



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
VIII kadencja

**Druk nr 3235**  
Warszawa, 4 lutego 2019 r.

Pan  
Marek Kuchciński  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

Na podstawie art. 118 ust. 1 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. i na podstawie art. 32 ust. 2 regulaminu Sejmu niżej podpisani posłowie wnoszą projekt ustawy:

## **- o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym.**

Do reprezentowania wnioskodawców w pracach nad projektem ustawy upoważniamy pana posła Krystiana Jarubasa.

(-) Paweł Bejda; (-) Krystian Jarubas; (-) Mieczysław Kasprzak;  
(-) Eugeniusz Kłopotek; (-) Władysław Kosiniak-Kamysz; (-) Kazimierz Kotowski; (-) Jan Łopata; (-) Mirosław Maliszewski; (-) Stefan Niesiołowski; (-) Urszula Paślawska; (-) Krzysztof Paszyk; (-) Marek Sawicki; (-) Zbigniew Sosnowski; (-) Genowefa Tokarska; (-) Piotr Zgorzelski.

**Ustawa**  
**z dnia..... 2019 r.**  
**o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym**

**Art. 1.** W ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, z późn. zm.<sup>1)</sup>) wprowadza się następujące zmiany:

1) w art. 36:

a) w ust. 1 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby, w tym co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny oraz osoba spełniająca warunki o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2017 r. poz. 978, z późn. zm.).”;

b) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„W skład zespołów, o których mowa w ust. 1 pkt 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 2017 r. poz. 978, z późn. zm.).”.

**Art. 2.** Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2019 r.

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 650, 1115, 1544, 1629 i 1669 oraz z 2019 r. poz. 15.

## UZASADNIENIE

System Państwowego Ratownictwa Medycznego powstał w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Art. 36 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym stanowi podstawę prawną do funkcjonowania w systemie ratownictwa zespołów podstawowych w składzie liczącym co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. Powyższa ustawa nie wskazuje jednak żadnych przesłanek (warunków, okoliczności, rodzajów zagrożeń), kiedy to skład podstawowego zespołu ratownictwa posiadać ma liczebność minimalną – dwuosobową, a kiedy powinien zostać zwiększony o obecność dodatkowych osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe. Dowolność w określeniu składu podstawowych zespołów ratownictwa medycznego i brak jednolitych kryteriów dla wszystkich obywateli może wypełniać znamiona deliktu konstytucyjnego w postaci naruszenia zasady równego dostępu do ochrony zdrowia wyrażonej w art. 68 ust. 2 Konstytucji RP w wyniku braku ustawowych zasad gwarantujących obywatelom równy dostęp do medycznych czynności ratunkowych finansowanych ze środków publicznych.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta każdy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Obowiązek realizacji tego prawa, podobnie jak innych praw pacjenta, spoczywa nie tylko na profesjonalistach medycznych, ale jest także ustawowym obowiązkiem organów władzy publicznej właściwych w zakresie ochrony zdrowia.

W Polsce wciąż brak jest rozporządzenia określającego standardy wykonywania medycznych czynności ratunkowych w fazie przedszpitalnej choć istnieje do tego delegacja zawarta w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym. W związku z tym, ratownicy medyczni i pielęgniarki ratunkowe w praktyce przedszpitalnej kierują się wytycznymi opracowanymi przez międzynarodowe organizacje naukowe w tym przede wszystkim Europejską Radę Resuscytacji (ERC). Zgodnie z aktualnymi wytycznymi ERC, udzielając pomocy pacjentowi z zatrzymaniem krążenia należy położyć szczególny nacisk na wysoką jakość uciśnięć klatki piersiowej oraz minimalizację przerw pomiędzy kolejnymi seriami uciśnięć, co ma bezpośredni wpływ na zwiększenie przeżywalności pacjentów. O ile w Polsce niewiele jest badań dotyczących jakości resuscytacji przedszpitalnej, o tyle w innych

państwach Europy takich jak np. Wielka Brytania coraz częściej podejmuje się tę problematykę. Na szczególną uwagę zasługuje badanie dr Richarda Lyona przeprowadzone w pogotowiu ratunkowym w Edynburgu. Jak wykazano, jakość prowadzonej resuscytacji (w jej kluczowym elemencie czyli uciśnięciach klatki piersiowej) w zespole dwuosobowym jest nawet o 60% niższa niż w zespole trzyosobowym. Wysoka jakość resuscytacji przedszpitalnej ma bezpośredni wpływ na zwiększone szanse pacjenta na przeżycie i powrót do pełnego zdrowia. Analogicznie sytuacja kształtuje się, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentem np. opiekę poresuscytacyjną stanowiącą istotne ogniwo tzw. łańcucha przeżycia. W czasie transportu do szpitala, w zespole dwuosobowym wszelkie medyczne czynności przy poszkodowanym może wykonywać tylko jeden ratownik, gdyż drugi zajęty jest prowadzeniem ambulansu.

W zabezpieczeniu pacjenta z urazem stosuje się aktualną wiedzę medyczną zawartą w międzynarodowych wytycznych, w tym przede wszystkim International Trauma Life Support (ITLS). W przypadku postępowania z pacjentem urazowym, w tym w szczególności poszkodowanym z urazem wielonarządowym, czas stanowi jedno z kluczowych kryteriów determinujących szanse pacjenta na przeżycie. Zadaniem ratowników medycznych i pielęgniarek ratunkowych, udzielających pomocy pacjentowi po urazie (np. w wypadku komunikacyjnym) jest ocena wstępna, zebranie wywiadu, badanie urazowe mające na celu identyfikację bezpośrednich stanów zagrożenia życia (w szczególności zaburzeń oddychania i krwotoków) oraz przygotowanie pacjenta, w jak najkrótszym czasie do transportu do szpitala. Wszystkie te czynności powinny być wykonywane z jednoczesową ciągłą stabilizacją kręgosłupa. Wytyczne ITLS jednoznacznie określają, że do prawidłowego wykonania powyższych procedur potrzebnych jest trzech, a nie dwóch ratowników. Wykonywanie tych procedur w zespole dwuosobowym może wydłużyć czas potrzebny do prawidłowego zabezpieczenia pacjenta i przekazania go do szpitala oraz narazić na wtórne urazy kręgosłupa. Należy zatem jednoznacznie stwierdzić, iż brak trzeciej osoby w zespole ratunkowym prowadzi do pogorszenia rokowań pacjentów urazowych.

Zabezpieczenie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, po nadużyciu substancji psychoaktywnych oraz z zespołami odstawiennymi wymaga sprawnego współdziałania co najmniej trzyosobowego zespołu ratownictwa medycznego, z czego dwie osoby zajmują się bezpośrednio pacjentem, a trzecia przygotowuje leki uspokajające, wzywa dodatkową pomoc, kieruje pojazdem. Z uwagi na niebezpieczeństwo jakie może stwarzać dla siebie lub innych osób pacjent z zaburzeniami psychicznymi, zespół ratownictwa medycznego przybyły na miejsce zdarzenia zmuszony jest do podjęcia natychmiastowych działań. W przypadku

konieczności pilnego zastosowania przymusu bezpośredniego brak jest możliwości oczekiwania na pomoc dodatkowego zespołu, bądź policji. Mając na uwadze częstotliwość wezwań zespołów ratownictwa medycznego do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, specyfikę podejmowanych działań oraz konieczność spełnienia standardów określonych w ustawie o Ochronie Zdrowia Psychicznego stwierdzić należy, iż tylko trzyosobowy skład zespołu ratownictwa medycznego daje gwarancje optymalnego postępowania w tego rodzaju interwencjach.

Jednym z kluczowych elementów akcji ratunkowej jest transport pacjentów z miejsca zdarzenia do ambulansu. Transport ten jest wykonywany najczęściej z użyciem noszy, deski ortopedycznej lub krzeselka kardiologicznego i odbywa się nierzadko na znaczne odległości po trudnym terenie i wąskich klatkach schodowych. Dodatkowo zespół ratownictwa obciążony jest niezbędnym sprzętem takim jak butle tlenowe, plecaki medyczne, defibrylator itp. Dopuszczalne normy przenoszonych ciężarów określa jednoznacznie rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych. Z zawartych w nim przepisów wynika iż maksymalny ciężar pacjenta transportowanego przez zespół dwuosobowy wraz z niesionym sprzętem nie powinien przekraczać 50 – 55 kg. W praktyce oznacza to, że większość pacjentów nie powinna być w ogóle transportowana przez zespół dwuosobowy. Taki stan rzeczy powoduje, iż często konieczne jest angażowanie dodatkowych sił i środków np. kolejnego zespołu ratownictwa medycznego wyłącznie w celu pomocy przy przeniesieniu pacjenta. Wiąże się to nie tylko z dodatkowymi kosztami ale również z niepotrzebnym blokowaniem aktywności wolnego zespołu wyjazdowego. Dopuszczalne limity przenoszonych ciężarów zawarte w powyższym rozporządzeniu są jeszcze bardziej rygorystyczne dla kobiet, co w praktyce oznacza, że są one często wykluczane z pracy w zespołach dwuosobowych. Przeciążenie kręgosłupa każdego ratownika podczas przenoszenia pacjenta w zespole dwuosobowym znacznie się zwiększa i może prowadzić do urazów. Są one zagrożeniem zdrowia oraz nierzadko powodują długotrwałą nieobecność ratownika w pracy, co stanowi również obciążenie dla budżetu państwa. W ostatnich latach we Wrocławskim Pogotowiu Ratunkowym przeprowadzono badania dotyczące oceny ryzyka zawodowego w pracy ratownika medycznego. Wyniki dają możliwość jednoznacznej oceny, iż: „Istotną grupą zgłaszanych wypadków przy pracy są urazy doznawane w trakcie ręcznego transportu pacjentów. W dużej mierze są to nadwyrężenia układu mięśniowego i kostnowstawowego. Urazy narządu ruchu niosą za sobą niebezpieczeństwo wystąpienia odległych

skutków w postaci chorób zwyrodnieniowych kręgosłupa. Często wiążą się z długotrwałą absencją chorobową”. Warto dodać, iż zgodnie z danymi zawartymi ww. badaniu od 2005 r. do 2010 r. ilość urazów w trakcie ręcznego transportu pacjenta wzrosła aż o ponad 400%! Ograniczenie liczby ratowników zwiększa obciążenie układu ruchu pracownika, tym samym zwiększa prawdopodobieństwo rozwinięcia się chorób przewlekłych, a w przyszłości niezdolności do pracy. Kilka lat temu zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia w stanowisku skierowanym do Polskiej Rady Ratowników Medycznych stwierdził, że „ponieważ ratownicy medyczni przenoszą ciężary, których masa nie może być zmniejszona, jedynym sposobem zmniejszenia ryzyka przeciążenia jest zwiększenie liczebności zespołu, w związku z powyższym należy rozważyć potrzebę zmian w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym”. Z kolei z odpowiedzi Ministra Zdrowia na interpelację w sprawie zwiększenia standardów dotyczących składów osobowych zespołów wyjazdowych ratownictwa medycznego w karetkach specjalistycznych i podstawowych, wynika iż środki finansowe pozwalają dysponentom „na dostosowanie składu zespołów do rzeczywistych potrzeb, w tym poprzez zwiększenie w razie potrzeby obsady zespołu o dodatkową osobę uprawnioną do wykonywania medycznych czynności ratunkowych”. Niestety rozbieżności między deklaracjami przedstawicieli rządu a praktyką w tym zakresie pozostają do chwili obecnej.

Środowisko medyczne od dłuższego czasu zwraca uwagę na istotne wady i zagrożenia jakie niesie ze sobą wprowadzanie dwuosobowych zespołów ratownictwa medycznego. Negatywną opinię w tym temacie wyrazili m.in. konsultanci wojewódzcy oraz konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego. Na konieczność zmian w tej kwestii nieustannie zwracają uwagę również ratownicy medyczni odwołując się już nie tylko do własnych doświadczeń, ale także do źródeł naukowych oraz rozwiązań prawnych potwierdzających podnoszone przez nich argumenty. Zgodnie ze stanowiskiem Społecznego Komitetu Ratowników Medycznych, istnieją wyraźne zależności pomiędzy liczebnością personelu medycznego w ambulansie a jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych, bezpieczeństwem pacjentów oraz członków zespołu ratownictwa medycznego. W polskim systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego brak jest formuły „randez-vous”, funkcjonującej w wielu zagranicznych systemach, która dla pierwszego dwuosobowego zespołu ratownictwa na miejscu zdarzenia zapewnia dodatkowe wsparcie personelu medycznego. Działanie w zespole dwuosobowym może powodować konieczność postępowania niezgodnego z przyjętymi wytycznymi, a więc działania spełniającego

znamiona błędu medycznego, co może rodzić roszczenia ze strony pacjentów nie tylko pod adresem ratowników medycznych i pielęgniarek ratunkowych, ale również dysponentów czy nawet Skarbu Państwa.

W dążeniu do poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego obywateli oraz zapewnienia optymalnych warunków do wykonywania zawodów ratownika medycznego i pielęgniarki ratunkowej proponujemy projekt ustawy mający na celu zaprzestanie redukcji składu zespołów ratownictwa medycznego i wprowadzenie w całym kraju jednolitego modelu trzyosobowych zespołów ratownictwa medycznego. Zmiana ta jest tym bardziej uzasadniona, gdyż takie rozwiązanie prawne istniało przed 1 stycznia 2007 r. na mocy art. 3 pkt 12 ustawy z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

Projekt ustawy wywołuje pozytywne skutki społeczne.

Projekt ustawy nie obciąża budżetu państwa ani budżetów jednostek samorządu terytorialnego.

Projekt ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Warszawa, 13 lutego 2019 r.

BAS-WAPM-261/19

Pan  
Marek Kuchciński  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

### **Opinia**

**w sprawie zgodności z prawem Unii Europejskiej poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (przedstawiciel wnioskodawcy: poseł Krystian Jarubas)**

Na podstawie art. 34 ust. 9 uchwały Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 30 lipca 1992 roku – Regulamin Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej (Monitor Polski z 2012 r. poz. 32, ze zmianami) sporządza się następującą opinię:

#### **1. Przedmiot projektu ustawy**

Projekt ustawy zakłada zmianę art. 36 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, ze zmianami). Zmiany dotyczą składu zespołów podstawowych i specjalistycznych ratownictwa medycznego, które – zgodnie z projektem – powinny być co najmniej trzyosobowe.

Proponowana ustawa ma wejść w życie z dniem 1 lipca 2019 r.

#### **2. Stan prawa Unii Europejskiej w materii objętej projektem**

Kwestie będące przedmiotem projektu ustawy nie są regulowane prawem UE.

#### **3. Analiza przepisów projektu pod kątem ustalonego stanu prawa Unii Europejskiej**

Przepisy projektu nie należą do materii regulacji prawa Unii Europejskiej.



#### **4. Konkluzja**

Przedmiot projektu ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Akceptował:  
Wicedyrektor  
Biura Analiz Sejmowych

*Sobolewski*

Przemysław Sobolewski

Warszawa, 13 lutego 2019 r.

BAS-WAPM-262/19

Pan  
Marek Kuchciński  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

### Opinia

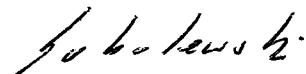
**w sprawie stwierdzenia – w trybie art. 95a ust. 3 regulaminu Sejmu – czy poselski projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (przedstawiciel wnioskodawcy: poseł Krystian Jarubas) jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej**

Projekt ustawy zakłada zmianę art. 36 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym r. (Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, ze zmianami). Zmiany dotyczą składu zespołów podstawowych i specjalistycznych ratownictwa medycznego, które – zgodnie z projektem – powinny być co najmniej trzyosobowe.

Przedmiot projektu ustawy nie jest objęty prawem Unii Europejskiej. Projekt ustawy nie zawiera przepisów mających na celu wykonanie prawa UE.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym **nie jest projektem ustawy wykonującej prawo Unii Europejskiej.**

Akceptował:  
Wicedyrektor  
Biura Analiz Sejmowych



Przemysław Sobolewski