

Tabela uwag do projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw

Lp.	Przepis	Podmiot zgłaszający uwagę	Treść uwagi	Uzasadnienie
1	2	3	4	5
1.	Art. 1 pkt 1), ppkt c) pkt 7)	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	<p>W Art. 1. pkt. 1 ppkt c) pkt 7) otrzymuje nowe brzmienie:</p> <p>7) pierwsza pomoc – zespół czynności podejmowanych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wykonywanych przez osobę znajdującą się w miejscu zdarzenia, w tym również z wykorzystaniem apteczki pierwszej pomocy, automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) oraz produktów dostępnych na miejscu zdarzenia;”.</p>	<p>UZASADNIENIE: Zmiana dotyczy wprowadzanie w słowniku pojęć dotyczącego pierwszej pomocy informacji na temat wykorzystania apteczki pierwszej pomocy, automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED). W proponowanym zapisie w projekcie wskazane odniesienia do aktów prawnych wspólnotowych, nie odnoszą się w żaden sposób do sytuacji dotyczącej pierwszej pomocy: - Art. 1 ust. 4 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, stanowi we wskazanym w treści aktu załączniku nr XVI o WYKAZIE GRUP PRODUKTÓW NIEMAJĄCYCH PRZEWIDZIANEGO ZASTOSOWANIA MEDYCZNEGO, O KTÓRYCH MOWA W ART. 1 UST. 2, które w opisanych punktach w żaden sposób nie odnoszą się do czynności z tym związanych (udzielanie pierwszej pomocy) – jego ułożenie tutaj w definicji jest BEZZASADNE! - rozporządzenie (WE) nr 178/2002 dotyczy produktów żywnościowych;</p>

				<p>- rozporządzenie (WE) nr 1223/2009 – dotyczy produktów kosmetycznych.</p> <p>W obu przypadkach powoływanie się na zapisy tych aktów jest BEZZASADNE!</p> <p>- oraz uchylecia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.2) – dotyczy wprowadzenia do obrotu wyrobów medycznych, które w większości odnoszą się do lecznictwa zamkniętego lub opartego na inwazyjnym działaniu w tkankę ludzką w celach leczniczych lub badawczych.</p> <p>Lokowanie tego odniesienia jest BEZZASADNE oraz wprowadzające niepotrzebny chaos.</p> <p>Przepis ten powinien być prosty w swojej zasadzie i zrozumiały dla przeciętnego obywatela, który miałby udzielać pierwszej pomocy. Termin apteczki w warunkach proponowanej zmiany jest wystarczający i zrozumiały powszechnie. Definicja apteczki pierwszej pomocy jest opisana w następnym proponowanym pkt.</p>
2.	Art. 1 pkt 1), ppkt c) pkt 7a-c)	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego	<p>Po pkt 7 dodaje się pkt 7a-7c w brzmieniu:</p> <p>„7a) Apteczka Pierwszej Pomocy – stacjonarny lub przenośny, podręczny pojemnik z zestawem podstawowych środków opatrunkowych i przyborów służących do udzielania pierwszej pomocy, w rozumieniu przepisów ustawy 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974)</p> <p>7b) Automatyczny Defibrylator Zewnętrzny (AED) – urządzenie</p>	<p>UZASADNIENIE:</p> <p>W pkt 7a-c) zdefiniowano apteczkę pierwszej pomocy, automatyczny defibrylator zewnętrzny (AED) i program dostępu do defibrylatora (PAD).</p> <p>Są to nieodzowne rzeczy funkcjonujące w obecnej terminologii medycznej w przypadku</p>

		w Polsce	<p>automatyczne lub półautomatyczne służące do analizy rytmu serca, wsparcia procesu resuscytacyjnego oraz defibrylacji energią elektryczną prądu stałego w sytuacji nagłego zatrzymania krążenia wzbudzaną na żądanie przez obsługującą ją osobę;</p> <p>7c) Program Publicznego Dostępu do Defibrylatorów (PAD) – program profilaktyczny, realizowany przez Ministra Zdrowia na terenie kraju w celu zwiększenia bezpieczeństwa populacji, w ramach którego wydawane są zalecenia do ulokowania urządzenia w danej lokalizacji;”.</p>	<p>nauczania osób niezwiązanych z medycyną (laików) zagadnień pierwszej pomocy.</p> <p>Zdefiniowanie tych sformułowań, pozwala na ich wprowadzanie w Art. 4 ustawy, które to znajdują się w dalszej części uwag.</p> <p>Do tej pory żadne prawodawstwo nie usystematyzowało tych określeń i żadne przepisy nie wdrażają stosowanie urządzenia AED. Zatem jest konieczne by w tej ustawie to określenie miało swoje miejsce z uwagi na zastosowanie tych urządzeń w pierwszej pomocy wraz z standaryzowaniem apteczek pierwszej pomocy, których żaden przepis prawa nie określa składu i jej konkretnego umieszczenia. Jedynie istnieją przepisy wynikające z art. 2091 § 1 Ustawy Kodeks pracy o zorganizowaniu systemu pierwszej pomocy wskazują oznakowanie miejsc ulokowania apteczki. To samo dotyczy zapisów dotyczących Programu Powszechnego Dostępu do Defibrylatora (Public Acces Defibrylator), w których są uwarunkowania określające zasadność ulokowania urządzenia w zależności od czynników, które dotyczą liczebności przebywających osób na danym terenie, obiekcie czy miejscu pracy oraz ilości sytuacji z nagłym zatrzymaniem krążenia (NZK) w ostatnich 5 latach. Takie zapisy na pewno wzmocnią poziom bezpieczeństwa zdrowotnego w Polsce i uporządkują działania obywatelskie w tym zakresie. Minister Zdrowia, jest wręcz zobowiązany do realizacji takiego programu zdrowotnego, który ma pogłębić wiedzę na temat udzielania pierwszej pomocy,</p>
--	--	----------	---	---

				wykorzystania do tego celu apteczki pierwszej pomocy i automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) w ramach wspomnianego programu profilaktycznego, który jest w rzeczy samej programem zdrowotnym i wpisuje się w zakres działań Zdrowia Publicznego.
3.	Art. 1 pkt 2)	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	<p>W art. 1 pkt 2 otrzymuje nowe brzmienie, dalsze punkty otrzymują numerację kolejną:</p> <p>2) art. 4 otrzymuje nowe brzmienie:</p> <p>„Art. 4. Kto zauważy osobę znajdującą się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub jest świadkiem zdarzenia powodującego taki stan, w miarę posiadanych możliwości i umiejętności, ma obowiązek:</p> <p>1) niezwłocznego podjęcia działań zmierzających do skutecznego powiadomienia o tym zdarzeniu:</p> <p>a) podmiotów ustawowo powołanych do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego lub</p> <p>b) centrum powiadamiania ratunkowego;</p> <p>2) udzielenia pierwszej pomocy, chyba że spowoduje to narażenie osoby udzielającej pierwszej pomocy lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo uszczerbku na zdrowiu;</p> <p>3) udzielenia pierwszej pomocy z wykorzystaniem:</p> <p>a) apteczki pierwszej pomocy;</p> <p>b) automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) w sytuacji gdy jest dostępne;</p> <p>- i postępowanie zgodnie z instrukcjami do przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego, chyba że spowoduje to narażenie osoby udzielającej pierwszej pomocy lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo uszczerbku na zdrowiu.</p> <p>4) Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia:</p> <p>a) standard wyposażenia apteczki pierwszej pomocy uwzględniając jej skład i wyposażenie;</p> <p>b) typy apteczek pierwszej pomocy w zależności od ich funkcjonalności i rodzaju działalności (w zakładach pracy, zakładach produkcyjnych, placach budowy, handlu, szkół i placówek szkolnictwa wyższego,</p>	<p>UZASADNIENIE: Konieczność wprowadzenia do ustawy obowiązku udzielania pierwszej pomocy. W chwili obecnej obowiązek taki jest nałożony w kilku aktach prawnych w tym:</p> <p>1) Art. 162 Kodeksu Karnego;</p> <p>2) Art. 44 ust. 2 pkt 1 Prawo o ruchu drogowym;</p> <p>3) Art. 93 Kodeksu wykroczeń.</p> <p>W chwili obecnej ustawa wymaga jedynie aby świadek zdarzenia poinformował o tym fakcie odpowiednie podmioty wskazane w ustawie o PRM.</p> <p>Należy do Art. 4 wprowadzić obowiązek udzielania pierwszej pomocy z użyciem apteczki pierwszej pomocy, automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED) z uwzględnieniem bezpieczeństwa osoby udzielającej pomocy.</p> <p>Dalsze zapisy ustawy wprowadzają standaryzację wyposażenia apteczek – w chwili obecnej BRAK jakichkolwiek przepisów prawa o standardzie wyposażenia apteczek w środki medyczne.</p> <p>W krajach UE, dominuje standaryzacja według Niemieckiego Instytutu Normalizacji (DIN), który określa skład apteczek i ich wymagania jakościowe podyktowane osobnymi normami. Rodzaje norm DIN</p>

		<p>administracji, komunikacji publicznej, transportu indywidualnego i zbiorowego, turystyki), uwzględniając:</p> <ul style="list-style-type: none"> - miejsce ich rozlokowania oraz łatwości w dostępie; - rodzaj działalności zakładu pracy, - występujących zagrożeń, - oraz ilości zabezpieczanych osób; <p>c) typy apteczek pierwszej pomocy indywidualnych, uwzględniając:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pojazdy motocyklowe, z ograniczoną ilością miejsca i zawartością dostosowaną do podstawowych urazów komunikacyjnych, - pojazdy samochodowe, z zawartością dostosowaną do opatrywania ran powstałych w trakcie wypadków drogowych, prac w terenie lub podczas pieszych wycieczek; - zakłady pracy zatrudniające do 1000 pracowników; - zakłady pracy zatrudniające powyżej 1000 pracowników. <p>5) Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia:</p> <p>a) standard wyposażenia automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED),</p> <p>b) miejsce rozlokowania automatycznego defibrylatora zewnętrznego w zakładach pracy, zakładach produkcyjnych, placach budowy, handlu, szkół i placówek szkolnictwa wyższego, administracji, komunikacji publicznej;</p> <ul style="list-style-type: none"> - uwzględniając zapisy Programu Publicznego Dostępu do Defibrylatorów (PAD), w celu zwiększenia bezpieczeństwa danej populacji.” 	<p>1. DIN 13167</p> <p>Norma określa skład apteczki pierwszej pomocy dla motocykli. Ze względu na ograniczoną ilość miejsca zawartość jest mniejsza niż apteczki samochodowej i dostosowana do podstawowych urazów komunikacyjnych.</p> <p>2. DIN 13164</p> <p>Norma określa skład apteczki stosowanej w pojazdach samochodowych. Dostosowany został do opatrywania ran powstałych w trakcie wypadków drogowych ale również w trakcie prac w terenie lub podczas pieszych wycieczek co tłumaczy opieranie się na tej normie również w ustalaniu składu apteczek innych niż samochodowe,</p> <p>3. DIN 13157</p> <p>Norma (tzw. przemysłowa) określa ilość i rodzaj opatrunków i akcesoriów niezbędnych przy udzielaniu pierwszej pomocy na terenie budowy, zakładu pracy, biura, szkoły itp. Ze względu na większą ilość czynników ryzyka (np. oparzenia), dużą ilość zabezpieczanych osób a z drugiej strony brak ograniczenia miejsca (jak w przypadku apteczek samochodowych) skład jest znacznie bogatszy.</p> <p>4. DIN 13169</p> <p>Norma ta stanowi praktycznie zdublowanie składu wg DIN 13157 (oprócz nożyczek i instrukcji). Apteczka z takim składem przeznaczona jest do zabezpieczenia większej ilości osób.</p> <p>5. DIN 13157 PLUS</p> <p>Norma ta oznacza, że skład apteczny został</p>
--	--	---	--

				<p>wyposażony w więcej elementów niż wymaga norma. Najczęściej producenci dołączają do wyposażenia apteczki np. maseczka do sztucznego oddychania, chusteczki dezynfekujące lub inne środki. Apteczka dedykowana jest do obiektów handlowych. Standaryzacja również powinna dotyczyć automatycznych defibrylatorów zewnętrznych, ich wyposażenia, miejsc rozlokowania z uwzględnieniem zapisów wynikających z Programu Powszechnego Dostępu do Defibrylatora (PAD).</p>
4.	Art. 1 pkt 3-5)	<p>Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce</p>	<p>W art. 1 pkt 3-5 otrzymuje nowe brzmienie, dotychczasowe pkt 3-5) otrzymują numerację kolejną:</p> <p>3) w art. 13:</p> <p>a) po ust. 1c dodaje się kolejny ust. 1d „1c. Starszym Ratownikiem może być osoba:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych; 2) posiadająca co najmniej 6 letnie doświadczenie w jednostkach współpracujących z systemem; 3) posiadająca ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy stopnia 2, zwanego dalej „kursem stopnia 2”, i uzyskaniu tytułu starszego ratownika; 4) której stan zdrowia pozwala na udzielanie kwalifikowanej pierwszej pomocy.” <p>b) zmienia się ust. 8 w brzmieniu „8. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ramowy program kursu obejmujący założenia organizacyjno-programowe, plan nauczania zawierający rozkład zajęć, wykaz umiejętności wynikowych i treści nauczania, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy i umiejętności niezbędnych do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy dla ratowników oraz kwalifikowanej pierwszej pomocy stopnia 2 dla starszych ratowników. 	<p>UZASADNIENIE:</p> <p>W art. 13 Dodaje się ustęp 1c określający stopień wyższy w kwalifikowanej pierwszej pomocy: „starszego ratownika”.</p> <p>Sytuacja podyktowana faktem tym, iż należy podnieść standard nieniesionej kwalifikowanej pierwszej pomocy (KPP) poprzez dodanie osoby z bardziej szczegółowym wyszkoleniem oraz poszerzonymi czynnościami, o których mowa w art. 14 ust. 2.</p> <p>W art. 14 ust. 1 dodaje się odwołanie w pkt. 9a do art. 43a ust.2, który w obecnie funkcjonującej ustawie został wykreślony jako art. 43, a w niniejszych propozycjach przywrócony jako art. 43a.</p> <p>W ust. 2 rozszerza się zakres czynności Starszego Ratownika o badania diagnostyczne z wykorzystaniem sprzętu:</p> <ul style="list-style-type: none"> - glukometru; - pulsoksymetru; - ciśnieniomierza;

		<p>2) kwalifikacje kadry dydaktycznej prowadzącej kurs, mając na celu zapewnienie odpowiedniego jej poziomu;</p> <p>3) sposób przeprowadzania egzaminu kończącego kursy, skład, tryb powoływania i odwoływania komisji egzaminacyjnej, okres ważności oraz wzór zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika lub starszego ratownika, mając na celu uwzględnienie obiektywnych kryteriów weryfikacji wiedzy i umiejętności zdobytych podczas kursu.”</p> <p>4) w art. 14 treść umieszcza się w ust. 1, dodaje się ust. 2 w brzmieniu:</p> <p>„1. Zakres czynności wykonywanych przez ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzyrządową i przyrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego; 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran; 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć; 4) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem; 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 6) stosowanie tlenoterapii biernej; 7) ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 8) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 9a) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43a ust. 2. <p>2. Zakres czynności wykonywanych przez starszego ratownika w ramach kwalifikowanej pierwszej pomocy obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) resuscytację krążeniowo-oddechową, bezprzyrządową i przyrządową, z podaniem tlenu oraz zastosowaniem według wskazań defibrylatora zautomatyzowanego; 2) tamowanie krwotoków zewnętrznych i opatrywanie ran; 3) unieruchamianie złamań i podejrzeń złamań kości oraz zwichnięć; 4) ochronę przed wychłodzeniem lub przegrzaniem; 5) prowadzenie wstępnego postępowania przeciwwstrząsowego poprzez właściwe ułożenie osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ochronę termiczną osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 	<p>- stetoskopu.</p> <p>Wychodząc naprzeciw możliwościom jakie towarzyszą bieżącej sytuacji epidemiologicznej, poprzez dodanie osoby z tytułem Starszego Ratownika zapewnić większy standard świadczeń w wykonywaniu kwalifikowanej pierwszej pomocy, przez dodanie również dwóch leków w ampułkostrzykawkach:</p> <ul style="list-style-type: none"> - adrenalinę; - glukagon. <p>Należy dodać, iż te leki obecnie są podawane przez nauczycieli w szkołach czy rodziców u dzieci, u których są stwierdzone powyższe schorzenia (alergia czy cukrzyca) bez specjalnego przeszkolenia – jedynie pouczone przez lekarza pierwszego kontaktu.</p> <p>W proponowanym zakresie czynności starszego ratownika, mówimy o kursie, w którym zostaną ujęte te elementy poszerzające zakres kompetencji ratownika z kwalifikowaną pierwszą pomocą, zarówno w części teoretycznej jak i praktycznej.</p> <p>W art. 16 ust 1 uzupełnia się redakcyjnie stopień „Starszego Ratownika”, który w formacjach podległych ministrom właściwym do spraw wewnętrznych i obrony narodowej, również będzie mógł zdobyć dodatkowe uprawnienia.</p>
--	--	---	---

			<p>6) stosowanie tlenoterapii biernej i czynnej; 7) badania następujących parametrów: a) poziomu glikemii w arterializowanej krwi włośniczkowej za pomocą glukometru; b) poziomu wysycenia tlenu we krwi za pomocą pulsoksymetru; c) wartości ciśnienia tętniczego krwi za pomocą aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego (elektroniczny naramienny, pneumatyczny zegarowy); d) osłuchiwanie klatki piersiowej za pomocą stetoskopu w celu potwierdzenia lub wykluczenia niewydolności oddechowej lub krążeniowej; 8) wykorzystanie w stanie nagłego zagrożenia życia ampułkostrzykawki z lekiem: a) adrenaliny – w sytuacji stwierdzenia reakcji anafilaktycznej; b) glukagonu – w sytuacji stwierdzenia hipoglikemii; 9) ewakuację z miejsca zdarzenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 10) wsparcie psychiczne osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego; 11) prowadzenie wstępnej segregacji medycznej w rozumieniu art. 43a ust. 2.”</p> <p>5) w art. 16 ust. 1 otrzymuje nowe brzmienie: „1. Minister właściwy do spraw wewnętrznych oraz Minister Obrony Narodowej zapewniają przeszkolenie pracowników podległych lub nadzorowanych przez nich służb, policjantów, funkcjonariuszy, strażaków oraz żołnierzy w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, i uzyskanie przez nich tytułu ratownika, starszego ratownika oraz aktualizację wiedzy w tym zakresie.”</p>	
5.	Art. 1 pkt 6) ppkt b)	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	<p>W artykule 1 pkt 6 ppkt b, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian:</p> <p>b) w ust. 3: – pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa funkcjonujących oraz planowanych do utworzenia: a) zespołów ratownictwa medycznego, kierując się parametrami czasu dotarcia na miejsce zdarzenia, określonymi w art. 24, oraz liczbą zdarzeń w obszarze działania, przyjmując, że:</p>	<p>UZASADNIENIE: W proponowanym zapisie sugerujemy aby liczebność zespołów określona była według rozgraniczającej ją nazewnictwie, tak by uniknąć niepotrzebnych pomyłek i chaosu organizacyjnego. Zespoły Ratownictwa Medycznego dzielimy na: - Specjalistyczne - trzyosobowe w składzie z</p>

		<p>– na każde rozpoczęte 10 zaawansowanych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2, przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego, o którym mowa w art. 36 ust. 1 pkt 1,</p> <p>– na każde rozpoczęte 10 zaawansowanych zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt 2, przypadają nie mniej niż 3 podstawowe zespoły ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1 pkt,</p> <p>– na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców w województwie przypada nie więcej niż jedna motocyklowa jednostka ratownicza, o której mowa w art. 36 ust. 1 pkt 4, a czas działania tej jednostki mieści się w okresie od 1 maja do 30 września w roku kalendarzowym i nie przekracza 12 godzin w ciągu jednej doby,</p> <p>b) szpitalnych oddziałów ratunkowych, przyjmując, że jeden szpitalny oddział ratunkowy zabezpiecza obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie zespołu ratownictwa medycznego z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut,</p> <p>c) centrów urazowych, kierując się kryterium określonym w art. 39b pkt 1,</p> <p>d) centrów urazowych dla dzieci, kierując się kryterium określonym w art. 39f pkt 1,</p> <p>e) jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;”, "</p>	<p>lekarzem;</p> <p>- Zaawansowane - dwuosobowe, bez lekarza (obecny zespół Podstawowy);</p> <p>- Podstawowe - trzyosobowe, bez lekarza z jednym lub dwoma Ratownikami Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy (KPP), w zależności od możliwości dysponenta lub jednostek współpracujących z systemem PRM.</p> <p>Jednostki współpracujące z systemem posiadają już pojazdy o standardzie wyposażenia obecnego zespołu Podstawowego, w składach osobowych obecni są również Ratownicy Medyczni (wypełniający Kartę Indywidualna Ratownika Medycznego) oraz ratownicy po Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy.</p> <p>Zapis ten oraz odniesienia do art. 36, mówiącego o jednostkach systemu – ma umożliwić również zatrudnienie lub odbycie praktyki zawodowej lub w ramach umowy wolontariatu studentów kierunku ratownictwo medyczne nie posiadających kwalifikacji Ratownika Medycznego lub Ratowników Medycznych nie posiadających Prawa Wykonywania Zawodu (PWZ) Ratownika Medycznego. Co obecnie niestety jest bardzo dużym problemem dysponentów, z uwagi na GRAK możliwości zatrudniania absolwentów kierunku ratownictwo medyczne. Dopóki nie powstanie samorząd zawodowy, który będzie wydawał PWZ Ratownikom Medycznym – należy taką możliwość ułatwić dysponentom przez wprowadzenie rozszerzonych typów ZRM.</p>
--	--	--	--

6.	Art. 1 pkt 27)	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	<p>W artykule 1 pkt 27, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian:</p> <p>27) w art. 36: a) w ust. 1: – pkt 2 otrzymuje brzmienie: „2) zespoły zaawansowane dwuosobowe, w skład których wchodzi dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym,</p> <p>– dodaje się pkt 3 i 4 w brzmieniu: „3) zespoły podstawowe trzyosobowe, w skład których wchodzi: a) dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym oraz ratownik kwalifikowanej pierwszej pomocy; b) jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będące pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym oraz dwóch ratowników kwalifikowanej pierwszej pomocy; „4) motocyklowe jednostki ratownicze, w skład których wchodzi co najmniej jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych.”; b) ust. 3 otrzymuje brzmienie: „3. W skład zespołów, o których mowa w ust. 1, wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2023 r. poz. 622, 1123, 1234, 1312, 1560 i 1872).” c) dodaje się ust. 6 w brzmieniu: „6. Kierownikiem motocyklowej jednostki ratowniczej, o której mowa w ust. 1 pkt 3, jest osoba wskazana przez dysponenta tej jednostki, będąca ratownikiem medycznym lub pielęgniarką systemu.”;</p> <p>– dodaje się pkt d) w brzmieniu: d) dodaje się ustęp 7 w brzmieniu: „7. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, standard: 1) wyposażenia ambulansu z uwzględnieniem zabudowy przedziału medycznego, warunków technicznych dla środka transportu drogowego dla zespołów:</p>	<p>Z uwagi na proponowany w oryginale zapis dotyczący wprowadzenia trzyosobowych zespołów podstawowych, które to mogą wprowadzać chaos organizacyjny (brak stosownego oznakowania takiego zespołu). Z uwagi na brak przepisów, które miałyby wiążąco wskazać w jaki sposób mają być wprowadzane i finansowane zespoły trzyosobowe z osobami mogącymi wykonywać medyczne czynności ratunkowe (np.: trzech ratowników medycznych) i w zgodzie z rozporządzeniem dotyczącym kar za brak lekarza w zespołach specjalistycznych, którego to może zastąpić na bazie tego przepisu pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Proponuje się by owe ominięcie ustawowego obowiązku rozszerzyć o powyższe trzy typy zespołów ratownictwa medycznego (we wcześniejszej uwadze zostały wyjaśnione przyczyny tej propozycji). Ponieważ w chwili obecnej funkcjonują trzyosobowe zespoły ratownictwa medycznego, bez lekarza ale widniejące w systemie jako zespół specjalistyczny. Proponuje się stworzenie trzech typów zespołów: - Specjalistyczne - trzyosobowe w składzie z lekarzem; - Zaawansowane - dwuosobowe, bez lekarza (obecny zespół Podstawowy); - Podstawowe - trzyosobowe, bez lekarza z jednym lub dwoma Ratownikami Kwalifikowanej Pierwszej Pomocy (KPP), w zależności od możliwości dysponenta lub jednostek współpracujących z systemem PRM.</p>
----	----------------	--	---	--

		<p>a) Specjalistycznego, o którym mowa w ust. 1 typu C furgon lub kontener;</p> <p>b) Zaawansowanego, o którym mowa w ust. 1 pkt. 2 – typu C furgon lub kontener;</p> <p>c) Podstawowego, o którym mowa w ust. 1 pkt. 3 – typu B lub C furgon lub kontener;</p> <p>2) wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego i zespołów jednostek współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego tworzących zespoły podstawowe, w sprzęt i wyroby medyczne oraz produkty lecznicze ze szczególnym uwzględnieniem zestawów do określonej terapii,</p> <p>- uwzględniając rodzaje zespołów ratownictwa medycznego oraz kierując się zakresem medycznych czynności ratunkowych, świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, do których uprawniony jest ratownik medyczny oraz pielęgniarka systemu.”</p>	<p>Jest to rozwiązanie porządkujące i wskazujące na dany typ zespołu. Na pewno do czasu utworzenia specjalizacji z zakresu intensywnej terapii dla Ratownika Medycznego lub planowanych studiów II stopnia z ratownictwa medycznego, takie rozwiązanie będzie przejściowe (mowa o BRAKU LEKARZA w zespole S), gdzie zespół specjalistyczny można podzielić na dwie kategorie:</p> <p>a) zespoły specjalistyczne - działające w systemie dotarcia na spotkanie (rendez-vois) – zespół dwuosobowy;</p> <p>b) zespoły specjalistyczne - działające jako Mobilna Intensywna Terapia (MIT) – zespół trzyosobowy;</p> <p>W obu przypadkach kierownikiem zespołu byłby ratownik medyczny z odpowiednim przygotowaniem (kursy specjalistyczne. Kwalifikacyjne, specjalizacja lub studia II stopnia z ratownictwa medycznego) lub Pielęgniarka Systemu.</p> <p>W proponowanym natomiast brzmieniu ustępu 7, wprowadza się standaryzacje zabudowy i wyposażenia pojazdu specjalistycznego oraz wyposażenia zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem zestawów do poszczególnych terapii. W chwili obecnej nie prowadzi się w medycynie ratunkowej pozaszpitalnej żadnych mierników jakości. Standaryzacja wyposażenia oraz działanie według określonych protokołów postępowania jest jednym z wymogów do oceny jakości świadczonych usług w ratownictwie</p>
--	--	---	--

				<p>przedszpitalnym, o których też stanowią dyrektywy unijne. Niestety ustawa dotycząca jakości skupia się jedynie na podmiotach prowadzących zamknięte leczenie szpitalne, co w tym przypadku jest sporym niedociągnięciem – ponieważ nie można ocenić jakości medycznych czynności ratunkowych bez rejestrowania i monitorowania jakości prowadzonych działań w tym zakresie przez personel medyczny, przedszpitalnie.</p>
7.	Art. 1 pkt 28)	<p>Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce</p>	<p>W artykule 1 pkt 28, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian:</p> <p>28) Art. 38 otrzymuje nowe brzmienie: „1. Oznaczenia systemu używają jednostki systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, jednostki współpracujące z systemem, tworzące zespoły podstawowe Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 39. 2. Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) wzór graficzny: a) systemu, będący jego oznaczeniem; b) Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, z uwzględnieniem wchodzących w jego skład korpusów, 2) sposób nadawania numerów identyfikacyjnych (kryptonimów) i kanałów radiowych oraz częstotliwości dla: a) jednostek systemu, b) Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego, Głównego Dyspozytora Medycznego, Kierującego Akcją Medyczną, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe w tym: - osobę przeprowadzającą segregację medyczną – zwaną „Oficerem Segregacji Medycznej lub Oficerem Triage”, - osobę koordynującą punkt medyczny – zwaną „Oficerem Koordynującym Punkt Medyczny”, - osobę kierującą transportem – zwaną „Oficerem Kierującym Transportem”; d) jednostek korpusów Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, osób</p>	<p>UZASADNIENIE: Do przepisów dotyczących oznaczenia systemu, należy dodać również jednostki współpracujące z systemem i tworzące zespoły podstawowe w postaci Ochotniczego Ratownictwa Medycznego i tworzących je korpusy, o których mowa szczegółowo w proponowanym do zmiany art. 39. Wprowadza się też oznaczenia dla Wojewódzkiego Koordynatora ratownictwa Medycznego, Głównego Dyspozytora Medycznego, Kierującego Akcją Medyczną oraz wprowadza się funkcje wynikające z prowadzenia zdarzenia mnogiego lub masowego na miejscu zdarzenia: - osobę przeprowadzającą segregację medyczną – zwaną „Oficerem Segregacji Medycznej lub Oficerem Triage”, - osobę koordynującą punkt medyczny – zwaną „Oficerem Koordynującym Punkt Medyczny”, - osobę kierującą transportem – zwaną „Oficerem Kierującym Transportem”. Niestety BRAK tych oznaczeń w systemie powoduje organizacyjny chaos, który od samego</p>

		<p>wykonujących świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe oraz kwalifikowaną pierwszą pomoc.</p> <p>3) sposób oznakowania:</p> <p>a) jednostek systemu,</p> <p>b) Wojewódzkiego Koordynatora Ratownictwa Medycznego, Głównego Wojewódzkiego Dyspozytora Ratownictwa Medycznego, Mobilnego Centrum Koordynacji, Koordynatora Zdarzeń Masowych, Kierującego Akcją Medyczną, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> - osobę przeprowadzającą segregację medyczną – zwaną „Oficerem Segregacji Medycznej lub Oficerem Triage”, - osobę koordynującą punkt medyczny – zwaną „Oficerem Koordynującym Punkt Medyczny”, - osobę kierującą transportem – zwaną „Oficerem Kierującym Transportem”; <p>c) korpusów Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, osób wykonujących świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe oraz kwalifikowaną pierwszą pomoc.</p> <p>4) wymagania w zakresie umundurowania:</p> <p>a) członków zespołu ratownictwa medycznego – umundurowania systemowego;</p> <p>b) członków zespołu ratownictwa medycznego – umundurowania galowego;</p> <p>c) członków korpusu Ochotniczego Ratownictwa Medycznego;</p> <ul style="list-style-type: none"> - uwzględniając zapewnienie możliwości rozpoznania stopnia zawodowego, rodzaju funkcji i zadań wykonywanych w systemie przez oznaczone osoby i jednostki. <p>5) sposób oznakowania ambulansów zespołów ratownictwa medycznego, o których mowa w art. 36 ust. 1:</p> <p>a) specjalistycznych,</p> <p>b) zaawansowanych,</p> <p>c) podstawowych.</p> <p>6) oznakowanie, o którym mowa w pkt. 5 zawiera:</p> <p>a) rodzaje, kolorystykę, ilość i umiejscowienie pasów odblaskowych;</p> <p>b) kolorystykę ambulansu;</p> <p>c) oznaczenia dysponenta Państwowego Ratownictwa Medycznego;</p> <p>d) oznaczenia jednostek korpusów Ochotniczego Ratownictwa Medycznego;</p> <p>e) kryptonim operacyjny zespołu nadany w SWD PRM</p>	<p>początku prowadzenia akcji medycznej w zdarzeniu mnogim lub masowym – wymaga odpowiedniej koordynacji i kierowania oraz współpracy z podmiotami zadysponowanymi do miejsca zdarzenia. Podmioty te używają również kamizelkę odblaskowych z wyszczególnionymi funkcjami. Często bywa, że jest kilku koordynujących z danej służby, a BRAK oznaczenia osób wykonujących poszczególne czynności wydłuża proces segregacji, udzielania pomocy najbardziej poszkodowanym oraz opóźnia dostarczenie tychże rannych osób do odpowiedniej jednostki szpitalnej. Uniemożliwia to również ocenę prowadzonych działań pod względem jakości oraz skuteczności – co wymaga aby aplikacja mobilna SWD PRM, którą dysponuje kierownik zespołu w urządzeniu przenośnym – otrzymała stosowne usprawnienia do prowadzenia takich działań. Proponuje się również w tym zapisie wprowadzenie umundurowania systemowego do działań w terenie oraz galowego do udziału w uroczystościach publicznych lub o charakterze zawodowym (Dzień Ratownika Medycznego, Ratownictwa Medycznego etc.). Proponuje się odpowiednie oznakowanie ambulansów odpowiedniego typu oraz ich kolorystykę z umiejscowieniem pasów odblaskowych i kryptonimów z SWD PRM.</p>
--	--	--	---

			- uwzględniając rodzaj zespołu ratownictwa medycznego.”	
8.	Art. 1 pkt 29)	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	<p>W artykule 1 pkt 29, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian:</p> <p>29) Art. 39 otrzymuje nowe brzmienie: „1. Z systemem współdziałają uczelnie medyczne, placówki kształcenia ustawicznego dorosłych, stowarzyszenia lekarskie o zasięgu ogólnokrajowym prowadzące działalność w zakresie medycyny ratunkowej – w zakresie edukacji i przygotowywania kadr systemu, opracowywania zaleceń proceduralnych funkcjonowania systemu, inicjowania i realizacji zadań naukowo-badawczych w zakresie medycyny ratunkowej, oceny jakości systemu oraz wytyczania kierunków jego rozwoju oraz instytucje i organizacje pozarządowe, których cele statutowe określają charakter naukowo-badawczy i wspierający rozwój ratownictwa medycznego. 2. W ramach Ochotniczego Ratownictwa Medycznego funkcjonują następujące korpusy: 1) korpus Uniwersytecki; 2) korpus Medyczny; 3) korpus Ratowniczy; 4) korpus Wspierający, 3. Uczelnie medyczne, o których mowa w ust. 1, mogą tworzyć podstawowe zespoły ratownictwa medycznego działające w ramach korpusu Uniwersyteckiego Ochotniczego Ratownictwa Medycznego - zapewniając kadrę dydaktyczną osób będącymi ratownikiem medycznym z odpowiednim doświadczeniem zawodowym, wchodzące w skład takiego zespołu wykonując zadania kierownika zespołu. 4. Dysponenti zespołów ratownictwa medycznego, w ramach umów między uczelniami medycznymi, o których mowa w ust. 1 lub z własnej inicjatywy mogą tworzyć podstawowe zespoły ratownictwa medycznego działające w ramach korpusu Medycznego Ochotniczego Ratownictwa Medycznego - zapewniając kadrę dydaktyczną osób będącymi ratownikiem medycznym z odpowiednim doświadczeniem zawodowym, wchodzące w skład takiego zespołu wykonując zadania kierownika zespołu.</p>	<p>UZASADNIENIE: Proponowane zmiany w tym art. Tworzą Ochotnicze Ratownictwo Medyczne, w ramach którego działają uczelnie medyczne kształcące studentów na kierunku ratownictwo medyczne Możliwość tworzenia podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wynika z charakteru działalności edukacyjnej (w przypadku uczelni medycznych i dysponentów kształcących zawodowo studentów ratownictwa medycznego w ramach praktyki zawodowej) lub ustawowych założeń związanych z charakterem działania (grupy ochotnicze działające w trybie 24 godzinnego dyżuru w terenach wodnych, górskich itp.) oraz wynikających z pełnienia służby w ramach danej formacji (podmioty podległe ministrom ds. obrony narodowej, spraw wewnętrznych czy transportu). Proponowane korpusy współpracowałyby z systemem, zapewniając w swoim składzie jednego lub dwóch ratowników medycznych lub adekwatną ilość pielęgniarek systemu, będących kierownikami takiego zespołu. W przypadku korpusu Medycznego tworzone zespoły Podstawowe, dają możliwość dysponentowi zatrudnienia lub przyjęcia w ramach wolontariatu osoby będące Ratownikami Medycznymi bez PWZ (wyjaśnienie tej kwestii omówione było w uwadze dotyczącej Art. 1 pkt 6) ppkt b)).</p>

		<p>5. Jednostki ratownicze realizujące cele statutowe w zakresie ratownictwa górskiego, wodnego oraz podmioty społeczne, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt. 9, wpisane do Rejestru Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, mogą tworzyć podstawowe zespoły ratownictwa medycznego działające w ramach korpusu Ratowniczego Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, w tym również Ratownicze Oddziały Specjalne (Rescue Task Forces).</p> <p>6. Jednostki ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia życia podlegające ministrowi właściwemu do spraw obrony narodowej, spraw wewnętrznych, transportu oraz jednostki, o których mowa w art. 15 ust.1 pkt. 8, wpisane do Rejestru Jednostek Współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne, mogą tworzyć podstawowe zespoły ratownictwa medycznego działające w ramach korpusu Wspierającego Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, w tym również Grupy Ewakuacji Medycznej.</p> <p>7. Finansowanie jednostek korpusu odbywa się w ramach działalności własnej jednostki tworzącej zespół, bądź z dotacji celowej ministra właściwego.</p> <p>8. Nadzór nad jednostkami korpusu Ochotniczego Ratownictwa Medycznego oraz prowadzenie rejestru tych jednostek, stanowi i prowadzi wojewoda.</p> <p>9. Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw obrony narodowej, spraw wewnętrznych, spraw transportu, określi w drodze rozporządzenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) tryb i sposób powoływania korpusów Ochotniczego Ratownictwa Medycznego, 2) zasady współpracy i współdziałania z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, 3) dysponowania przez Dyspozytora Medycznego w ramach systemu SWD PRM, 4) skład zespołu i wyposażenie pojazdu specjalistycznego na podstawie wymagań określonych w art. 36 ust. 7, 5) oznaczeń systemu na podstawie art. 38 oraz 6) zakres medycznych czynności ratunkowych lub innych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez ratownika medycznego i ratownika kwalifikowanej pierwszej pomocy w oparciu o standardy postępowania, o których mowa w art. 43a.” 	<p>Ważne w tym zapisie również jest odniesienie się do proponowanego przywrócenia zapisu wykreślonego z art. 43, a przywracanego w art., 43, dotyczącym standardów postępowania (opisane zostaną w dalszych uwagach).</p>
--	--	--	---

9.	Art. 1 pkt 30)	Red-Alert Fundacja na rzecz wspierania i rozwoju Ratownictwa Medycznego w Polsce	<p>W artykule 1 pkt 29, otrzymuje nowe brzmienie i numerację dalszą wynikającą z wprowadzenia wcześniejszych zmian, a proponowany pkt 30 otrzymuje numerację kolejną.</p> <p>30) dodaje się art. 43a w brzmieniu:</p> <p>„Art. 43a 1. Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Krajowej Rady Ratowników Medycznych oraz organizacji pozarządowych, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowo-lekarskimi albo towarzystwami naukowymi albo fundacjami o zasięgu ogólnokrajowym wpisanymi do Krajowego Rejestru Sądowego, ogłasza, w drodze rozporządzenia, standardy postępowania w formie Protokołów Postępowania Przedszpitalnego (PPP) dla:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) zespołu ratownictwa medycznego: <ol style="list-style-type: none"> a) Specjalistycznego; b) Zaawansowanego; c) Podstawowego; d) Lotniczego. 2) Kierującego Akcją Medyczną (KAM); 3) osoby przeprowadzającej segregację medyczną; 4) osoby koordynującej punkt medyczny; 5) osoby kierującej transportem medycznym; <p>- zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem zakresu medycznych czynności ratunkowych, innych świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez ratownika medycznego oraz ratownika kwalifikowanej pierwszej pomocy.</p> <p>2. Protokoły Postępowania Przedszpitalnego są aktualizowane przez Ministra właściwego do spraw zdrowia w formie rozporządzenia po zasięgnięciu opinii organów, o których mowa w ust. 1, z każdą ogłoszoną zmianą dotyczącą postępowań w stanach nagłego zagrożenia życia przez Międzynarodowy Komitet Łącznikowy ds. Resuscytacji (ILCOR) oraz instytucje, które mają wpływ w zakresie wyznaczania standardów postępowania w ratownictwie medycznym w tym postępowanie z pacjentami urazowymi, pediatrycznymi, sytuacjami szczególnymi oraz w zdarzeniach o charakterze mnogich lub masowych.”</p>	<p>UZASADNIENIE:</p> <p>Konieczne jest z punktu widzenia wprowadzenia trzech typów zespołów oraz zaangażowania do działań jednostek współpracujących z systemem, standardów postępowania an miejscu zdarzenia. Ponieważ Ratownicy kwalifikowanej Pierwszej Pomocy (KPP) są szkoleni na podstawie procedur wydanych przez Komendanta Głównego Państwowej Straży Pożarnej, które to dla Ratowników KPP są wiążące. Obecnie od 2021 zostały te procedury zaktualizowane pod nazwą "Zasady organizacji ratownictwa medycznego w KSRG", w których to opisane są następujące rzeczy:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Procedury KPP 2. Segregacja poszkodowanych w zdarzeniach masowych 3. Sprzęt ratownictw medycznego (ramowe standardy wyposażenia) 4. Organizacja i nadzór ratownictwa medycznego w KSRG 5. Zasady postępowania przy narażeniu ratowników KSRG na materiał potencjalnie zakaźny 6. Ramowy plan dezynfekcji sprzętu używanego podczas działań ratowniczych po kontakcie z materiałem potencjalnie infekcyjnym. 7. Rekomendowane zasady współpracy z jednostkami systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego 8. Współpraca z Zespołami Lotniczego Pogotowia Ratunkowego 9. Izolowane zdarzenia ratownictwa
----	----------------	--	--	--

			<p>medycznego + schemat</p> <p>10. Odstąpienie od medycznych działań ratowniczych (MDR)</p> <p>11. Stosowanie przymusu bezpośredniego przez funkcjonariuszy PSP</p> <p>Zasady wraz z załącznikami w linku poniżej:</p> <p>https://www.gov.pl/web/kgpsp/wykaz-wazniejszych-zasad-obowiazujacych-w-ksrg?fbclid=IwAR283JKH7FyxV1Mc2wVvA8c0NHe6IIzEA4M9zn4OeWK1vG5JUFxmpN8cp6c</p> <p>Kolejną istotną zmianą jest wprowadzenie poprzez rozporządzenie owych standardów nazwanych Protokołami Postępowania Przedszpitalnego (PPP), w których to mają być wskazane sposoby postępowania w formie algorytmów dla poszczególnych wykonawców danych czynności, w tym dla wszystkich typów zespołów oraz:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kierującego Akcją Medyczną (KAM);- osoby przeprowadzającej segregację medyczną;- osoby koordynującej punkt medyczny;- osoby kierującej transportem medycznym; <p>Ważne by aktualizacja tych procedur odbywała się co kilka lat z uwzględnieniem aktualizacji postępowania w przypadku stanów nagłych, zatrzymania krążenia oraz pacjentów urazowych i pediatrycznych, a także sytuacji szczególnych wynikających z charakteru zdarzenia (przemoc domowa itp.).</p>
--	--	--	--

				<p>Przy ustandaryzowaniu wyposażenia pojazdów specjalistycznych oraz plecaków i toreb ratowniczych, standardy postępowania są kolejnym niezbędnym elementem wynikającym z oceny poziomu jakości w ratownictwie przedszpitalnym. Bez tych dwóch mierzalnych elementów – nie jesteśmy w stanie w systemie PRM ocenić poziom świadczonych usług.</p>
--	--	--	--	---