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie podejmuje trzy próby nawiązania rozmowy z osobą wzywającą. W sytuacji gdy operator numerów alarmowych przekazuje zgłoszenie alarmowe do dyspozytora medycznego (formatka + rozmowa telefoniczna) i w trakcie tworzenia trójpołączenia osoba zgłaszająca rozłączy się, zadaniem dyspozytora medycznego jest oddzwonienie do osoby zgłaszającej.  Dzięki temu zapisowi ONA nie musi oddzwaniać do osoby zgłaszającej i ponownie tworzyć trójpołączenie, lecz przechodzi do obsługi kolejnych zgłoszeń, oddzwania dyspozytor medyczny i przeprowadza wywiad. Poprzez to nie angażujemy 2 osób do obsługi zgłoszenia, co pozytywnie wpływa na czasy i statystyki w CPR. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 2 ust. 3 | MSWiA | Proponuje nadać brzmienie:” w przypadku rozłączenia trwającego połączenia telefonicznego kierowanego z centrum powiadamiania ratunkowego, o którym mowa w ustawie z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego, dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie podejmuje trzy próby nawiązania połączenia z sobą wzywająca” ze względu na fakt, że próba nawiązania rozmowy jak wskazano w projekcie, nie jest jednoznaczna z wykonywaniem połączenia, a dyspozytor powinien wykonać trzy próby połączenia | Uwaga uwzględniona |
|  | § 2 ust. 1 pkt 4 | NFZ | W przypadku rozłączenia trwającego połączenia telefonicznego i braku połączenia po przeprowadzonych próbach, determinantą przyjęcia zgłoszenia jest m, in nadana kategoria zgłoszenia alarmowego. Brak w treści projektu wskazania co to jest | Uwaga nieuwzględniona  Rodzaj zdarzenia lub zagrożenia według katalogu zdarzeń nadanego przez operatora numerów alarmowych definiuje rozporządzenie w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego. |
|  | §2 ust.4  Propozycja dodania pkt. g | Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR), ul. Piłsudskiego 63 a  34-500 Zakopane | *Proponujemy dodać poniższy zapis w brzmieniu:*  **g) przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu na obszarach górskich (zgodnie z definicją tych obszarów zawartą w Art.2.ust.1 *ustawy o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich )***  *Uzasadnienie:*  *Zgodnie z Art. 7. ust 1. Pkt.1 Podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego organizują, kierują, koordynują i bezpośrednio prowadzą działania ratownicze w ramach ratownictwa górskiego;* | Uwaga nieuwzględniona  Dyspozytor medyczny każdorazowo zobowiązany jest do zebrania wywiadu medycznego i gdy sytuacja tego wymaga kontynuowania rozmowy z udzieleniem instruktażu postępowania na miejscu zdarzenia.  Ponadto w art. § 13 rozporządzenia została uregulowana kwestia uruchamiania jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne przez dyspozytora medycznego. |
|  | §2 ust. 4 i 5 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Bardzo poważne wątpliwości budzą zapisy §2 ust. 4 i 5 w których w sposób automatyczny dyspozytor medyczny ma przyjąć zgłoszenie w przypadku braku możliwości nawiązania połączenia lub otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia bez połączenia głosowego. Zgodnie z delegacją ustawy o PRM minister właściwy do spraw zdrowia ma określić, w drodze rozporządzenia ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i 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.  Zapisy zawarte w §2 ust. 4 i 5 projekcie rozporządzenia odnoszące się do sposobu postępowania dyspozytora medycznego we wskazanych sytuacja uniemożliwiają ustalenie istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia najwłaściwszego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego. Mogą wręcz doprowadzić do paraliżu funkcjonowania systemu PRM w szczególności na terenie powiatów, gdzie liczba ZRM funkcjonująca w danym rejonie operacyjnym to 2-3 ZRM. Dysponowanie ZRM przez dyspozytorów medycznych do zgłoszeń alarmowych lub powiadomień o zdarzeniu bez żadnego wywiadu medycznego i weryfikacji stanu osoby, do której wzywana jest pomoc może doprowadzić do opóźnień w dysponowaniu ZRM do innych zgłoszeń alarmowych lub powiadomień o zdarzeniu do osób u których podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego po przeprowadzeniu wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego na skutek z uwagi na brak ZRM, które zostały zadysponowane do zgłoszeń alarmowych lub powiadomień o zdarzeniu w sytuacji braku możliwości nawiązania połączenia lub otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia bez połączenia głosowego. OSR do projektu rozporządzenia nie zawiera analizy wpływu takich zgłoszeń alarmowych lub powiadomień o zdarzeniu na funkcjonowanie systemu PRM. | Uwaga nieuwzględniona.  Dyrektywy unijne nakazują realizację zgłoszeń bezgłosowych. |
|  | §2 ust. 4 i 5 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Bardzo poważne wątpliwości budzą zapisy §2 ust. 4 i 5 w których w sposób automatyczny dyspozytor medyczny ma przyjąć zgłoszenie w przypadku braku możliwości nawiązania połączenia lub otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia bez połączenia głosowego. Zgodnie z delegacją ustawy o PRM minister właściwy do spraw zdrowia ma określić, w drodze rozporządzenia ramowe procedury przyjmowania wezwań przez dyspozytora medycznego i 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.  Zapisy zawarte w §2 ust. 4 i 5 projekcie rozporządzenia odnoszące się do sposobu postępowania dyspozytora medycznego we wskazanych sytuacja uniemożliwiają ustalenie istotnych elementów stanu faktycznego w trakcie przyjmowania zgłoszenia, a także zapewnienie wysłania na miejsce zdarzenia najwłaściwszego w danym przypadku zespołu ratownictwa medycznego. Mogą wręcz doprowadzić do paraliżu funkcjonowania systemu PRM w szczególności na terenie powiatów, gdzie liczba ZRM funkcjonująca w danym rejonie operacyjnym to 2-3 ZRM. Dysponowanie ZRM przez dyspozytorów medycznych do zgłoszeń alarmowych lub powiadomień o zdarzeniu bez żadnego wywiadu medycznego i weryfikacji stanu osoby, do której wzywana jest pomoc może doprowadzić do opóźnień w dysponowaniu ZRM do innych zgłoszeń alarmowych lub powiadomień o zdarzeniu do osób u których podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego po przeprowadzeniu wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego na skutek z uwagi na brak ZRM, które zostały zadysponowane do zgłoszeń alarmowych lub powiadomień o zdarzeniu w sytuacji braku możliwości nawiązania połączenia lub otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia bez połączenia głosowego. OSR do projektu rozporządzenia nie zawiera analizy wpływu takich zgłoszeń alarmowych lub powiadomień o zdarzeniu na funkcjonowanie systemu PRM. | Uwaga nieuwzględniona.  Dyrektywy unijne nakazują realizację zgłoszeń bezgłosowych |
|  | §2 ust. 4 | MWSiA | Proponuje nadać brzmienie: „w przypadku wprowadzenia informacji o miejscu zdarzenia i kategorii zgłoszenia alarmowego przez operatora numerów alarmowych, o którym mowa w art. 16 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego oraz braku możliwości nawiązania połączenia, o którym mowa w ust. 3, dyspozytor medyczny przyjmujący, przyjmuje zdarzenie”.  Zgodnie z ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego oraz rozporządzenia Ministra Administracji i Cyfryzacji z dnia 28 kwietnia 2014 r. w sprawie organizacji i funkcjonowania centrów powiadamiania ratunkowego operator numerów alarmowych uzyskuje informacje nt. miejsca zdarzenia lub zagrożenia. W przepisach dotyczących Systemu Powiadamiania Ratunkowego nie funkcjonuje pojęcie adresu lub lokalizacji miejsca zdarzenia. Niezrozumiała jest rozróżnienie w projekcie pomiędzy adresem a lokalizacją miejsca zdarzenia | Uwaga częściowo uwzględniona  Rozporządzenie dotyczy dyspozytorów medycznych, którzy zbierają dane dotyczące dokładnego adresu lub lokalizacji miejsca zdarzenia. |
|  | Par.2 ust.5 | WSPR Olsztyn | Proponuję usunąć zapis dotyczący eCall, ponieważ zgłoszenia z tego systemu nie wpływają bezpośrednio do dyspozytorni medycznych, a za pośrednictwem operatorów numerów alarmowych.  Ponadto proponuję do zapisu pkt 1 dodać „w razie potrzeby”. W pkt 2 zamiast: „w przypadku braku możliwości nawiązania połączenia uznaje zgłoszenie za zasadne i je przyjmuje” zapis: „w przypadku uznania zgłoszenia za zasadne przyjmuje je”  Uzasadnienie: część zgłoszeń wpływających od innych służb nie wymaga dodatkowej weryfikacji zasadności, np. wezwanie do postrzelonego policjanta, bądź dodatkowe informacje mogą być uzyskane po zadysponowaniu zrm. | Uwaga nieuwzględniona  1. W zakresie usunięcia zapisy dotyczącego eCall, bowiem dyspozytor otrzymuje elektroniczny formularz obsługi zgłoszenia eCall  2. Zmiana zapisu wyłączy obligatoryjność uznania zgłoszenia za zasadne |
|  | Par.2 ust.5 | Naczelna Rada Lekarska | Proponuję usunąć zapis dotyczący eCall, ponieważ zgłoszenia z tego systemu nie wpływają bezpośrednio do dyspozytorni medycznych, a za pośrednictwem operatorów numerów alarmowych.  Ponadto proponuję do zapisu pkt 1 dodać „w razie potrzeby”. W pkt 2 zamiast: „w przypadku braku możliwości nawiązania połączenia uznaje zgłoszenie za zasadne i je przyjmuje” zapis: „w przypadku uznania zgłoszenia za zasadne przyjmuje je”  Uzasadnienie: część zgłoszeń wpływających od innych służb nie wymaga dodatkowej weryfikacji zasadności, np. wezwanie do postrzelonego policjanta, bądź dodatkowe informacje mogą być uzyskane po zadysponowaniu zrm. | Uwaga nieuwzględniona  1. W zakresie usunięcia zapisy dotyczącego eCall, bowiem dyspozytor otrzymuje elektroniczny formularz obsługi zgłoszenia eCall  2. Zmiana zapisu wyłączy obligatoryjność uznania zgłoszenia za zasadne |
|  | § 2 ust. 5 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | Elektroniczne formularze obsługi zgłoszenia (formatka) mogą być wygenerowane zarówno przez dyżurnego Policji i Państwowej Straży Pożarnej jako odebrane zgłoszenia poza numerami alarmowymi lub w ramach działających numerów dedykowanych (PSP-998), natomiast system eCALL docelowo jest zintegrowany z numerem alarmowym 112 gdzie w Centrum Powiadamiania Ratunkowego operatorzy tego numeru maja możliwość rozmowy poprzez ten system z osobą w pojeździe lub odsłuchu informacji nadanej automatycznie z danymi pojazdu i lokalizacją miejsca zdarzenia – bez możliwości oddzwonienia, analogicznie jak w przypadku nawiązania połączenia z telefonu bez karty SIM.  Jeśli zatem dokonano podziału na nawiązanie połączenia i brak takowej możliwości, należy te dwie kwestie rozdzielić, aby uniknąć tracenia niepotrzebnego czasu na próby dzwonienia w ramach systemu eCALL.  Prawidłowe brzmienie tego podpunktu w paragrafie:  5.1. W przypadku otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia  bez połączenia głosowego obejmującego zgłoszenie z Policji, Państwowej Straży Pożarnej dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie podejmuje próbę nawiązania połączenia z osobą wzywającą w celu weryfikacji zasadności zgłoszenia.  5.2. W przypadku otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia  bez połączenia głosowego obejmującego zgłoszenie z Centrum Powiadamiania Ratunkowego w ramach systemu eCall, o którym mowa w art. 2 lit. h rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) nr 305/2013  z dnia 26 listopada 2012 r. uzupełniającego dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2010/40/UE w odniesieniu do zharmonizowanego zapewniania interpretacyjnej usługi „eCall” na terenie całej UE ((Dz. Urz. UE. L z 2013 r., nr 91, str. 1), dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie w przypadku braku możliwości nawiązania połączenia uznaje zgłoszenie za zasadne i je przyjmuje. | Uwaga nieuwzględniona  Przepis w sposób całkowity a zarazem klarowny wyczerpuje zakres postępowania dyspozytora medycznego w przypadku otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia bez połączenia głosowego |
|  | §2 ust. 5 | Centrum Powiadamiania Ratunkowego  Wydział Bezpieczeństwa i Zarządzania Kryzysowego Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach | W projekcie rozporządzenia określone są sytuacje kiedy dyspozytor może otrzymać zgłoszenie alarmowe, czyli połączenie bezpośrednio do DM, zgłoszenie przekazane przez CPR, formularz obsługi zgłoszenia bez połączenia głosowego obejmującego zgłoszenie z Policji, Państwowej Straży Pożarnej, eCall. Może przy okazji warto byłoby również ująć tam zgłoszenie otrzymane z CPR – z aplikacji mobilnej Alarm 112. Skoro w projekcie ujęto eCall, co stoi na przeszkodzie, aby wpisać tam również „zgłoszenia sms-owe”?  W opiniowanych właśnie „Wytycznych do obsługi zgłoszeń alarmowych do numeru 112 za pośrednictwem systemu teleinformatycznego CPR” zawarto zapis dot. aplikacji Alarm 112 – zgłoszenia SMS-owe:  1. OPIS POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU ZGŁOSZEŃ BĘDĄCYCH ZGŁOSZENIAMI ALARMOWYMI TYPU WIADOMOŚĆ SMS  1) Operator numerów alarmowych po odebraniu zgłoszenia typu SMS wypełnia formatkę na podstawie danych uzyskanych z treści wiadomości tekstowej oraz czatu przeprowadzonego z zgłaszającym.  Zakres danych obejmuje:   miejsca zdarzenia   rodzaju zdarzenia lub zagrożenia, w tym kategorii i podkategorii zdarzenia, zgodnie  z zawartym w SI CPR katalogiem zdarzeń i określonymi celem wskazania dyspozytorni służby (jednej lub kilku), do której należy przesłać formatkę,   liczby osób poszkodowanych (jeśli rodzaj zdarzenia wskazuje na taką możliwość),   opisu zdarzenia – jak najbardziej precyzyjny opis zgłoszenia/zdarzenia niezbędny do oceny zaistniałej sytuacji przez dyspozytora służby, informacje na temat innych istotnych okoliczności zdarzenia, umożliwiające podjęcie czynności przez podmioty ratownicze oraz ewentualne dodatkowe szczegóły ułatwiające lokalizację miejsca zdarzenia i szybkie dotarcie właściwych podmiotów ratowniczych (w tym w szczególności numer klatki, sposób wejścia na teren, ewentualne ograniczenia w dostępie do obiektu).  Jeżeli zgłaszający nie odpowiada na pytania operatora jedynym źródłem informacji jest treść SMS. Każde zgłoszenie SMS jest traktowane jako zgłoszenie zasadne.  2) Wypełnioną formatkę zdarzenia operator numerów alarmowych wysyła do SWD służb.  3) Operator numerów alarmowych potwierdza osobie zgłaszającej przyjęcie zgłoszenia alarmowego, wykorzystując czat przesyła wiadomość treści ”Zgłoszenie przekazane do służb”. Kończy połączenie na konsoli operatorskiej.  Myślę, iż zapis „Jeżeli zgłaszający nie odpowiada na pytania operatora jedynym źródłem informacji jest treść SMS. Każde zgłoszenie SMS jest traktowane jako zgłoszenie zasadne.” może nie być przekonujący dla dyspozytora medycznego – będą później telefony z pretensjami i pytania od DM, co to za formatka i gdzie jest rozmowa….znamy to niestety z życia.  Skoro aplikacja Alarm 112 jest testowana, a nowe wytyczne dot. obsługi zgłoszeń przez CPR są konsultowane z służbami, to chyba nic nie stoi na przeszkodzie aby w projekcie rozporządzenia zawrzeć zapis dot. zgłoszeń sms-owych. Z pewnością zaoszczędzi to w przyszłości sporo czasu i zbędnych dyskusji pomiędzy ONA i DM. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 2 ust 5 pkt | MSWiA | Proponuje nadać brzmienie:” w przypadku otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia bez połączenia głosowego obejmującego zgłoszenie z Policji, Państwowej Straży Pożarnej, dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie:  1)podejmuje próbę nawiązania połączenia z osobą wzywającą w celu weryfikacji zasadności zgłoszenia  2) w przypadku braku możliwości nawiązania połączenia uznaje zgłoszenie za zasadne i je przyjmuje  Wskazać należy, że elektroniczne formularze obsługi zgłoszenia eCall są przekazywane przez operatorów numerów alarmowych. Nie ma możliwości otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia bezpośrednio z eCall. Zgodnie procedurami CPR operator ma obowiązek podjęcia próby połączenia w przypadku zgłoszeń eCall. Z punktu widzenia osoby poszkodowanej, kolejne próby połączenia wykonywane przez dyspozytorów medycznych przed zadysponowaniem zespołów ratownictwa medycznego są niepotrzebnym wydłużeniem czasu do udzielenia pomocy | Uwaga częściowo uwzględniona poprzez zmianę brzmienia przepisu. |
|  | § 2 ust 5 pkt 1 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zmienić zapis na: podejmuje do jednej próby połączenia z osoba wzywającą w przypadku nie uznania zgłoszenia za zasadne.  Część zgłoszeń wpływających od innych służb nie wymaga dodatkowej weryfikacji zasadności, np. wezwanie do postrzelonego policjanta, bądź dodatkowe informacje mogą być uzyskane po zadysponowaniu zrm. | Uwaga nieuwzględniona  Określenie „próbę” domyślnie wskazuje liczbę prób do wykonania. |
|  | § 2 ust 5 pkt 1 | Krakowskie  Pogotowie  Ratunkowe | dodać słowo zaznaczone kolorem czerwonym podejmuje jedną  próbę połączenia itd. | Uwaga nieuwzględniona  Określenie „próbę” domyślnie wskazuje liczbę prób do wykonania. |
|  | § 2 ust 6 | MSWiA | Proponuje dodać brzmienie:” w przypadku otrzymania elektronicznego formularza obsługi zgłoszenia bez połączenia głosowego z centrum powiadamiania ratunkowego, obejmującego zgłoszenie eCall, o którym mowa w art. 2 lit. h rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) ne 305/2013 z dnia 26 listo[pada 2012 uzupełniającego dyrektywę Parlamentu Europejskiego i rady 2010/40/UED w odniesieniu do zharmonizowanego zapewniania interpretacyjnej usługi eCall na terenie całej UE (Dz. Urz. UE. L z 2013 r. nr 91 str 1.) lub zgłoszenie sms o którym mowa w art. 20 ust. 1 pkt 2 lit. b ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego, dyspozytor medyczny przyjmujący zgłoszenie uznaje zdarzenie za zasadne i je przyjmuje.  Zgonie z ustawą z dnia 22 listopada 2013 o systemie powiadamiania ratunkowego do właściwego terytorialnie CPR kierowane są krótkie wiadomości tekstowe (sms) MSWIA wdraża aplikacje mobilna Alarm 112 która jest narzędziem do budowy sms zawierającego wszystkie niezbędne informacje dotyczące zdarzenia – lokalizacje, rodzaj zgłoszenia. Aplikacja mobilna jest przystosowana do wysyłania zgłoszeń przez osoby z niepełnosprawnościami w tym głuche. Ponadto osoba zgłaszająca mogłaby mieć negatywny wpływ na rozwój sytuacji (np. przemoc domowa) w związku z powyższym próba kontaktu z osoba zgłaszającą w przypadku sms nie powinna mieć charakteru obligatoryjnego eCall jak w proponowanym ust. 6 | Uwaga częściowo uwzględniona  Co do zasady dyspozytor medyczny zobowiązany jest do przeprowadzenia wywiadu medycznego.  Obligatoryjne traktowanie zgłoszeń sms jako zasadne może mieć negatywny wpływ na dostępność zespołów ratownictwa medycznego i doprowadzić do opóźnień w dysponowaniu ZRM do innych zdarzeń, których zasadność została potwierdzona wywiadem medycznym. |
|  | § 3 | Stowarzyszenie Ratowników Medycznych Pomorza Zachodniego | Proponowana treść paragrafu 3 ust.1 powinno zawierać zapis sankcjonujący iż wywiad medyczny prowadzony zgodnie z algorytmem zawartym w obwieszczeniu Ministra Zdrowia zawartego w art.27 ust. 6 ustawy o PRM stanowi podstawę ochrony prawnej Dyspozytora Medycznego w przypadku wątpliwości lub roszczeń ze strony osoby wzywającej lub innej.  Algorytm zawarty w obwieszczeniu stanowi jedyną dopuszczalną formę prowadzenia wywiadu medycznego. Odstępstwa od tej formy prowadzenia wywiadu podlegają weryfikacji i ocenie przez podmiot wyznaczony Zespół ds. rozwoju Systemu Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Podmiot wyznaczony nie może obejmować osób bezpośredniego zwierzchnictwa w rozumieniu Kodeksu Pracy.  Na chwilę opiniowania przez SRMPZ brak jest obwieszczenia w sprawie algorytmu zgodnego z Art.27 ust. 6 ustawy o PRM . Brak możliwości odniesienia się do treści w nim zawartych. | Uwaga nieuwzględniona  Roszczenia i wątpliwości osoby wzywającej rozpatruje się w oparciu o wszelkie zebrane w sprawie okoliczności, przeprowadzenie wywiadu zgodnie z algorytmem stanowi jedynie jedną z okoliczności. |
|  | §3 ust. 2 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję w §3 ust. 2 po pkt 2 dodać 3 w brzmieniu: „*3) priorytecie zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego*.”.  Priorytet zadysponowania ZRM jest często decydujący w czasie w jakim zostanie zadysponowany ZRM do osoby u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i warunkuje czas udzielania medycznych czynności ratunkowych. | Uwaga nieuwzględniona  Zakres uwagi uregulowany został w §4 ust. 1 pkt 2. Nadanie priorytetu następuje po podjęciu decyzji o przyjęciu zgłoszenia. |
|  | §3 ust. 2 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję w §3 ust. 2 po pkt 2 dodać 3 w brzmieniu: „*3) priorytecie zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego*.”.  Priorytet zadysponowania ZRM jest często decydujący w czasie w jakim zostanie zadysponowany ZRM do osoby u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i warunkuje czas udzielania medycznych czynności ratunkowych. | Uwaga nieuwzględniona  Zakres uwagi uregulowany został w §4 ust. 1 pkt 2. Nadanie priorytetu następuje po podjęciu decyzji o przyjęciu zgłoszenia. |
|  | §3 ust. 3 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję następujące brzmienie §3 ust. 3: „3. *Przyjęcie zgłoszenia przez dyspozytora medycznego przyjmującego może nastąpić w każdym momencie przeprowadzanego wywiadu medycznego bez konieczności jednoczesnego zakończenia połączenia głosowego ze zgłaszającym.”.*  Zapis doprecyzowujący stan faktyczny i wskazujący na możliwość prowadzenia dalszej rozmowy ze zgłaszającym pomimo przyjęcia zgłoszenia. | Uwaga nieuwzględniona  Przyjęcie zgłoszenia nie jest tożsame z koniecznością zakończenia rozmowy z osobą wzywającą. Przepisy nie tylko nie wprowadzają takiej zależności ale także nakładają na dyspozytora obowiązek utrzymania stałego kontaktu z osobą wzywającą w celu skutecznego udzielenia przez osobę wzywającą, osobie u której podejrzewa się stan zagrożenia zdrowotnego pierwszej pomocy. |
|  | §3 ust. 3 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję następujące brzmienie §3 ust. 3: „3. *Przyjęcie zgłoszenia przez dyspozytora medycznego przyjmującego może nastąpić w każdym momencie przeprowadzanego wywiadu medycznego bez konieczności jednoczesnego zakończenia połączenia głosowego ze zgłaszającym.”.*  Zapis doprecyzowujący stan faktyczny i wskazujący na możliwość prowadzenia dalszej rozmowy ze zgłaszającym pomimo przyjęcia zgłoszenia. | Uwaga nieuwzględniona  Przyjęcie zgłoszenia nie jest tożsame z koniecznością zakończenia rozmowy z osobą wzywającą. Przepisy nie tylko nie wprowadzają takiej zależności ale także nakładają na dyspozytora obowiązek utrzymania stałego kontaktu z osobą wzywającą w celu skutecznego udzielenia przez osobę wzywającą, osobie u której podejrzewa się stan zagrożenia zdrowotnego pierwszej pomocy. |
|  | § 4 ust 1 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | Konieczność dodania 6) o treści:  6) informuje osobę wzywającą o typie zadysponowanego ZRM lub zespołu POZ/NiŚPL oraz o konieczności ponownego skontaktowania się z dyspozytorem medycznym w przypadku zmiany stanu zdrowia, wystąpienia nowych niepokojących objawów u osoby, u której podejrzewa stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. | Uwaga nieuwzględniona  Bezzasadnym jest wskazywanie osobie wzywającej typu zadysponowanego zespołu.  Odnosząc się do drugiej części uwagi tj. konieczności informowania osoby wzywającej o konieczność ponownego kontaktu z dyspozytorem w razie zmiany stanu osoby u której podejrzewa sia stan nagłego zagrożenia – stanowi o tym § 4 ust 1 pkt 5 |
|  | § 4 ust. 1 pkt 1, 4 i 5 | Ministerstwo Cyfryzacji | niejasna jest relacja pomiędzy pojęciami „osoba dzwoniąca” a „osoba wzywająca” i wydaje się, że w niniejszym przypadku powinna być mowa wyłącznie o „osobie wzywającej” | Uwaga uwzględniona |
|  | § 4 ust. 2 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | Konieczność zmiany ppkt 2) oraz dodania ppkt 3) o treści:  2) KOD 2 - niezbędny wyjazd zespołu ratownictwa medycznego do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, wymagającego podjęcia medycznych czynności ratunkowych lub niezbędny wyjazd zespołu POZ/NiŚPL do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, wymagającego podjęcia świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia.  3) KOD 3 – wyjazd zespołu POZ/NiŚPL do stanu wymagającego podjęcia świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia lub wyjazd zespołu transportu medycznego jako kontynuacja działań ZRM czy zespołu POZ/NiŚPL lub zespołu transportu Neonatologicznego. | Uwaga nieuwzględniona  Poza zakresem rozporządzenia bowiem procedowane rozporządzenie odnosi się wyłącznie do jednostek systemu o którym mowa w art. 32 ust. 1 pkt 2 ustawy  . |
|  | Par.4 ust.2 | WSPR Olsztyn | Proponuję dodać pkt 3: „Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia standardy kwalifikowania przez dyspozytorów medycznych zgłoszeń do odpowiednich kodów pilności”.  Uzasadnienie: przez ponad 10 lat od wprowadzenia systemu PRM w obecnym kształcie nie przyjęto żadnych jednolitych zasad kodyfikacji wyjazdów, co zmusza poszczególnych dysponentów do wydawania własnych wytycznych w tym bardzo istotnym zakresie lub też pozostawia dyspozytorów na łasce własnej wiedzy i doświadczenia. Koniecznością jest ujednolicenie standardów. | Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową. |
|  | Par.4 ust.2 | Naczelna Rada Lekarska | Proponuję dodać pkt 3: „Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia standardy kwalifikowania przez dyspozytorów medycznych zgłoszeń do odpowiednich kodów pilności”.  Uzasadnienie: przez ponad 10 lat od wprowadzenia systemu PRM w obecnym kształcie nie przyjęto żadnych jednolitych zasad kodyfikacji wyjazdów, co zmusza poszczególnych dysponentów do wydawania własnych wytycznych w tym bardzo istotnym zakresie lub też pozostawia dyspozytorów na łasce własnej wiedzy i doświadczenia. Koniecznością jest ujednolicenie standardów. | Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową. |
|  | § 4 ust.2 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Dodać pkt 3: „Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia standardy kwalifikowania przez dyspozytorów medycznych zgłoszeń do odpowiednich kodów pilności”.  Przez ponad 10 lat od wprowadzenia systemu PRM w obecnym kształcie nie przyjęto żadnych jednolitych zasad kodyfikacji wyjazdów, co zmusza poszczególnych dysponentów do wydawania własnych wytycznych w tym bardzo istotnym zakresie lub też pozostawia dyspozytorów na łasce własnej wiedzy i doświadczenia. Koniecznością jest ujednolicenie standardów. | Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową. |
|  | § 4 ust. 3 | Naczelna Rada Lekarska | Proponuje się dodać pkt. 3 w brzmieniu: „Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia standardy kwalifikowanie przez dyspozytorów medycznych zgłoszeń o odpowiednich kodów pilności”.  Uzasadnienie: przez ponad 10 lat od wprowadzenia systemy PRM w obecnym kształcie nie przyjęto żadnych jednolitych zasad kodyfikacji wyjazdów, co zmusza poszczególnych dysponentów do wydawania własnych wytycznych w tym zakresie. Koniecznością jest ujednolicenie standardów. | Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową. |
|  | § 4 ust. 3 | Pomorski Urząd Wojewódzki | Błędna numeracja punktów w § 4 ust. 3. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 4 ust. 3 | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi | Nieprawidłowa numeracja punktów. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 4 ust.3 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Nieprawidłowa numeracja punktów. | Uwaga uwzględniona |
|  | §4 ust. 3 pkt 1 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję następujące brzmienie §4 ust. 3 pkt 1: „*1) adres miejsca zdarzenia lub lokalizacja miejsca zdarzenia*;”.  Zmiana porządkująca i dostosowująca do brzmienia §2 ust. 1 pkt 2 lit a. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 4 ust. 3  pkt. 1 | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi | Propozycja zmiany treści na: ***adres miejsca zdarzenia wraz ze współrzędnymi geograficznymi***.  Adres miejsca zdarzenia wraz ze współrzędnymi skraca czas zadysponowania ZRM przez dyspozytora medycznego wysyłającego. W wielu przypadkach współrzędne nie zapisują się automatycznie i trzeba pobrać je ręcznie. | Uwaga nieuwzględniona –  W przypadku uzyskania dokładnego adresu miejsca zdarzenia system wskazuje współrzędne geograficzne. |
|  | § 4 ust. 3 pkt.1 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zmiana brzmienia punktu na: „ adres miejsca zdarzenia wraz ze współrzędnymi geograficznymi”.  Adres miejsca zdarzenia wraz ze współrzędnymi skraca czas zadysponowania ZRM przez dyspozytora medycznego wysyłającego. W wielu przypadkach współrzędne nie zapisują się automatycznie i trzeba pobrać je ręcznie. | Uwaga nieuwzględniona –  W przypadku uzyskania dokładnego adresu miejsca zdarzenia system wskazuje współrzędne geograficzne. |
|  | §4 dodać ust.6 | Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR), ul. Piłsudskiego 63 a  34-500 Zakopane | *Proponujemy dodać poniższy zapis w brzmieniu (jako kontynuacja zapisów proponowanych w pkt 1 niniejszej tabeli:*  **6. w przypadku przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub informacji o zdarzeniu mającym miejsce na obszarach górskich (zgodnie z definicją zawartą w Art. 2. ust 1 ustawie o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich) dyspozytor medyczny niezwłoczne przekazuje połączenia odpowiednim terytorialnie podmiotom uprawnionym do wykonywania ratownictwa górskiego.**  *Uzasadnienie:*  *Sugerowana forma „przekazania” połączenia ma za zadanie maksymalnie skrócić czas do bezpośredniego kontaktu dysponenta ratownictwa górskiego z potrzebującymi pomocy na tych obszarach. Wydaje się zasadne by zbierane informacje od zgłaszającego ograniczyć do ustalenia przybliżonego miejsca zdarzenia, ilości i stanu zdrowia osób oczekujących pomocy i numerów zwrotnych do zgłaszającego, lub innych osób będących na miejscu zdarzenia. Przekazanie połączenia ma za zadanie umożliwienia ratownikowi dyżurnemu bezpośrednie zebranie innych, istotnych informacji – szczególnie gdy połączenie zostało wykonane bez karty sim lub z innego niż macierzysta sieć operatora co uniemożliwia kontakt zwrotny.* | Uwaga nieuwzględniona  Dyspozytor medyczny każdorazowo zobowiązany jest do zebrania wywiadu medycznego i gdy sytuacja tego wymaga kontynuowania rozmowy z udzieleniem instruktażu postępowania na miejscu zdarzenia.  Ponadto w art. § 13 rozporządzenia została uregulowana kwestia uruchamiania jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne przez dyspozytora medycznego.*)* |
|  | § 6 ust.1 | Naczelna Rada Lekarska | Proponuje się dodać zapis dotyczący obowiązku weryfikacji danych adresowych przez dyspozytora medycznego i statusu obsługi tego zdarzenia podczas obsługi ponaglenia przez dyspozytora medycznego oraz zapis o przeprowadzaniu w razie potrzeby przez dyspozytora przyjmującego ponaglenie instrukcji udzielania pomocy osobie poszkodowanej.  Uzasadnienie: ponaglenie może wynikać z długiego czasu oczekiwania na zespół ratownictwa medycznego, co w niektórych przypadkach może wynikac z błędu lokalizacji zdarzenia lub problemów z dotarciem na miejsce zdarzenia przez zespół ratownictwa medycznego. | Uwaga uwzględniona częściowo  Dodano zapis obligujący dyspozytora do weryfikacji danych zdarzenia, oraz utrzymywania kontaktu z osobą wzywającą w przypadku konieczności przekazywania instrukcji udzielania pomocy osobie poszkodowanej.  Konieczność analizy przydzielonego kodu pilności wynika z § 6 ust.1 pkt 2 |
|  | § 6 ust.1 | Wojewoda Lubuski | W SWD PRM, w module Dyspozytora nie ma możliwości odnotowania ponagleń. Istnieje możliwość rejestrowania tzw. zdarzeń podobnych oraz duplikatów. Natomiast, w przypadku pogorszenia stanu zdrowia, dokonanie zmiany kodu pilności konieczne jest z poziomu zakładki zdarzenia głównego. Ze względu na obowiązek określony w § 7 ust. 5 pkt 2 lit. c analizowanego projektu rozporządzenia, istnieje konieczność rejestracji każdego ponaglenia w osobnym zdarzeniu podobnym i połączeniu go ze zdarzeniem głównym w celu zliczenia ilości zgłaszanych ponagleń. Obecnie system daje możliwość jedynie przeanalizowania ilości zdarzeń podobnych, które wcale nie muszą wiązać się z ponagleniami, a np. wielokrotnym zgłaszaniem tego samego zdarzenia przez wielu świadków niezależnie. | Uwaga nieuwzględniona  Przewiduje się wprowadzenie stosownej modyfikacji SWD PRM. Ponadto istnieje możliwość modyfikacji zgłoszenia, a gwarancją przekazania informacji o ponagleniu jest przepis § 6 ust.1 pkt 3. |
|  | Par.6 ust.1 | WSPR Olsztyn | Proponuję dodać zapis dotyczący obowiązku weryfikacji danych adresowych zdarzenia oraz statusu obsługi tego zdarzenia podczas obsługi ponaglenia przez dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: ponaglenie może wynikać z długiego czasu oczekiwania na zrm, co w niektórych przypadkach może wynikać z błędu w lokalizacji zdarzenia lub problemów z dotarciem na miejsce zdarzenia przez zrm.  Proponuję również dodać zapis o przeprowadzeniu w razie potrzeby przez dyspozytora przyjmującego ponaglenie instrukcji udzielania pomocy osobie poszkodowanej. | Uwaga nieuwzględniona  W celu odnotowania ponaglenia w prowadzonej dokumentacji medycznej konieczne jest uzyskanie informacji dotyczących zgłoszenia, którego ponaglenie dotyczy w tym danych adresowych miejsca zgłoszenia. |
|  | § 6 ust.1 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Dodać zapis dotyczący obowiązku weryfikacji danych adresowych zdarzenia oraz statusu obsługi tego zdarzenia podczas obsługi ponaglenia przez dyspozytora medycznego. Uzasadnienie: ponaglenie może wynikać z długiego czasu oczekiwania na zrm, co w niektórych przypadkach może wynikać z błędu w lokalizacji zdarzenia lub problemów z dotarciem na miejsce zdarzenia przez zrm.  Proponuję również dodać zapis o przeprowadzeniu w razie potrzeby przez dyspozytora przyjmującego ponaglenie instrukcji udzielania pomocy osobie poszkodowanej. | Uwaga nieuwzględniona  W celu odnotowania ponaglenia w prowadzonej dokumentacji medycznej konieczne jest uzyskanie informacji dotyczących zgłoszenia, którego ponaglenie dotyczy w tym danych adresowych miejsca zgłoszenia. |
|  | § 6 ust. 1  pkt. 2 | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi | Propozycja zmiany treści na**: *jeżeli treść ponaglenia wskazuje na pogorszenie stanu zdrowia osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – dokonuje analizy przydzielonego kodu pilności oraz głównego powodu wezwania i jeśli to konieczne dokonuje ich zmian*.**  Zmiana powodu wezwania ma bardzo duże znaczenie oraz jest lepiej zauważalna przez dyspozytora oraz kierownika ZRM. | Uwaga nieuwzględniona  Przewiduje się wprowadzenie stosownych modyfikacji w SWD PRM. Jednocześnie zakres ponaglenia odnotowywany jest w prowadzonej dokumentacji medycznej, co wynika z § 6 ust.1 pkt. 1. |
|  | § 6 ust.1 pkt. 2 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zmiana treści w zakresie: „ jeżeli treść ponaglenia wskazuje na pogorszenie stanu zdrowia osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego – dokonuje analizy przydzielonego kodu pilności oraz głównego powodu wezwania i jeśli to konieczne dokonuje zmian” poprzez dopisanie w rubryce wywiad: ponaglenie, powód, ewentualnie godzinę ponaglenia. | Uwaga nieuwzględniona  Przewiduje się wprowadzenie stosownych modyfikacji w SWD PRM. Jednocześnie zakres ponaglenia odnotowywany jest w prowadzonej dokumentacji medycznej, co wynika z § 6 ust.1 pkt. 1. |
|  | § 6 ust. 2 | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi | Wykreślenie tego punktu lub wprowadzenie dodatkowego zapisu,  że powiadomienie kierownika ZRM następuje w przypadku awarii tabletu. W przypadku każdych zmian, a szczególnie powodu wezwania lub kodu pilności ZRM dostaje informację automatycznie na tablet po wprowadzeniu zmian przez dyspozytora przyjmującego. Nie ma potrzeby dublować tych sytuacji. | Uwaga nieuwzględniona  Przepisy gwarantuje powiadomienie zespołu o ponagleniu |
|  | §7 ust. 1 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję §7 ust. 1 po pkt 5 dodać 6 w brzmieniu: „*6) dostępność poszczególnych rodzajów zespołów ratownictwa medycznego*”.  Dyspozytor medyczny podejmujący decyzję o zadysponowaniu ZRM musi brać pod uwagę dostępność poszczególnych ZRM. W przeciwnym razie może doprowadzić do sytuacji w której osoba u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego uzyska pomoc w późniejszym czasie w związku z zadysponowaniem ZRM, który szybciej dotarłby na miejsce zdarzenia a danym momencie np. kończy przekazanie pacjenta SOR i jest bliżej miejsca zdarzenia niż zadysponowany wolny ZRM. | Uwaga nieuwzględniona  Na miejsce zdarzenia zgodnie z rozporządzeniem ma dotrzeć zespól z możliwie najkrótszym czasem dotarcia bez względu na jego rodzaj (nie wyśle niedostępnego ) |
|  | §7 ust. 1 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję §7 ust. 1 po pkt 5 dodać 6 w brzmieniu: „*6) dostępność poszczególnych rodzajów zespołów ratownictwa medycznego*”.  Dyspozytor medyczny podejmujący decyzję o zadysponowaniu ZRM musi brać pod uwagę dostępność poszczególnych ZRM. W przeciwnym razie może doprowadzić do sytuacji w której osoba u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego uzyska pomoc w późniejszym czasie w związku z zadysponowaniem ZRM, który szybciej dotarłby na miejsce zdarzenia a danym momencie np. kończy przekazanie pacjenta SOR i jest bliżej miejsca zdarzenia niż zadysponowany wolny ZRM. | Uwaga nieuwzględniona  Na miejsce zdarzenia zgodnie z rozporządzeniem ma dotrzeć zespól z możliwym najkrótszym czasem dotarcia bez względu na jego rodzaj (nie wyśle niedostępnego ) |
|  | §7 ust. 1 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję następujące brzmienie odniesienia do pkt z §7 ust. 1: „- decyduje  o rodzaju i liczbie zespołów ratownictwa medycznego do zadysponowania.”.  Zapis porządkujący zgodny ze stanem faktycznym. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 7 ust. 1 | WSPR Olsztyn | Proponuję zamiast: „– decyduje o liczbie zespołów ratownictwa medycznego do zadysponowania” zapis: „– decyduje o liczbie **i rodzaju** zespołów ratownictwa medycznego do zadysponowania”.  Uzasadnienie: dyspozytor wysyłający oprócz liczby zrm musi przypisać wyjazd dla zespołu S lub P.  Ponadto proponuję dodać ust. o następującej treści: „Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia standardy kwalifikowania przez dyspozytorów medycznych zgłoszeń dla zespołów S i P”.  Uzasadnienie: przez ponad 10 lat od wprowadzenia systemu PRM w obecnym kształcie nie przyjęto żadnych jednolitych zasad przypisywania wyjazdów dla zespołów S i P, co zmusza poszczególnych dysponentów do wydawania własnych wytycznych w tym bardzo istotnym zakresie lub też pozostawia dyspozytorów na łasce własnej wiedzy i doświadczenia. Koniecznością jest ujednolicenie standardów. | Uwaga uwzględniona częściowo  1. W § 7 ust. 1 po punktach 1-5 uzupełnia się zapis „decyduje o liczbie i rodzaju zespołów ratownictwa medycznego do zadysponowania.  2. Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową |
|  | § 7 ust. 1 | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi | Propozycja zmiany treści na: *(…) decyduje o liczbie oraz* ***rodzaju*** *zespołów ratownictwa medycznego do zadysponowania.*  Dyspozytor medyczny ma do dyspozycji ZRM typu „P”, „S” lub lotniczy ZRM i przy podejmowaniu decyzji bierze to pod uwagę, szczególnie wtedy, gdy ich czasy dotarcia na miejsce zdarzenia są identyczne. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 7 ust.1 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Dodać słowa podkreślone decyduje o liczbie oraz rodzaju zespołów ratownictwa medycznego do zadysponowania”.  Dyspozytor medyczny ma do dyspozycji ZRM typu „P”, „S” lub lotniczy ZRM i przy podejmowaniu decyzji bierze to pod uwagę, szczególnie wtedy, gdy ich czasy dotarcia na miejsce zdarzenia są identyczne. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 7 ust. 1 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Dodać kolejny punkt o następującej treści: „Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia standardy kwalifikowania przez dyspozytorów medycznych zgłoszeń dla zespołów S i P”.  Przez ponad 10 lat od wprowadzenia systemu PRM w obecnym kształcie nie przyjęto żadnych jednolitych zasad przypisywania wyjazdów dla zespołów S i P, co zmusza poszczególnych dysponentów do wydawania własnych wytycznych w tym bardzo istotnym zakresie lub też pozostawia dyspozytorów na łasce własnej wiedzy i doświadczenia. Koniecznością jest ujednolicenie standardów. | Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową |
|  | § 7 ust. 1 pkt 5 | Naczelna Rada Lekarska | W miejsce zapisu: „-decyduje o liczbie zespołów ratownictwa medycznego do zadysponowania” proponuj się zapis: „- decyduje o liczbie i rodzaju zespołów ratownictwa medycznego do zadysponowania”.  Uzasadnienie: dyspozytor wysyłający oprócz liczby zrm musi przypisać wyjazd dla zespołu S lub P.  Ponadto proponuje się dodać kolejny ustęp o następującej treści: „Minister Zdrowia ogłasza w drodze obwieszczenia standardy kwalifikowania przez dyspozytorów medycznych zgłoszeń dla zespołów S i P”.  Uzasadnienie: przez ponad 10 lat od wprowadzenia systemu PRM w obecnym kształcie nie przyjęto żadnych jednolitych zasad przypisywania wyjazdów dla zespołów Si P, co zmusza poszczególnych dysponentów do wydawania własnych wytycznych w tym zakresie lub też pozostawia dyspozytorów na łasce własnej wiedzy i doświadczenia. | Uwaga częściowo uwzględniona  1. W § 7 ust. 1 po punktach 1-5 uzupełnia się zapis „decyduje o liczbie i rodzaju zespołów ratownictwa medycznego do zadysponowania.  2. Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową |
|  | § 7 ust. 2 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | Należy dodać pkt 3) o treści:  3) KOD 3:  a) czas zadysponowania zespołu POZ/NiŚPL określa dyspozytor medyczny wysyłający,  b) czas wyjazdu zespołu POZ/NiŚPL do zdarzenia wynosi nie dłużej  niż 180 sekund od zadysponowania przez dyspozytora medycznego,  c) decyzję o użyciu przez zespół POZ/NiŚPL sygnalizacji świetlnej  i dźwiękowej w trakcie dojazdu na miejsce zdarzenia podejmuje dyspozytor  medyczny wysyłający. | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy: „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.”  Wobec powyższego wprowadzenie kodu 3 nie jest możliwe. |
|  | § 7ust. 2 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | 1,b) należy wydłużyć czas wyjazdu w Kodzie 1 do „120 sekund”  UWAGA rzeczowa:  Na jakiej podstawie ustalono czas wyjazdu ZRM w zależności od KODU pilności?  Jakie parametry i kryteria dotarcia do ambulansu członków ZRM zostały wzięte pod uwagę z miejsca stacjonowania/przebywania?  Czy legislator zdaje sobie sprawę z faktu, iż w całej Polsce BRAK ujednolicenia zabudowy obiektów miejsca stacjonowania ZRM i przepisów to określających oraz BRAK badań potwierdzających realne dotarcie do pojazdu w sposób bezpieczny dla członków zespołu?  Istnieje zatem konieczność ustanowienia kryteriów dostosowujących budynek Stacji Państwowego Ratownictwa Medycznego do wypełnienia czasu mobilizacji wyjazdowej Zespołu Ratownictwa Medycznego w kodzie pilności nr 1 (jedna minuta) i kodzie pilności nr 2 (dwie minuty), pod kątem:  - ujednolicenia modelu konstrukcji budynku (liczba kondygnacji, miejsca wypoczynku, miejsca węzła sanitarnego, zaplecza kuchennego, miejsca garażowania/postoju ambulansów) - ogólnie warunki budowlane;  - ilość schodów do pokonania z miejsca przebywania do miejsca garażowania/stacjonowaniu ambulansu (przepisy **BHP ZABRANIAJĄ** biegania po schodach - jeśli występują kondygnacje);  - czas dojścia do garażu/miejsca stacjonowania z miejsca przebywania/oczekiwania – jeśli brak kondygnacji;  - warunki bezpieczeństwa pracy i czas odłączenia instalacji 230V podłączonej do ambulansu w momencie oczekiwania do wyjazdu;  - obecność systemów odwadniających wnętrze garażu oraz systemy wentylacji spalin w pomieszczeniach garażowych oraz czas ich odłączenia (systemy wentylacyjne bezpośrednio zamontowane na układ wydechowy pojazdu);  - wzór modelu bramy garażowej, rozmiar oraz jej czas otwarcia od uruchomienia silnika pojazdu do wyjazdu ambulansu oraz jej zamknięcie (w warunkach zimowych);  - system powiadamiania głosowego o decyzji zadysponowania zespołu na stacji (są stacje z kilkoma ZRM w miejscu stacjonowania i komunikat głosowy zamiast sygnału dźwiękowego - jest lepszą formą alarmowania niż uporczywy dźwięk w tablecie i komputerze stacjonarnym, który dezorganizuje czas wypoczynku w gotowości danego zespołu) sprawdzi się również w przypadku BRAKU tabletu (na skutek awarii lub problemów z połączeniem internetowym dedykowanym do obsługi SWD PRM).  Z uwagi na BRAK spełnienia w oparciu o odpowiednie przepisy powyższych kryteriów czasowych gotowości wyjazdowej w całej Polsce – należy w pierwszej kolejności ustanowić takowe, poprzedzone odpowiednimi badaniami ze strony Bezpieczeństwa i Higieny Pracy ponieważ w chwili obecnej są one NIEMOŻLIWE DO WYPEŁNIENIA.  Trudno wymagać od zespołu, by w pełnym umundurowaniu oczekiwał na zgłoszenie w porze dziennej czy nocnej w ambulansie z włączonym silnikiem w garażu.  Takie normy i obowiązkowe określenia - powinna dawać poprzez delegację ustawa o PRM w formie rozporządzenia jak ma to miejsce w PSP:  **Dz.U. 2008 nr 180 poz. 1115**  *Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 16 września 2008 r. w sprawie szczegółowych warunków bezpieczeństwa i higieny służby strażaków Państwowej Straży Pożarnej*  <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20081801115/O/D20081115.pdf>  I dopiero umieszczać w sposób bezpieczny zapisy w rozporządzeniu procedowanym. | Uwaga nieuwzględniona.  Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy: „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.”  Wobec powyższego wprowadzenie kodu 3 nie jest możliwe. |
|  | § 7ust. 2 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | 2) c) zmienić treść: „Decyzję o użyciu przez zespół ratownictwa medycznego sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej w trakcie dojazdu na miejsce zdarzenia podejmuje dyspozytor medyczny wysyłający”  zamienić na  „.Decyzję o użyciu przez zespół ratownictwa medycznego sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej w trakcie dojazdu na miejsce zdarzenia podejmuje kierownik zespołu”  Uzasadnienie: analogicznie do zmiany § 7.2.1.b w którym zrównano by czas wyjazdu w Kodzie 1 i 2 do 120 sek. a jedyną różnicą byłoby że decyzję o użyciu sygnałów dźwiękowych i świetlnych podejmuje dyspozytor medyczny nie ma uzasadnienia aby również w K 2 to dyspozytor decydował a nie kierownik zespołu o użyciu sygnałów. Narzucanie użycia sygnałów świetlnych i dźwiękowych przez dyspozytora medycznego wysyłając ZRM w Kodzie 2, nie znając warunków drogowych naraża ZRM na niebezpieczeństwo kolizji lub wypadku. | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy do zadań dyspozytorów medycznych należy przyjmowanie zgłoszeń alarmowych  i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie  zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Tak więc, dyspozytorzy  medyczni mając pełną informację o zgłoszeniu, dysponują największą  wiedzą w celu podjęcia decyzji o użyciu sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej przez zespół ratownictwa medycznego. Uzależnienie podjęcia decyzji o zasadności użycia sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej od oceny stopnia natężenia ruchu, wprowadza dodatkową przesłankę, która może wydłużyć proces podejmowania decyzji w sprawie obsługi zgłoszenia.  Ponadto, używanie sygnalizacji świetlnej  i dźwiękowej przez zespoły ratownictwa medycznego nie jest sprzeczne z art. 53 ust. 2  ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1990,  z późn. zm.). Pojazdy używane przez zespoły ratownictwa medycznego podczas akcji  związanych z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego spełniają wymogi określone w art. 2 pkt 38 oraz art. 53 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy. |
|  | §7 ust. 2 pkt 1 lit. a | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję pozostawienie czasu na zadysponowanie ZRM przez dyspozytora medycznego 30 sekund – zgodnie z wartością wypracowaną w poprzednim Zespole MZ ds. opracowania procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego w zakresie przyjęcia zgłoszenia, kwalifikacji zgłoszenia oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego do różnych stanów zagrożenia zdrowotnego.  W uzasadnieniu do projektu oraz w OSR brak jest informacji w oparciu o jakie dane została przyjęta wartość 15 sekund. | Uwaga uwzględniona |
|  | §7 ust. 2 pkt 1 lit. a | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję pozostawienie czasu na zadysponowanie ZRM przez dyspozytora medycznego 30 sekund – zgodnie z wartością wypracowaną w poprzednim Zespole MZ ds. opracowania procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego w zakresie przyjęcia zgłoszenia, kwalifikacji zgłoszenia oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego do różnych stanów zagrożenia zdrowotnego.  W uzasadnieniu do projektu oraz w OSR brak jest informacji w oparciu o jakie dane została przyjęta wartość 15 sekund. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 7 ust. 2 pkt 1a | Pomorski Urząd Wojewódzki | W zakładanym czasie 15 sekund dyspozytor medyczny (DM) wysyłający musi, uwzględniając powód wezwania, liczbę osób wobec których podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, najkrótszy możliwy czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia oraz najkrótszy czas transportu osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego z miejsca zdarzenia do właściwego podmiotu leczniczego, zadysponować odpowiednie ZRM. Sam wybór najbliższego wolnego ZRM (z najkrótszym czasem dotarcia), w tym sprawdzenie czy SWD PRM prawidłowo podpowiada najbliższy ZRM oraz sprawdzenie czy status danego ZRM jest zgodny ze stanem faktycznym, może zająć więcej niż 15 sekund. Dodatkowo należy mieć na uwadze, że do DM wysyłającego może „wpaść” w jednym czasie kilka zgłoszeń przyjętych w kodzie 1 dla danego obszaru dysponowania.  W listopadzie 2018 roku w dyspozytorniach medycznych DM11 01 i DM11 02 zadysponowania ZRM do wyjazdów w kodzie 1 z czasem zadysponowania od momentu przyjęcia zgłoszenia przez DM nie dłuższym niż 15 sekund stanowiły zaledwie 19% wszystkich zadysponowań ZRM do wyjazdów w kodzie 1. Odpowiednio w październiku 2018 roku – 15%, we wrześniu 2018 roku – 16%. Wydaje się niemożliwym uzyskanie po wprowadzeniu tego zapisu 100% zadysponowań do wyjazdów w kodzie 1 w czasie nie dłuższym niż 15 sekund od momentu przyjęcia zgłoszenia przez DM przyjmującego. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 7 ust. 2 pkt 1 lit. a | Wojewoda Lubuski | W SWD PRM, w module Dyspozytora, nie ma funkcji zaznaczania czasu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora wysyłającego. Występuje natomiast funkcja potwierdzenia momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego, stąd możliwość obliczania czasu dla tego dyspozytora. Dyspozytor wysyłający nie potwierdza ani nie rejestruje faktu przyjęcia zgłoszenia. Dyspozytor wysyłający powinien mieć liczony czas 15 sek. od momentu zakończenia dysponowania poprzedniego zespołu jeśli zajmował się dysponowaniem lub 15 sekund tylko od czasu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego w przypadku gdy nie zajmował się uprzednio dysponowaniem (był wolny). | Uwaga nieuwzględniona  Czas przyjęcia poszczególnych zdarzeń jest rejestrowany w systemie i wyświetlany w historii zgłoszenia, zwiększono czas do 30 sekund. |
|  | § 7 ust. 2  pkt. 1 ppkt. a | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego  w Łodzi | Propozycja zmiany treści na: ***czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego wysyłającego wynosi nie dłużej niż 30 sekund od momentu przyjęcia przez dyspozytora medycznego przyjmującego***.  Skrócenie czasu zadysponowania do 15 sekund spowoduje, że dyspozytor będzie działał pod ogromną presją czasu. Nie da to mu możliwości przeczytania powodu wezwania i wywiadu medycznego, zlokalizowania miejsca zdarzenia (szczególnie w przypadku braku współrzędnych geograficznych), a także znalezienia najbliższego ZRM, tylko będzie dysponował tak jak mu podpowie to system. Niejednokrotnie w praktyce nie zawsze dobrze działa, np. w sytuacji gdy jakiś ZRM nie ma GPS bo miał awarię, a zastępczy pojazd go nie ma. Wydłużenie czasu zadysponowania do 30 sekund w przypadku wezwań z kodem „1”relatywnie pozwala  na podjęcie szybszej, przemyślanej i lepszej decyzji z uwzględnieniem najlepszego rozwiązania dla pacjenta. Do tej pory w praktyce oraz wytycznych czas ten wynosił 30 sekund. Wprowadzenie 15 sekund może powodować podejmowanie niewłaściwych decyzji przez dyspozytorów,  a każde przekroczenie tego czasu nawet nie z winy dyspozytora dawać podstawę do wyciągnięcia konsekwencji wobec niego. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 7 ust. 2 pkt. 1 ppkt. a) | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zmiana treści na: „czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego wysyłającego wynosi nie dłużej niż 30 sekund od momentu przyjęcia przez dyspozytora medycznego przyjmującego” w przypadku dostępnego wolnego zespołu ratownictwa medycznego.  Skrócenie czasu zadysponowania do 15 sekund spowoduje, że dyspozytor będzie działał pod ogromną presją czasu. Nie da to mu możliwości przeczytania powodu wezwania i wywiadu medycznego, zlokalizowania miejsca zdarzenia (szczególnie w przypadku braku współrzędnych geograficznych), a także znalezienia najbliższego ZRM, tylko będzie dysponował tak jak mu podpowie to system. Co niejednokrotnie w praktyce nie zawsze dobrze działa, np. w sytuacji gdy jakiś ZRM nie ma GPS bo miał awarię, a zastępczy pojazd go nie ma. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 7 ust 2 pkt 1  lit. a | Krakowskie  Pogotowie  Ratunkowe | Wydłużyć czas zadysponowania do 30 sekund i dodać słowa  zaznaczone kolorem czerwonym w przypadku dostępnego  wolnego zespołu ratownictwa medycznego | Uwaga uwzględniona w zakresie wydłużenia czasu. |
|  | § 7 ust. 2 pkt 1 lit. b | Wojewoda Lubuski | W SWD PRM nie ma powiązania zmiany statusu ZRM np. WYJAZD z aktualną pozycją GPS. Nie ma możliwości szybkiego sprawdzenia czy zmiana statusu na WYJAZD nastąpiła w momencie faktycznego wyjazdu ambulansu z miejsca stacjonowania, czy została zmieniona wcześniej na tablecie. Może wystąpić sytuacja, że członkowie ZRM-ów będą wybierać status WYJAZD natychmiast po otrzymaniu KZW a nie w momencie faktycznego wyjazdu – wtedy przepis będzie martwy, gdyż trudny do weryfikacji. | Uwaga nieuwzględniona  Na obecnym etapie brak możliwości wprowadzenia mechanizmów walidujących wskazane czasu. |
|  | § 7 ust 2 pkt 1  lit. b | Krakowskie  Pogotowie  Ratunkowe | zmienić na 120 sekund | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy: „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.”  Wobec powyższego wprowadzenie kodu 3 nie jest możliwe. |
|  | § 7 ust. 2 pkt 1 lit. c | NFZ | Decyzję o użyciu przez zespół ratownictwa medycznego sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej w trakcie dojazdu na miejsce zdarzenia nie powinien podejmować dyspozytor medyczny wysyłający. Taka decyzja uzależniona od stanu osoby przewożonej/poszkodowanej, ale przede wszystkim od stopnia natężenia ruchu, powinna pozostać w kompetencjach zespołu ratownictwa medycznego. | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy do zadań dyspozytorów medycznych należy przyjmowanie zgłoszeń alarmowych  i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie  zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Tak więc, dyspozytorzy  medyczni mając pełną informację o zgłoszeniu, dysponują największą  wiedzą w celu podjęcia decyzji o użyciu sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej przez zespół ratownictwa medycznego. Uzależnienie podjęcia decyzji o zasadności użycia sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej od oceny stopnia natężenia ruchu, wprowadza dodatkową przesłankę, która może wydłużyć proces podejmowania decyzji w sprawie obsługi zgłoszenia.  Ponadto, używanie sygnalizacji świetlnej  i dźwiękowej przez zespoły ratownictwa medycznego nie jest sprzeczne z art. 53 ust. 2  ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1990,  z późn. zm.). Pojazdy używane przez zespoły ratownictwa medycznego podczas akcji  związanych z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego spełniają wymogi określone w art. 2 pkt 38 oraz art. 53 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy |
|  | § 7 ust 2 pkt 1 lit. b | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zmienić na 120 sekund.  Chodzi o podanie jak najbardziej realnego czasu wyjazdu. | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy: „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.”  Wobec powyższego wprowadzenie kodu 3 nie jest możliwe. |
|  | §7 ust. 2 pkt 2 ppkt b | Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach | Powinno być dopisane „czas wyjazdu(…) przez dyspozytora wysyłającego” | Uwaga uwzględniona |
|  | §7 ust. 2 pkt 2 lit. a | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję następujące brzmienie §7 ust. 2 pkt 2 lit. a: „*a) czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego wysyłającego nie powinien być dłuższy niż 60 sekund od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego przyjmującego*,” zgodnie z wartością wypracowaną  w poprzednim Zespole MZ ds. opracowania procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego w zakresie przyjęcia zgłoszenia, kwalifikacji zgłoszenia oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego do różnych stanów zagrożenia zdrowotnego. Projekt rozporządzenia nie zawiera żadnych wytyczny jakimi ma się kierować dyspozytor wysyłający w odniesieniu do czasu zadysponowania ZRM. | Uwaga nieuwzględniona  Przyjęto czas zadysponowania 90 sekund |
|  | §7 ust. 2 pkt 2 lit. a | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję następujące brzmienie §7 ust. 2 pkt 2 lit. a: „*a) czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego wysyłającego nie powinien być dłuższy niż 60 sekund od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego przyjmującego*,” zgodnie z wartością wypracowaną  w poprzednim Zespole MZ ds. opracowania procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego w zakresie przyjęcia zgłoszenia, kwalifikacji zgłoszenia oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego do różnych stanów zagrożenia zdrowotnego. Projekt rozporządzenia nie zawiera żadnych wytyczny jakimi ma się kierować dyspozytor wysyłający w odniesieniu do czasu zadysponowania ZRM. | Uwaga nieuwzględniona  Przyjęto czas zadysponowania 90 sekund |
|  | § 7 ust. 2  pkt. 2 ppkt. a w kontekście  § 7 ust. 2  pkt. 1 ppkt. a | Wojewoda Łódzki | Określono maksymalny czas zadysponowania ZRM od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego na 15 sekund, natomiast  w pkt. 2 pozostawiono dowolność w określeniu tego czasu. Zasadnym wydaje się więc konsekwentne zastosowanie zapisów zarówno dla Kodu pilności 1, jak i 2. Jednocześnie powstaje pytanie, co w przypadku,  gdy w momencie przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego  i przekazania go do dyspozytora wysyłającego, ten ostatni nie posiada żadnego wolnego ZRM mogącego dotrzeć do miejsca zdarzenia w czasie ustawowym, a najbliższy wolny zespół dotrze do miejsca zdarzenia w czasie dłuższym, niż w przypadku odczekania do czasu zmiany statusu ZRM będącego zdecydowanie bliżej miejsca zdarzenia. W omawianej sytuacji zasadnym wydaje się wprowadzenie obowiązku obligatoryjnego powiadomienia jednostki współpracującej z systemem, celem zachowania parametrów czasu dotarcia i udzielenia pomocy poszkodowanym. Dodatkowo za celowe wydaje się dodatnie w § 7 ust. 2 pkt. 2, ppkt. b na końcu słowa wysyłający podobnie jak w pkt. 1 ppkt. b. Proponowane brzmienie:  *1) KOD 1:*  *a) czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego wysyłającego wynosi nie dłużej niż 15 sekund  od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego przyjmującego,*  *[…]*  ***d) w przypadku braku dostępnego zespołu ratownictwa medycznego  i konieczności zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego, dyspozytor medyczny wysyłający uruchamia jednostki współpracujące  z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy jeżeli czas oczekiwania na wolny zespół ratownictwa medycznego spowoduje niezachowanie parametrów czasu dotarcia, o którym mowa w art. 24,***  *2) KOD 2:*  *a) czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego* ***przez dyspozytora medycznego wysyłającego wynosi nie dłużej niż 60 sekund  od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego przyjmującego,***  *b) czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia wynosi nie dłużej niż 120 sekund od zadysponowania przez dyspozytora medycznego* ***wysyłającego,***  *[…]*  ***d) w przypadku braku dostępnego zespołu ratownictwa medycznego  i konieczności zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego, dyspozytor medyczny wysyłający uruchamia jednostki współpracujące  z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy jeżeli czas oczekiwania na wolny zespół ratownictwa medycznego spowoduje niezachowanie parametrów czasu dotarcia, o którym mowa w art. 24.*** | Uwaga częściowo uwzględniona  1. Wprowadzony został czas dyspozycji zespołu ratownictwa medycznego w Kodzie 2  2.Nieuwzględniona w zakresie obligatoryjnego obowiązku uruchamiania jednostek współpracujących |
|  | 7 ust 2 pkt 2  lit b | Krakowskie  Pogotowie  Ratunkowe | zmienić na 180 sekund | Uwaga uwzględniona |
|  | § 7 ust 2 pkt 2 lit b | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zmienić na 180 sekund.  Chodzi o podanie jak najbardziej realnego czasu wyjazdu. | Uwaga uwzględniona |
|  | §7 ust. 2 pkt 2 lit. c | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję następujące brzmienie §7 ust. 2 pkt 2 lit. c: „*c) użycie sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej przez zespół ratownictwa medycznego na zlecenie kierownika zespołu ratownictwa medycznego lub głównego dyspozytora medycznego lub zastępcy głównego dyspozytora medycznego*.”.  Różnorodność sytuacji z jaką stykają się ZRM w codziennej pracy wymusza konieczność wprowadzenia szerszego zapisu niż zaproponowany w projekcie rozporządzania. Propozycja jest zgodna z wypracowanym stanowiskiem  w poprzednim Zespole MZ ds. opracowania procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego w zakresie przyjęcia zgłoszenia, kwalifikacji zgłoszenia oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego do różnych stanów zagrożenia zdrowotnego. | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy do zadań dyspozytorów medycznych należy przyjmowanie zgłoszeń alarmowych  i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie  zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Tak więc, dyspozytorzy  medyczni mając pełną informację o zgłoszeniu, dysponują największą  wiedzą w celu podjęcia decyzji o użyciu sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej przez zespół ratownictwa medycznego. Uzależnienie podjęcia decyzji o zasadności użycia sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej od oceny stopnia natężenia ruchu, wprowadza dodatkową przesłankę, która może wydłużyć proces podejmowania decyzji w sprawie obsługi zgłoszenia.  Ponadto, używanie sygnalizacji świetlnej  i dźwiękowej przez zespoły ratownictwa medycznego nie jest sprzeczne z art. 53 ust. 2  ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1990,  z późn. zm.). Pojazdy używane przez zespoły ratownictwa medycznego podczas akcji  związanych z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego spełniają wymogi określone w art. 2 pkt 38 oraz art. 53 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy |
|  | §7 ust. 2 pkt 2 lit. c | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję następujące brzmienie §7 ust. 2 pkt 2 lit. c: „*c) użycie sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej przez zespół ratownictwa medycznego na zlecenie kierownika zespołu ratownictwa medycznego lub głównego dyspozytora medycznego lub zastępcy głównego dyspozytora medycznego*.”.  Różnorodność sytuacji z jaką stykają się ZRM w codziennej pracy wymusza konieczność wprowadzenia szerszego zapisu niż zaproponowany w projekcie rozporządzania. Propozycja jest zgodna z wypracowanym stanowiskiem  w poprzednim Zespole MZ ds. opracowania procedur wspomagających podjęcie decyzji przez dyspozytora medycznego w zakresie przyjęcia zgłoszenia, kwalifikacji zgłoszenia oraz dysponowania zespołami ratownictwa medycznego do różnych stanów zagrożenia zdrowotnego. | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy do zadań dyspozytorów medycznych należy przyjmowanie zgłoszeń alarmowych  i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie  zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Tak więc, dyspozytorzy  medyczni mając pełną informację o zgłoszeniu, dysponują największą  wiedzą w celu podjęcia decyzji o użyciu sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej przez zespół ratownictwa medycznego. Uzależnienie podjęcia decyzji o zasadności użycia sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej od oceny stopnia natężenia ruchu, wprowadza dodatkową przesłankę, która może wydłużyć proces podejmowania decyzji w sprawie obsługi zgłoszenia.  Ponadto, używanie sygnalizacji świetlnej  i dźwiękowej przez zespoły ratownictwa medycznego nie jest sprzeczne z art. 53 ust. 2  ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1990,  z późn. zm.). Pojazdy używane przez zespoły ratownictwa medycznego podczas akcji  związanych z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego spełniają wymogi określone w art. 2 pkt 38 oraz art. 53 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy. |
|  | § 7 ust. 2 pkt 2 lit. c | Wojewoda Lubuski | Decyzję o użyciu przez ZRM sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej w ramach kodu pilności KOD 2 w trakcie dojazdu powinien podejmować kierownik ZRM w przypadku stwierdzenia takiej potrzeby, w oparciu o zastaną sytuację na drodze lub w ruchu ulicznym. Pozostawienie decyzji o użyciu sygnałów tylko dyspozytorowi będzie skutkowało częstym kontaktowaniem się ZRM z dyspozytornią i proszeniem o pozwolenie na czasowe włączenie sygnałów np. w celu przejechania jednego lub dwóch zakorkowanych skrzyżowań. Będzie to niepotrzebnie angażować dyspozytora wysyłającego, który i tak nie zna aktualnej sytuacji na drodze. Oczywiście powinien on mieć możliwość nakazania zespołowi jazdy w KOD 2 przy włączonych sygnałach, w oparciu o posiadaną przez siebie wiedzę i doświadczenie. Natomiast jeżeli tego nie uczyni to kierownik zespołu powinien mieć swobodę decyzji | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy do zadań dyspozytorów medycznych należy przyjmowanie zgłoszeń alarmowych  i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie  zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Tak więc, dyspozytorzy  medyczni mając pełną informację o zgłoszeniu, dysponują największą  wiedzą w celu podjęcia decyzji o użyciu sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej przez zespół ratownictwa medycznego. Uzależnienie podjęcia decyzji o zasadności użycia sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej od oceny stopnia natężenia ruchu, wprowadza dodatkową przesłankę, która może wydłużyć proces podejmowania decyzji w sprawie obsługi zgłoszenia.  Ponadto, używanie sygnalizacji świetlnej  i dźwiękowej przez zespoły ratownictwa medycznego nie jest sprzeczne z art. 53 ust. 2  ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1990,  z późn. zm.). Pojazdy używane przez zespoły ratownictwa medycznego podczas akcji  związanych z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego spełniają wymogi określone w art. 2 pkt 38 oraz art. 53 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy |
|  | § 7 ust. 2  pkt. 2 ppkt. c | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi | Decyzja o włączeniu sygnalizacji świetlnej nie powinna należeć  do dyspozytora medycznego. Taką decyzję powinien móc podjąć kierownik ZRM w porozumieniu z kierowcą ambulansu na podstawie otrzymanego wywiadu medycznego oraz biorąc pod uwagę sytuację na drodze  i możliwość dotarcia na miejsce zdarzenia w ustawowym czasie, zgodnie  z zapisami ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Podkreślić należy, że zgodnie z przepisami o ruchu drogowym to kierowca odpowiada za bezpieczeństwo pasażerów ambulansu i na drodze.  Dodatkowo w obecnym systemie SWD PRM brak możliwości dołączenia sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej do wcześniej już zadysponowanego wezwania, np.: w przypadku ponaglenia. | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 27 ust. 1 pkt 1 ustawy do zadań dyspozytorów medycznych należy przyjmowanie zgłoszeń alarmowych  i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie  zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Tak więc, dyspozytorzy  medyczni mając pełną informację o zgłoszeniu, dysponują największą  wiedzą w celu podjęcia decyzji o użyciu sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej przez zespół ratownictwa medycznego. Uzależnienie podjęcia decyzji o zasadności użycia sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej od oceny stopnia natężenia ruchu, wprowadza dodatkową przesłankę, która może wydłużyć proces podejmowania decyzji w sprawie obsługi zgłoszenia.  Ponadto, używanie sygnalizacji świetlnej  i dźwiękowej przez zespoły ratownictwa medycznego nie jest sprzeczne z art. 53 ust. 2  ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2018 r. poz. 1990,  z późn. zm.). Pojazdy używane przez zespoły ratownictwa medycznego podczas akcji  związanych z ratowaniem życia i zdrowia ludzkiego spełniają wymogi określone w art. 2 pkt 38 oraz art. 53 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy |
|  | §7 ust. 2 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję w §7 ust. 2 po pkt 2 dodać 3 w brzmieniu:  „*3) 3) KOD 3:*  *a) zadysponowanie zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora medycznego wysyłającego następuje w sytuacji posiadania wolnego dostępnego zespołu ratownictwa medycznego i braku zgłoszeń z ustalonym kodem pilności, o których mowa w pkt 1 i 2,*  *b) czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do zdarzenia realizowany jest bez zbędnej zwłoki i wynosi nie dłużej niż 300 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego,*  *c) użycie sygnalizacji świetlnej i dźwiękowej przez zespół ratownictwa medycznego jedynie po uzyskaniu przez kierownika zespołu ratownictwa medycznego zgody od głównego dyspozytora medycznego lub zastępcy głównego dyspozytora - bądź na wniosek jednego z nich.”*.  Powyższa propozycja jest powrotem do dobrego rozwiązania jakie już funkcjonowało w systemie PRM. Obecna propozycja jedynie dwóch kodów pilności nie uwzględnia specyfiki organizacji i funkcjonowania systemu PRM. Obecnie ZRM obsługują wiele zdarzeń do których należy zadysponować ZRM, ponieważ stan osoby u której podejrzewa się stan nagłego zagrożenia zdrowotnego w krótkim czasie od pojawienia się objawów pogarszania zdrowia może być następstwem poważnego uszkodzenia funkcjo organizmu lub uszkodzenia ciała lub utraty życia.  Dodatkowo wprowadzenie trzech kodów pilności umożliwi dyspozytorom medycznym bardziej optymalnie i skuteczniej dysponować ZRM do osób będących  w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. | Uwaga nieuwzględniona  Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy: „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.”  Wobec powyższego wprowadzenie kodu 3 nie jest możliwe. |
|  | §7 ust. 5 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję dodać w §7 ust. 5 zapisu w następującym brzmieniu: „*prowadzi ich ciągłą segregację*;”.  Dyspozytor medyczny podejmujący decyzję o zadysponowaniu ZRM szczególnie  w sytuacji gdy liczba zgłoszeń przyjętych do realizacji i oczekujących na zadysponowanie jest większa niż liczba ZRM, które może zadysponować, musi prowadzić ich ciągłą segregację. Takie postępowanie umożliwi zadysponowania ZRM do najpilniejszego zdarzenia. | Uwaga nieuwzględniona  Zmieniony został przepis §7 ust. 5 pkt. 2) |
|  | §7 ust. 5 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję dodać w §7 ust. 5 zapisu w następującym brzmieniu: „*prowadzi ich ciągłą segregację*;”.  Dyspozytor medyczny podejmujący decyzję o zadysponowaniu ZRM szczególnie  w sytuacji gdy liczba zgłoszeń przyjętych do realizacji i oczekujących na zadysponowanie jest większa niż liczba ZRM, które może zadysponować, musi prowadzić ich ciągłą segregację. Takie postępowanie umożliwi zadysponowania ZRM do najpilniejszego zdarzenia. | Uwaga nieuwzględniona  Zmieniony został przepis §7 ust. 5 pkt. 2) |
|  | § 8 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | Cały ten paragraf wymaga przeredagowania, ponieważ są już ustalone kryteria wzywania lotniczego ZRM na miejsce zdarzenia oraz jego dysponowania.  Należy uwzględnić również konieczność włączenia do SWD PRM lotnicze zespoły z dyspozytorem LPR. | Uwaga nieuwzględniona  Przepis reguluje dotychczas nieuregulowane w przepisach prawa zasady dysponowania lotniczego zespołu ratownictwa medycznego |
|  | §8 ust. 1 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję w §8 ust. 1 po pkt 3 dodać 4 i 5 w brzmieniu: „*4) gdy zespół ratownictwa medycznego potrzebuje wsparcia przy udzielaniu medycznych czynności ratunkowych;*  *5) zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych*.”.  Propozycja zgodna ze zgłaszaną w trakcie prekonsultacji projektu rozporządzenia. | Uwaga nieuwzględniona  Treść uwagi zawiera się w pkt. 3) przepisu, którego uwaga dotyczy |
|  | §8 ust. 1 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję w §8 ust. 1 po pkt 3 dodać 4 i 5 w brzmieniu: „*4) gdy zespół ratownictwa medycznego potrzebuje wsparcia przy udzielaniu medycznych czynności ratunkowych;*  *5) zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych*.”.  Propozycja zgodna ze zgłaszaną w trakcie prekonsultacji projektu rozporządzenia. | Uwaga nieuwzględniona  Treść uwagi zawiera się w pkt. 3) przepisu, którego uwaga dotyczy |
|  | §8 ust. 3 pkt 1 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | W §8 ust. 3 proponuję następujące brzmienie pkt 1: „1) konieczności wsparcia  w zadysponowaniu większej liczby lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;”. Propozycja zgodna ze zgłaszaną w trakcie prekonsultacji projektu rozporządzenia  i zgodna ze stanem faktycznym. | Uwaga nieuwzględniona  Rola dyspozytora lotniczych zespołów ratownictwa medycznego została określona w art. 26 ust. 1 w związku z art. 27 ust. 1c ustawy o PRM. |
|  | §8 ust. 3 pkt 1 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | W §8 ust. 3 proponuję następujące brzmienie pkt 1: „1) konieczności wsparcia  w zadysponowaniu większej liczby lotniczych zespołów ratownictwa medycznego;”. Propozycja zgodna ze zgłaszaną w trakcie prekonsultacji projektu rozporządzenia  i zgodna ze stanem faktycznym. | Uwaga nieuwzględniona  Rola dyspozytora lotniczych zespołów ratownictwa medycznego została określona w art. 26 ust. 1 w związku z art. 27 ust. 1c ustawy o PRM. |
|  | §9 pkt 1 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję następujące brzmienie §9 pkt 1:*”1) utrzymuje kontakt z kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego.”.*  Propozycja zmiany brzmienia zgodna ze stanem faktycznym. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 9 pkt. 2 | Naczelna Rada Lekarska | Proponuje się zastąpienie wyrazów: „na żądanie” wyrazem „ustala”. Uzasadnienie: kierownik zespołu ratownictwa medycznego po osobistym badaniu pacjenta zna jego stan, powinien więc współuczestniczyć w decydowaniu o miejscu docelowym dla pacjenta. Dyspozytor nie powinien być jednoosobowo odpowiedzialnych za te decyzje. | Uwaga nieuwzględniona  Proponowana zmiana zapisu wprowadzi obligatoryjny obowiązek każdorazowego ustalania miejsca przyjęcia pacjenta przez dyspozytora medycznego, co może spowodować uniemożliwienie wykonywania innych czynności związanych z dyspozycją zespołów ratownictwa medycznego.  Ponadto to kierownik zespołu ratownictwa medycznego po zbadaniu i zaopatrzeniu pacjenta na miejscu ma największą wiedzę dotyczącą jego stanu i względem tego podejmuje decyzje dotyczące ośrodka, do jakiego powinien trafić. Dyspozytor medyczny uczestniczy w decydowaniu jedynie w przypadku żądania kierownika zespołu ratownictwa medycznego. |
|  | Par.9 pkt 2 | WSPR Olsztyn | Proponuję zamiast: „na żądanie kierownika zespołu ratownictwa medycznego wskazuje(…)” zapis: „ustala z kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego”.  Uzasadnienie: kierownik zrm po osobistym badaniu pacjenta zna jego stan, powinien więc współuczestniczyć w decydowaniu o miejscu docelowym dla pacjenta. Dyspozytor nie powinien być jednostronnie odpowiedzialny za te decyzje. | Uwaga nieuwzględniona  Proponowana zmiana zapisu wprowadzi obligatoryjny obowiązek każdorazowego ustalania miejsca przyjęcia pacjenta przez dyspozytora medycznego, co może spowodować uniemożliwienie wykonywania innych czynności związanych z dyspozycją zespołów ratownictwa medycznego.  Ponadto to kierownik zespołu ratownictwa medycznego po zbadaniu i zaopatrzeniu pacjenta na miejscu ma największą wiedzę dotyczącą jego stanu i względem tego podejmuje decyzje dotyczące ośrodka, do jakiego powinien trafić. Dyspozytor medyczny uczestniczy w decydowaniu jedynie w przypadku żądania kierownika zespołu ratownictwa medycznego. |
|  | § 9 pkt. 2 | Wojewódzka Stacja Ratownictwa Medycznego w Łodzi | Brak jednoznacznych wytycznych na podstawie, których dyspozytor medyczny wskazuje zespołowi ratownictwa medycznego szpital, do którego ma być przetransportowana osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. | Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową |
|  | § 9 pkt. 2 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Uwaga ogólna.  W dalszym ciągu brak jednoznacznych wytycznych na podstawie, których dyspozytor medyczny wskazuje zespołowi ratownictwa medycznego szpital, do którego ma być przetransportowana osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. | Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową |
|  | § 9 pkt 2 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Zmienić zapis z „na żądanie kierownika zespołu ratownictwa medycznego wskazuje(…)” na zapis: „ustala z kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego”.  Kierownik zrm po osobistym badaniu pacjenta zna jego stan, powinien więc współuczestniczyć w decydowaniu o miejscu docelowym dla pacjenta. Dyspozytor nie powinien być jednostronnie odpowiedzialny za te decyzje. | Uwaga nieuwzględniona  Proponowana zmiana zapisu wprowadzi obligatoryjny obowiązek każdorazowego ustalania miejsca przyjęcia pacjenta przez dyspozytora medycznego, co może spowodować uniemożliwienie wykonywania innych czynności związanych z dyspozycją zespołów ratownictwa medycznego.  Ponadto to kierownik zespołu ratownictwa medycznego po zbadaniu i zaopatrzeniu pacjenta na miejscu ma największą wiedzę dotyczącą jego stanu i względem tego podejmuje decyzje dotyczące ośrodka, do jakiego powinien trafić. Dyspozytor medyczny uczestniczy w decydowaniu jedynie w przypadku żądania kierownika zespołu ratownictwa medycznego |
|  | §9 pkt 2 | Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach | Do istniejącego zapisu zaleca się dopisanie treści „(..) oraz informuje jednostkę, do której zostanie przetransportowany pacjent. (w myśl art. 27. ust.1 pkt 6 ustawy o PRM) | Uwaga częściowo uwzględniona |
|  | § 10 ust. 1 | Pomorski Urząd Wojewódzki | Proponowany zapis § 10 ust. 1: „W przypadku odebrania połączenia dotyczącego zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu z innego rejonu operacyjnego niż obsługiwany przez daną dyspozytornię medyczną, dyspozytor medyczny przyjmujący zdarzenie stosuje procedury opisane w § 2 – 4 z wyłączeniem § 4 ust. 1 pkt 3, a następnie przekazuje zgłoszenie do właściwej dyspozytorni medycznej.”  Dyspozytor medyczny przyjmujący przekazuje zgłoszenie do obsługi właściwemu dyspozytorowi wysyłającemu właściwej dyspozytorni medycznej. | Uwaga uwzględniona |
|  | §12 | Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach | Powinny być wskazane odpowiednie procedury z Planu a nie cały Plan | Uwaga nieuwzględniona  Przepis odwołuje się do konkretnej procedurach określonej w planie. |
|  | §13 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję następujące brzmienie §13:  „1*. W przypadku braku dostępnego zespołu ratownictwa medycznego i konieczności jego zadysponowania lub opóźnienia w dotarciu zespołu ratownictwa medycznego, dyspozytor medyczny wysyłający może uruchomić jednostki współpracujące z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy.*  *2. W przypadku uruchomienia do działań ratowniczych jednostki współpracujące  z system dyspozytor medyczny postępuje zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy*.”  Zaproponowane brzmienie wskazuje na możliwość a wielu przypadkach na konieczność użycia jednostek współpracujących z systemem w przypadku braku dostępnego zespołu ratownictwa medycznego i konieczności jego zadysponowania lub opóźnienia w dotarciu zespołu ratownictwa medycznego. Czas dotarcia na miejsce zdarzenia do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest kluczowy w niektórych stanach zagrożenia zdrowotnego np. w przypadku nagłego zatrzymania krążenia. Proponowane brzmienie ust. 2 wskazuje na wojewódzki plan działania systemu jako miejsce zawierające informację w zakresie współpracy z jednostkami współpracującymi. | Uwaga uwzględniona |
|  | §13 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję następujące brzmienie §13:  „1*. W przypadku braku dostępnego zespołu ratownictwa medycznego i konieczności jego zadysponowania lub opóźnienia w dotarciu zespołu ratownictwa medycznego, dyspozytor medyczny wysyłający może uruchomić jednostki współpracujące  z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy.*  *2. W przypadku uruchomienia do działań ratowniczych jednostki współpracujące  z system dyspozytor medyczny postępuje zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy*.”  Zaproponowane brzmienie wskazuje na możliwość a wielu przypadkach na konieczność użycia jednostek współpracujących z systemem w przypadku braku dostępnego zespołu ratownictwa medycznego i konieczności jego zadysponowania lub opóźnienia w dotarciu zespołu ratownictwa medycznego. Czas dotarcia na miejsce zdarzenia do osoby będącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest kluczowy w niektórych stanach zagrożenia zdrowotnego np. w przypadku nagłego zatrzymania krążenia. Proponowane brzmienie ust. 2 wskazuje na wojewódzki plan działania systemu jako miejsce zawierające informację w zakresie współpracy z jednostkami współpracującymi. | Uwaga uwzględniona |
|  | § 13 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | Należy doprecyzować sposób powiadomienia i zadysponowania danej jednostki ponieważ inaczej do takiego zdarzenia będzie dysponowany zastęp PSP inaczej grupa ratownicza GOPR, TOPR czy WOPR, a inaczej inne jednostki, które są o takowym statusie.  Czyli analogicznie do takiej jednostki muszą zostać utworzone kody pilności zadysponowania oraz sposób przekazywania informacji pomiędzy dyspozytorem, a dyżurnym służby, a jednostką na miejscu zdarzenia (środki łączności itp.)  Wymaga to od ustawodawcy również konieczność włączenia do SWD PRM jednostek wspomagających system, ponieważ niektóre z nich mają możliwość transportowania poszkodowanych do placówek szpitalnych posiadanym przez podmiot pojazdem do tego celu uprawnionego (jednostki PSP, OSP czy grupy ratownictwa funkcjonujące przy jednostkach wspomagających system PRM posiadają swoje ambulanse o standardzie P lub S) i będzie to również stanowiło przyczółek do tego by monitorować jakość w ochronie zdrowia oraz skuteczność danych zespołów, a także elektroniczny nadzór nad drogą, którą pokonuje pacjent od momentu przyjęcia zgłoszenia do momentu dostarczenia go na SOR czy IP szpitala. | Uwaga uwzględniona częściowo  Zmieniono zapis § 13 – dodano ust. 2 o następującej treści: ”W przypadku uruchomienia do działań ratowniczych jednostki współpracujące z system dyspozytor medyczny postępuje zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy” |
|  | § 13 | Wojewoda Łódzki | Po wprowadzeniu zmiany w § 7 ust. 2 pkt. 2 zasadnym będzie usunięcie  § 13 lub zmiana jego brzmienia na następujące: ***W sytuacjach innych niż określone w § 7 ust. 2 pkt. 1 i 2 lit. d dyspozytor medyczny wysyłający może uruchomić jednostki współpracujące z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy.*** | Uwaga nieuwzględniona  Z uwagi nieuwzględnienie uwagi nr 93 w zakresie zmiany § 7 ust. 2 pkt 2. |
|  | §13 | Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR), ul. Piłsudskiego 63 a  34-500 Zakopane | *Proponujemy dodać po słowach: „ o których mowa w art. 15 ustawy” zdanie:*  **Szczegółowe zasady uruchomienia tych jednostek i sposób finansowania tych działań określa się w wojewódzkim planie działania.**  *Uzasadnienie:*  *Podmiot taki jak TOPR realizuje zadania ratownictwa górskiego w ramach dotacji* ***celowej*** *z budżetu Państwa. Dotacja celowa nie może być wykorzystana na cele inne niż ratownictwo górskie. Problem dotyczy w szczególności ewentualnego wykorzystanie śmigłowca ratowniczego TOPR do działań na wezwanie PRM poza górami. Wykorzystanie śmigłowca TOPR poza obszarami górskimi skutkuje konieczności zwrotu przez TOPR do MSWiA 12 tys zł za każdą godzinę wykonanego lotu. By móc to zrobić niezbędne jest sfinansowanie tych działań. Użycie innych środków transportu i pracy ratowników również z tego powodu wymaga odpowiednich ustaleń, choć nie stanowi tak poważnego zobowiązania finansowego.* | Uwaga częściowo uwzględniona  Doszczegółowiony został zapis § 13 – dodano ust. 2 o następującej treści: ”W przypadku uruchomienia do działań ratowniczych jednostki współpracujące z system dyspozytor medyczny postępuje zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy”  Uwaga nieuwzględniona w zakresie finansowania – poza delegacją ustawową. |
|  | §13 | Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach | Obecny zapis tego paragrafu nie wskazuje **na postępowanie** w przypadku konieczności uruchomienia jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ustawy o PRM lecz **na możliwość** uruchomienia takiej jednostki. W tym paragrafie należałoby również wskazać postępowanie zgodnie z odpowiednimi procedurami z Planu Wojewódzkiego | Uwaga częściowo uwzględniona  1. Zmieniono zapis § 13 – dodano ust. 2 o następującej treści: ”W przypadku uruchomienia do działań ratowniczych jednostki współpracujące z system dyspozytor medyczny postępuje zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy”  2. Uwaga nieuwzględniona w zakresie obligatoryjnego obowiązku uruchamiania jednostek współpracujących z uwagi na fakt, że dyspozytor medyczny opierając się na bieżącej analizie dostępnych sił i środków zgodnie z posiadaną wiedza i doświadczeniem podejmuje stosowne czynności. |
|  | §13 | MSWiA | Dodać ustęp 2-4 w brzmieniu:  2. uruchomienie jednostek współpracujących w z systemem odbywa się w przypadku przyjęcia wezwania w kodzie pilności – KOD 1 oraz wystąpienia:  1) braku wolnego zespołu ratownictwa medycznego który mógłby podjąć interwencję lub,  2) sytuacji gdy przewidywany czas dotarcia na miejsce zdarzenia zespołu podmiotu współpracującego może być krótszy niż czas dotarcia zadysponowanego zespołu ratownictwa medycznego lub lotniczego zespołu ratownictwa medycznego lub,  3) konieczności wykorzystania uprawnień lub wykorzystania sprzętu specjalistycznego będącego na wyposażeniu jednostki współpracującej z systemem  3. Prośba o zadysponowanie jednostki współpracującej powinna uwzględniać posiadany stan wyszkolenia i wyposażenia który zawarty jest w Rejestrze Jednostek Współpracujących z Systemem Powiadamiania RM  4. uruchomienie jednostki współpracującej z systemie odbywa się poprzez właściwą służbę dyżurną  Zmiany w projektowanym § 13 maja na celu doprecyzowanie zasad uruchomienia podmiotów współpracujących z jednostkami systemu PRM co umożliwi prawidłowe racjonalne zarządzanie zespołami eliminując nieprawidłowości skutkujące osłabieniem zabezpieczania rejonów operacyjnych | Uwaga nieuwzględniona.  Doprecyzowano zapis § 13 dodano ust. 2 o następującej treści: ”W przypadku uruchomienia do działań ratowniczych jednostki współpracujące z system dyspozytor medyczny postępuje zgodnie z wojewódzkim planem działania systemu, o którym mowa w art. 21 ust. 1 ustawy” |
|  | §14 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Usunąć §14. Zaproponowany w projekcie zapis może być umieszczony jako zalecenie w algorytmie zbierania wywiadu medycznego. Dużą niedogodnością dla członków zespołów ratownictwa medycznego była by konieczność przekazania/zabrania do specjalistycznego środka transportu sanitarnego sprzętu nurkowego. W trakcie transportu nie byłby on w żaden sposób zabezpieczony przed niekontrolowanym przemieszczaniem się w przedziale medycznym, utrudniałby wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przy poszkodowanym i stanowiłby zagrożenie bezpieczeństwa dla członków zespołu ratownictwa medycznego oraz samego pacjenta. | Uwaga uwzględniona.  Przeniesiono do algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego. |
|  | §14 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Usunąć §14. Zaproponowany w projekcie zapis może być umieszczony jako zalecenie w algorytmie zbierania wywiadu medycznego. Dużą niedogodnością dla członków zespołów ratownictwa medycznego była by konieczność przekazania/zabrania do specjalistycznego środka transportu sanitarnego sprzętu nurkowego. W trakcie transportu nie byłby on w żaden sposób zabezpieczony przed niekontrolowanym przemieszczaniem się w przedziale medycznym, utrudniałby wykonywanie medycznych czynności ratunkowych przy poszkodowanym i stanowiłby zagrożenie bezpieczeństwa dla członków zespołu ratownictwa medycznego oraz samego pacjenta. | Uwaga uwzględniona.  Przeniesiono do algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego. |
|  | § 14 | Polskie Towarzystwo Ratowników Medycznych | Brak precyzyjności zapisu.  - komu ma ZRM przekazać poszkodowanego?  - jaki komputer ma być przekazany? Tablet? W jakim celu?  - skąd ZRM ma posiadać sprzęt nurkowy?  Skoro takimi rzeczami zajmują się dedykowane grupy ratownictwa specjalistycznego wodnego, które działają najczęściej przy PSP, OSP czy WOPR. | Uwaga uwzględniona.  Przeniesiono do algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego. |
|  | Par. 14 | WSPR Olsztyn | Proponuję zamiast: „komputera i sprzętu nurkowego” zapis: „komputera nurkowego”.  Uzasadnienie: dla personelu medycznego istotne są zapisy z komputera nurkowego. Sprzęt nurkowy może obejmować wiele różnych przedmiotów (jak butle, automaty itp.), ważących kilkadziesiąt kg i nie jest niezbędny dla udzielania pomocy nurkowi, a jego wożenie w ambulansie jest bezcelowe i wręcz niebezpieczne. W celach procesowych sprzęt taki może być zabezpieczony na miejscu zdarzenia przez policję. | Uwaga uwzględniona.  Przeniesiono do algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego. |
|  | § 14 | ZWIĄZEK PRACODAWCÓW RATOWNICTWA MEDYCZNEGO SP ZOZ | Proponuję zamiast: „komputera i sprzętu nurkowego” zapis: „komputera nurkowego”.  Dla personelu medycznego istotne są zapisy z komputera nurkowego. Sprzęt nurkowy może obejmować wiele różnych przedmiotów (jak butle, automaty itp.), ważących kilkadziesiąt kg i nie jest niezbędny dla udzielania pomocy nurkowi, a jego wożenie w ambulansie jest bezcelowe i wręcz niebezpieczne. W celach procesowych sprzęt taki może być zabezpieczony na miejscu zdarzenia przez policję. | Uwaga uwzględniona.  Przeniesiono do algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego. |
|  | § 14 | Wojewoda Mazowiecki | Proponuje się w § 14 dokonanie następującej zmiany:  W sytuacji, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 4 lit. f dyspozytor medyczny wysyłający jest zobowiązany  do poinformowania zespołu ratownictwa medycznego o konieczności zabrania wraz z poszkodowanym komputera nurkowego oraz planu nurkowania (tabliczka z runtimem) i informacji od partnera nurkowego o dokładnym składzie procentowym gazów oddechowych jakich używał poszkodowany.  Ponadto zasadne wydaje się uwzględnienie w ww. przepisie obowiązku poinformowania Policji przez dyspozytora medycznego wysyłającego o wypadku nurkowym i potrzebie zabezpieczenia sprzętu nurkowego, a także obowiązku rozważenia przez dyspozytora medycznego zadysponowania lotniczego ZRM.  Uzasadnienie:  *Dane z komputera nurkowego oraz plan nurkowania  i informacja o gazach oddechowych jest istotna  dla lekarza dyżurnego Krajowego Ośrodka Medycyny Hiperbarycznej w Gdyni (KOMH) w zakresie konsultacji postępowania w SOR oraz ewentualnego kwalifikowania do leczenia w KOMH lub innym ośrodku hiperbarycznym. Transportowanie całego sprzętu nurkowego, w szczególności butli nurkowych oraz automatów oddechowych może być problematyczne dla ZRM, zwłaszcza gdy nurek korzystał z zestawu butlowego oraz butli z gazami dekompresyjnymi. Wyjątek stanowi zestaw nurkowy o obiegu zamkniętym, gdzie ZRM nie ma możliwości odłączenia komputera od rebreathera. Zabezpieczeniem  sprzętu nurkowego do celów postępowania policyjnego/prokuratorskiego powinien zająć się najbliższy patrol Policji. Z uwagi na brak możliwości odłączenia od rebreathera, komputera, co w przypadku butli jest możliwe (komputer na przedramieniu nurka), zasadnym wydaje się zabranie całego zestawu rebreathera. Problemem pozostaje jednak umieszczenie i zabezpieczenie na czas transportu zabranego zestawu, gdyż ambulans nie przewiduje możliwości przewożenia dodatkowych rzeczy  (bez zabezpieczenia) mogących powodować zagrożenie w trakcie jazdy.* | Uwaga uwzględniona.  Przeniesiono do algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego. |
|  | § 14 | MSWiA | W § 14 wskazano ze w przypadku zdarzania z udziałem nurka należy przekazać wraz z poszkodowanym komputer i sprzęt nurkowy. Definicja sprzętu nurkowego została określona w ustawie z dnia 147 października 2003 o wykonywaniu prac podwodnych i jest to wyposażenie i urządzenia techniczne nakładane bezpośrednio na ciało nurka składające się z ochrony głowy,, odzieży ocieplanej i ochronnej, butów, płetw, kompensatorow pływalności, pasów nośnych, stelaża, liny sygnałowej, noża oraz wyposażenia dodatkowego. W projekcie nie sprecyzowano natomiast czy sprzęt powinien być przekazany w całosci a ponadto nie bez znaczenia jest fakt iż w sytuacji wypadku nurkowego komputer oraz sprzęt nurkowu jest zabezpieczany przez Policje. Również w § 1 ust. 2 pkt. 4 lit. f wskazano na zdarzenie dotyczące przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu z udziałem nurka. Zauważyć należy ze zarówno w uzasadnieniu projektu jak również w OSR nie uzasadniono dlaczego procedura przyjęcia zgłoszenia dotycząca zdarzenia z udziałem nurka jako jedna w wielu została wskazana w projekcie. Dodatkowo należy zauważyć iż w systemie prawnym funkcjonują dwa oddzielne pojęcia nurek i płetwonurek. Dodatkowo należy wskazać iż zgodnie z art. 27 ust. 6 ustawy o PRM zgodnie z powyższym regulacja, procedura postepowania w przypadku wypadku nurkowego powinna znaleźć się we wskazanym powyżej obwieszczeniu ministra właściwego do spraw zdrowia biorąc powyższe pod uwagę proponuje się usuniecie z projektu przepisów dotyczących zdarzenia z udziałem nurka. | Uwaga uwzględniona.  Przeniesiono do algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego. |
|  | §15 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Proponuję następujące brzmienie §15:  *„§15. Podczas obsługi zdarzeń dyspozytor medyczny, o którym mowa w art. 26 ust 1 pkt 1 ustawy:*   1. *dysponuje lotniczy zespół ratownictwa medycznego po otrzymaniu wezwania od dyspozytora medycznego dyspozytorni medycznej w sytuacjach o których mowa w* § *8 ust. 3 pkt 2;* 2. *dysponuje lotniczy zespołów ratownictwa medycznego po otrzymaniu wezwania od dyspozytora medycznego dyspozytorni medycznej w sytuacji zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych;* 3. *przyjmuje zgłoszenie o zdarzeniach o charakterze szczególnym do których należą wypadki lotnicze, zdarzenia w ramach służby poszukiwania  i ratownictwa lotniczego (ASAR) oraz innych zdarzeń, które dotyczą osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;* 4. *przekazuje niezbędne informacje o zgłoszeniu alarmowym o którym mowa  w pkt 3 do właściwego dyspozytora medycznego;* 5. *dysponuje lotniczy zespół ratownictwa medycznego do zdarzeń  o których mowa w pkt 3, w zakresie zadań ratowniczych.*”.   Propozycja zgodna ze zgłaszaną w trakcie prekonsultacji projektu rozporządzenia  i zgodna ze stanem faktycznym. | Uwaga nieuwzględniona  Rola dyspozytora lotniczych zespołów ratownictwa medycznego została określona w art. 26 ust. 1 w związku z art. 27 ust. 1c ustawy o PRM.  zgodnie z art. 27 ust. 1c ustawy o PRM do dyspozytorów medycznym COLPR nie stosuje się przepisów dotyczących przekazywania niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy  oraz zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji do WKRM.  Pozostałe przepisy, w tym przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach rozumiane jako odbiór połączenia z numeru alarmowego 999 i 112, powinny być realizowane.  Wobec powyższego zaproponowanie przez MZ przepis stanowi kompromis, który nie wymusza natychmiastowego wdrożenia SWD PRM i uruchomienia odbierania połączeń z nr 999 i 112. Jednocześnie żaden akt prawny nie definiuje zgłoszeń o zdarzeniach o charakterze szczególnym do których należą wypadki lotnicze i zdarzenia w ramach służby ASAR. |
|  | §15 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Proponuję następujące brzmienie §15:  *„§15. Podczas obsługi zdarzeń dyspozytor medyczny, o którym mowa w art. 26 ust 1 pkt 1 ustawy:*   1. *dysponuje lotniczy zespół ratownictwa medycznego po otrzymaniu wezwania od dyspozytora medycznego dyspozytorni medycznej w sytuacjach o których mowa w* § *8 ust. 3 pkt 2;* 2. *dysponuje lotniczy zespołów ratownictwa medycznego po otrzymaniu wezwania od dyspozytora medycznego dyspozytorni medycznej w sytuacji zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych;* 3. *przyjmuje zgłoszenie o zdarzeniach o charakterze szczególnym do których należą wypadki lotnicze, zdarzenia w ramach służby poszukiwania  i ratownictwa lotniczego (ASAR) oraz innych zdarzeń, które dotyczą osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;* 4. *przekazuje niezbędne informacje o zgłoszeniu alarmowym o którym mowa  w pkt 3 do właściwego dyspozytora medycznego;* 5. *dysponuje lotniczy zespół ratownictwa medycznego do zdarzeń  o których mowa w pkt 3, w zakresie zadań ratowniczych.*”.   Propozycja zgodna ze zgłaszaną w trakcie prekonsultacji projektu rozporządzenia  i zgodna ze stanem faktycznym. | Uwaga nieuwzględniona  Rola dyspozytora lotniczych zespołów ratownictwa medycznego została określona w art. 26 ust. 1 w związku z art. 27 ust. 1c ustawy o PRM.  zgodnie z art. 27 ust. 1c ustawy o PRM do dyspozytorów medycznym COLPR nie stosuje się przepisów dotyczących przekazywania niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy  oraz zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji do WKRM.  Pozostałe przepisy, w tym przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach rozumiane jako odbiór połączenia z numeru alarmowego 999 i 112, powinny być realizowane.  Wobec powyższego zaproponowanie przez MZ przepis stanowi kompromis, który nie wymusza natychmiastowego wdrożenia SWD PRM i uruchomienia odbierania połączeń z nr 999 i 112. Jednocześnie żaden akt prawny nie definiuje zgłoszeń o zdarzeniach o charakterze szczególnym do których należą wypadki lotnicze i zdarzenia w ramach służby ASAR. |
|  | §16 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | W obecnym projekcie rozporządzenia brak jakichkolwiek zapisów umożliwiających realizację przez głównego dyspozytora zadań przypisanych do dyspozytora przyjmującego oraz wysyłającego.  W praktyce prace na stanowisku dyspozytora medycznego wielokrotnie występuje konieczność np. zadysponowania ZRM do zdarzenia przez głównego dyspozytora medycznego w przypadku gdy wszyscy dyspozytorzy wysyłający są zajęci. Wobec powyższego konieczne jest wprowadzenie przepisów umożliwiających realizację przez głównego dyspozytora zadań przypisanych do dyspozytora przyjmującego oraz wysyłającego. | Uwaga nieuwzględniona –  Zadania głównego dyspozytora medycznego określone zostały w art. 26 ust.  Jednocześnie obecnie nie funkcjonuje stanowisko głównego dyspozytora. Jego funkcję pełni jeden z dyspozytorów medycznych zazwyczaj wysyłający, w związku z powyższym nie ma potrzeby aby określać inne działania poza tymi które w rozporządzeniu są określone. |
|  | §16 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | W obecnym projekcie rozporządzenia brak jakichkolwiek zapisów umożliwiających realizację przez głównego dyspozytora zadań przypisanych do dyspozytora przyjmującego oraz wysyłającego.  W praktyce prace na stanowisku dyspozytora medycznego wielokrotnie występuje konieczność np. zadysponowania ZRM do zdarzenia przez głównego dyspozytora medycznego w przypadku gdy wszyscy dyspozytorzy wysyłający są zajęci. Wobec powyższego konieczne jest wprowadzenie przepisów umożliwiających realizację przez głównego dyspozytora zadań przypisanych do dyspozytora przyjmującego oraz wysyłającego. | Uwaga nieuwzględniona –  Zadania głównego dyspozytora medycznego określone zostały w art. 26 ust.  Jednocześnie obecnie nie funkcjonuje stanowisko głównego dyspozytora. Jego funkcję pełni jeden z dyspozytorów medycznych zazwyczaj wysyłający, w związku z powyższym nie ma potrzeby aby określać inne działania poza tymi które w rozporządzeniu są określone. |
|  | §17 | Konsultant Krajowy Prof. Ładny | Zawarty w projekcie termin wejścia w życie rozporządzenia – z dniem następującym po dniu ogłoszenia nie daje czasu na przygotowanie zmian w dokumentach wewnątrz zakładowych oraz przygotowania i przeszkolenia dyspozytorów medycznych uwzględniając zapisy rozporządzenia. Brak odroczonego terminu wejścia w życie rozporządzenia stwarza fikcję jego stosowania przez dyspozytorów medycznych. Aby wprowadzić stosowne zmiany w dokumentacji oraz organizacji pracy dyspozytorów medycznych konieczne jest co najmniej 30 dni. | Uwaga nieuwzględniona  Rozporządzenie reguluje stan faktyczny i funkcjonujące rozwiązania wynikające z wdrożenia SWD PRM.  Jednocześnie termin wejścia w życie rozporządzenia wynika z konieczności wypełnienia powstałej luki prawnej związanej z wygaśnięciem obowiązującego do dnia 31.12.2018 r. rozporządzenia regulującego przedmiotowe zagadnienia. |
|  | §17 | Lotnicze Pogotowie Ratunkowe | Zawarty w projekcie termin wejścia w życie rozporządzenia – z dniem następującym po dniu ogłoszenia nie daje czasu na przygotowanie zmian w dokumentach wewnątrz zakładowych oraz przygotowania i przeszkolenia dyspozytorów medycznych uwzględniając zapisy rozporządzenia. Brak odroczonego terminu wejścia w życie rozporządzenia stwarza fikcję jego stosowania przez dyspozytorów medycznych. Aby wprowadzić stosowne zmiany w dokumentacji oraz organizacji pracy dyspozytorów medycznych konieczne jest co najmniej 30 dni. | Uwaga nieuwzględniona  Rozporządzenie reguluje stan faktyczny i funkcjonujące rozwiązania wynikające z wdrożenia SWD PRM.  Jednocześnie termin wejścia w życie rozporządzenia wynika z konieczności wypełnienia powstałej luki prawnej związanej z wygaśnięciem obowiązującego do dnia 31.12.2018 r. rozporządzenia regulującego przedmiotowe zagadnienia. |
|  | §17 | Rządowe Centrum Legislacji | w § 17 należy zamieścić, zgodnie z § 126 ust. 3 Zasad techniki prawodawczej, odnośnik informujący o poprzedzającym rozporządzeniu. W odnośniku tym należy podać również termin utraty mocy obowiązującej wymienionego rozporządzenia oraz przepis prawny, w następstwie którego przestało ono obowiązywać | Uwaga uwzględniona |
|  |  | Wojewoda Łódzki | W dalszej kolejności za celowe uważa się wprowadzenie zmian w ustawie o PRM umożliwiających wprowadzenie Kodu pilności 3, który dopuści zadysponowanie ZRM w czasie do 5 minut oraz określenie czasu dotarcia do zdarzenia w powyższym kodzie na maksymalnie 30 minut w miastach pow. 10 tys. mieszkańców i 40 min. poza miastami pow. 10 tys. mieszkańców. Dotyczy to przypadków, w których stwierdzone zgłoszenie wypełnia znamiona stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, niemniej jednak wyjazd ZRM może zostać odroczony w związku z objawami stwierdzonymi u pacjenta, które nie wymagają natychmiastowego transportu do SOR (np. złamania w miejscu zamieszkania, zdarzenia na pograniczu stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, wysokie gorączki u małoletnich itp.). | Uwaga nieuwzględniona  Poza delegacją ustawową. |
|  | Uzasa-  dnienie | NFZ | W drugim akapicie wskazuje się, że z dniem 31 grudnia 2018 r. traci moc obowiązujące rozporządzenie. Opiniowane rozporządzenie ma wejść w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Należy odpowiednio dostosować uzasadnienie, gdyż wystąpi luka prawna w regulacjach dotyczących tego obszaru. | Uwaga uwzględniona |