



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

KSS.430.5.2026

Nr ewid. 102/2025/P/25/042/KZD

Informacja o wynikach kontroli

SYSTEM RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

p.o. Dyrektora Departamentu Spraw
Społecznych

Konrad Kostępski

/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Sylweryusz Królak

/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Mariusz Haładyj

/podpisano elektronicznie/

Warszawa, czerwiec 2026 r.

Najwyższa Izba Kontroli

ul. Filtrowa 57

02-056 Warszawa

+48 22 444 50 00

nik@nik.gov.pl

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ.....	4
1. Wprowadzenie	6
2. Ocena ogólna	8
3. Synteza	10
4. Wnioski	18
5. Ważniejsze wyniki kontroli	20
5.1. Planowanie i organizacja systemu PRM	20
5.2. Nadzór nad systemem PRM.....	37
5.3. Organizacja i funkcjonowanie dyspozytorni medycznych.....	41
5.4. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych	48
5.5. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego	71
5.6. Funkcjonowanie Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM	95
5.7. Działalność dydaktyczna w obszarze ratownictwa medycznego.....	104
6. Załączniki	108
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	108
6.2. Analiza stanu prawnego	112
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	127
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	130

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

CPR	Centrum Powiadamiania Ratunkowego
CU	centrum urazowe
BIP	Biuletyn Informacji Publicznej
HEMS	Helicopter Emergency Medical Service
KCMRM	Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego – komórka organizacyjna LPR
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
LZRM	lotniczy zespół ratownictwa medycznego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NiŚOZ	nocna i świąteczna opieka zdrowotna
OW NFZ	oddział wojewódzki NFZ
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
PRM	Państwowe Ratownictwo Medyczne
rozporządzenie ws. SOR	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1646)
rozporządzenie ws. SWD PRM	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (Dz. U. poz. 1310)
rozporządzenie ws. OWU	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2026 r. poz. 712, ze zm.)
rozporządzenie ws. pomieszczeń i urzędzeń	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402)
rozporządzenie ws. WPDS	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 1060) – obowiązywało do 18 sierpnia 2025 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2025 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. poz. 1057, ze zm.)
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

SEZOZ	System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia. System teleinformatyczny prowadzony przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w którym są gromadzone informacje o wyrobach medycznych i środkach ochrony osobistej posiadanych przez usługodawców (art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji o ochronie zdrowia (Dz.U. z 2026 r. poz. 208, ze zm.)
SOR	szpitalny oddział ratunkowy
TOPSOR	system zarządzający trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (art. 33a ustawy PRM)
triaż	segregacja medyczna. Proces, który pozwala na ustalenie priorytetów udzielania pomocy pacjentom w sytuacjach nagłych
ustawa PRM	ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141)
ustawa SPR	ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1354)
udl	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156)
uśoz	ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.)
WKRm	wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego
WPDS	wojewódzki plan działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne
zarządzenie 179/2020/DSM	zarządzenie nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 listopada 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne
ZRM	zespół ratownictwa medycznego
ZRM „P”	zespół ratownictwa medycznego podstawowy – art. 36 ust. 1 pkt 2 ustawy PRM
ZRM „S”	zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny – art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy PRM

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy system ratownictwa medycznego zapewniał sprawne podejmowanie działań medycznych wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

Czy organizacja systemu przez wojewodę zmierzała do zapewnienia wymaganych parametrów czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia oraz sprawne podejmowanie decyzji?

Czy wojewoda sprawował prawidłowy i rzetelny nadzór nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne?

Czy organizacja dyspozytorni medycznej odpowiadała wymaganiom i pozwalała na osiągnięcie parametrów czasu dysponowania ZRM?

Czy jednostka spełniała warunki udzielania świadczeń zdrowotnych?

Czy osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego uzyskały pomoc medyczną?

Czy LPR prawidłowo i rzetelnie realizował zadania związane z funkcjonowaniem SWD PRM?

Od ponad ćwierć wieku podejmowane są działania mające na celu stworzenie w Polsce efektywnego systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM) niosącego pomoc osobom będącym w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z tej perspektywy istotne są założenia, w oparciu o które budowano ten system. W dokumencie programowym przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia *Zintegrowane Ratownictwo Medyczne. Plan budowy spójnego systemu ratownictwa medycznego* argumentowano potrzebę stworzenia systemu pomocy, dostrzegając i podkreślając wyzwania związane z postępowaniem cywilizacyjnym, wzrostem liczby wypadków, nadumieralnością z powodu chorób krążenia oraz coraz częściej występującymi wypadkami o charakterze masowym. Główną ideą tego dokumentu było osiągnięcie integracji różnych podmiotów ratownictwa w jeden system mający wspólną sieć łączności i procedury ratownicze, a także kompatybilny sprzęt medyczny oraz postępowanie, które miało zapewnić poszkodowanemu dotarcie do szpitalnego oddziału ratunkowego w czasie nie dłuższym niż 30–40 minut. Założono tworzenie standardowo wyposażonych oddziałów ratunkowych w szpitalach przy uwzględnieniu, że na populację 100–300 tysięcy osób powinien przypadać jeden taki ośrodek. Założenia dotyczące alokacji ambulansów miały pozwolić osiągnąć czas dotarcia do osób w stanie zagrożenia życia, który maksymalnie miał nie przekraczać 20 minut w aglomeracji miejskiej (30 minut poza aglomeracją miejską), zaś mediana czasu dotarcia w skali każdego miesiąca miała nie przekroczyć 8 minut w aglomeracji miejskiej i 15 minut poza nią.

W pierwszej kolejności zamierzano utworzyć 700 zespołów ratownictwa medycznego, 250 szpitalnych oddziałów ratunkowych, 250 centrów powiadamiania ratunkowego oraz Lotnicze Pogotowie Ratunkowe z 15 bazami. Elementem tego planu było opracowanie przez wojewodów Wojewódzkich Planów Zabezpieczenia Ratunkowego, w których miały zostać określone ilości i lokalizacje jednostek systemu.

Regulacje prawne tworzące podwaliny systemu, tj. ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹ i ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego², pozwoliły na pewną integrację działań zakładów opieki zdrowotnej zajmujących się ratownictwem medycznym (tj. pogotowie ratunkowe, zespoły ratownictwa medycznego i szpitalne oddziały ratunkowe).

¹ Dz. U. z 2001 r. poz. 1207, ze zm. Ustawa obowiązywała od 1 stycznia 2003 r. do 1 stycznia 2007 r.

² Dz. U. z 2002 r. poz. 2073, ze zm. Ustawa obowiązywała od 1 stycznia 2003 r. do 1 stycznia 2007 r.

Czy LPR rzetelnie i prawidłowo prowadziło działalność dydaktyczną?

Czy Minister Zdrowia sprawował zgodny z prawem i rzetelny nadzór nad systemem PRM?

Czy Minister Zdrowia rzetelnie planował i rozliczał środki dla LPR oraz zasadnie finansował inwestycje w systemie PRM?

Jednostki

kontrolowane

- Ministerstwo Zdrowia
- Pięć urzędów wojewódzkich
- Lotnicze Pogotowie Ratunkowe
- 10 szpitali prowadzących SOR
- Pięciu dysponentów ZRM

Okres objęty kontrolą

1 stycznia 2023 r. –
–1 września 2025 r.

Ustawodawca, mając na celu usprawnienie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, uchwalił ustawę PRM, która rozpoczęła obowiązywanie od 1 stycznia 2007 r. W uzasadnieniu do tej ustawy zostało podkreślone, że przyjęcie norm prawnych ma zapewnić każdej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego możliwość zgłoszenia i przyjęcia przez odpowiednie służby wezwania, niezwłocznego przybycia na miejsce zdarzenia właściwych jednostek systemu, niezwłoczne przewiezienie i przyjęcie do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego świadczeń zdrowotnych we właściwym zakresie³. Ustawa PRM określająca zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu PRM była wielokrotnie zmieniana – do końca października 2025 r. została zmieniona 45 razy.

Istniejący kształt systemu PRM znacząco odszedł od przedstawionych założeń, a liczba jednostek systemu cały czas rosła. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego⁴ na koniec 2024 r. w Polsce funkcjonowały 1664 zespoły ratownictwa medycznego, czyli ponad dwukrotnie więcej niż przewidywały założenia. Tylko w latach 2021–2024 zostało utworzonych 91 nowych ZRM. W tym samym czasie powstało 11 nowych SOR, których na koniec 2024 r. było 250. Oznacza to, że przeciętnie jeden SOR przypadał na ok. 150 tys. mieszkańców.

Mimo to ustalenia poprzedniej kontroli dotyczącej systemu PRM przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli⁵ wykazały występowanie takich problemów jak: brak lekarzy medycyny ratunkowej, zbyt długi czas oczekiwania na przyjazd zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) oraz nadmierne obciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych.

³ Druk sejmowy 853 procedowany w V kadencji Sejmu RP, dostęp: <https://orka.sejm.gov.pl/Druki5ka.nsf/wgdruku/853>.

⁴ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/pomoc-dorazna-i-ratownictwo-medyczne-w-2024-r-,14,9.html>.

⁵ NIK przeprowadziła w latach 2019 – 2020 kontrolę P/19/105 „Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego”.

2. OCENA OGÓLNA

System ratownictwa medycznego zapewniał doraźną pomoc medyczną, jednak nie osiągnął oczekiwanych warunków funkcjonowania

System ratownictwa medycznego zapewniał doraźną pomoc medyczną pacjentom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez bieżące przyjmowanie zgłoszeń, udzielenie pomocy na miejscu zdarzenia, a także przewiezienie pacjentów do szpitalnych oddziałów ratunkowych i kontynuację leczenia.

W ocenie NIK w funkcjonowaniu systemu ratownictwa medycznego występowały jednak zjawiska, które negatywnie wpływały na jego sprawność i bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów.

Przede wszystkim system ratownictwa medycznego mierzył się z niedostatkami lekarzy systemu, skutkiem czego niektóre zespoły, formalnie specjalistyczne, funkcjonowały bardzo często bez lekarzy. Innym następstwem tego stanu były przypadki świadczenia pracy przez lekarzy przez długi czas lub bez wymaganego odpoczynku. Niezmiennie negatywnie NIK ocenia zjawisko faktycznego omijania norm czasu pracy personelu medycznego poprzez zlecanie mu świadczenia pracy na podstawie umów cywilnych. Tymczasem fizyczne i intelektualne możliwości świadczenia pracy nie zmieniają się w zależności od rodzaju stosunku prawnego łączącego pracownika z pracodawcą.

Szpitalne oddziały ratunkowe były przeciążone bowiem trafiały tam osoby, których stan zdrowia nie uzasadniał korzystania z pomocy doraźnej w tych oddziałach. Stanowiły one prawie połowę pacjentów, którym udzielono pomocy, a spośród pacjentów przewiezionych do SOR przez zespoły ratownictwa medycznego ponad sześciu na dziesięciu nie wymagało dalszej hospitalizacji. Analiza ruchu chorych w szpitalnych oddziałach ratunkowych wykazała, że największe natężenie przypadało na dni robocze w porze昼间. Oznacza to, że oddziały te stanowiły alternatywę dla ograniczonej dostępności świadczeń, które powinny być udzielone w opiece ambulatoryjnej.

Ponadto niezadowolające były działania wojewodów zmierzające do zapewnienia oczekiwanych parametrów czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Pomimo blisko 25 lat funkcjonowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w każdym z województw objętych kontrolą stwierdzono występowanie obszarów gmin, dla których w ponad połowie wyjazdów zespoły ratownictwa medycznego przekraczały maksymalny czas dotarcia, a w niektórych przypadkach było to nawet dziewięć na dziesięć wyjazdów. W każdym z województw objętych kontrolą przekraczane były również oczekiwane parametry czasu zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego i ich wyjazdu. Żaden ze skontrolowanych

województw nie zapewnił wymaganej obsady stanowisk dyspozytorów medycznych.

Pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, NIK ocenia zapewnienie zasobów rzeczowych systemu. Ambulanse, śmigłowce oraz szpitalne oddziały ratunkowe były wyposażone w wymaganą aparaturę i sprzęt medyczny. Szpitalne oddziały ratunkowe zapewniały pacjentom dostęp do diagnostyki obrazowej i badań laboratoryjnych. Personel udzielający świadczeń w ramach systemu miał wymagane kwalifikacje. W toku kontroli u dwóch dysponentów stwierdzono jednak wyposażenie podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w leki, do których samodzielnego podawania nie byli uprawnieni zarówno ratownicy medyczni jak i pielęgniarki systemu.

W ocenie NIK niektóre zmiany przepisów w obszarze ratownictwa medycznego stanowiły doraźne dostosowanie prawa do problemów występujących w systemie. Świadczą o tym choćby zmiany przepisów rozszerzające pojęcie lekarza systemu na kolejne specjalności, a nawet na lekarzy dopiero odbywających szkolenie specjalizacyjne, wobec deficytów kadrowych. Podobna sytuacja dotyczyła odsuwania terminu wejścia w życie obowiązku dysponowania przez szpitalny oddział ratunkowy lądowiskiem dla śmigłowców. Wyłączono również możliwość nakładania przez NFZ kar umownych za brak lekarza w składzie specjalistycznego zespołu ratownictwa medycznego. Żadna z tych zmian nie zmierzała jednak do usunięcia przyczyn ich wprowadzenia.

3.SYNTeza

Aktualizacje WPDS nie były uzgadniane z niektórymi wymaganymi instytucjami	W okresie objętym kontrolą skontrolowane urzędy wojewódzkie sporządziły 42 aktualizacje WPDS. W procesie aktualizacji pomijano jednak niektóre instytucje, z którymi plany powinny być uzgodnione. Wynikało to z przyjęcia zasady, że nie poddaje się uzgodnieniu z nimi zmian, które ich nie dotyczą, co ograniczało możliwość zgłaszania przez nie uwag do projektu aktualizacji. [str. 20]
Minister Zdrowia terminowo zatwierdzał WPDS	Aktywność jednostek samorządu terytorialnego w uzgadnianiu i opiniowaniu WPDS nie była wysoka, częściej o zmianę WPDS występowali dysponenci ZRM. [str. 20]
Dane będące podstawą planowania nie zawsze aktualne i rzetelne	Minister Zdrowia zatwierdzał aktualizacje WPDS terminowo. W jednym przypadku nie zweryfikował jednak zastrzeżeń do aktualizacji zgłoszonych przez Marszałka Województwa Mazowieckiego. [str. 21] W dwóch WPDS wojewodowie zamieścili nieaktualne lub nierzetelne dane. [str. 22]
Brak doprecyzowania danych o łóżkach niezbędnych dla ratownictwa medycznego	Z drugiej strony kontrola wykazała, że aż siedem z 10 skontrolowanych szpitali przekazało wojewodom do wykorzystania w WPDS nierzetelne informacje o liczbie zaopatrzonych pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, liczbie innych pacjentów lub liczbie zgonów na SOR. W jednym przypadku szpital w ogóle nie przekazał wojewodzie aktualnych danych. Było to następstwem wykorzystanych metod pozyskania tych danych. [str. 23]
Dwóch wojewodów określiło harmonogramy pracy wyspecjalizowanych oddziałów	Ponadto stwierdzono, że nie istniały wskazówki, jakie dane powinny znajdować się w części WPDS dotyczącej liczby łóżek w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W WPDS wskazywano najczęściej dane z RPWDL, pomijając, że liczbę takich łóżek ma obowiązek określić kierownik podmiotu leczniczego. Tymczasem to właśnie informacja o liczbie łóżek określona przez kierownika podmiotu leczniczego jest użyteczna dla WKRM, dyspozytorów medycznych i kierowników ZRM. [str. 22]
Przekraczanie wymaganego czasu zadysponowania ZRM	Dwóch wojewodów skorzystało z możliwości określenia harmonogramów funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. W województwie mazowieckim dotyczyły one psychiatrii, laryngologii i okulistyki, a w województwie zachodniopomorskim oddziałów okulistycznych. [str. 24] Kontrola wykazała, że zakładane w ustawie PRM parametry dla działania systemu nie były osiągane. W każdej z dyspozytorni medycznych czas zadysponowania ZRM w kodzie pilności „1”, który powinien wynieść

nie więcej niż 30 sekund, został przekroczony dla ponad jednej czwartej wezwań. Tymczasem skuteczność pomocy medycznej w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego uzależniona jest w dużej mierze od szybkości jej udzielenia. Najczęściej wskazywaną przyczyną opóźnień była niedostępność wolnych ZRM. [str. 44]

**Przekroczenia czasu
wyjazdu ZRM**

U wszystkich dysponentów stwierdzono niedotrzymanie wymaganych parametrów czasu wyjazdu ZRM od momentu otrzymania zlecenia. W przypadku otrzymania zlecenia wyjazdu w kodzie pilności „1” ZRM powinien wyjechać w czasie nie dłuższym niż 60 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego. Natomiast w przypadku pozostałych zleceń nie dłużej niż 180 sekund. Skala przekroczeń była jednak zróżnicowana. [str. 89]

**Większość ZRM
nie osiągała
parametrów
czasu dotarcia**

Jednocześnie nie wszyscy wojewodowie podejmowali efektywne działania zmierzające do zapewnienia oczekiwanych parametrów czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia, mimo zwiększenia liczby ZRM we wszystkich województwach objętych kontrolą. W 2024 r., ostatnim pełnym roku okresu objętego kontrolą, tylko nieliczne ZRM osiągnęły oczekiwaną wartość mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. [str. 27]

**Wzrost liczby ZRM
„P” przy spadku
liczby ZRM „S”**

Wspomniany wzrost liczby ZRM dotyczył jednak wyłącznie ZRM „P”, natomiast liczba ZRM „S” spadła w trzech województwach, a nie zmieniła się w dwóch. W województwach tych, w okresie objętym kontrolą, udział ZRM „S” w łącznej liczbie ZRM zmniejszył się z 16,9% do 13,5%. [str. 26]

**Nierówny dostęp
do świadczeń z
zakresu ratownictwa
medycznego**

Mimo wzrostu ogólnej liczby ZRM, mieszkańcom województw objętych kontrolą nie zapewniono równego dostępu do świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego. We wszystkich objętych kontrolą województwach występowały obszary, dla których w ponad połowie wyjazdów ZRM przekraczany był maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia, a w trzech z tych województw występowały obszary, gdzie takich wyjazdów było nawet dziewięć na dziesięć. [str. 28]

Zwiększenie liczby ZRM nie zawsze wiązało się bowiem z utworzeniem nowego miejsca stacjonowania ZRM, co istotnie ograniczało efekty utworzenia nowego zasobu systemu PRM. Znaczącym wyjątkiem były tu województwa lubelskie i kujawsko-pomorskie. [str. 35]

**W ZRM „S”
brakowało lekarzy**

Spadek liczby ZRM „S” korespondował z chronicznymi brakami w nich lekarzy systemu, które szczególnie dotknęły czterech z pięciu dysponentów. W przypadku dwóch dysponentów łączny czas braku lekarzy w ZRM „S” przekraczał 25% ich planowanej liczby godzin dyżurów. [str. 85]

Temu zjawisku nie zapobiegło nawet znaczące poszerzenie katalogu specjalistów, którzy są uznawani za lekarzy systemu, w stosunku do pierwotnej wersji ustawy. [str. 54] Lekarze specjaliści medycyny ratunkowej stanowili 24,0% wszystkich lekarzy zgłoszonych jako personel ZRM. [str. 64]

Wszyscy dysponenti podnosili problemy z pozyskaniem lekarzy gotowych podjąć pracę w ZRM.

**Wymagania dotyczące
pomieszczeń SOR
nie wszędzie
były spełniane**

Lokalizacja SOR odpowiadała wymaganiom, jednak w trzech szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące wymagań stawianych pomieszczeniom SOR. Najwięcej takich nieprawidłowości wystąpiło w PCM w Grójcu, z czego najpoważniejsza dotyczyła niezapewnienia prawidłowo funkcjonującej wentylacji w sali operacyjnej oraz w izolatce SOR. [str. 49] Pomimo, że pierwotnie od początku 2022 r. wszystkie SOR miały dysponować lądowiskami dla śmigłowców HEMS, dwa ze skontrolowanych szpitali nadal ich nie posiadały. Było to możliwe, ze względu na kolejne prolongaty terminu dostosowania wprowadzane przez Ministra Zdrowia zmianami rozporządzenia ws. SOR. [str. 48]

Poddane oględzinom miejsca stacjonowania ZRM spełniały wymagania, choć u dwóch dysponentów produkty lecznicze zawierające substancje psychotropowe były przechowywane w niewłaściwych warunkach. [str. 58] W dwóch poddanych oględzinom bazach HEMS nie stwierdzono nieprawidłowości. [str. 67]

**Wypożyczenie
lub oznakowanie
specjalistycznych
środków transportu
sanitarnego
nie zawsze zgodne
z wymogami**

Oględziny łącznie 10 ambulansów, u dwóch z pięciu dysponentów wykazały nieprawidłowości związane z brakiem wymaganych wyrobów oraz nieprawidłowym oznakowaniem pojazdów. [str. 59] Z kolei w śmigłowcu LPR stwierdzono brak dwóch elementów wyposażenia. [str. 68] Natomiast w dwóch, z dziesięciu SOR, zabrakło jednego oraz dwóch wymaganych wyrobów medycznych. [str. 50]

SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim, wbrew obowiązkowi wynikającemu z rozporządzenia ws. SWD PRM, nie wyposażała swoich ambulansów w drukarki. [str. 60]

**Przeglądy
wyrobów medycznych
nie zawsze na czas**

U jednego dysponenta stwierdzono pojedynczy przypadek opóźnienia w wykonaniu wymaganego przeglądu technicznego wyrobu medycznego. [str. 60] W przypadku szpitali prowadzących SOR sytuacje takie stwierdzono w czterech z nich, choć i w tym przypadku skala nie była duża (najwięcej, tj. sześć przeglądów z opóźnieniem na 32 wyroby poddane badaniu w WSW w Gorzowie Wielkopolskim). [str. 50] Wszystkie wyroby medyczne znajdujące się na wyposażeniu śmigłowca LZRM miały aktualne przeglądy. [str. 68]

**Nieprzekazywanie
informacji do SEZOZ**

Tylko jeden z podmiotów leczniczych objętych kontrolą (Nowodworskie Centrum Medyczne) prawidłowo i rzetelnie realizował obowiązki

przekazywania informacji o posiadanych wyrobach medycznych do SEZOZ. Dwa szpitale w ogóle nie przekazały do SEZOZ wymaganych informacji o wyrobach medycznych użytkowanych w SOR, w siedmiu pozostałych podmiotach część informacji była albo nieprzekazana, albo niezaktualizowana. [str. 51] Natomiast żaden z dysponentów ZRM, w tym LPR, nie przekazywał wymaganych informacji do SEZOZ przed podjęciem czynności kontrolnych przez NIK. [str. 60, 68]

Skala nieprawidłowości w tym zakresie wskazuje na niską wiarygodność danych zawartych w SEZOZ. Z drugiej strony fakt, że Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii MZ w trakcie trwania kontroli wystąpił do szpitali o przekazanie informacji o posiadanych wyrobach medycznych w formie zestawienia za pośrednictwem poczty elektronicznej, stawia pod znakiem zapytania w ogóle celowość funkcjonowania SEZOZ. [str. 52]

**Brak normy
określającej
minimalne
wyposażenie
ambulansów w leki**

U dwóch dysponentów stwierdzono, że obsady ZRM „P” nie dysponowały wszystkimi lekami, do których podawania uprawnieni są ratownicy medyczni lub pielęgniarki systemu. Analiza zagadnienia wykazała, że w systemie prawnym nie ma normy wskazującej minimalne wyposażenie ambulansów w leki. W tej sytuacji o wyposażeniu ambulansu samodzielnie decyduje dysponent. [str. 61]

**Wyposażenie ZRM „P”
w leki, do których
samodzielnego
podawania nie byli
uprawnieni jego
członkowie**

Jednocześnie u dwóch dysponentów stwierdzono, że na wyposażeniu ZRM „P” znajdowały się leki, które nie mogły być samodzielnie podawane przez ratownika medycznego lub pielęgniarkę systemu. Mimo to w WSPR w Bydgoszczy członkowie ZRM „P” podawali pacjentom takie leki, a kierownictwo jednostki uznało, że służyło to zapewnieniu pacjentom opieki na właściwym poziomie. U dwóch dysponentów stwierdzono również po jednym produkcie leczniczym z przekroczoną datą ważności. Ponadto w jednym z ambulansów znajdowała się butla z tlenem medycznym z przekroczoną datą ważności aż o 162 dni [str. 63]

**Szpitale zapewniły
dostępność badań
diagnostycznych**

Stosownie do wymagań objęte kontrolą szpitale zapewniły dostępność do badań laboratoryjnych oraz diagnostyki obrazowej. Stwierdzono jeden przypadek niedostępności diagnostyki obrazowej przez 28 dni. W jednym ze szpitali w wykonywaniu badań tomografii komputerowej nie uczestniczył lekarz specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej. Dostępność badań gastrokopii i bronchoskopii zapewniano poprzez całodobowy dyżuru pracowni, wsparcie przez lekarzy dyżurujących na innych oddziałach szpitali, mających umiejętności do przeprowadzania badań, czy dyżur telefoniczny. W części szpitali badania takie dla pacjentów SOR były wykonywane stosunkowo rzadko. [str. 56]

**Obsada dyżurów
w SOR była
wystarczająca**

Kontrola NIK nie stwierdziła nieprawidłowości w zakresie wymaganej obsady dyżurów w SOR w ośmiu skontrolowanych szpitalach. SPZOZ w Choszczynie nie zapewniał wymaganej obsady w niektóre dni objęte badaniem. Z kolei w Nowodworskim Centrum Medycznym nie

prowadzono ewidencji czasu pracy lekarzy, pozwalającej zweryfikować obsadę SOR, mimo że szpital dysponował narzędziami do jej prowadzenia w systemie teleinformatycznym. [str.72]

Personel SOR spełniał wymagania z wyjątkiem niektórych lekarzy kierujących oddziałami

Osoby stanowiące personel SOR, ZRM oraz LZRM miały wymagane kwalifikacje. Wyjątkiem były przypadki lekarzy kierujących SOR – w trzech szpitalach stwierdzono, że w części okresu objętego kontrolą obowiązki te wykonywały osoby niespełniające wymagań. Wynikało to z trudności w zatrudnieniu personelu spełniającego wymagania. [str. 55] Lekarze specjaliści medycyny ratunkowej stanowili jednak zaledwie 3,4% wszystkich lekarzy zgłoszonych jako personel SOR. [str. 53]

Personel ZRM spełniał wymagania

Wszyscy członkowie ZRM spełniali wymagania dla lekarzy i pielęgniarek systemu oraz ratowników medycznych. Również w przypadku kierowców ambulansów i pilotów śmigłowców LPR potwierdzono spełnianie warunków. [str.64, 69]

Brak wymaganych szkoleń lekarzy w LPR

Jednak w LPR ustalono, że 134 ze 137 lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w LZRM nie odbyło wymaganego Instrukcją operacyjną LPR szkolenia, w związku ze zmianą w wyposażeniu medycznym statku powietrznego, co było następstwem niedopatrzenia. [str. 70]

Długotrwała i nieprzerwana praca personelu medycznego

Niezmiennie problemem było świadczenie pracy ponad normy, które w ten sposób uzupełniało braki kadrowe rozbudowanego systemu PRM. W jednym ze szpitali wszyscy lekarze SOR, zatrudnieni na umowie o pracę, pracowali ponad dopuszczalny wymiar czasu pracy. [str. 86] Kontrola u dysponentów nie wykazała przekroczeń wymiaru czasu pracy osób zatrudnionych na umowę o pracę, ale też trzech z nich nie zatrudniało lekarzy na umowę o pracę. [str. 86]

W dziewięciu z dziesięciu szpitali stwierdzono przypadki udzielania świadczeń przez lekarzy nieprzerwanie ponad 24 godziny. Jeden z lekarzy udzielał świadczeń nieprzerwanie przez 144 godziny, co jest równe sześciu dobom. Inny lekarz w ciągu miesiąca udzielał świadczeń przez łącznie 392 godziny, co odpowiada 2,3 etatu. [str. 73]

Również u wszystkich dysponentów stwierdzono liczne przypadki świadczenia pracy ponad 24 godziny. Podobnie jak w szpitalach skrajny przypadek to świadczenie pracy przez 144 godziny. Przypadki długotrwałego świadczenia pracy dotyczyły również ratowników medycznych. W przypadku jednego z nich liczba godzin świadczenia pracy w czerwcu 2024 r. wyniosła aż 456 godzin, co oznacza w sumie 19 dni z 30 dni kalendarzowych tego miesiąca. [str. 86]

Tłumacząc takie sytuacje jednostki kontrolowane wskazywały z jednej strony na problemy z zapewnieniem wystarczającej liczby personelu, z drugiej na brak norm czasu pracy dla osób udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów innych niż umowa o pracę.

	Także w LPR stwierdzono przypadki świadczenia pracy przez lekarzy nieprzerwanie ponad 24 godziny, ale były one incydentalne, a organizacja pracy minimalizowała ryzyko wystąpienia takich sytuacji. [str. 95]
W wielu ZRM „S” nie było lekarzy	Nawet to nie pozwoliło jednak zapewnić wystarczającej obsady dla ZRM „S”. Jak wspomniano już wyżej u wszystkich dysponentów stwierdzono braki lekarzy w obsadzie tych ZRM. Największa skala wystąpiła w WPR w Szczecinie, gdzie lekarza nie zapewniono dla 86 tys. godz. zaplanowanych dyżurów ZRM „S”. Z drugiej strony w RSPR w Radomiu nie zapewniono lekarzy przez 396,5 godz. [str. 83]
NFZ nie mógł nakładać kar umownych za brak lekarza w ZRM „S”	W okresie zagrożenia epidemicznego ZRM mogły funkcjonować w mniejszej obsadzie. Po zniesieniu stanu zagrożenia epidemicznego Minister Zdrowia wyłączył możliwość naliczania kar umownych przez NFZ w przypadku braku lekarza w ZRM „S”, pod warunkiem zapewnienia w składzie tego zespołu co najmniej trzech osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. W następstwie kolejnych zmian, aż do 31 grudnia 2026 r. dysponenci mogą zapewniać niepełną obsadę ZRM „S” bez ponoszenia kosztów kar umownych. [str. 84]
Nierzetelne dane w TOPSOR	TOPSOR nie zapewniał rzetelnych danych o czasie obsługi pacjentów w SOR przez lekarzy – w 77,7% przypadków odnotowany w TOPSOR czas nie przekraczał jednej minuty. [str. 76] Tym samym ograniczał możliwość prowadzenia analiz, dla których został wprowadzony. Jednocześnie dla personelu stanowił on odrębny, niezintegrowany ze szpitalnymi, system teleinformatyczny, wymagający dodatkowej obsługi. A wobec braku powiązania z identyfikatorem pacjenta stosowanym w szpitalu system ten nie pozwalał na analizę poszczególnych przypadków. [str. 74] Przypisane w TOPSOR kategorie pilności wskazują, że tylko 6,2% pacjentów w SOR stanowiły osoby wymagające bardzo pilnego kontaktu z lekarzem. Za to blisko połowa pacjentów, którym w TOPSOR przypisano kategorię pilności, zaliczała się do grupy, która mogła być skierowana z SOR do podstawowej opieki zdrowotnej, w tym NiŚOZ (44,6%). Jednak z takiej możliwości personel SOR korzystał stosunkowo rzadko. [str. 78]
Nieokreślenie przez kierowników szpitali liczby łóżek w oddziałach dla pacjentów SOR oraz czasu na ich przyjęcie	Szpital, w którym działa SOR, powinien w razie potrzeby zapewnić kontynuację leczenia pacjenta na oddziałach lub w innym szpitalu. W tym celu kierownik szpitala powinien określić parametry czasu, w jakim lekarz SOR podejmuje decyzje o przyjęciu do SOR oraz o skierowaniu na inny oddział w celu kontynuacji leczenia. Kontrola wykazała, że w sześciu szpitalach takie parametry nie zostały określone, a w dwóch kolejnych obowiązywały tylko przez część okresu objętego kontrolą. Ponadto tylko dwóch kierowników szpitali wywiązało się z obowiązku ustalenia liczby łóżek na oddziałach zapewniających kontynuację leczenia. [str. 81]

Mniej niż połowa pacjentów przekazanych przez ZRM była hospitalizowana	Większość pacjentów w SOR stanowiły osoby, które same przybywały do szpitala. W skontrolowanych szpitalach tylko 29,4% pacjentów SOR zostało przekazanych przez ZRM, a spośród nich tylko 38,4% było następnie hospitalizowanych. [str. 82]
Wynik finansowy jednostek systemu	Kontrola wykazała, że przy zastosowaniu do ustalenia wyniku finansowego działań zaleceń standardu rachunku kosztów, działalność SOR nie musi przynosić szpitalowi straty. Spośród sześciu szpitali, które wdrożyły zalecenia dwa wykazały na działalności SOR zysk w całym okresie objętym kontrolą, a jeden za 2024 r. i pierwsze półrocze 2025 r. Co więcej również jeden ze szpitali, który nie wdrożył wszystkich zaleceń również wykazał na działalności SOR zysk w całym okresie objętym kontrolą. [str. 58] Także trzech z pięciu skontrolowanych dysponentów wykazało zysk na działalności ZRM. [str. 65]
Dyspozytornie medyczne zorganizowano prawidłowo	Dyspozytornie medyczne, które prowadzą wojewodowie, zostały zorganizowane i wyposażone prawidłowo. [str. 41] Osoby zatrudnione na stanowiskach WKRM i dyspozytorów medycznych spełniały wymagania. [str. 37, 41]
Niepełna obsada dyżurów w dyspozytorniach medycznych	Stwierdzone przerwy w obsadzie stanowisk WKRM wynikały najczęściej z nieprzewidzianych zdarzeń losowych, choć niektóre z tych przerw trwały nawet dwie doby. [str. 38] W każdej ze skontrolowanych dyspozytorni medycznych stwierdzono jednak, że w objętych analizą okresach występowały braki w obsadzie stanowisk dyspozytorskich, a w części dyspozytorni, w żadnym dniu objętym badaniem nie zapewniono wymaganej liczby osób. Braki te wynikały ze zdarzeń nieprzewidzianych lub problemami ze znalezieniem pracowników. [str. 42]
Równoległe funkcjonowanie numerów 999 i 112	Minister Zdrowia, pomimo przepisów nakazujących przekierowanie połączeń na numer ratunkowy 999 do numeru alarmowego 112, począwszy od 1 stycznia 2024 r., nie wydał wymaganej do tego opinii w przedmiocie gotowości CPR-ów do obsługi zgłoszeń alarmowych kierowanych na numer 999. Z końcem maja 2025 r. nastąpiło jednak usankcjonowanie takiego stanu i numer ratunkowy 999 funkcjonuje równoległe z numerem alarmowym 112. Dla uzasadnienia swojego postępowania, w korespondencji z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz w uzasadnieniu projektu ustawy znoszącej przywołany wyżej obowiązek, posługiwał się jednak danymi, których metodyka ustalenia była niejasna, a zdaniem NIK nie mogła stanowić podstawy dla rzetelnego wyboru wariantu kierowania wezwań. [str. 45]
Zapewnienie wsparcia psychologa dla dyspozytorów	Dyspozytorom medycznym zapewniono wsparcie psychologa, ale w Zachodniopomorskim UW psycholog nie miał wymaganego doświadczenia w momencie jego zatrudnienia. [str. 42]

Nie wszyscy
dyspozytorzy
medyczni odbyli kursy
uprawniające
w ustawowym
terminie

Nie wszyscy dyspozytorzy medyczni przedłożyli wojewodom zaświadczenia o ukończeniu kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego we wskazanym w ustawie terminie. [str. 41] Jedną z przyczyn takiego stanu był brak sprecyzowania przez Ministra Zdrowia obowiązków KCMRM w zakresie organizacji kursów. Zawarta umowa o udzielenie dotacji celowej nie zawierała bowiem żadnych wskaźników ilościowych i jakościowych zleconych zadań. [str. 96]

Skutkiem powyższej sytuacji była zmiana ustawy faktycznie uzgadniająca stan prawny ze stanem faktycznym poprzez uchylenie obowiązku ukończenia kursu uprawniającego dla dyspozytorów zatrudnionych przed 1 stycznia 2024 r. [str. 106]

KCMRM zapewnił za to wystarczającą liczbę miejsca na kursach uprawniających do pracy na stanowisku WKRM. [str. 42]

Niewielka liczba
kontroli jednostek
systemu PRM

W ramach nadzoru nad systemem PRM wojewodowie i Minister Zdrowia kontrolowali jednostki systemu, choć liczba kontroli nie była szczególnie duża. Najwięcej przeprowadził ich, w okresie objętym kontrolą, Mazowiecki UW – 51, ale 33 z nich dotyczyły jedynie spełnienia wymagań w zakresie instalacji urządzeń do obsługi systemu TOPSOR oraz działania tego systemu. [str. **Error! Reference source not found.**39]

Stwierdzono jeden przypadek postawienia podmiotów leczniczych w stan podwyższonej gotowości, w Lubuskim UW, lecz wydający decyzję WKRM nie miał stosownego upoważnienia wojewody. [str. 40]

Raporty SWD PRM
nie zawsze zawierały
poprawne dane

Zastosowane kryteria selekcji danych do raportu o czasie dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia, uzgodnione z Departamentem Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia, skutkowały pomijaniem w obliczeniach większej liczby rekordów niż wynikało to z normy ustawowej, a tym samym wpływało na wartości danych zawartych w WPDS. [str. 98] Stwierdzono nieprawidłowości w przypisaniu miejsca zdarzenia do kategorii miasta o liczbie ludności powyżej 10 tys. mieszkańców lub na odwrót. [str. 100]

SWD PRM pozwalał również na wprowadzenie nierealnych danych o wieku pacjenta. Najwyższa stwierdzona wartość wynosiła 966 lat. LPR zadeklarował wprowadzenie zmian w SWD PRM. [str. 101]

Upoważnienia
do przetwarzania
danych w SWD PRM
nie zawsze
były wydawane

Dwóch z pięciu dysponentów nie wywiązało się z obowiązków wydania pisemnych upoważnień do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM. Również w Ministerstwie Zdrowia stwierdzono nieprawidłowość w tym zakresie. [str. 102]

4. WNIOSKI

Najwyższa Izba Kontroli wnosi o:

Minister Zdrowia

1. Podjęcie kompleksowych działań zmierzających do zwiększenia zasobu kadrowego lekarzy systemu, w szczególności lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej w systemie PRM.

Kontrola wykazała dużą skalę braków lekarzy systemu w zespołach ratownictwa medycznego. Również udział lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej wśród lekarzy systemu był niezadowalający. Podnoszone przez świadczeniodawców problemy z ich pozyskaniem, wskazują na potrzebę podjęcia przez organy państwa kompleksowych działań zmierzających do zwiększenia tego zasobu kadrowego.

2. Wprowadzenie do wojewódzkich planów działania systemu liczby łóżek w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych do tych jednostek ze szpitalnego oddziału ratunkowego.

Dla sprawnego funkcjonowania systemu i zapewnienia obiegu służących temu informacji, zasadnym jest doprecyzowanie § 2 pkt 1 lit. g) rozporządzenia w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Ustalenia kontroli wykazały, że najczęściej prezentowane są dane o liczbie łóżek podanej w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. W ocenie NIK plany powinny zawierać informację o ustalonej przez kierownika podmiotu leczniczego liczbie łóżek w jednostkach organizacyjnych wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek ze szpitalnego oddziału ratunkowego.

3. Określenie minimalnego wyposażenia ambulansów w produkty lecznicze.

Analiza przepisów dotyczących wyposażenia ambulansów wykazała lukę w zakresie określenia minimalnego wyposażenia w leki. Mimo że zarządzenie Prezesa NFZ odsyła to przepisów prawa powszechnie obowiązującego, to taka norma prawna nie istnieje. W ocenie NIK zasadnym jest więc określenie receptariusza dla zespołów ratownictwa medycznego.

Wojewodowie

4. Uwzględnianie przy planowaniu rozmieszczenia ZRM prawa pacjentów do równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Kontrola wykazała istnienie znaczących dysproporcji w faktycznym dostępie do świadczeń ratownictwa medycznego. Ich przejawem było występowanie obszarów, dla których nawet w dziewięciu na dziesięć przypadków zespoły ratownictwa medycznego nie osiągały oczekiwanego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. Osoby zamieszkujące takie obszary miały więc istotnie niższą szansę na uzyskanie skutecznej pomocy medycznej w sytuacji nagłego zagrożenia zdrowotnego.

5. Zapewnienie wymaganej obsady stanowisk dyspozytorskich.

We wszystkich dyspozytorniach medycznych NIK stwierdziła braki w obsadzie stanowisk dyspozytorskich. Sytuacja ta wymaga podjęcia przez wojewodów skuteczniejszych działań dla uzupełnienia zatrudnienia.

Kierownicy szpitali prowadzących SOR

6. Określenie parametrów czasu na podjęcie decyzji przez lekarza SOR o przyjęciu na oddział i przeniesieniu na inny oddział w celu kontynuacji leczenia.

Organizacja pracy szpitalnych oddziałów ratunkowych powinna zapewniać dokonywanie oceny stanu zdrowia pacjenta oraz podejmowanie decyzji co do dalszego leczenia bez zbędnej zwłoki. Określenie powyższych parametrów, mające umocowanie w rozporządzeniu w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, powinno służyć selekcji pacjentów, ograniczać ich długotrwałe przebywanie na SOR, a tym samym zmniejszać obciążenie personelu takiego oddziału.

7. Ustalenie liczby łóżek szpitalnych w jednostkach wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego dla pacjentów przenoszonych z SOR.

Ustalenia kontroli wykazały, że kierownicy podmiotów leczniczych nie realizują tego obowiązku. Tymczasem szpitalny oddział ratunkowy powinien być tylko etapem procesu leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, który powinien być kontynuowany na odpowiednim oddziale specjalistycznym. Jednocześnie organizacja pracy oddziałów, na które są przenoszani pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych, powinna zapewniać możliwie szybkie przywrócenie dostępności w tych oddziałach łóżek dla takich pacjentów.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. PLANOWANIE I ORGANIZACJA SYSTEMU PRM

Aktualizowanie WPDS

Mniej niż połowa ZRM osiągała zakładane parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. Mimo, że we wszystkich województwach objętych kontrolą zwiększona została liczba ZRM. Dane wykorzystywane przy organizacji systemu ratownictwa medycznego nie zawsze były aktualne i rzetelne, a przy planowaniu rozmieszczenia miejsc stacjonowania nie wszyscy wojewodowie brali pod uwagę prawo pacjentów do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Sposób organizacji PRM na obszarze województwa określają WPDS, sporządzane przez wojewodów. WPDS sporządzone w objętych kontrolą urzędach wojewódzkich zawierały informacje wskazane w art. 21 ust. 3, 3c–4 ustawy PRM⁶. Plany są aktualizowane co najmniej raz w roku oraz w razie potrzeby. Każda aktualizacja planu podlega zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia.

Nieuzgadnianie aktualizacji WPDS

W okresie objętym kontrolą skontrolowane urzędy wojewódzkie sporządziły łącznie 42 aktualizacje WPDS, z czego najwięcej Lubelski UW⁷ – 13.

Jednak proces uzgadniania WPDS nie zawsze przebiegał prawidłowo. Nie wszystkie aktualizacje WPDS zostały bowiem uzgodnione z dyrektorem właściwego wojewódzkiego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz właściwym komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej, komendantem wojewódzkim Policji, komendantem oddziału Straży Granicznej i dyrektorem Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa. Zgodnie z art. 21 ust. 6 ustawy PRM projekt aktualizacji planu sporządza wojewoda i uzgadnia go z podmiotami, o których mowa w art. 21 ust. 5, tj. instytucjami wymienionymi wyżej. Tymczasem w urzędach wojewódzkich przyjęto interpretację, że uzgodnienie z wymienionymi instytucjami jest wymagane wyłącznie w przypadku zmiany w WPDS danych, które wymagają odrębnego uzgodnienia na podstawie art. 21 ust. 5 ustawy PRM. W urzędach wojewódzkich przyjęto, że skoro informacje te nie podlegają zmianie to nie ma zastosowania art. 21 ust. 6 ustawy PRM. Taka praktyka ograniczała możliwość zgłaszania uwag do projektu aktualizacji planu instytucjom i organom, których o projektowanych zmianach nie informowano.

Jst i dysponenci w uzgodnieniach WPDS

Uzgodniony z wymienionymi organami WPDS wojewodowie, stosownie do art. 21 ust. 7 ustawy PRM, przekazywali do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego.

⁶ Art. 21 ust. 4 ustawy PRM został uchylony z dniem 30 maja 2025 r.

⁷ Nazwy skrócone zawiera wykaz jednostek kontrolowanych na str. 110.

We wszystkich województwach jednostki samorządu terytorialnego składały wnioski o zmianę planu, choć ich liczba nie była duża. W okresie objętym kontrolą w żadnym urzędzie wojewódzkim liczba takich wniosków nie przekroczyła dziesięciu, co wskazuje na ograniczony udział jednostek samorządu terytorialnego w procesie tworzenia WPDS. Tymczasem należy pamiętać, że powiaty i województwa mają w tym zakresie obowiązki wynikające z odpowiednio art. 8 pkt 5 i art. 9 pkt 5 uósz, które stanowią, że do zadań tych jednostek należy podejmowanie działań wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych mieszkańców.

Zatwierdzanie WPDS przez Ministra Zdrowia

Wnioski o zmianę WPDS składali także kierownicy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, przy czym odnotowane w trakcie kontroli wnioski składali głównie kierownicy dysponentów ZRM, a dotyczyły one najczęściej zmiany ZRM „S” na ZRM „P”. Wnioski takie pochodziły również od organów będących podmiotami tworzącymi dla dysponentów ZRM. Jako uzasadnienie takich wniosków wskazywano brak lekarzy gotowych świadczyć pracę w ZRM. Nie wszystkie takie wnioski spotykały się z akceptacją wojewodów oraz Ministra Zdrowia.

W MZ szczegółowym badaniem objęto 14 aktualizacji WPDS zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia w okresie objętym kontrolą dla pięciu województw. Badanie wykazało, że wszystkie aktualizacje zostały przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi terminami. NIK stwierdziła jednak, że w przypadku aktualizacji nr 1(14) WPDS dla województwa mazowieckiego Minister Zdrowia nie podjął działań mających na celu weryfikację zastrzeżeń, wyrażonych w opinii Marszałka Województwa Mazowieckiego, dotyczących liczby stanowisk dyspozytorów medycznych w relacji do ilości osób przebywających na obszarze działania tej dyspozytorni. Marszałek wskazywał Wojewodzie Mazowieckiemu rozbieżność pomiędzy faktyczną liczbą osób zamieszkałych w rejonie operacyjnym 14/01, a liczbą mieszkańców wynikającą z danych GUS, która sięgała do ponad miliona osób dziennie, co skutkowało niedoborem stanowisk dyspozytorskich. Według stanowiska Marszałka Województwa Mazowieckiego w sytuacji, w której liczba stanowisk dyspozytorów medycznych jest ściśle związana z liczbą mieszkańców – z przyjętym kryterium jednego stanowiska dyspozytora na każde rozpoczęte 200 tys. mieszkańców⁸ – likwidacja jednego stanowiska w rejonie 14/01⁹ na rzecz utworzenia dwóch dodatkowych w innym może doprowadzić do eskalacji problemu niedoboru dyspozytorów. W związku z powyższym marszałek wnioskował o pozostawienie dotychczasowego obszaru rejonów operacyjnych 14/01 i 14/02, a tym samym takiej samej liczby stanowisk dyspozytorskich. Podjęte przez Ministra Zdrowia działania (zmiana w celu

⁸ Art. 21 ust. 3 pkt 10 lit. a tiret drugiej ustawy PRM.

⁹ Zgodnie z WPDS dla województwa mazowieckiego obejmuje obszar aglomeracji warszawskiej.

zachowania liczby stanowisk dyspozytorskich dla obszaru 14/01, ale z jednym działającym w trybie 12/24) nie wyczerpały dyspozycji zachowania należytej staranności w ramach procesu zatwierdzenia aktualizacji WPDS. Świadczyły o tym raporty dotyczące połączeń telefonicznych przekierowywanych w ramach zastępowalności dyspozytorni medycznych, z których wynikało, że w przypadku dyspozytorni DM07-01, obejmującej rejon operacyjny 14/01, udział takich połączeń wzrósł z 7,7% w 2023 r. do 15,4% w czerwcu 2025 r. Połączenia nieodebrane przez tę dyspozytornię były przekierowywane, zgodnie z planem zastępowalności, do kolejnych dyspozytorni.

**Nieaktualne dane
w WPDS
Liczba łóżek
w jednostkach
organizacyjnych
szpitali
wyspecjalizowanych
w zakresie udzielania
świadczeń
zdrowotnych
niezbędnych
dla ratownictwa
medycznego**

WPDS co do zasady zawierały wymagane informacje i tabele, niemniej stwierdzono w tym zakresie nieprawidłowości. W Mazowieckim UW w przypadku pierwszej aktualizacji Planu w 2024 r. (aktualizacja z 29 lutego 2024 r.) zamieszczono dane za 2022 r. zamiast za 2023 r., co tłumaczono tym, że przedmiotowa aktualizacja nie była aktualizacją „roczną”, obowiązkową, którą wojewoda miał obowiązek sporządzić do 30 marca każdego roku. W Kujawsko – Pomorskim UW z kolei stwierdzono podanie, niezgodnie ze stanem faktycznym, danych dotyczących zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia aktualizacji WPDS nr 12 i 16, wskazanie w tabeli nr 4 i nr 9 nieprawidłowej lokalizacji dyspozytorni medycznej, niewypełnienie lub nieprawidłowe wypełnienie tabeli nr 7 dotyczącej szpitalnych oddziałów ratunkowych w zakresie danych dotyczących lądowisk.

Szczegółowym badaniem objęto dane zawarte w tabeli 8 WPDS w zakresie wskazanej w nich liczby łóżek w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Zgodnie z treścią rozporządzenia ws. WPDS, w WPDS zamieszcza się informacje o liczbie i rozmieszczeniu (adresy) jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, z określeniem specjalności tych jednostek oraz liczby łóżek. Rozporządzenie ws. WPDS nie precyzowało ani kryteriów przypisania jednostce organizacyjnej szpitala kategorii „jednostka wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego”, ani jakie dane wskazana liczba łóżek ma reprezentować. Opierając się na funkcjonujących w ochronie zdrowia zasobach można wskazać kilka potencjalnych źródeł. Pierwszym, wykorzystywanym przez wojewodów, był RPWDL. Jednak w czterech z pięciu kontrolowanych urzędach wojewódzkich stwierdzono, że dane te, co najmniej w kilku pozycjach, różniły się od danych w RPWDL.

Na drugą możliwość zwrócił uwagę Mazowiecki OW NFZ w toku uzgodnień jednej z aktualizacji WPDS. Wskazał otóż na konieczność uzgodnienia

danych w tabeli 8 z danymi podanymi przez świadczeniodawcę do umowy z NFZ¹⁰. Uwagę zwraca jednak wątpliwa przydatność tych danych dla sprawnego funkcjonowania systemu PRM. Prezentują one bowiem potencjał komórki organizacyjnej (oddziału), a nie te zasoby, które są istotne z punktu widzenia systemu PRM.

Trzecią możliwość stanowi liczba łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR. Koresponduje to z obowiązkiem kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital wynikającym z § 13 ust. 3 rozporządzenia ws. SOR, zgodnie z którym jest on zobowiązany do określenia liczby łóżek, o jakich mowa wyżej. Liczbę tych łóżek kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą ustala po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów tych jednostek (lekarzy kierujących oddziałami), i podaje do wiadomości ordynatorów oddziałów jednostek (lekarzy kierujących oddziałami) oraz lekarza dyżurnego SOR.

**Nierzetelne dane
do WPDS
przekazywane przez
szpitale**

Brak jednak przepisu, który zobowiązywałby kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą czy lekarza dyżurnego SOR do przekazywania informacji o liczbie takich łóżek dyspozytorom medycznym czy WKRM. Tymczasem z punktu widzenia zapewnienia sprawnego funkcjonowania systemu PRM to właśnie ta informacja jest najbardziej przydatna dyspozytorom medycznym czy WKRM i zdaniem NIK powinna być zawarta w tabeli 8 WPDS¹¹.

Informacje do WPDS o świadczeniach zdrowotnych udzielanych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego wojewodowie pozyskiwali od szpitali. Otrzymane dane wojewodowie włączali do WPDS. Dane te powinny być brane przez wojewodów pod uwagę przy ocenie obciążenia poszczególnych SOR, a tym samym wpływać na ocenę potrzeby tworzenia nowych SOR. NIK sprawdziła rzetelność tych danych, w zakresie liczby zaopatrzonych pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz pozostałych, w tym przekazanych przez ZRM, a także liczby zgonów w SOR. Ustalono, że tylko trzy z dziesięciu skontrolowanych szpitali, przekazały informacje zgodne z danymi źródłowymi, którymi dysponowały, a w dwóch kolejnych szpitalach różnice były niewielkie. Z pozostałych

¹⁰ Liczba łóżek w PRWDL nie musi być taka sama jak zadeklarowana do realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

¹¹ Wg wzoru obowiązującego do 19 sierpnia 2025 r. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2025 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. poz. 1057, ze zm.) informacje te umieszcza się w Rozdziale VI WPDS.

szpitali Nowodworskie Centrum Medyczne znacząco zawyżyło liczbę pacjentów przekazanych przez ZRM (w informacji dla wojewody za rok 2023 i 2024 podano liczbę pacjentów przekazanych przez ZRM odpowiednio 4143 i 4009, podczas gdy rzeczywista liczba wynosiła odpowiednio 2696 i 3080, tj. o 2376 pacjentów mniej). SPZZOZ w Janowie Lubelskim w danych za 2024 r. nie wykazał zgonów w SOR. PCM w Grójcu przekazało wojewodzie dane, z których wynikało, że liczba przypadków nagłego zagrożenia zdrowotnego w 2023 r. i 2024 r. wyniosła odpowiednio 0 i 10 904, podczas gdy rzeczywista liczba pacjentów wynosiła 4972 i 7788. Nieprawidłowa była również podana liczba zgonów – za lata 2023 i 2024 sprawozdano 86 i 84, podczas gdy należało wykazać 81 i 85. Ponadto liczba pacjentów przekazanych przez ZRM w 2024 r. wynosiła 4856, gdy tymczasem wojewodzie przekazano informację o 14 701 pacjentach. Również SPZOZ w Choszczynie przekazał nierzetelne dane o liczbie pacjentów przekazanych przez ZRM – za 2023 r. podano 2559, a w trakcie kontroli ustalono liczbę 1776, tj. mniej o 783, z kolei za 2024 r. było to odpowiednio 1820 i 1635 osób, tj. mniej o 185. WSW w Gorzowie Wielkopolskim w ogóle nie przekazał wojewodzie danych, i to pomimo żądania Wojewody Lubuskiego oraz wysłanego monitu w tej sprawie. W związku z zaniechaniem Szpitala Wojewoda w aktualizacji WPDS obejmującej dane za 2023 r. wykazał dane jak za 2022 rok.

**Opóźnienia
w publikacji WPDS
Harmonogramy
funkcjonowania
jednostek
organizacyjnych
szpitali
wyspecjalizowanych
w zakresie udzielania
świadczeń
zdrowotnych
niezbędnych
dla ratownictwa
medycznego**

WPDS dla województw lubuskiego i zachodniopomorskiego były publikowane w BIP w terminie wynikającym z art. 21 ust. 16 ustawy PRM, tj. w terminie siedmiu dni od otrzymania WPDS zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia. W przypadku WPDS dla województwa mazowieckiego jedna z aktualizacji w ogóle nie została opublikowana w BIP, a trzy z dziewięciu z opóźnieniem wynoszącym od jednego do ośmiu dni. Z opóźnieniem zostały opublikowane w BIP również po dwie aktualizacje WPDS dla województw kujawsko – pomorskiego (opóźnienie o trzy i 13 dni) i lubelskiego (opóźnienie o jeden i cztery dni).

Od 2019 r. wojewodowie mogli ustalać harmonogramy funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Ustalenie harmonogramu następuje w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, na wniosek świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie tego oddziału, przy czym w harmonogramie nie umieszcza się jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w których są udzielane świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów urazowych lub pacjentów urazowych dziecięcych.

W dwóch z objętych kontrolą województw takie harmonogramy zostały ustalone. Wojewoda Mazowiecki uwzględnił wszystkie złożone w tym zakresie wnioski, czego rezultatem było ustalenie harmonogramów:

- pięciu dotyczących psychiatrii pacjentów do 14 roku życia;
- siedmiu dotyczących psychiatrii pacjentów powyżej 14 roku życia;
- trzech dotyczących laryngologii, w tym dwa były aktualizowane;
- 19 dotyczących okulistyki, w tym jeden był aktualizowany.

Wojewoda Zachodniopomorski ustalił harmonogram funkcjonowania oddziałów okulistycznych szpitali w Szczecinie.

Wojewoda Mazowiecki nie opublikował dwóch (z 37 badanych) harmonogramów dla dyżurów w zakresie okulistyki na luty i marzec 2023 r. Ponadto cztery harmonogramy ogłosił w BIP w okresie od 10 do 35 dni od ich ustalenia. Powyższe było niezgodne z art. 21a ust. 2 ustawy PRM, zgodnie z którym harmonogramy winny być ogłoszone niezwłocznie.

**Parametry czasu
dotarcia ZRM na
miejsce zdarzenia**

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy PRM wojewodowie powinni podejmować działania organizacyjne zmierzające do zapewnienia następujących parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla zespołu ratownictwa medycznego od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego:

- 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;
- maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców¹².

Liczba wyjazdów ZRM

W województwach objętych kontrolą, w okresie 1 stycznia 2023 r.– 31 marca 2025 r. ZRM zrealizowały 2 560 478 zleceń wyjazdów. Na jeden ZRM najwięcej mieszkańców przypadało w województwie mazowieckim – 24 915,9 osób, a najmniej w województwie lubuskim – 17 570,7 osób. Biorąc pod uwagę powierzchnię przypadającą na jeden ZRM, najlepszy wskaźnik występował w województwie mazowieckim, gdzie jeden ZRM przypadał na 161 km². Z kolei w województwie zachodniopomorskim jeden ZRM przypadał na blisko dwukrotnie większą powierzchnię – 305 km².

Ogólny udział wyjazdów z przekroczeniem maksymalnego oczekiwanego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia wyniósł od 21,5% w województwie kujawsko-pomorskim do 37,8% w województwie mazowieckim.

¹² Do 30 maja 2025 r. funkcjonował jeszcze jeden parametr – trzeci kwartył czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca. Zgodnie z treścią uzasadnienia ustawy z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 637) został on uchylony, gdyż parametr ten nie był w praktyce stosowany.

Tabela nr 1

Liczba wyjazdów ZRM

Województwo	Liczba wyjazdów ZRM*	% wyjazdów ZRM z przekroczeniem czasu dotarcia	Liczba ludności**	Liczba ZRM***	Liczba ludności przypadająca na 1 ZRM	Powierzchnia w km ² ****	Powierzchnia w km ² na 1 ZRM
kujawsko-pomorskie	412 940	21,5%	1 977 537	86	22 994,6	17 971	209
lubelskie	550 828	28,6%	1 987 787	102	19 488,1	25 122	246
lubuskie	210 311	25,7%	966 389	55	17 570,7	13 988	254
mazowieckie	1 019 873	37,8%	5 506 411	221	24 915,9	35 559	161
zachodniopomorskie	366 526	28,2%	1 617 418	75	21 565,6	22 909	305

* Liczba wyjazdów ZRM w okresie 1 styczeń 2023 r. – 31 marzec 2025 r. Pod uwagę wzięto zlecenia, dla których zarejestrowany czas przyjęcia zgłoszenia był późniejszy niż 31 grudnia 2022 r. i dla których zarejestrowano czas dotarcia na miejsce zdarzenia, czas dotarcia na miejsce zdarzenia był późniejszy (młodszy) niż czas przyjęcia zgłoszenia, a miejsce zdarzenia znajdowało się w województwach objętych kontrolą.

** Liczba ludności na dzień 30 czerwca 2025 r. wg danych GUS¹³.

*** Liczba ZRM wg stanu na dzień zakończenia kontroli w danym urzędzie wojewódzkim.

**** Wg danych GUS¹⁴

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR oraz danych GUS.

W urzędach wojewódzkich były prowadzone analizy dotyczące osiągania przez ZRM parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. W Kujawsko – Pomorskim UW sporządzono na przykład dokument pod tytułem „Mapowanie potrzeb ratownictwa przedszpitalnego dla województwa kujawsko-pomorskiego na rok 2025”¹⁵, w którym nie zawarto jednak wniosków ani rekomendacji dla zmian w systemie PRM. W pozostałych urzędach wojewódzkich analizy przybierały mniej sformalizowane formy, od analiz danych w oparciu o predefiniowane raporty SWD PRM po wyjaśnianie poszczególnych przypadków przekroczeń maksymalnego czasu dotarcia.

Wzrost liczby ZRM

Prowadzone analizy nie zawsze jednak skutkowały podejmowaniem efektywnych działań zmierzających do osiągnięcia ustawowych parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia. W każdym z województw w okresie objętym kontrolą wzrosła liczba ZRM, jednak występowały tu znaczne dysproporcje. Najwięcej nowych ZRM utworzono w województwie mazowieckim – 18, co stanowiło wzrost o 8,7%. W województwie lubelskim utworzono dziewięć nowych ZRM (wzrost

¹³ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-w-2025-r-stan-w-dniu-30-czerwca,6,39.html>, dostęp na dzień 17 listopada 2025 r.

¹⁴ [Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Ludność / Ludność / Zgony według tygodni oraz wieku, płci zmarłych i 73 podregionów w 2016 roku](#), dostęp na dzień 17 listopada 2025 r.

¹⁵ [Mapowanie-potrzeb-ratownictwa-przedszpitalnego-dla-województwa-kujawsko-pomorskiego-za-rok-2025.pdf](#), dostęp na dzień 22 października 2025 r.

o 9,7%), w województwie kujawsko-pomorskim pięć (wzrost o 6,1%), a w województwach lubuskim i zachodniopomorskim po jednym.

**Spadek liczby ZRM „S”
Liczba ZRM „S”
odpowiadała normie**

Jednocześnie można zauważyć spadek liczby ZRM „S”. Największy spadek nastąpił w województwie lubelskim – z 28 na 93 ZRM na początku 2023 r. (30,1% wszystkich ZRM) do 14 na 102 na koniec lipca 2025 r. (13,7%). W województwie mazowiecki liczba ZRM „S” spadła o dwa (z 37 na 203 ZRM, tj. 18,2%, do 35 na 221, tj. 15,8%). W województwie lubuskim ubyło trzy ZRM „S” (na koniec kontroli było ich 8 na 55 ZRM, tj. 14,5%), a w kujawsko-pomorskim i zachodniopomorskim liczba ZRM „S” nie zmieniła się (na koniec kontroli odpowiednio 12 na 86, tj. 12,24%, oraz 15 na 75, tj. 16,6%).

**Większość ZRM
nie osiągała
oczekiwanej mediany
czasu dotarcia**

We wszystkich województwach objętych kontrolą spełniony został wymóg wynikający z art. 21 ust. 3 pkt 2 lit. a tiret pierwsze ustawy PRM, że na każde rozpoczęte 10 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego przypada nie mniej niż 1 specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego. Niemniej stwierdzone w kontroli braki w obsadzie ZRM „S”, opisane w obszarze poświęconym udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez dysponentów ZRM (str. 85) wskazują, że spełnienie tego wymogu może mieć charakter bardziej formalny niż rzeczywisty. Kontrolą objęto po jednym dysponencie ZRM w poszczególnych województwach. Tymczasem stwierdzona skala braków lekarzy w obsadzie ZRM „S”, w przypadku występowania również u innych dysponentów niesie ryzyko, że w rzeczywistości udział ZRM „S” w ogólnej liczbie ZRM może być niższy.

We wszystkich województwach objętych kontrolą większość ZRM nie osiągała oczekiwanej wartości mediany czasu dotarcia na miejsce zdarzenia¹⁶. Wg danych zawartych w WPDS, ujętych rocznie, w poszczególnych województwach w 2024 r. było to¹⁷:

- kujawsko-pomorskie – na 95 ZRM parametr osiągnęło 16 ZRM (16,8%) dla miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 31 ZRM (32,6%) dla miejsc zdarzenia poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców¹⁸;
- lubelskie – na 109 ZRM parametr osiągnęło 24 ZRM (22,0%) dla miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 12 ZRM (11,0%) dla miejsc zdarzenia poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców¹⁹;

¹⁶ Mediana czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca – powinna być nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;

¹⁷ Dane uwzględniają wszystkie ZRM działające w 2024 r. Liczba ZRM może być wyższa niż stan na konkretny dzień – w przypadku przekształcania w trakcie 2024 r. ZRM „S” w ZRM „P” zostały one uwzględnione osobno.

¹⁸ Dla trzech ZRM nie odnotowano danych o czasie dotarcia dla miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

¹⁹ Dla dziewięciu ZRM nie odnotowano danych o czasie dotarcia dla miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

- lubuskie – na 55 ZRM parametr osiągnęło 8 ZRM (14,5%) dla miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 14 ZRM (25,5%) dla miejsc zdarzenia poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- mazowieckie – na 210 ZRM parametr osiągnęło 15 ZRM (7,1%) dla miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 37 ZRM (17,6%) dla miejsc zdarzenia poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców;
- zachodniopomorskie – na 90 ZRM parametr osiągnęło 19 ZRM (21,1%) dla miejsca zdarzenia w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 18 ZRM (20,0%) dla miejsc zdarzenia poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

**Rozmieszczenie ZRM
nie zapewniało
równego dostępu do
świadczeń
zdrowotnych**

W przypadku parametru maksymalnego czasu dotarcia²⁰ na miejsce zdarzenia WPDS zawierały informacje o najwyższej uzyskanej przez ZRM wartości²¹ oraz liczbie wyjazdów z przekroczeniem czasu określonego w art. 24 ustawy PRM, bez powiązania z ogólną liczbą wyjazdów danego ZRM. Należy zaznaczyć, że dane w WPDS są opracowywane na podstawie raportów z SWD PRM. Metodyka ich przygotowania pomija część danych, a w niektórych przypadkach przypisanie miejsca zdarzenia do kategorii obszaru miasta powyżej 10 tys. mieszkańców lub poza takim obszarem (por. str. 98, 100).

Zgodnie z art. 68 ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.²² obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. W ramach kontroli NIK zbadała więc czy osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego mają szansę uzyskać świadczenia zdrowotne ratownictwa medycznego w taki samym czasie. Pod uwagę wzięto liczbę wyjazdów ZRM do poszczególnych gmin w województwach objętych kontrolą z uwzględnieniem, ile z nich mieściło się w parametrze maksymalnego czasu dotarcia²³.

²⁰ Maksymalny czas dotarcia nie powinien być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców.

²¹ Stosownie do treści art. 24 ust. 3 ustawy PRM 5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów określonych w art. 24 ust. 1 ustawy PRM, z zastrzeżeniem, że przypadki te nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami.

²² Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483, ze zm.

²³ Badanie przeprowadzono na danych pozyskanych z SWD PRM, obejmujących okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 marca 2025 r. (wg daty zadysponowania ZRM przez dyspozytora medycznego). W obliczeniach pominięto wyjazdy, dla których nie został zarejestrowany czas dotarcia na miejsce zdarzenia lub zarejestrowany czas dotarcia na miejsce zdarzenia był wcześniejszy niż czas przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego. Przy wizualizacji danych wzięto pod uwagę jednostki podziału administracyjnego wg stanu na 1 stycznia 2025 r. Dane zostały wyselekcjonowane w oparciu o założenia raportu predefiniowanego przygotowanego przez LPR i dostępnego dla analityków wojewódzkich.

W każdym z województw objętych kontrolą stwierdzono występowanie obszarów, dla których w ponad połowie wyjazdów ZRM przekraczały maksymalny czas dotarcia, a w niektórych przypadkach było to nawet dziewięć na dziesięć wyjazdów.

Przykład

Najwyższy procent wyjazdów z przekroczeniem maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia odnotowano dla gmin:

w województwie kujawsko – pomorskim:

- Świekatowo – 73,3% przy 517 wyjazdach;
- Łabiszyn – 72,0% przy 1714 wyjazdach;
- Bobrowniki – 67,8% przy 487 wyjazdach

w województwie lubelskim:

- Batorz – 92,6% przy 515 wyjazdach;
- Potok Wielki – 92,0% przy 743 wyjazdach;
- Sławatycze – 91,7% przy 699 wyjazdach;

w województwie lubuskim:

- Przewóz – 84,7% przy 504 wyjazdach;
- Bojadła – 83,5% przy 685 wyjazdach;
- Kolsko – 82,3% przy 570 wyjazdach;

w województwie mazowieckim

- Dzierzgowo – 96,9% przy 388 wyjazdach;
- Maciejowice – 90,5% przy 849 wyjazdach;
- Grudusk – 90,0% przy 441 wyjazdach;

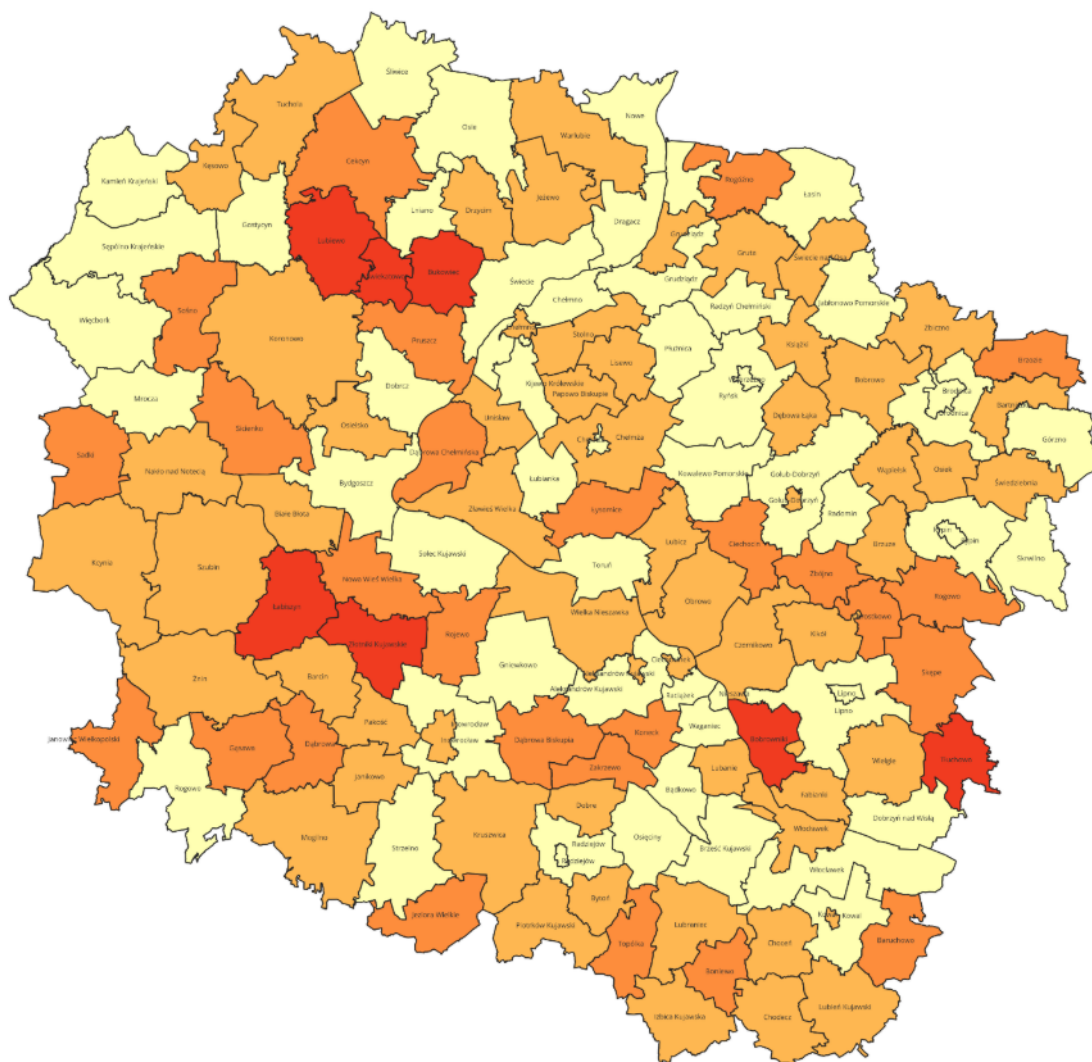
w województwie zachodniopomorskim:

- Nowe Warpno – 99,1% przy 349 wyjazdach;
- Postomino – 89,8% przy 1631 wyjazdach;
- Bierzwnik – 87,4% przy 588 wyjazdach.

Rozkład udziału wyjazdów ZRM z przekroczeniem oczekiwanego maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w województwach objętych kontrolą (wg gmin) przedstawiają poniższe grafiki. Wyszczególnienia poszczególnych obszarów gmin dokonano w oparciu o przyjęte kryteria procentu wyjazdów z przekroczeniem czasu dotarcia:

-  – do 20,0%;
-  – od 20,1% do 40,0%;
-  – od 40,1% do 60,0%;
-  – od 60,1% do 80,0%;
-  – powyżej 80,0%.

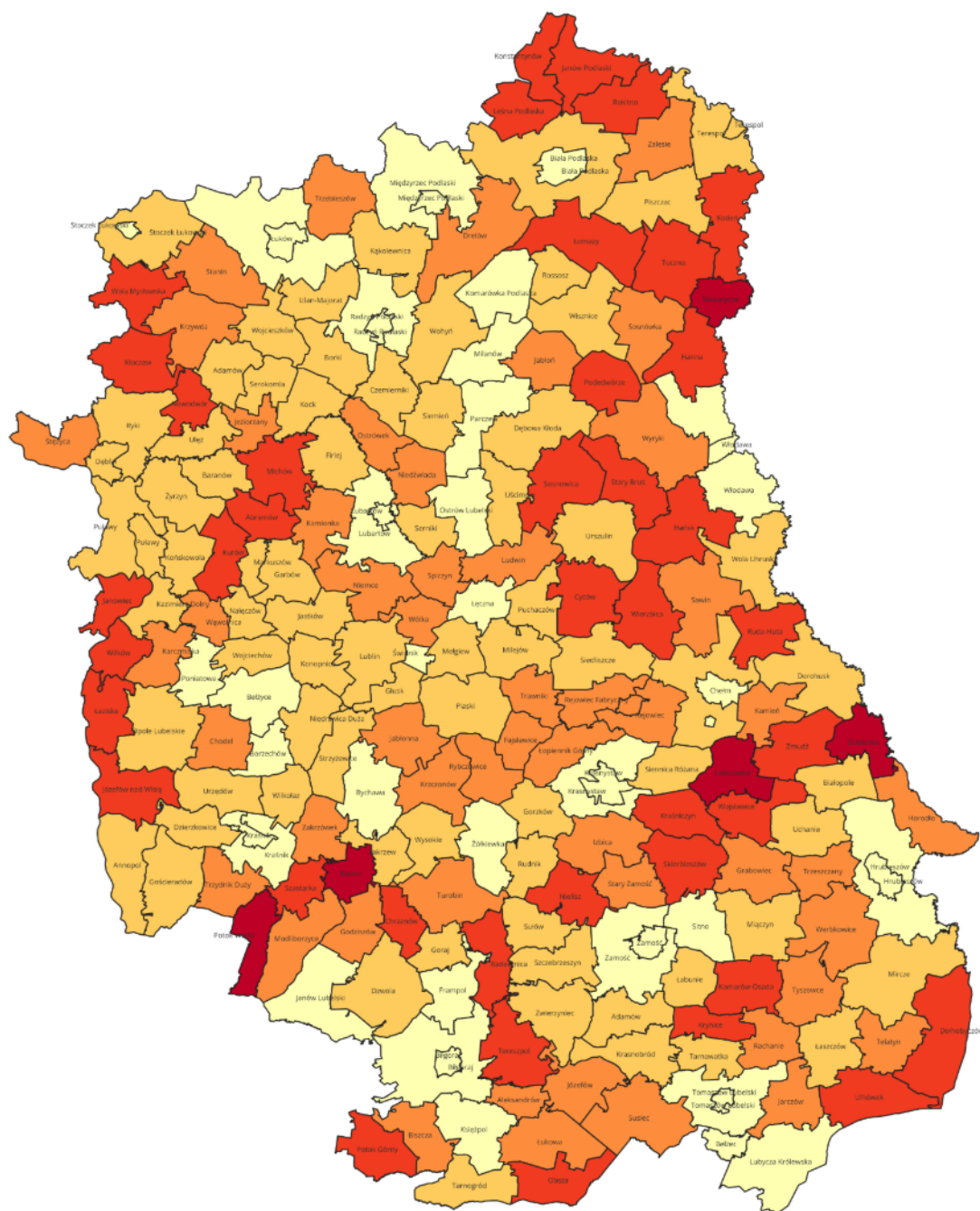
Procent wyjazdów ZRM z przekroczeniem oczekiwanego maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w województwie kujawsko-pomorskim wg gmin



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR.

Infografika nr 2

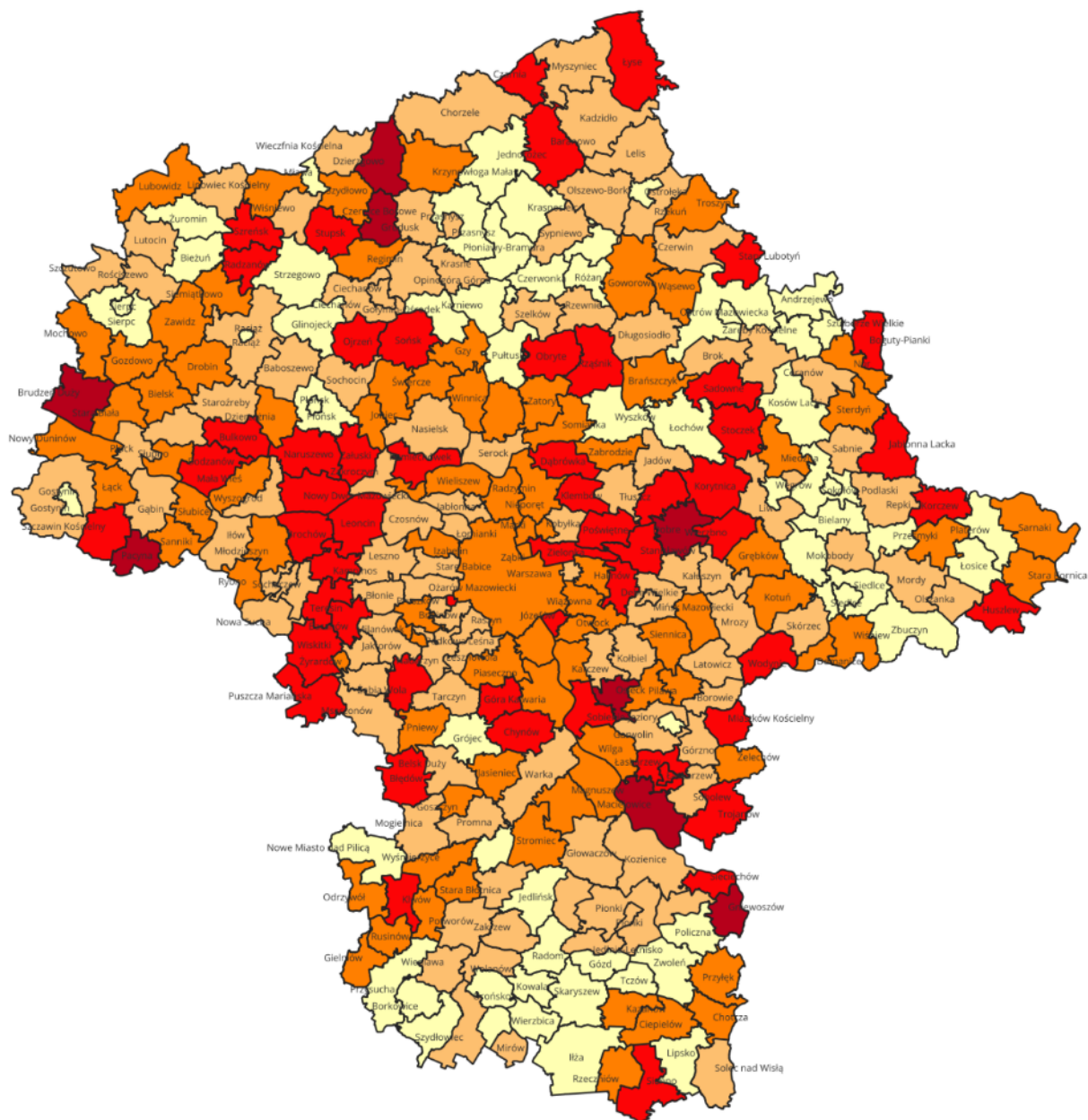
Procent wyjazdów ZRM z przekroczeniem oczekiwanego maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w województwie lubelskim wg gmin



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR.

Infografika nr 4

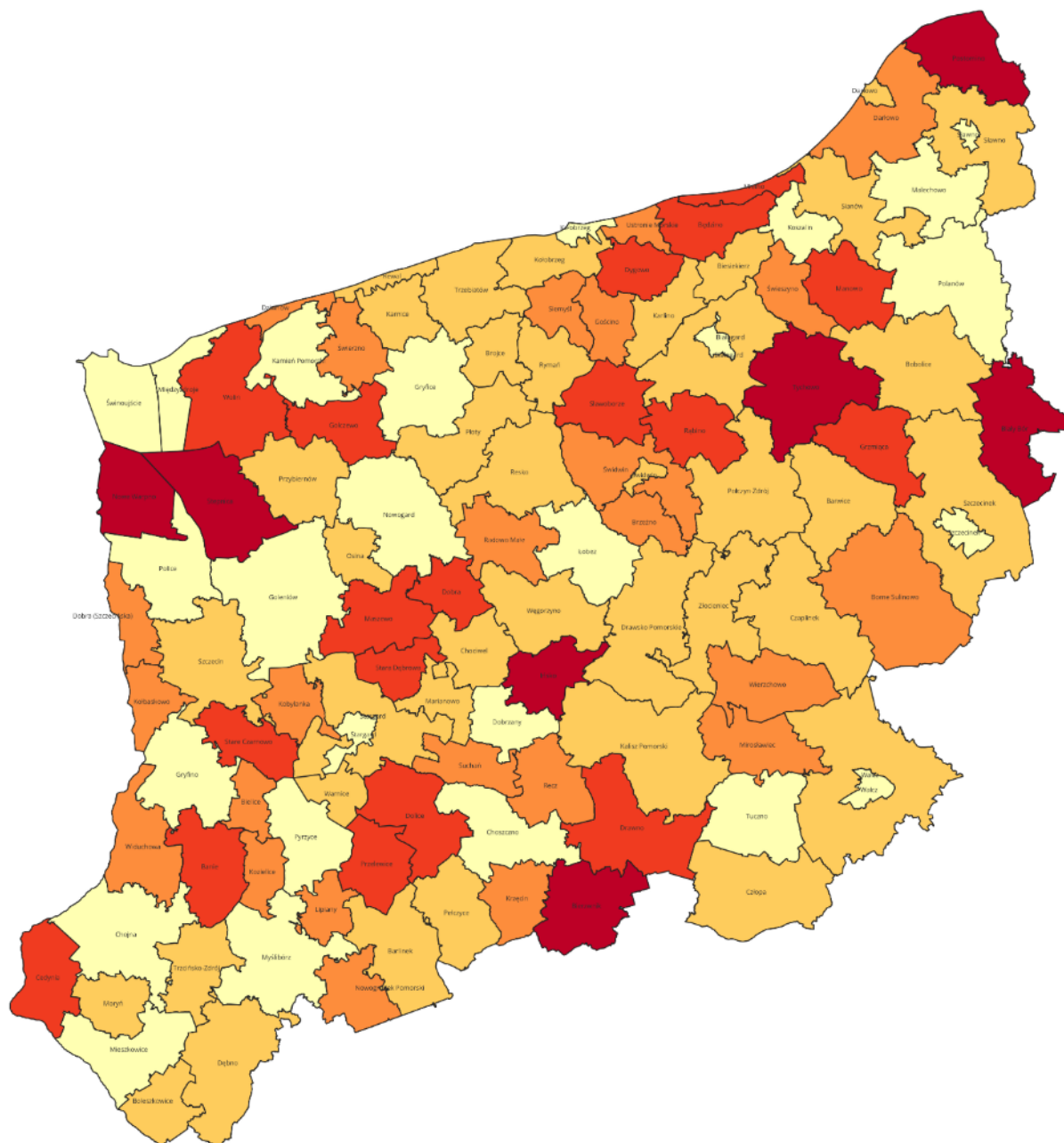
Procent wyjazdów ZRM z przekroczeniem oczekiwanego maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w województwie mazowieckim wg gmin



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR.

Infografika nr 5

Procent wyjazdów ZRM z przekroczeniem oczekiwanego maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia w województwie zachodniopomorskim wg gmin



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR.

**Nowe ZRM
utworzone w okresie
objętym kontrolą**

W województwie kujawsko-pomorskim, w okresie objętym kontrolą, utworzono następujące ZRM:

- C01 164 w Grudziądzu od 1 stycznia 2023 r.;
- C01 166 w Białe Błota od 1 stycznia 2024 r.;
- C01 168 w Bydgoszczy – od 1 stycznia 2025 r.;
- C01 170 w Złotnikach Kujawskich – od 1 stycznia 2025 r.;
- C01 172 w Toruniu – od 1 stycznia 2025 r.

Utworzenie poszczególnych ZRM skutkowało zmniejszeniem udziału wyjazdów z przekroczeniem czasu dotarcia. Na przykład, jako obszar działania C01 164 WPDS wskazywał obszary miast i gmin Grudziądz, Gruta, Jabłonowo Pomorskie, Łasin, Radzyń Chełmiński, Rogóźno i Świecie nad Osą. Dla wszystkich tych obszarów odnotowano po utworzeniu ZRM spadek udziału wyjazdów ZRM z przekroczeniem maksymalnego czasu dotarcia w ogólnej liczbie wyjazdów. Dla C01 166 obszarem działania była gmina Białe Błota. Po utworzeniu tego ZRM udział wyjazdów do miejsca zdarzenia w tej gminie z przekroczeniem maksymalnego czasu dotarcia spadł z 32,2% w 2023 r. do 18,4% w 2024 r. Dla C01 170 obszarem działania były gminy Inowrocław, Rojewo i Złotniki Kujawskie. Dane za pierwszy kwartał funkcjonowania tych ZRM również wskazują na zmniejszenie udziału wyjazdów z przekroczeniem maksymalnego czasu dotarcia dla tych obszarów, szczególnie dostrzegalne dla gminy Złotniki Kujawskie, gdzie udział takich wyjazdów spadł z 67,4% w 2024 r. do 19,3% w pierwszych czterech miesiącach 2025 r.

W województwie lubelskim, w okresie objętym kontrolą, utworzono dziewięć nowych ZRM:

- L01 142 w Maryninie od 1 października 2024 r.;
- L01 236 w Józefowie nad Wisłą od 1 października 2024 r.;
- L01 442 w Łabuniach od 1 października 2024 r.;
- L01 342 w Janowie Podlaskim od 1 października 2024 r.;
- L01 444 w Ulhówku od 1 października 2024 r.;
- L01 238 w Michów od 1 stycznia 2025 r.;
- L01 244 w Modliborzycach od 1 kwietnia 2025 r.;
- L01 348 w Okunince od 1 czerwca 2025 r.;
- L01 248 w Starym Zadybiu od 1 lipca 2025 r.

Obszary działania dla wymienionych ZRM zostały określone bardzo szeroko, nie zawsze zgodnie z faktycznymi miejscami udzielania świadczeń²⁴. Analiza danych o wyjazdach tych ZRM wskazuje na pozytywny efekt na obszarach gmin, w których zostały umiejscowione

²⁴ Np. ZRM L01 236 przypisano w obszarze działania gminę Karczmiska, podczas gdy od jego uruchomienia do końca kwietnia 2025 r. tylko dwukrotnie został dysponowany do zdarzeń w tej gminie.

oraz gmin sąsiednich. Przykładowo w gminie Józefów nad Wisłą w 2022 r. w 84,4% wyjazdów ZRM przekroczony został maksymalny czas dotarcia. W pierwszych czterech miesiącach 2025 r. wartość ta spadła do 43,7%. W sąsiedniej gminie Łaziska wartość parametru spadła z 70,8% do 59,0%. Z kolei utworzenie ZRM w Łabuniach przyniosło spadek wartości parametru w gminie Komarów-Osada z 91,1% do 48,7%.

W województwie lubuskim zwiększenie liczby ZRM z 54 (wg stanu na 1 stycznia 2023 r.) do 55 (wg stanu na 30 kwietnia 2025 r.) było związane z utworzeniem nowego ZRM (F01 06) z miejscem stacjonowania w Kostrzynie nad Odrą w 2023 r. Zostało ono zlokalizowane w południowej części miasta, na lewym brzegu Warty, a już funkcjonujące znajdowało się w północnej części miasta. Utworzenie tego ZRM wpłynęło na obniżenie udziału wyjazdów z przekroczeniem maksymalnego czasu dotarcia w samym Kostrzynie nad Odrą o 14,4% (z 27,3% w 2022 r. do 12,9% w 2025 r.), ale znaczący efekt uzyskano dla interwencji w leżącej na południe od Kostrzyna nad Odrą gminie Górzycza (spadek z 76,1% w 2022 r. do 41,7% w pierwszym kwartale 2025 r.). Pozostałe zmiany wynikały ze zmian lokalizacji miejsc oczekiwania w obrębie miejscowości, w których ZRM już funkcjonowały. Wiosną 2025 r. Wojewoda Lubuski przedstawił dysponentom propozycje zmian w lokalizacji miejsc stacjonowania ZRM, które do dnia zakończenia kontroli nie zostały jednak wdrożone.

W województwie mazowieckim w okresie objętym kontrolą (do 31 maja 2025 r.) utworzonych zostało 18 ZRM²⁵, przy czym liczba ZRM „S” zmalała o dwa, a ZRM „P” wzrosła o 20. Większość zmian nie wiązała się jednak z utworzeniem nowych miejsc stacjonowania. ZRM były lokalizowane najczęściej w istniejących już miejscach stacjonowania. Dokonywano też zmian samych miejsc stacjonowania w ramach poszczególnych miejscowości.

Nowo utworzonym ZRM z nowym miejscem stacjonowania był W01 126 w Józefowie. ZRM ten zaczął funkcjonować z początkiem 2025 r. O ile w 2022 r. w Józefowie maksymalny czas dotarcia został przekroczony dla 75,5% wyjazdów, to w pierwszym kwartale funkcjonowania nowego ZRM wartość ta spadła do 55,2%. Nowe miejsce stacjonowania utworzono również w Radomiu (W03 318 przy ul. Zofii Holszańskiej), jednak ze względu na krótki okres funkcjonowania oraz lokalizację (miasto, w którym działały już inne ZRM) nie było możliwości oceny jego wpływu na analizowany parametr w oparciu o dane uzyskane z SWD PRM.

W województwie lubuskim zwiększenie liczby ZRM z 54 (wg stanu na 1 stycznia 2023 r.) do 55 (wg stanu na 30 kwietnia 2025 r.) było związane z utworzeniem nowego ZRM (F01 06) z miejscem stacjonowania w Kostrzynie nad Odrą w 2023 r. Zostało ono zlokalizowane w południowej

²⁵ Z czego sześć w 2025 r.

części miasta, na lewym brzegu Warty, a już funkcjonujące znajdowało się w północnej części miasta. Utworzenie tego ZRM wpłynęło na obniżenie udziału wyjazdów z przekroczeniem maksymalnego czasu dotarcia w samym Kostrzynie nad Odrą o 14,4% (z 27,3% w 2022 r. do 12,9% w 2025 r.), ale znaczący efekt uzyskano dla interwencji w leżącej na południe od Kostrzyna nad Odrą gminie Górzycy (spadek z 76,1% w 2022 r. do 41,7% w pierwszym kwartale 2025 r.). Pozostałe zmiany wynikały ze zmian lokalizacji miejsc oczekiwania w obrębie miejscowości, w których ZRM już funkcjonowały. Wiosną 2025 r. Wojewoda Lubuski przedstawił dysponentom propozycje zmian w lokalizacji miejsc stacjonowania ZRM, które do dnia zakończenia kontroli nie zostały jednak wdrożone.

W województwie zachodniopomorskim zwiększenie liczby ZRM z 74 do 75 związane było z utworzeniem nowego ZRM w Borne Sulinowo. Efektem utworzenia tego ZRM było zmniejszenie dla gminy Borne Sulinowo udziału wyjazdów z przekroczeniem maksymalnego czasu dotarcia z 80,1% do 21,5% w pierwszym kwartale 2025 r.

5.2. NADZÓR NAD SYSTEMEM PRM

WKRM mieli wymagane kwalifikacje

Zobowiązane organy sprawowały rzetelny nadzór nad system. Nie zawsze zapewniono jednak całodobową obsadę stanowisk WKRM.

Osoby wykonujące czynności WKRM spełniały wymagania wynikające z ustawy PRM i były zatrudnione na podstawie umowy o pracę.

Wg stanu prawnego obowiązującego do 16 maja 2025 r. osoby te powinny przedłożyć wojewodzie, w terminie do 31 marca 2025 r., zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego. W dniu 16 maja 2025 r. wszedł w życie, z mocą obowiązującą od 1 kwietnia 2025 r., art. 7 ustawy z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw²⁶, zgodnie z którym obowiązek odbycia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku WKRM dotyczy wyłącznie osób zatrudnionych po 31 grudnia 2023 r. Oznacza to jednak, że w okresie od 1 kwietnia do 15 maja 2025 r. osoby, które nie miały ukończonego kursu uprawniającego do pracy na stanowisku WKRM, nie spełniały wymagań.

W czterech z pięciu urzędów wojewódzkich objętych kontrolą osoby pracujące na stanowisku WKRM przedstawiły zaświadczenia o ukończeniu kursu uprawniającego. W Mazowieckim UW na 31 marca 2025 r. żadna z osób zatrudnionych na stanowisku WKRM nie miała ukończonego kursu,

²⁶ Dz. U. poz. 637.

a jedna z nich ukończyła go w kwietniu 2025 r. Dyrektor Wydziału Państwowego Ratownictwa Medycznego w Mazowieckim UW wyjaśnił, że dopuszczono ich do pracy, ponieważ zgodnie z przekazaną do konsultacji nowelizacją ustawy PRM, pracownicy zatrudnieni przed 1 stycznia 2024 r. nie są zobligowani do odbycia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku WKRM i dyspozytora medycznego.

**Niezapewnienie
całodobowej obsady
stanowiska WKRM**

Nie wszyscy wojewodowie zapewnili całodobową obsadę stanowiska WKRM. W Kujawsko-Pomorskim UW stwierdzono w okresie od grudnia 2023 r. do marca 2025 r.²⁷ brak obsady przez łącznie ponad 100 godzin, w Lubuskim UW stwierdzono 50 przerw trwających od jednej do 48 godzin (od jednej do ośmiu godzin – 24 przypadki; od ośmiu do 12 godzin – trzy przypadki; od 13 do 24 godzin – 16 przypadków; od 25 do 36 godzin – cztery przypadki; 47 godzin – 1 przypadek; 48 godzin – dwa przypadki), a w Zachodniopomorskim UW 19 przypadków braku obsady. W dwóch pozostałych urzędach sytuacje takie również wystąpiły, ale miały charakter incydentalny. Ustalenia kontroli wskazują, że przerwy te wynikały przede wszystkim ze zdarzeń losowych i niemożności szybkiego ustalenia zastępstwa.

**Wypożyczenie
stanowisk pracy
WKRM spełniało
wymagania**

Stanowiska pracy WKRM były wyposażone zgodnie z § 10 ust. 1 rozporządzenia ws. SWD PRM. We wszystkich województwach zostały ustanowione mechanizmy przekazywania WKRM informacji o wolnych łózkach na oddziałach szpitalnych. Do przekazywania informacji służyły udostępniane przez wojewodów systemy teleinformatyczne, a raportowanie odbywało się z reguły dwu – lub trzykrotnie na dobę.

**Ewidencja SOR
nie zawsze rzetelna**

Zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy PRM wojewodowie prowadzą ewidencję szpitalnych oddziałów ratunkowych, centrów urazowych, centrów urazowych dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Kontrola wykazała, że w dwóch urzędach wojewódzkich ewidencja nie była prowadzona rzetelnie. W Kujawsko – Pomorskim UW na 34 podmioty ujęte w tabeli przekazanej przez NFZ w przypadku 19 z nich (55,9%) występowały różnice dotyczące m.in.: braku wpisu do jednostek organizacyjnych szpitala w danej lokalizacji, nazw własnych oddziałów szpitalnych, danych dotyczących numerów i dat obowiązywania umów zawartych z NFZ. Analiza danych dotyczących SOR i CU ujętych w ewidencji wykazała w jednym przypadku nieprawidłowe zastosowanie kodu specjalności komórki organizacyjnej szpitala. W Lubuskim UW stwierdzono brak w ewidencji identyfikatora terytorialnego gminy, miejscowości lub

²⁷ Badania były oparte na raportach z SWD PRM, w którym dane o obsadzie stanowisk WKRM są przetwarzane od listopada 2023 r.

dzielnicy oraz zakresu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wymaganych przepisami art. 23a ust. 2 pkt 10 oraz 13 ustawy PRM. Ustalenia kontroli wskazują, że braki mogły wynikać z niekompletności danych importowanych do ewidencji z innych systemów teleinformatycznych.

**Kontrole systemu PRM
przez wojewodów**

Wszystkie urzędy wojewódzkie objęte kontrolą prowadziły własne czynności kontrolne w obszarze ratownictwa medycznego, choć ich skala była różna – od ośmiu kontroli przeprowadzonych przez Lubelski UW do 51 kontroli Mazowieckiego UW (przy czym 33 z nich dotyczyły realizacji zadań przez SOR dotyczących spełnienia wymagań w zakresie instalacji urządzeń do obsługi systemu TOPSOR oraz działania tego systemu). Prowadzone kontrole obejmowały przede wszystkim działalność jednostek systemu PRM, ale prowadzone były również kontrole jednostek współpracujących z systemem PRM oraz podmiotów prowadzących kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy (np. Mazowiecki UW przeprowadził trzy takie kontrole, a Lubuski UW sześć).

**Kontrole systemu PRM
przez Ministra Zdrowia**

Minister Zdrowia, na okres objęty kontrolą, zaplanował osiem kontroli z zakresu ratownictwa medycznego przeprowadzenie kontroli zaplanowane zostało w dyspozytorniach medycznych (pięć kontroli), szpitalnych oddziałach ratunkowych (dwie kontrole) oraz w LPR. Przeprowadzono sześć zaplanowanych kontroli, z czego jedna wg stanu na 31 lipca 2025 r. nie została jeszcze zakończona. Dodatkowo, ratownictwo medyczne stanowiło przedmiot kontroli, które Minister Zdrowia zlecał krajowemu oraz wojewódzkim konsultantom w ochronie zdrowia. Od 1 stycznia 2023 r. przeprowadzono 16 takich kontroli, z czego wg stanu na 31 maja 2025 r. dwie kontrole nie zostały zakończone.

Nadzór wojewodów

W ramach nadzoru nad systemem PRM wojewodowie poddawali analizie informacje o odmowach przyjęć pacjentów, w szczególności przewiezionych przez ZRM. Pozyskiwanie takich informacji nie było sformalizowane, korzystano więc z różnych źródeł. Wykorzystywano dedykowany raport z SWD PRM, raporty/notatki WKRM czy informacje od dysponentów i dyspozytorów medycznych. To ostatnie źródło jest o tyle cenne, że pozwala uzyskać wiedzę również o zdarzeniach, które nie zostały odnotowane w SWD PRM. Informacje były wykorzystywane w różny sposób. Co do zasady poddawano je wstępnej weryfikacji, a w razie potrzeby przeprowadzano czynności wyjaśniające. W przypadku uprawdopodobnienia niezasadności odmowy informacje były przekazywane do właściwego OW NFZ, który mógł nałożyć na świadczeniodawcę karę umowną.

**Rozstrzyganie przez
WKRM sporów
dotyczących odmów
przyjęć pacjentów**

WKRM są uprawnieni do rozstrzygnięcia sporu dotyczącego przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W okresie objętym kontrolą we wszystkich województwach WKRM rozstrzygali takie

spory, których rezultatem może być przyjęcie pacjenta nawet pomimo wcześniejszej odmowy. Dane pozyskane z SWD PRM wskazują, że np. w województwie kujawsko – pomorskim w 2024 r. na 416 odnotowanych odmów 63 zakończyło się przyjęciem pacjenta do tego samego szpitala. W województwie lubelskim w tym samym okresie na 1935 odnotowanych odmów 110 zakończyło się przyjęciem pacjenta do tego samego szpitala, a w województwie mazowieckim na 1138 – 40.

**Niepowołanie
krajowego
koordynatora
ratownictwa
medycznego**

W okresie objętym kontrolą nie było powołanego krajowego koordynatora ratownictwa medycznego, którego może powołać Minister Zdrowia. Krajowy koordynator jako jedyny jest uprawniony, na mocy art. 20a ust. 3 pkt 1 i 2 ustawy PRM, do rozstrzygania sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w sytuacji, gdy spór dotyczy przyjęcia osoby transportowanej przez zespół ratownictwa medycznego lub zespół transportu sanitarnego z terenu innego województwa niż to, w którym znajduje się ten szpital oraz koordynowania współpracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu PRM spoza jednego województwa. W trakcie kontroli wyjaśniono, że do MZ nie wpływały informacje, z których wynikałaby konieczność rozstrzygania takich sporów, a powołanie krajowego koordynatora nie jest obligatoryjne.

**Stan
podwyższonej
gotowości
podmiotów
lecniczych**

Zgodnie z art. 30 ust. 1 ustawy PRM w przypadku wystąpienia katastrof naturalnych i awarii technicznych w rozumieniu odpowiednio art. 3 ust. 1 pkt 2 i 3 ustawy z dnia 18 kwietnia 2002 r. o stanie klęski żywiołowej²⁸ lub gdy w ocenie WKRM skutki zdarzenia mogą spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, koordynator ten informuje niezwłocznie wojewodę o potrzebie postawienia w stan podwyższonej gotowości wszystkich lub niektórych podmiotów wykonujących działalność leczniczą, działających na obszarze danego województwa. W takim przypadku wojewoda może nałożyć, w drodze decyzji administracyjnej, na podmioty wykonujące działalność leczniczą obowiązek pozostawania w stanie podwyższonej gotowości w celu przyjęcia osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wojewoda może upoważnić WKRM do wydawania takich decyzji. W trakcie kontroli odnotowano jedną taką sytuację, w Lubuskim UW, gdzie w stan podwyższonej gotowości postawiono trzy podmioty wykonujące działalność leczniczą. Jednak WKRM wydający decyzję administracyjną nie miał upoważnienia Wojewody Lubuskiego do jej wydania.

²⁸ Dz. U. z 2025 r. poz. 112.

5.3. ORGANIZACJA I FUNKCJONOWANIE DYSPOZYTORNI MEDYCZNYCH

Organizacja dyspozytorni medycznych spełniała wymagania

Organizacja dyspozytorni medycznych co do zasady odpowiadała wymaganiom. Personel, poza nielicznymi przypadkami, miał wymagane kwalifikacje, a wyposażenie stanowisk dyspozytorskich było prawidłowe. Jednak we wszystkich dyspozytorniach medycznych objętych kontrolą stwierdzono niepełną obsadę stanowisk dyspozytorów medycznych. W każdej z dyspozytorni w co najmniej 25% zgłoszeń przekroczony został oczekiwany czas zadysponowania ZRM.

W urzędach wojewódzkich objętych kontrolą funkcjonowało siedem dyspozytorni medycznych, trzy w Mazowieckim UW i po jednej w pozostałych UW. W Mazowieckim UW czynności kontrolne zostały przeprowadzone w odniesieniu do jednej z dyspozytorni medycznych.

Kontrola wykazała, że organizacja poszczególnych dyspozytorni odpowiadała przepisom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej²⁹. Wyposażenie stanowisk dyspozytorskich było zgodne z § 10 ust. 1 rozporządzenia ws. SWD PRM.

Kierownicy dyspozytorni medycznych spełniali wymagania

Kierownicy dyspozytorni medycznych spełniali wymagania określone w art. 25b ust. 2 ustawy PRM. We wszystkich dyspozytorniach powołano głównych dyspozytorów oraz ich zastępców. Wszyscy dyspozytorzy medyczni legitymowali się wymaganymi kwalifikacjami wynikającymi z art. 26 ust. 2, 2b i 2c ustawy PRM, z wyjątkiem wymogu odbycia kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 7 lit. b) ustawy PRM.

Nieukończenie przez dyspozytorów medycznych wymaganego kursu

Wg stanu prawnego obowiązującego do 16 maja 2025 r. dyspozytorzy medyczni powinni przedłożyć wojewodzie, w terminie do 31 marca 2025 r., zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. We wszystkich dyspozytorniach stwierdzono, że na dzień 1 kwietnia 2025 r. nie wszyscy dyspozytorzy medyczni mieli ukończony kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego (w Kujawsko – Pomorskim UW 11 na 20 dyspozytorów medycznych w próbie; w Lubuskim UW 15 na 17; w Mazowieckim UW 16 na 24; w Zachodniopomorskim UW czterech na 21, w Lubelskim UW 65 na 74 zatrudnionych na umowie o pracę).

Począwszy od 17 maja 2025 r. obowiązek ukończenia kursu uprawniającego dotyczy dyspozytorów medycznych zatrudnianych po 31 grudnia 2023 r.³⁰ W Zachodniopomorskim UW stwierdzono,

²⁹ Dz. U. z 2018 r. poz. 2001.

³⁰ Zgodnie z art. 19a ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, dodanym na mocy art. 7 ustawy

że po tym terminie zatrudnionych zostało czterech dyspozytorów medycznych, którzy w wymaganym terminie nie ukończyli kursu uprawniającego.

**Wsparcie
psychologiczne
dyspozytorów
medycznych**

We wszystkich dyspozytorniach medycznych zatrudniono psychologa. Stosownie do art. 26a ustawy PRM zostali zatrudnieni na podstawie umowy o pracę, a wymiar ich czasu pracy pozwalał na wykonanie zadań. W jednym przypadku, w Zachodniopomorskim UW, nierzetelnie zweryfikowano wymagane doświadczenie jakim powinien się legitymować kandydat na to stanowisko, skutkiem czego zatrudniono osobę, która nie miała w momencie zatrudnienia wymaganego wówczas pięcioletniego doświadczenia zawodowego.

**Zadania kierowników
dyspozytorni
medycznych**

Kierownicy dyspozytorni medycznych objętych kontrolą wykonywali zadania przypisane im na mocy art. 25b ust. 3 ustawy PRM³¹. W Lubuskim UW stwierdzono jednak, że kierownik dyspozytorni medycznej nie opracował szczegółowego sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej, z uwzględnieniem zapewnienia ciągłości jej funkcjonowania oraz organizacji pracy dyspozytorów medycznych, a także nie dokonywał oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych.

W czterech dyspozytorniach stwierdzono wystąpienie awarii wymagających wdrożenia opracowanych przez kierowników planów postępowania. We wszystkich z nich stwierdzono, że postępowanie w takim przypadku było zgodne z opracowanymi planami. W jednej dyspozytorni medycznej nie stwierdzono wystąpienia awarii wymagającej wdrożenia planu.

**Braki w obsadzie
dyspozytorni
medycznych**

We wszystkich dyspozytorniach medycznych występowały braki w obsadzie stanowisk dyspozytorskich³², a ich skala była zróżnicowana:

W Mazowieckim UW (dyspozytorna medyczna w Radomiu):

- w dniach od 1 do 14 maja 2023 r., każdego dnia brakowało obsady od jednego do dwóch stanowisk dyspozytorskich;
- w dniach od 1 do 14 maja 2024 r. każdego dnia brakowało obsady od jednego do trzech stanowisk;
- w dniach od 1 do 14 maja 2025 r. każdego dnia brakowało obsady od jednego do czterech stanowisk;

z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw z mocą wsteczną od dnia 31 marca 2025 r.

³¹ W Zachodniopomorskim UW w okresie od 1 września 2024 do 11 listopada 2024. oraz od 1 maja do 3 lipca 2025 r. zadania kierownika wykonywał zastępca kierownika dyspozytorni.

³² Badanie zostało przeprowadzone na próbie 14 kolejnych losowo wybranych dni z każdego roku objętego kontrolą.

- podczas oględzin dyspozytorni medycznej w dniu 17 czerwca 2025 r. obecnych było siedmiu dyspozytorów, tj. brakowało obsady trzech stanowisk.

Również w Kujawsko-Pomorskim UW w żadnym z łącznie 42 poddanych analizie dni nie zapewniono całodobowo aktywnych stanowisk dyspozytorskich w liczbie wskazanej w WPDS. Łączny czas pracy dla ośmiu stanowisk dyspozytorów przyjmujących powinien wynosić 96 godzin na każdym z 12-godzinnych dyżurów, a rzeczywisty czas pracy dla tych stanowisk wyniósł w badanej próbie w 2023 r. od 20 godzin do maksymalnie 79 godzin, w 2024 r. od 30 do 74 godzin, a w 2025 r. od 30 do 75 godzin.

W Lubuskim UW:

- w okresie od 28 marca 2023 r. do 10 kwietnia 2023 r. na czterech dyżurach³³ liczba stanowisk przyjmujących wynosiła trzy zamiast cztery; a liczba stanowisk dysponujących wynosiła jeden zamiast dwa. Rzeczywisty czas pracy był każdorazowo niższy od wymaganego, a różnice wynosiły od około dwóch minut do 33 godzin;
- w okresie od 16 do 29 maja 2024 r. na dwóch dyżurach liczba stanowisk przyjmujących wynosiła trzy zamiast cztery; a liczba stanowisk dysponujących na jednym dyżurze wynosiła jeden zamiast dwa. Rzeczywisty czas pracy był każdorazowo niższy od wymaganego, a różnice wynosiły od około dwóch minut do 20 godzin;
- w okresie od 1 do 14 stycznia 2025 r. na jednym dyżurze liczba stanowisk przyjmujących wynosiła trzy zamiast cztery; a liczba stanowisk dysponujących była co najmniej równa określonej w WPDS, tj. dwa. Rzeczywisty czas pracy był każdorazowo niższy od wymaganego, a różnice wynosiły od około dwóch minut do 24 godzin.

W Zachodniopomorskim UW:

- w okresie od 10 do 23 kwietnia 2023 r. w 20 przypadkach nie zapewniono pełnej liczby aktywnych stanowisk dyspozytorskich przyjmujących, w 11 przypadkach – stanowisk wysyłających;
- w okresie od 15 do 28 kwietnia 2024 r. w 16 przypadkach nie zapewniono pełnej liczby aktywnych stanowisk dyspozytorskich przyjmujących, w 11 przypadkach – stanowisk wysyłających;
- w okresie od 14 do 27 kwietnia 2025 r. w 16 przypadkach nie zapewniono pełnej liczby aktywnych stanowisk dyspozytorskich przyjmujących, w 7 przypadkach – stanowisk wysyłających.

W Lubelskim UW w dniach od 1 do 14 stycznia 2023 r., od 1 do 14 czerwca 2024 r. oraz od 1 do 14 marca 2025 r., na łącznie 29 dyżurach

³³ Każdy 14-dniowy okres objęty badaniem obejmował 28 dwunastogodzinnych dyżurów (dwa na dobę).

(z 78 w okresach objętych badaniem) nie zapewniono wymaganej obsady stanowisk dyspozytorów. Ustalono, że stanowiska dyspozytorów wysyłających były zawsze aktywne. Dostępne było również stanowisko dyspozytora głównego, natomiast stanowiska dyspozytorów przyjmujących zgłoszenia były obsadzone w wymaganym składzie w przypadku 49 z 78 dyżurów dwunastogodzinnych (62,8%), w pozostałych 29 dyżurach liczba aktywnych stanowisk dyspozytorów była niższa od ustalonej w WPDS.

Przyczyną opisanych braków był brak chętnych do podjęcia pracy na stanowisku dyspozytora medycznego lub zdarzeń nagłych skutkujących nieobecnością pracowników.

Przyjmowanie zgłoszeń alarmowych

Zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego³⁴, przyjmuje się następujące zasady obsługi zgłoszeń w zależności od nadanego im kodu pilności:

- 1) KOD 1 - czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego wynosi nie dłużej niż 30 sekund od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego,
- 2) KOD 2 - czas zadysponowania zespołu ratownictwa medycznego przez dyspozytora wysyłającego wynosi nie dłużej niż 90 sekund od momentu przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora przyjmującego.

Dyspozytor medyczny postępuje zgodnie z algorytmem zbierania wywiadu medycznego³⁵. Po odebraniu połączenia telefonicznego i przedstawieniu się (podając swój indywidulany kod) dyspozytor medyczny ustala lub weryfikuje adres miejsca zdarzenia (w przypadku przekazania połączenia z Centrum Powiadamiania Ratunkowego), następnie ustala charakter zdarzenia, liczbę osób poszkodowanych, kto potrzebuje pomocy i jaki jest stan tych osób. Na podstawie tych informacji przyjmuje zgłoszenie, nadaje mu kod pilności i przekazuje formatkę (w SWD PRM) do dyspozytora medycznego wysyłającego, który decyduje o wysłaniu (zadysponowaniu) konkretnego ZRM (jednego lub więcej). Czasem zadysponowania jest różnica pomiędzy zarejestrowanym czasem przekazania zlecenia do ZRM a czasem przyjęcia zgłoszenia.

Przekroczenia czasu zadysponowania ZRM

We wszystkich objętych kontrolą dyspozytorniach medycznych stwierdzono przekroczenia wymaganego czasu zadysponowania ZRM zarówno dla kodu pilności 1 jaki i 2. Analiza danych pozyskanych z SWD

³⁴ Dz. U. poz. 1703.

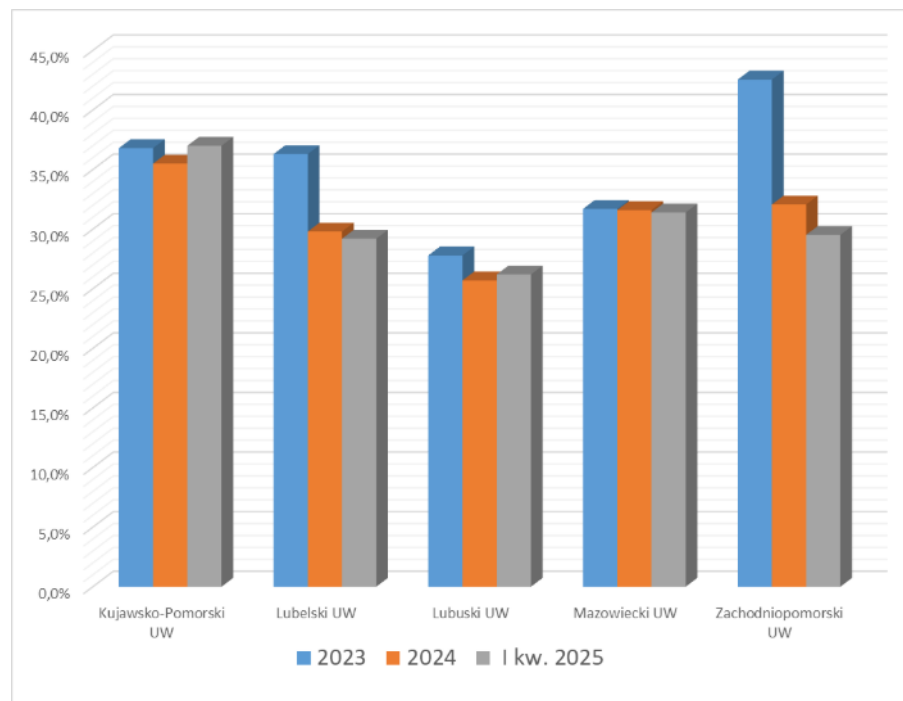
³⁵ Określony w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2019 r. w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 71).

PRM³⁶ wykazała, że w przypadku zleceń, którym nadano kod pilności 1 procent zleceń, dla których przekroczono ten parametr wynosił od 25,7% w 2024 r. w Lubuskim UW do 42,6% w 2023 r. w Zachodniopomorskim UW. Wartości w poszczególnych latach ulegały niewielkim zmianom w przypadku Kujawsko-Pomorskiego UW, Mazowieckiego UW i Lubuskiego UW. W Zachodniopomorskim UW wartość ta spadła ze wspomnianych 42,6% w 2023 r. do 29,5% w pierwszych trzech miesiącach 2025 r., a w Lubelskim UW odpowiednio z 36,3% do 29,2%.

Stan taki najczęściej wyjaśniano niedostępnością wolnych ZRM w chwili przyjęcia wezwania, będącą następstwem realizacji wcześniejszych zleceń.

Infografika nr 6

Procent zleceń wyjazdów ZRM o kodzie pilności 1, dla których został przekroczony czas zadysponowania



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR.

Brak przekierowania połączeń z numeru 999 do 112

Połączenia telefoniczne trafiające do dyspozytorów medycznych pochodziły z dwóch źródeł – CPR obsługujących numer alarmowy 112 oraz numeru ratunkowego 999. Zgodnie z brzmieniem art. 29 ustawy SPR obowiązującym do 29 maja 2025 r. połączenia na numer 999 powinny być kierowane do właściwego terytorialnie centrum powiadamiania ratunkowego. W okresie od 1 stycznia 2024 r. do 29 maja 2025 r. Minister

³⁶ Badania dla poszczególnych dyspozytorni przeprowadzono na populacji obejmującej wszystkie zgłoszenia w SWD PRM w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 31 marca 2025 r., dla których zarejestrowano czas przyjęcia zgłoszenia, z wyłączeniem tych, dla których zarejestrowany czas przekazania zlecenia był wcześniejszy niż czas przyjęcia zgłoszenia.

Zdrowia nie zapewnił jednak realizacji tego obowiązku. Przyczyną tego stanu był brak pozytywnej opinii Ministra Zdrowia w przedmiocie gotowości CPR-ów do obsługi zgłoszeń alarmowych kierowanych na numer 999. Stosownie do treści art. 6 ustawy z dnia 17 września 2020 r. o zmianie ustawy o systemie powiadamiania ratunkowego³⁷ możliwość kierowania połączeń na numer 999 bezpośrednio do dyspozytorni medycznej miała wygasnąć z 31 grudnia 2023 r. Pomimo wielokrotnie kierowanych wniosków przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, właściwego w zakresie funkcjonowania Systemu Powiadamiania Ratunkowego, Minister Zdrowia nie wydał wspomnianej opinii.

Minister Zdrowia stał na stanowisku, przytaczanym w korespondencji z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, że przekierowanie połączeń na numer 999 do Centrów Powiadamiania Ratunkowego może skutkować wydłużeniem czasu przy obsłudze zgłoszeń w stosunku do sytuacji, w której zgłoszenia są bezpośrednio kierowane do dyspozytorni medycznych oraz ryzykiem braku weryfikacji przez operatorów numerów alarmowych numeru 112 charakteru zgłoszeń, co mogłoby przyczynić się do nadmiernego obciążenia dyspozytorni medycznych.

W trakcie kontroli Podsekretarz Stanu w MZ wyjaśnił, że wydłużenie czasu obsługi w przypadku przekierowania połączenia na numer 999 z numeru 112 wynikało z faktu, iż zgodnie z raportami z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego za lata 2023 i 2024 średni czas obsługi zgłoszenia w centrum powiadamiania ratunkowego wyniósł odpowiednio 139,1 oraz 143,3 sekundy. Na podstawie tych danych założono, że średnio o tyle zostałyby wydłużony czas obsługi zgłoszenia medycznego w przypadku przekierowania połączeń kierowanych na 999 do centrów powiadamiania ratunkowego.

Dane pozyskane przez NIK w toku kontroli nie dały jednoznacznej podstawy do weryfikacji wartości podanych przez Ministra Zdrowia. Zauważono jednak, że metodyka wyliczania przez MZ średniego czasu trwania połączenia była odmienna od metodyki Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. W szczególności, MZ przy wyliczaniu średniego czasu obsługi zgłoszenia uwzględniało wszystkie połączenia odebrane, w tym niezakończone zadysponowaniem zespołu ratownictwa medycznego (a w tym fałszywe), co mogło powodować zniekształcenie ostatecznych obliczeń.

W ramach prac nad ustawą o zmianie ustawy PRM³⁸ Minister Zdrowia został zobowiązany do przygotowania, we współpracy z Ministrem Spraw

³⁷ Dz. U. poz. 1899; dalej: ustawa o zmianie ustawy SPR.

³⁸ Późniejsza ustawa z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 637).

Wewnętrznych i Administracji, informacji zawierającej dane za ostatnie 2–3 lata o liczbie zgłoszeń i średniej długości czasu oczekiwania na przyjęcie zgłoszenia (w tym oczekiwania na połączenie i czasu obsługi zgłoszenia) w systemie powiadamiania ratunkowego oraz dla numeru ratunkowego 999. W toku jej opracowywania Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji zwracał uwagę na ujęcie danych o liczbie połączeń obsługiwanych w ramach zastępowalności dyspozytorni medycznych³⁹ oraz na procedury związane z ponownym zbieraniem przez dyspozytorów medycznych danych zgłaszającego zdarzenie, które to dane są przekazywane w formacie sporządzonej przez operatora numeru alarmowego 112. Minister Zdrowia nie uwzględnił jednak tych uwag.

Analiza danych stanowiących podstawę wyliczenia średnich długości czasu trwania połączenia tak dla numeru 112, jak i numeru 999 wykazała, że do średniego czasu trwania połączenia z dyspozytorem medycznym wliczano wszystkie połączenia wpływające na numer 999, bez rozróżnienia czy ZRM został zadysponowany czy też nie. Natomiast w przypadku numeru 112 zdarzenia uznane za niezasadne nie były wliczane do średniego czasu trwania połączenia z operatorem numeru alarmowego.

**Niewiarygodne dane
będące podstawą
braku przekierowania
połączeń z numeru
999 do 112**

W ocenie NIK uwzględnianie w średnim czasie połączeń niezakończonych zadysponowaniem ZRM (w tym fałszywych), których obsługa trwa wyraźnie krócej, wpływa na zniekształcenie rzeczywistej wartości średniego czasu obsługi połączenia z numerem 999. Dodatkowo NIK wskazuje na poruszane w toku uzgodnień między ministrami wydłużenie czasu połączenia przekierowanego z numeru 112 o dwie minuty. Podsekretarz Stanu w MZ wyjaśnił, że wynikało to z danych opublikowanych w corocznych raportach z funkcjonowania systemu powiadamiania ratunkowego. W ocenie NIK wątpliwości dotyczące metodyki liczenia średniego czasu połączenia z numerem 999 wskazują, że wartość ta nie została wyliczona wiarygodnie.

Aby zaprezentować rzetelnie różnicę w obsłudze połączeń przychodzących z numeru alarmowego 112 oraz bezpośrednio kierowanych na numer 999 Minister Zdrowia powinien zaprezentować czas obsługi w CPR połączeń przekazanych do dyspozytorni medycznych. W kolejnym kroku powinien odrębnie ustalić czas obsługi w dyspozytorniach medycznych połączeń przekazanych z numeru alarmowego 112, a odrębnie kierowanych bezpośrednio na numer 999, z wyodrębnieniem tych zakończonych zadysponowaniem zespołu

³⁹ W przypadku dyspozytorni DM12-02 liczba połączeń przekierowanych do innych dyspozytorni w stosunku do wszystkich połączeń wyniosła w 2025 r. (do 30 czerwca) 26% a w dyspozytorni DM02-01 w tym samym okresie 21,1%. W skali całego kraju w latach 2023, 2024 i 2025 (do 30 czerwca) odsetek ten wyniósł odpowiednio 6,3%, 9,4% oraz 10,3%.

ratownictwa medycznego. Dodatkowo, z połączeń bezpośrednio na numer 999 powinny zostać wyłączone te traktowane jako fałszywe lub informacyjne, gdyż ich obsługa może istotnie wpływać na wyliczony i podany w uzasadnieniu do ustawy parametr średniego czasu (w projektowanym pierwotnie kształcie systemu powiadamiania ratunkowego połączenia takie powinny zostać wyeliminowane już w CPR).

Mimo przytoczonych wątpliwości co do rzetelności danych zaprezentowanych w uzasadnieniu do projektu ustawy, Rada Ministrów przyjęła projekt i skierowała go do Sejmu. Zmiana została uchwalona przez Sejm 24 kwietnia 2025 r.

5.4. WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Objęte kontrolą SOR, dysponenti ZRM oraz LPR co do zasady spełniali warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, choć stwierdzono w tym zakresie nieprawidłowości. Poszczególne jednostki, z wyjątkiem jednej, nie zgłaszały jednak posiadanych wyrobów medycznych do SEZOZ lub nie aktualizowały przekazanych informacji.

Kontrolą objęto warunki udzielania świadczeń osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w dziesięciu szpitalach, w których funkcjonowały SOR, u pięciu dysponentów ZRM oraz w LPR.

5.4.1. SZPITALY PROWADZĄCE SOR

SOR spełniały wymogi lokalizacyjne

Szpitalne oddziały ratunkowe w skontrolowanych szpitalach były zlokalizowane zgodnie z wymaganiami wynikającymi z rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń i rozporządzenia ws. SOR. W trzech szpitalach NIK stwierdziła nieprawidłowe oznakowanie SOR lub brak wywieszenia obowiązkowych informacji o udzielanych świadczeniach czy miejscu udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ.

Lądowiska przy SOR

Osiem skontrolowanych szpitali dysponowało lądowiskami dla śmigłowców. W SPZOZ w Choszczynie lądowisko powinno powstać do końca I kwartału 2026 r. Natomiast Nowodworskie Centrum Medyczne nie posiadało lądowiska. Zgodnie z § 15 pkt 5 rozporządzenia ws. SOR oddziały mają spełnić wymóg posiadania lotniska/lądowiska do 31 grudnia 2026 r. Pierwotnie termin spełnienia tego obowiązku przypadał 1 stycznia 2022 r., jednak Minister Zdrowia czterokrotnie przesunął ten termin, początkowo po pół roku, a ostatnio o dwa lata⁴⁰.

⁴⁰ Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1877).

**Utrudnienia
dla ambulansów
kontenerowych na
podjazdach SOR**

W trakcie kontroli w 10 WSK w Bydgoszczy zwrócono uwagę na problem związany z wprowadzaniem do użytkowania przez dysponentów ZRM ambulansów z zabudową kontenerową. Ze względu na kształt oraz rozmiary pojazdy takie mogą nie mieścić się w podjazdach SOR. Mając to na uwadze, zdaniem NIK, dysponenti ZRM podejmując decyzje o wyborze pojazdu powinni brać pod uwagę nie tylko istniejącą infrastrukturę szpitalną, ale również znaczne utrudnienia w manewrowaniu pojazdami z zabudową kontenerową, szczególnie w ograniczonej przestrzeni. Z kolei przy modernizacji SOR szpitale powinny mieć na uwadze rosnące gabaryty ambulansów.

W dwóch z kontrolowanych szpitali (SPZOZ w Sulęcinie oraz SPZZOZ w Janowie Lubelskim), w trakcie kontroli, prowadzone były prace remontowe. Zapewniono jednak ciągłość udzielania świadczeń w ramach SOR.

**Wymagania
dla pomieszczeń SOR
nie wszędzie spełniane**

W trzech szpitalach stwierdzono nieprawidłowości dotyczące wymagań stawianych pomieszczeniom SOR. Najwięcej nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w PCM w Grójcu:

- instalacja wentylacji na sali operacyjnej SOR była niezgodna z § 39 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń. Zgodnie z przywołanym przepisem w salach operacyjnych oraz innych pomieszczeniach, w których podtlenek azotu jest stosowany do znieczulenia, nawiew powietrza odbywa się górną, a wyciąg powietrza w 20% górną i w 80% dołem i zapewnia nadciśnienie w stosunku do korytarza; rozmieszczenie punktów nawiewu nie może powodować przepływu powietrza od strony głowy pacjenta przez pole operacyjne. Tymczasem stwierdzono, że kratki wentylacyjne wyciągowe w górnej części pomieszczenia wyciągają więcej powietrza niż dołem. Powyższe potwierdzała dokumentacja projektowa, z której wynikało, że kratki wylotowe zamontowane pod sufitem wyciągają 400m³/h, zaś dolne 75m³/h.
- stwierdzono niesprawne działanie wentylacji w sali operacyjnej SOR oraz w izolatce, co było niezgodne z § 38 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń, stanowiącym, że w blokach operacyjnych, izotkach oraz pomieszczeniach dla pacjentów o obniżonej odporności stosuje się wentylację nawiewno-wywiewną lub klimatyzację zapewniającą parametry jakości powietrza dostosowane do funkcji tych pomieszczeń;
- w gabinecie zabiegowym SOR nie zamontowano gniazd sprężonego powietrza, co było niezgodne z § 9 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia ws. SOR;
- połączenie podłóg ze ścianami pomieszczenia segregacji medycznej nie spełniało wymogów określonych w § 30 ust. 2 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń, zgodnie z którym połączenie ścian z podłogami powinno być wykonane w sposób umożliwiający ich mycie i dezynfekcję. Ponadto pomiędzy połączeniami istniała szczelina uniemożliwiająca utrzymanie czystości;

- protokoły corocznych przeglądów urządzeń klimatyzacyjnych, za lata 2023–2025, zawierały inne dane identyfikacyjne serwisowanych urządzeń niż dane zawarte na naklejkach znamionowych tych urządzeń.

W SPZOZ w Choszczynie, w obrębie obszaru segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć SOR, nie zapewniono pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. Nie zapewniono również stanowiska do dekontaminacji. Z kolei w SPZZOZ w Janowie Lubelskim w sali obserwacji w obszarze obserwacji SOR dla jednego z czterech łóżek nie spełniono wymagania zapewnienia dostępu z trzech stron, w tym dwóch dłuższych.

W strukturach poszczególnych SOR zostały wyodrębnione wymagane obszary:

- 1) segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;
- 2) resuscytacyjno-zabiegowej;
- 3) wstępnej intensywnej terapii;
- 4) terapii natychmiastowej;
- 5) obserwacji;
- 6) konsultacyjny;
- 7) zaplecza administracyjno-gospodarczego.

**Wypożyczenie SOR
nie zawsze spełniane**

W trakcie kontroli kontrolerzy sprawdzili, czy SOR były wyposażone w wyroby medyczne i urządzenia wskazane w § 4 ust. 3, § 6 ust. 4, § 7 ust. 3–4, § 9 ust. 3, § 10 ust. 1 rozporządzenia ws. SOR. Dwa z 10 kontrolowanych szpitali (20%) nie zapewniły odpowiedniego wyposażenia. W WSW w Gorzowie Wielkopolskim stwierdzono brak aparatu do znieczulania, wymaganego na stanowisku resuscytacyjnym oraz na sali zabiegowej, co stanowiło naruszenie § 7 ust. 3 pkt 2 oraz § 9 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia ws. SOR. W SPZZOZ w Gryficach stanowisko resuscytacyjne znajdujące się w jednej z sal zabiegowych obszaru resuscytacyjno-zabiegowego nie było wyposażone w defibrylator z kardiowersją i opcją elektrostymulacji serca. Nie zapewniono również aparatu do powierzchniowego ogrzewania pacjenta. Powyższe było niezgodne z § 7 ust. 3 pkt 4 oraz 8 rozporządzenia ws. SOR.

**Przeglądy
wyrobów medycznych**

Zgodnie z art. 63 ust. 3 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁴¹ podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz użytkownicy wyrobów wykorzystujący wyroby do działalności gospodarczej lub zawodowej są obowiązani posiadać dokumentację wykonanych instalacji, napraw, konserwacji, działań serwisowych, aktualizacji oprogramowania, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu, wynikających z instrukcji używania wyrobu, który

⁴¹ Dz. U. z 2024 r. poz. 1620, ze zm.

wykorzystują do udzielania świadczeń zdrowotnych lub usług, zawierającą co najmniej daty wykonania tych czynności, imię i nazwisko lub nazwę (firmę) podmiotu, który wykonał te czynności, ich opis, wyniki i uwagi dotyczące wyrobu oraz kwalifikacje osób wykonujących wymienione czynności, jeżeli jest to wymagane na podstawie przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 51 ust. 3 tej ustawy. Ponadto stosownie do art. 63 ust. 4 ustawy o wyrobach medycznych podmiot wykonujący działalność leczniczą oraz użytkownicy wyrobów wykorzystujący wyroby do działalności gospodarczej lub zawodowej są obowiązani posiadać dokumentację określającą terminy następnych konserwacji, działań serwisowych, przeglądów, regulacji, kalibracji, wzorcowań, sprawdzeń i kontroli bezpieczeństwa wyrobu stosowanego do udzielania świadczeń zdrowotnych, wynikające z instrukcji używania wyrobu lub zaleceń podmiotów, które wykonały czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

W trakcie kontroli ustalono, że sześć skontrolowanych szpitali prawidłowo realizowało swoje obowiązki związane z użytkowaniem wyrobów medycznych. W pozostałych czterech stwierdzono nieprawidłowości, które najczęściej polegały na opóźnieniu w wykonaniu obowiązkowego przeglądu. W SPZOZ w Sulęcinie, na 41 wyrobów objętych badaniem stwierdzono, że w 2023 r. nie przeprowadzono wymaganego przeglądu jednego stanowiska do znieczulania oraz dwóch kardiomonitorów. W WSW w Gorzowie Wielkopolskim opóźnienie dotyczyło sześciu z 32 wyrobów medycznych poddanych badaniu. W 10 WSK w Bydgoszczy stwierdzono jeden taki przypadek na 15 objętych badaniem, ale dwa inne wyroby (kardiomonitor i pompa infuzyjna) na dzień badania nie miały wykonanych przeglądów. Również w SPZOZ w Choszczynie stwierdzono jeden przypadek braku przeglądu (na 97 objętych badaniem), który dotyczył respiratora transportowego. Niewykonanie wymaganych przeglądów lub wykonanie ich z opóźnieniem wynikało najczęściej z niedopatrzenia.

Nieprzekazywanie informacji do SEZOZ

Art. 17 udl stanowi, że informacje o posiadanych wyrobach medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych są przekazywane przez podmioty lecznicze w sposób określony w przepisach o systemie informacji w ochronie zdrowia. Do przekazywania tych informacji służył System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁴², a szczegółowy zakres przekazywanych informacji i terminy ich przekazywania określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji

⁴² Dz. U. z 2026 r. poz. 208, ze zm.

gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji⁴³.

Tylko w jednym z objętych kontrolą szpitali nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie (Nowodworskie Centrum Medyczne), a w pozostałych skala nieprawidłowości była różna. PCM w Grójcu i 10 WSK w Bydgoszczy w ogóle nie przekazały wymaganych informacji o wyrobach medycznych użytkowanych w SOR. W SPZZOZ w Gryficach nie przekazano informacji o 55 wyrobach medycznych, a informacje o czterech nie zostały zaktualizowane. W SPZZOZ w Janowie Lubelskim niedopełnienie obowiązku dotyczyło 43 wyrobów medycznych (wpisane w trakcie kontroli), a w SPZOZ w Sulęcinie – 10 na 21. SPZOZ w Choszczynie wszystkie 24 wyroby medyczne wpisał do SEZOZ w trakcie kontroli, a SPZOZ MSWiA w Lublinie 25 na 28 objętych badaniem. Również WSW w Gorzowie Wielkopolskim i SW w Inowrocławiu uzupełniły informacje w trakcie kontroli NIK (odpowiednio 20 i osiem wyrobów medycznych).

W przypadku jednostek, które w ogóle nie przekazywały informacji do SEZOZ, ich kierownicy wyjaśnili, że nie mieli świadomości istnienia takiego obowiązku. W pozostałych przypadkach nieprawidłowości były następstwem przeoczenia.

Nieprawidłowości związane z nieprzekazywaniem danych do SEZOZ stwierdzono również u wszystkich kontrolowanych dysponentów (str. 60) oraz w LPR (str. 68).

Nieaktualność danych w SEZOZ

Ponadto, w ramach kontroli NIK ustaliła, że 3 lipca 2025 r. Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii Ministerstwa Zdrowia, za pośrednictwem NFZ, zwrócił się do świadczeniodawców o wypełnienie ankiety dotyczącej wyrobów medycznych (akceleratorów, PET, TK, RM⁴⁴, aparatów do brachyterapii). W piśmie Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii MZ wskazał, że cyt.: „część tych informacji znajduje się w SZOI czy SEZOZ, to celem ankiety jest weryfikacja oraz poszerzenie tych danych, które będą podstawą dla opracowywanych analiz z zakresu optymalnego rozmieszczenia sprzętu, a co za tym idzie – istotnym elementem decyzji inwestycyjnych”. Powyższe wskazuje, że nawet w Ministerstwie Zdrowia, funkcjonowało przekonanie o niskiej jakości danych w SEZOZ, w tym ich niekompletności, i to w sytuacji, gdy minister właściwy do spraw zdrowia jest administratorem tych danych⁴⁵.

⁴³ Dz. U. z 2025 r. poz. 496.

⁴⁴ Odpowiednio: pozytonowa tomografia emisyjna, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny.

⁴⁵ Art. 24 ust. ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia.

NIK zwracała już uwagę na niską aktualność danych SEZOZ. W kontroli P/23/046 System oceny inwestycji w ochronie zdrowia⁴⁶ stwierdzono, że dziesięć z 12 kontrolowanych podmiotów leczniczych (83,3%) nie wprowadzało terminowo wymaganych danych o posiadanych wyrobach medycznych do SEZOZ. W poszczególnych jednostkach kontrolowanych dotyczyło to od jednego do 200 wyrobów medycznych. Kierownicy jednostek wyjaśniali, że opóźnienie wynikało najczęściej z przeoczenia lub braku świadomości o istnieniu takiego obowiązku. Pomimo upływu dwóch lat stan ten nie uległ więc zmianie⁴⁷.

Spełnianie wymagań przez lekarzy SOR

W całym kraju do umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne – zakres „Świadczenia w SOR”, zgłoszonych było 18 153 lekarzy⁴⁸. Lekarzy ze specjalizacją z medycyny ratunkowej było 631, co stanowiło 3,4% wszystkich zgłoszonych lekarzy. Najwięcej lekarzy miało specjalizację z chorób wewnętrznych (2094 lekarzy), chirurgii ogólnej (1535 lekarzy), ortopedii i traumatologii narządu ruchu (1129 lekarzy). Więcej niż lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej było również specjalistów z pediatrii (947 lekarzy), położnictwa i ginekologii (841 lekarzy), anestezjologii i intensywnej terapii (793 lekarzy), neurologii (722 lekarzy) i kardiologii (675 lekarzy). Lekarze, którzy ukończyli specjalizację uprawniającą do zaliczenia ich, stosownie do art. 3 pkt 3 ustawy PRM, do kategorii lekarzy systemu, stanowili 45,3% lekarzy (8384) zgłoszonych przez świadczeniodawców jako udzielających świadczeń w SOR.

Ponadto 4488 lekarzy było w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. W dziedzinach uprawniających do zaliczenia do kategorii lekarzy systemu szkoliło się 3011 lekarzy (67,1%), przy czym najwięcej z ortopedii i traumatologii narządu ruchu (605 lekarzy) i pediatrii (491 lekarzy). W trakcie szkolenia z medycyny ratunkowej było 280 lekarzy.

Zgłaszanie do NFZ przez podmioty lecznicze potencjału lekarskiego

1397 lekarzy było zgłoszonych do potencjału wykonawczego przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, a 16 756 przez jednego świadczeniodawcę. Jeden lekarz był zgłoszony przez siedmiu świadczeniodawców z trzech różnych województw, a łączny deklarowany tygodniowy czas udzielania przez niego świadczeń wynosił 196 godz. i 55 minut (czyli ponad osiem dni w tygodniu). Dziewięciu lekarzy było zgłoszonych do sześciu umów, a 33 do 5 umów.

Najwyższy deklarowany tygodniowy czas udzielania świadczeń u jednego świadczeniodawcy wynosił 168 godz., czyli dokładnie siedem dni

⁴⁶ <https://bip.nik.gov.pl/kontrole/P/23/046/>.

⁴⁷ Z dniem 1 stycznia 2027 r., na mocy art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 7 listopada 2025 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz ustawy o ochronie ludności i obronie cywilnej (Dz. U. poz. 1705), SEZOZ zostanie zastąpiony przez System Ewidencji Potencjału Świadczeniodawcy.

⁴⁸ Dane NFZ wg stanu na 31 maja 2025 r.

tygodniowo (2 lekarzy). Dla 867 lekarzy deklarowany tygodniowy czas udzielania świadczeń był wyższy niż wymiar etatu wynikający z art. 93 ust. 1 udl (tj. 37 godz. 55 minut).

Zmiany w definicji lekarza systemu

Oceniając zasoby kadrowe systemu PRM należy mieć na uwadze znaczące zmiany w definicji pojęcia lekarza systemu. Zgodnie z pierwotnym brzmieniem ustawy PRM z 2006 r. lekarzem systemu był lekarz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizujący się w dziedzinie medycyny ratunkowej, z zastrzeżeniem art. 57, który stanowił, że do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu może być lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, lub pediatrii⁴⁹. W 2010 r. dodano, że do 31 grudnia 2020 r. za lekarza systemu uznaje się również lekarza, który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, lub pediatrii⁵⁰. Od 2013 r. lekarzem systemu mógł być również lekarz posiadający 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala, ale do 1 stycznia 2015 r. powinien rozpocząć szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej⁵¹. Dwa lata później termin ten został przedłużony do 1 stycznia 2018 r.⁵². Od czerwca 2018 r. wykaz specjalizacji pozwalający uznać lekarza za lekarza systemu został rozszerzony o kardiologię i neurologię⁵³. W 2019 r. pojęcie lekarza systemu rozszerzono na wszystkie specjalizacje dopuszczone dotychczas jedynie czasowo⁵⁴.

W okresie realizacji czynności kontrolnych, z 30 maja 2025 r., w życie weszły jeszcze przepisy ustawy z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, która do kategorii lekarza systemu zalicza również lekarzy, którzy ukończyli szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie: chorób wewnętrznych,

⁴⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410).

⁵⁰ Ustawa z dnia 22 października 2010 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 219, poz. 1443).

⁵¹ Ustawa z dnia 23 listopada 2012 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. poz. 1459).

⁵² Ustawa z dnia 7 listopada 2014 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. poz. 1802).

⁵³ Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 115, ze zm.).

⁵⁴ Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399, ze zm.).

pediatrii lub chirurgii ogólnej i uzyskali potwierdzenie zakończenia tego szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁵⁵, albo uzyskali decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 pkt 1 albo ust. 9 tej ustawy, jednak nie dłużej niż przez 5 lat od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od dnia uzyskania decyzji, jednak nie dłużej niż przez 5 lat od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego albo od dnia uzyskania decyzji, oraz ukończyli kurs w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Powyższe oznacza, że lekarz nawet nie musi przystępować do państwowego egzaminu specjalizacyjnego, aby przez pięć lat mógł być traktowany na równi z lekarzem specjalistą, czyli bez formalnego potwierdzenia zdobytej wiedzy. W tym czasie w pełni samodzielnie może udzielać świadczeń zdrowotnych, co różni jego sytuację prawną od lekarzy w trakcie specjalizacji, którzy szkolenie specjalizacyjne odbywają w pod kierunkiem kierownika specjalizacji, a staże kierunkowe pod kierunkiem kierownika stażu.

**Niespełnianie wymagań
przez lekarzy
kierujących SOR przy
spełnianiu wymagań
przez pozostały personel**

Personel skontrolowanych SOR legitymował się wymaganymi kwalifikacjami, z wyjątkiem lekarzy kierujących tymi oddziałami. Dotyczyło to:

1. Nowodworskiego Centrum Medycznego, gdzie od 7 maja 2025 r. obowiązki ordynatora SOR pełnił lekarz, który ukończył drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej i kontynuował szkolenie specjalizacyjne, nie posiadał jednak żadnej ze specjalizacji wymienionych w § 12 ust. 1 pkt b rozporządzenia ws. SOR.
2. SPZZOZ w Gryficach, gdzie od 1 lutego 2022 r. do 31 maja 2024 r. stanowisko lekarza kierującego oddziałem (LKO), a następnie od 1 czerwca 2024 r. do 31 sierpnia 2024 r. pełniącego obowiązki LKO wykonywał lekarz, który nie spełniał wymogów przewidzianych w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia ws. SOR. Ponadto od 1 stycznia do 17 lutego 2025 r. obowiązki LKO pełnił lekarz, który posiadał tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, jednakże nie legitymował się tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej, nie odbywał specjalizacji w tej dziedzinie, a także nie zostało wykazane by w ww. okresie legitymował się doświadczeniem w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w SOR w wymiarze co najmniej trzech tysięcy godzin w okresie ostatnich trzech lat.
3. SPZOZ w Choszcznie, gdzie lekarz kierujący SOR od 1 stycznia 2025 r. nie spełniał wymagań określonych w § 12 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia ws. SOR.

⁵⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, ze zm.

Kierownicy jednostek tłumaczyli powierzanie kierowania SOR lekarzom nieposiadającym wymaganych kwalifikacji trudnościami w pozyskaniu odpowiednich lekarzy specjalistów.

Ponadto w PCM w Grójcu, w okresie od 1 maja 2022 r. do dnia 30 września 2024 r. funkcję pielęgniarki oddziałowej SOR pełniła osoba, nieposiadająca pięcioletniego stażu pracy na SOR, co było naruszeniem § 12 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia ws. SOR.

W trakcie kontroli sprawdzono, czy stosownie do § 4 ust. 4 rozporządzenia ws. SOR szpitale, w których funkcjonuje SOR, zapewniły całodobowy i niezwłoczny dostęp do:

- 1) badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
- 2) komputerowego badania tomograficznego;
- 3) badań endoskopowych, w tym gastrokopii i bronchoskopii.

**Dostępność badań
laboratoryjnych
i diagnostyki
obrazowej**

Objęte kontrolą szpitale zapewniły dostępność do badań laboratoryjnych oraz diagnostyki obrazowej. W jednym przypadku (Nowodworskie Centrum Medyczne) wystąpiła niedostępność diagnostyki obrazowej trwająca 28 dni. Z kolei w PCM w Grójcu na 25 dni z 28 objętych szczegółowym badaniem (89,3 %) placówka w trakcie wykonywanych badań tomografii komputerowej nie dysponowała lekarzem z ukończoną odpowiednią specjalizacją. W takim przypadku opiekę nad pacjentami zapewniał lekarz dyżurny SOR, który nie był specjalistą w wymaganych dziedzinach.

**Brak wymagań
dla badań
diagnostyki obrazowej**

Należy w tym miejscu wskazać, że rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁵⁶ nie określa wymagań dla badań diagnostyki obrazowej wykonywanych dla pacjentów szpitala, jak również nie zawiera odesłania w tym zakresie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁵⁷, które takie wymagania opisuje.

W przypadku badań gastrokopii i bronchoskopii sposoby zapewnienia ich dostępności były zróżnicowane – od całodobowego dyżuru pracowni po korzystanie ze wsparcia lekarzy dyżurujących na innych oddziałach szpitali, mających umiejętności do przeprowadzania badań. PCM w Grójcu nie zapewnił dostępności badań endoskopowych w siedmiu na 28 dni objętych próbą (25% próby), formalny kurs z bronchoskopii odbył tylko Ordynator Oddziału Anestezjologii i Oddziału Intensywnej Terapii, a wykonywanie gastrokopii było uzależnione od dostępności chirurga wykonującego gastrokopię w danym dniu lub porze. W 10 WSK

⁵⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 870, ze zm.

⁵⁷ Dz. U. z 2016 r. poz. 357, ze zm.

w Bydgoszczy dostępność gastrokopii i bronchoskopii zapewniono poprzez całodobowy dyżur lekarza odpowiednio oddziału gastrologii lub pulmonologii oraz wzywany przez lekarza dyżurnego zespół endoskopowy (dyżur pod telefonem)⁵⁸.

W części szpitali badania gastrokopii i bronchoskopii były wykonywane sporadycznie. Np. w SPZOZ w Choszczynie w okresie objętym kontrolą wykonano trzy badania gastrokopii dla pacjentów SOR, a w SPZOZ w Janowie Lubelskim 11 takich badań. W SW w Inowrocławiu, w okresie objętym kontrolą NIK, na rzecz pacjentów SOR zostało wykonanych 17 badań gastrokopii w godzinach popołudniowych⁵⁹, natomiast w godzinach nocnych Szpital nie wykonywał badań, ponieważ – jak wskazał Dyrektor Szpitala – nie zaistniała taka potrzeba. W SPZOZ w Sulęcinie w okresie styczeń – kwiecień 2025 r. nie przeprowadzono ani jednego badania gastrokopii dla pacjentów SOR, mimo że pracownia endoskopii dyżurowała całodobowo.

Wdrożenie standardu rachunku kosztów

Na podstawie art. 31lc ust. 6 uśoz świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów określonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców⁶⁰. Wdrożenie standardu rachunku kosztów powinno umożliwić przypisanie kosztów badań wykonanych w SOR lub na zlecenie SOR do pacjenta, a w przypadku jego przekazania na inny oddział – do tego oddziału.

Sześć z objętych kontrolą szpitali wdrożyło zalecenia standardu rachunku kosztów w odniesieniu do SOR i procedur związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych pacjentom SOR. W dwóch kolejnych szpitalach (SPZZOZ w Janowie Lubelskim, SPZZOZ w Gryficach) nie wydzielono ośrodka powstawania kosztów działalności pomocniczej, na którym powinny być ewidencjonowane koszty związane z rejestracją, przyjęciem i segregacją medyczną w SOR. W SPZZOZ Gryficach nie wyodrębniono ponadto ośrodka powstawania kosztów obejmującego koszty wykonywanych procedur w SOR. W SPZOZ w Sulęcinie oraz w SPZOZ MSWiA w Lublinie nie wdrożono oddzielenia kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców w SOR rozliczanych w ramach ryczałtu dobowego od kosztów zaopatrzenia świadczeniobiorców przekazanych na inne oddziały szpitalne. Ponadto w SPZOZ w Sulęcinie w planie kont nie wydzielono konta pomocniczego „Szpitalny Oddział Ratunkowy Rejestracja i segregacja medyczna”, a w SPZOZ MSWiA w Lublinie nie ustalono kluczy

⁵⁸ W okresie styczeń – kwiecień 2025 r. wykonano 60 badań gastrokopii dla pacjentów SOR.

⁵⁹ W godzinach od 12:00 do 18:00.

⁶⁰ Dz. U. poz. 2045.

**Wynik finansowy
na działalności SOR**

podziału kosztów działalności pomocniczej. Ze względu na powyższe nie było możliwe ustalenie dla tych szpitali wyniku finansowego SOR w oparciu o metodykę przypisania kosztów zgodną ze standardem rachunku kosztów.

Spośród szpitali, które wdrożyły zalecenia standardu rachunku kosztów, uwzględniając wynikającą z tego metodykę przypisania kosztów, trzy wykazały stratę na działalności SOR w całym okresie objętym kontrolą, dwa w tym okresie wykazały zysk. Jeden szpital wykazał stratę w 2023 r. i zysk w 2024 i pierwszej połowie 2025 r. Spośród szpitali, które nie wdrożyły standardu rachunku kosztów jeden wykazał zysk na działalności SOR w całym okresie objętym kontrolą, dwa stratę, a jeden stratę w 2023 r. i 2024 r. oraz zysk w pierwszym półroczu 2025 r.

5.4.2. DYSPONENCI ZRM

Kontrolą u dysponentów objęto łącznie 13 miejsc stacjonowania ZRM, z czego sześć znajdujących się poza miastem o liczbie mieszkańców powyżej 10 tys. Miejsca te spełniały wymogi w zakresie pomieszczeń higieniczno-sanitarnych wyposażonych dodatkowo w natrysk określone w § 10 ust. 2 rozporządzenia ws. pomieszczeń i urządzeń. W miejscach stacjonowania dla członków ZRM urządzono stanowiska pracy, na których zainstalowane były stacje robocze z monitorami umożliwiającymi korzystanie z SWD PRM, współpracujące z nimi drukarki, drukujące w formacie A4, a stanowiska te posiadały połączenie z siecią Internet, co odpowiadało minimalnym warunkom wskazanych w § 10 ust. 2 rozporządzenia ws. SWD PRM, a także załącznikach nr 1 i 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego⁶¹.

**Przechowywanie
substancji
psychotropowych**

U dwóch dysponentów stwierdzono, że produkty lecznicze zawierające substancje psychotropowe nie były przechowywane we właściwych warunkach. W WSPR w Bydgoszczy produkty takie przechowywano w zamykanej drewnianej szafie, co naruszało § 6 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego⁶². Przepis ten stanowi, że preparaty zawierające środki odurzające grupy I-N lub substancje psychotropowe grup II-P, III-P i IV-P przechowuje się w zamkniętych metalowych szafach lub kasetach, w miejscu niewidocznym dla osób nieuprawnionych. W WPR w Szczecinie,

⁶¹ Dz. U. poz. 237.

⁶² Dz. U. z 2021 r. poz. 2124.

w dwóch z trzech miejsc stacjonowania ZRM objętych oględzinami (w Szczecinie – Dąbiu i Goleniowie), preparaty zawierające środki odurzające lub substancje psychotropowe były przechowywane w kasetach, które nie były przymocowane w sposób trwały do ścian lub podłogi, co z kolei było niezgodne z § 6 przywołanego rozporządzenia. W obu jednostkach nieprawidłowości usunięto w trakcie kontroli.

W trakcie kontroli przeprowadzono oględziny 10 specjalistycznych środków transportu sanitarnego stanowiących wyposażenie ZRM „P”.

Oznakowanie i wyposażenie ambulansów

Ambulanse były wyposażone w sygnały ostrzegawcze przewidziane dla pojazdów uprzywilejowanych – stosownie do § 25 ust. 1 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia⁶³.

U trzech z pięciu dysponentów wyposażenie karetek w wyroby medyczne odpowiadało wymaganiom określonym w załączniku nr 3 do zarządzenia 179/2020/DSM⁶⁴.

U dwóch dysponentów (WSPR w Bydgoszczy i WPR w Lublinie), stwierdzono braki w obowiązkowym wyposażeniu ambulansów oraz nieprawidłowości w ich oznakowaniu. W WSPR w Bydgoszczy, znajdujące się w pojazdach mankiety aparatów do ręcznego pomiaru ciśnienia krwi nie obejmowały zakresów 10-15 cm i 43-66 cm, a w jednym brakowało urządzenia do infuzji pod ciśnieniem, co było niezgodne odpowiednio z pkt 5.4.1 i 5.6.5 załącznika nr 3 do zarządzenia nr 179/2020/DSM. Z kolei w WPR w Lublinie ambulanse nie były wyposażone w rękawice ochronne/do szczątków, co naruszało pkt 5.9.2 ww. załącznika.

Sprawdzono również oznakowanie ambulansów. W WSPR w Bydgoszczy jedną z karetek oznakowano z tyłu napisem „Ambulans” koloru ciemnoniebieskiego zamiast czerwonego, a wysokość liter w umieszczonym na niej kryptonimie ZRM obniżono z wymaganych 10 do ośmiu centymetrów, co naruszało odpowiednio pkt 2 i 6 w cz. I. załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego⁶⁵. W WPR w Lublinie jeden ambulans był oznaczony kryptonimem ZRM barwy białej zamiast czerwonej, o niższej niż wymagana wysokości liter, który umieszczono tylko na jednym boku

⁶³ Dz. U. z 2024 r. poz. 502, ze zm.

⁶⁴ Badanie przeprowadzono w zakresie wyposażenia: służącego do przenoszenia i unieruchamiania pacjenta, wentylacji/oddychania, diagnostycznego, do infuzji, postępowania w nagłych stanach zagrożenia zdrowotnego, w wyroby do bandażowania i pielęgnacji oraz w środki ochrony indywidualnej.

⁶⁵ Dz. U. poz. 118, dalej: rozporządzenie w sprawie oznaczenia systemu PRM.

pojazdu, oraz nie pod okręgiem z literą wskazującą na rodzaj ZRM, co było niezgodne z pkt 6 w cz. I załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie oznaczenia systemu PRM (było to następstwem uszkodzenia wcześniejszego oznakowania i wykorzystania do uzupełnienia oznaczeń będących w zasobach jednostki).

**Przeglądy
wyrobów medycznych**

Dysponenci rzetelnie realizowali obowiązek przeprowadzania przeglądów wyrobów medycznych w ambulansach objętych oględzinami. Jedynie w WSPR w Bydgoszczy stwierdzono, że przegląd pompy infuzyjnej stanowiącej wyposażenie jednego z ambulansów został przeprowadzony pięć dni po terminie wskazanym w przedstawionej dokumentacji, co naruszało art. 63 ust. 1 ustawy o wyrobach medycznych. Opóźnienie wynikało z braku możliwości technicznych i czasowych serwisanta.

**Nieprzekazywanie
informacji do SEZOZ**

Żaden z kontrolowanych dysponentów nie przekazywał natomiast informacji o posiadanych wyrobach medycznych wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do SEZOZ, co było niezgodne z art. 24 ust. 4 ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia. Dysponenci przekazali lub rozpoczęli przekazywanie do SEZOZ wymaganych informacji w trakcie kontroli. Przyczyną nieprzekazywania przedmiotowych informacji do SEZOZ był brak świadomości o istnieniu takiego obowiązku oraz niewyznaczenie osób odpowiedzialnych za przekazywanie tych informacji.

**Spełnianie wymagań
w zakresie łączności**

Objęci kontrolą dysponenci spełniali wymagania w zakresie posiadania przez ZRM łączności radiowej i komórkowej określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego.

**Brak drukarek
w karetkach**

U jednego z pięciu dysponentów (SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim) stwierdzono, że karetki nie były wyposażone w drukarki współpracujące z terminalem mobilnym i SWD PRM drukujące w formacie A4, do czego zobowiązywał § 10 ust. 3 rozporządzenia ws. SWD PRM. Przepis ten stanowił, iż na wyposażeniu specjalistycznego środka transportu sanitarnego wykorzystywanego przez ZRM pozostaje m.in. drukarka współpracująca z terminalem mobilnym i SWD PRM drukująca na formacie A4.

Jak wyjaśnił jej Dyrektor, SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim od początku wprowadzenia SWD PRM negowała skuteczność i praktyczność montowania drukarek w ambulansach, ponieważ były one zawodne. Dyrektor uznał, że jego zadaniem jest wprowadzanie systemów praktycznych i pragmatycznych. Podkreślił jednocześnie, iż w przypadku pozostawiania pacjentów w domu, przekazywany jest im druk zawierający najistotniejsze informacje.

Postępowanie SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim było nieprawidłowe. W przypadkach pozostawiania pacjenta w miejscu wezwania, np. w domu, niedopuszczalne było przekazywanie mu jedynie druku z najważniejszymi informacjami, zamiast karty medycznych czynności ratunkowych. Karta ta zawiera bowiem pełną informację o udzielonych przez ZRM świadczeniach zdrowotnych, w tym wyniki zmierzonych parametrów i podane leki. To z kolei może mieć kluczowe znaczenie w sytuacji pogorszenia zdrowia pacjenta i wystąpienia stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego. NIK zauważyła ponadto, że praktyka sporządzania przez kierownika ZRM dodatkowego druku dla pacjenta, zamiast wydrukowania sporządzonej w SWD PRM karty medycznych czynności ratunkowych, wydłuża czas całej interwencji ZRM, przez co prowadzi do jego dłuższej niedostępności.

**Różne wyposażenie
w leki ambulansów
wykorzystywanych
przez ZRM „P”**

W trakcie oględzin ustalono, że u dwóch dysponentów (WSPR w Bydgoszczy i SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim) na wyposażeniu ambulansów nie znajdowały się niektóre z leków lub ich postaci, do których podawania są uprawnieni członkowie ZRM „P”. Wykaz tych produktów określono, w przypadku ratownika medycznego – w załączniku nr 1 (pkt 29) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2019 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego⁶⁶ (uchylone z dniem 22 czerwca 2023 r.) i w załączniku nr 1 (pkt 31) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego⁶⁷ (weszło w życie 22 czerwca 2023 r.), a w odniesieniu do pielęgniarek systemu – w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego⁶⁸. Wykazy te obejmują 50 produktów leczniczych, z czego część w różnych postaciach.

W WSPR w Bydgoszczy członkowie ZRM „P” użytkujący ambulanse poddane oględzinom nie dysponowali 11 produktami leczniczymi lub jedną z ich postaci, do których podawania byli uprawnieni (siedem

⁶⁶ Dz. U. z 2022 r. poz. 863.

⁶⁷ Dz. U. z 2025 r. poz. 576., dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu czynności ratownika medycznego.

⁶⁸ Dz. U. z 2025 r. poz. 821., dalej: rozporządzenie w sprawie zakresu czynności pielęgniarki.

w postaci tabletek⁶⁹, dwa w postaci roztworów do wlewu dożylnego⁷⁰, w tym płyny koloidowe, jeden w postaci roztworu do wstrzykiwań⁷¹ oraz jeden w postaci czopków⁷². Brak płynów koloidowych w postaci roztworów do wlewu dożylnego odnotowano również w jednej z dwóch karetek w SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim.

Dyrektor WSPR w Bydgoszczy wyjaśnił, że brak części leków wynikał z celowego i świadomego działania opartego na analizie praktycznego zastosowania tych środków w warunkach przedszpitalnych. Wskazał, iż leki w postaci tabletek nie były wykorzystywane przez ZRM, co skutkowało przekraczaniem ich terminu ważności i koniecznością utylizacji. Zdaniem Dyrektora większość tych preparatów nie ma bezpośredniego zastosowania w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, a więc nie wpisuje się w główny cel funkcjonowania ZRM.

**Brak regulacji
w zakresie
minimalnego
wyposażenia
ambulansów w leki**

Zdaniem NIK, zważywszy na przytoczone wyżej wyjaśnienia Dyrektora WSPR w Bydgoszczy, brak jasnej regulacji w zakresie minimalnego wyposażenia ambulansów w leki, może skutkować praktyką ograniczania wyposażenia ambulansów ZRM w wybrane przez dysponenta produkty lecznicze lub ich postaci. Oznacza to w istocie dla członków ZRM ograniczenie możliwości ich podania lub wyboru drogi podania w trakcie akcji medycznej. I to, pomimo że osoby te są uprawnione do samodzielnego podawania tych leków.

Co istotne stan taki jest możliwy, gdyż zarządzenie 179/2020/DSM w załączniku nr 3 pkt 5.5 wskazuje jedynie, że specjalistyczny środek transportu wykorzystywany przez ZRM powinien być wyposażony w lek przeciwbólowy (pkt 5.5.1) oraz „Leki niezbędne do udzielania medycznych czynności ratunkowych określone zgodnie z przepisami prawa obowiązującego” (pkt 5.5.2). Kwerenda przepisów wykazała, że w systemie prawnym brak jest szczegółowej regulacji określającej wyposażenie ambulansów w produkty lecznicze (leki). W związku z powyższym NIK wystąpiła do NFZ o wskazanie, stosownie do przywołanej treści zarządzenia 179/2020/DSM, które przepisy prawa powszechnie obowiązującego stanowią w takim przypadku wyznacznik spełnienia wymagania wynikającego z pkt 5.5.2 załącznika nr 3. W udzielonej odpowiedzi Dyrektor Departamentu Służb Mundurowych NFZ wyjaśnił,

⁶⁹ Dotyczyło to produktów leczniczych o nazwach międzynarodowych: Isosorbidi mononitras, Diazepamum, Glyceroli trinitras, Hydroxyzinum, Ibuprofenum, Ketoprofenum, Paracetamolium.

⁷⁰ O nazwach: Mannitolium – 15%, płyny koloidowe niewymagające pobierania przed iniekcją krwi na grupę oraz próby krzyżowej (skrobia hydroksyetylowana, żelatyna modyfikowana).

⁷¹ Nazwa międzynarodowa: Salbutamolium.

⁷² Nazwa międzynarodowa: Thiethylperazinum.

że zarządzenie 179/2020/DSM jest, cyt. „jedynie załącznikiem pomocniczym „przenoszącym” wymagania aktualnie obowiązującej Polskiej Normy przenoszącej europejską normę zharmonizowaną na grunt funkcjonujących w kraju rodzajów zespołów ratownictwa medycznego ZRM, zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia. Wobec powyższego, dostosowując treść ww. załącznika do zapisów określonych w Polskiej Normie, w części 5.5. w poz. 5.5.1. uwzględniono *Leki zgodne z przepisami krajowymi.*” W dalszej części odpowiedzi zauważył jednak, że w Polsce nie został określony receptariusz dedykowany poszczególnym ZRM jako odrębny dokument. *In fine*, stwierdził, że, cyt. „wyznacznikiem spełnienia przez dysponentów warunku wskazanego w pkt 5.5.1⁷³. załącznika nr 3 do zarządzenia Nr 179/2020/DSM (...) jest wyposażenie ambulansu w leki, bez weryfikacji ich rodzaju ani ilości”.

**Wyposażenie ZRM „P”
w leki, do których
samodzielnego
podawania
nie byli uprawnieni
jego członkowie**

U dwóch z pięciu dysponentów (WSPR w Bydgoszcz i WPR w Lublinie), przeprowadzone oględziny ambulansów wykorzystywanych przez ZRM „P” wykazały, że znajdowały się w nich produkty lecznicze, które nie mogły być samodzielnie podawane przez ratownika medycznego lub pielęgniarkę systemu. W WSPR w Bydgoszczy stwierdzono obecność trzech takich produktów leczniczych w obu ambulansach⁷⁴, a w WPR w Lublinie w jednym ambulansie dwóch leków⁷⁵, a w innym jednego⁷⁶.

Podstawą udostępnienia tych leków członkom ZRM „P” w WSPR w Bydgoszczy był wewnętrzny dokument „Wykaz leków dla zespołu podstawowego”, zatwierdzony przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa w dniu 2 marca 2023 r. W trakcie kontroli ustalono, że w latach 2023–2025 (do 10 lipca) produkty te zostały podane pacjentom łącznie 396 razy, z czego: 158 razy w 2023 r.⁷⁷, 164 w 2024 r.⁷⁸ i 74 w 2025 r. (do 10 lipca)⁷⁹. Jak wyjaśnił Dyrektor WSPR w Bydgoszczy, wyposażenie ZRM „P” w dodatkowe produkty lecznicze wynikało z chęci zapewnienia wszystkim pacjentom opieki na właściwym poziomie.

Przywołane wyżej rozporządzenia nie przyznają kierownikom podmiotów leczniczych prawa do rozszerzania uprawnień ratowników medycznych

⁷³ Wskazanie w odpowiedzi pkt 5.5.1 zamiast pkt 5.5.2, zważywszy na pełną treść wyjaśnień, należy traktować jako pomyłkę.

⁷⁴ Produkty lecznicze o nazwach: Oxytocin, Predasol, Theospirex.

⁷⁵ Produkty lecznicze o nazwach: Cyclonamina, Ondasetron.

⁷⁶ Produkt leczniczy o nazwie: Cyclonamina.

⁷⁷ Oxytocin i Predasol – po jednym razie przez ratownika medycznego, Theospirex – 153 razy przez ratownika medycznego i trzy razy przez pielęgniarkę/pielęgniarszą systemu.

⁷⁸ Theospirex – 146 razy przez ratownika medycznego i 18 razy przez pielęgniarkę/pielęgniarszą systemu.

⁷⁹ Theospirex – 67 razy przez ratownika medycznego i siedem razy przez pielęgniarkę/pielęgniarszą systemu.

oraz pielęgniarek w zakresie leków, które mogą samodzielnie podawać w trakcie medycznych czynności ratunkowych. Rozszerzanie tych wykazów przez dysponentów ZRM jest działaniem nieuprawnionym i obarczone ryzykiem związanym m.in. z wniesieniem ewentualnych roszczeń pacjentów za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Świadczy o tym również reakcja w WPR w Lublinie, gdzie w związku ze stwierdzeniem podczas kontroli obecności w ZRM „P” dwóch ww. produktów leczniczych, Głównemu Koordynatorowi Medycznemu wydano polecenie wykonania pilnego przeglądu leków znajdujących się na wyposażeniu ZRM „P”, a w przypadku stwierdzenia obecności leków, do których samodzielnego podawania nie są uprawnieni ratownicy medyczni lub pielęgniarki systemu, ich zwrotu do Sekcji Zaopatrzenia Medycznego celem przekazania do ZRM „S”.

Ponadto w WSPR w Bydgoszczy przeprowadzone oględziny wykazały, iż w obu znajdowało się po jednym produkcie leczniczym z przekroczoną datą ważności, a w jednej z nich butla z tlenem medycznym z przekroczoną datą ważności aż o 162 dni.

Członkowie ZRM spełniali wymagania

Członkowie ZRM w zakresie posiadanych kwalifikacji spełniali wymagania dla lekarza i pielęgniarki systemu oraz ratowników medycznych określone w art. 3 pkt 3 i 6 ustawy PRM, a w odniesieniu do ratowników medycznych w art. 10 ust. 1 pkt 4 tej ustawy (do 21 czerwca 2023 r.) i art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych⁸⁰ (od 22 czerwca 2023 r.).

Wszystkie osoby pełniące funkcję kierowcy (w tym ratownicy medyczni, pielęgniarki lub pielęgniarze z przypisaną dodatkową rolą kierowcy) spełniały warunki określone w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami⁸¹.

W całym kraju do umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ratownictwo medyczne zgłoszonych było 1053 lekarzy⁸², z czego 863 legitymowało się posiadaniem tytułu specjalisty⁸³. Lekarzy ze specjalizacją z medycyny ratunkowej było 253 (24,0% wszystkich lekarzy), a ze specjalizacją z anestezjologii i intensywnej terapii 139 lekarzy (16,9%).

⁸⁰ Dz. U. z 2025 r. poz. 339, ze zm.

⁸¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 1226, ze zm.

⁸² Dane NFZ wg stanu na 31 maja 2025 r.

⁸³ Należy przez to rozumieć posiadanie tytułu specjalisty, specjalizacji I° lub specjalizacji II° (specjalizacja II° jest równoważna z tytułem specjalisty). Poszczególni lekarzy mogli mieć zgłoszoną więcej niż jedną specjalizację lub byli zgłoszeni przez różnych świadczeniodawców jako specjaliści w różnych dziedzinach, jak również przez jednego jako – specjaliści a przez innego – jako lekarze bez specjalizacji. W danych NFZ znalazło się ponadto sześciu lekarzy, dla których specjalizacja nie została jednoznacznie wskazana (np. kategoria „pozostali lekarze specjaliści”).

Lekarzy specjalistów chirurgii ogólnej było 177, a chorób wewnętrznych 190. W trakcie szkolenia specjalizacyjnego było 222 lekarzy, z tego najwięcej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (104 lekarzy) oraz medycyny ratunkowej (74 lekarzy).

Lekarzy, którzy ukończyli co najmniej jedną specjalizację uprawniającą do zaliczenia ich, stosownie do art. 3 pkt 3 ustawy PRM, do kategorii lekarzy systemu, było 801, co stanowiło 76,1% lekarzy zgłoszonych przez świadczeniodawców jako udzielających świadczeń. Natomiast w trakcie specjalizacji w tych dziedzinach było 195 lekarzy.

Zgłoszeni przez dysponentów ZRM lekarze zawarli z nimi 1133 umowy. Zdecydowana większość lekarzy w ZRM udzielała świadczeń tylko u jednego dysponenta (977 na 1053, tj. 92,7%), 72 w ramach umów z dwoma dysponentami, a czterech w ramach umów z trzema dysponentami. 388 lekarzy w ZRM było zgłoszonych również jako udzielający świadczeń w SOR.

Najwyższy deklarowany tygodniowy czas udzielania świadczeń u jednego dysponenta wynosił 127 godz. Deklarowany tygodniowy czas udzielania świadczeń u jednego dysponenta był wyższy niż wymiar etatu wynikający z art. 93 ust. 1 udl (tj. 37 godz. 55 minut) w 491 umowach (43,3%).

**Wdrożenie standardu
rachunku kosztów
przez dysponentów
ZRM**

Dysponenci ZRM, podobnie jak szpitale, byli zobowiązani do wdrożenia standardu rachunku kosztów. Stosownie do § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców, świadczeniodawca wyodrębnia OPK działalności podstawowej, działalności pomocniczej i zarządu, zgodnie z kodami funkcji ośrodków powstawania kosztów i według zasad określonych w załącznikach odpowiednio nr 1 i 2 do tego rozporządzenia. W załączniku nr 1 do rozporządzenia, działalności w rodzaju „Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne” zostały przypisany kod 503. W oparciu o zasady określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia zespołom ratownictwa medycznego „P” i „S” przypisuje się kod 503 wraz z kodem charakteryzującym ich specjalność – zgodnie z układem kodów resortowych (3112 dla ZRM „P” i 3114 dla ZRM „S”)⁸⁴.

Wszyscy skontrolowani wdrożyli zalecenia standardu rachunku kosztów w zakresie wyodrębnienia OPK z kodem funkcji 503, przy czym jeden (RSPR w Radomiu) dopiero w 2025 r. W RSPR w Radomiu, w latach 2023–2024 koszty dotyczące ZRM zamiast do kodu funkcji 503⁸⁵ były

⁸⁴ Załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikujących oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019 r. poz. 173).

⁸⁵ W latach 2023–2024 w obowiązujących w Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego zasadach (polityce) rachunkowości kod 503 dotyczył kosztów biura wezwań.

przypisywane do kodu 501, który w obowiązujących wówczas zasadach (polityce) rachunkowości odnosił się do kosztów ZRM, co było niezgodne z załącznikiem nr 3 do rozporządzenia w sprawie zaleceń standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Po dostosowaniu zasad (polityki) rachunkowości do obowiązujących przepisów, od 1 stycznia 2025 r. wdrożone zostały zalecenia określone w rozporządzeniu w sprawie standardu rachunku kosztów.

W WSPR w Bydgoszczy koszty pośrednie działalności pomocniczej rozliczane były niezgodnie z załącznikiem nr 7 do rozporządzenia w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Koszty Sekcji Informatyki i Łączności Radiowej, będące kosztami pośrednimi działalności pomocniczej, rozliczane były w równych częściach na wszystkie ZRM „P” i „S”. W załączniku nr 7 do rozporządzenia wskazano, że kluczem podziałowym dla OPK działalności pomocniczej niemedycejskiej w odniesieniu do działalności działu informatycznego jest liczba osób z uprawnieniami dostępu do systemów informatycznych świadczeniodawcy. W trakcie kontroli zadeklarowano, że stosowany w tym zakresie klucz podziałowy zostanie zmieniony.

W WSPR w Szczecinie, w przyjętych zasadach (polityce) rachunkowości ujęto konto 503, jednak nie określono zasad klasyfikacji zdarzeń do tego konta i 11 innych kont. Ponadto plan kont nie był spójny z planem kont w informatycznym programie księgowym wykorzystywanych do bieżących księgowania⁸⁶, co było niezgodne z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. a ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁸⁷. Przepis ten stanowi, że jednostka powinna posiadać dokumentację opisującą w języku polskim przyjęte przez nią zasady (politykę) rachunkowości, a w szczególności dotyczące sposobu prowadzenia ksiąg rachunkowych, w tym co najmniej: zakładowego planu kont, ustalającego wykaz kont księgi głównej, przyjęte zasady klasyfikacji zdarzeń, zasady prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz ich powiązania z kontami księgi głównej. Jak wyjaśniono, w trakcie opracowywania jest nowa polityka rachunkowości, która będzie uwzględniała wszystkie zmiany.

Wynik finansowy dysponentów na działalności ZRM

W latach 2023–2024, trzech z pięciu skontrolowanych dysponentów ZRM na działalności ZRM wykazało zysk (WSPR w Bydgoszczy, WPR w Lublinie, RSPR w Radomiu), a dwóch stratę (SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim,

⁸⁶ W odniesieniu do przyjętych zasad (polityki) rachunkowości stwierdzone niespójności dotyczyły: stosowania w komputerowym programie księgowym innych nazw dla łącznie 27 kont syntetycznych, zamieszczenia i używania w programie księgowym łącznie 28 kont syntetycznych i łącznie ośmiu kont pozabilansowych nie ujętych w zasadach klasyfikacji zdarzeń.

⁸⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 120, ze zm.

WSPR w Szczecinie), przy czym w grupie dysponentów z dodatnim wynikiem finansowym był jeden, który w ww. okresie nie wdrożył zaleceń standardu rachunku kosztów (RSPR w Radomiu). W odniesieniu do 2025 r. badaniem wyniku finansowego na działalności ZRM, u dwóch dysponentów objęto pierwszy kwartał (WSPR w Bydgoszczy, RSPR w Radomiu), a u trzech innych pierwsze półrocze (SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim, WPR w Lublinie, WSPR w Szczecinie). Zysk wykazali dwaj dysponenci, u których skontrolowano pierwszy kwartał 2025 r. Z kolei spośród trzech, u których kontrolą objęto pierwsze półrocze 2025 r., tylko jeden wykazał stratę (SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim).

5.4.3. LOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE

W latach 2023-2025 (do 7 sierpnia), w czterech regionach operacyjnych składających się z oddziałów i filii⁸⁸ funkcjonowały 22 bazy HEMS (21 baz stałych i jedna sezonowa⁸⁹). Według stanu na 30 czerwca 2025 r. sześć baz HEMS dyżurowało w trybie całodobowym⁹⁰, a 16 (wraz z bazą sezonową) w godzinach od 7⁰⁰ do 20⁰⁰.

**Bazy HEMS
spełniały wymagania**

W trakcie kontroli przeprowadzono oględziny dwóch baz operacyjnych, tj. bazy HEMS w Płocku i w Warszawie. Bazy operacyjne HEMS poddane oględzinom spełniały wymagania określone w rozporządzeniu ws. pomieszczeń i urządzeń. Stanowiska pracy członków LZRM w miejscu ich stacjonowania były wyposażone w stacje robocze z monitorami umożliwiającym korzystanie z SWD PRM, drukarki współpracujące ze stacją roboczą, drukujące na formacie A4 oraz połączenie z Internetem – stosownie do § 10 ust. 2 rozporządzenia ws. SWD PRM. Bazy HEMS spełniały wymagania w zakresie łączności określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego. Zgodnie z rozporządzeniem Komisji (EU) Nr 965/2012 z dnia 5 października 2012 r. ustanawiającym wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do operacji lotniczych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008, załącznik V, podczęść J Operacje śmigłowcowych służb

⁸⁸ Regiony: Południowy – z Oddziałem w Krakowie (EPKX) oraz filiami w Kielcach (EPKA), Katowicach (EPKM), Sanoku (EPSA), Wrocławiu (EPWR) i Opolu (EPOP), Północny – z Oddziałem w Gdańsku (EPGD) oraz filiami w Bydgoszczy (EPBH), Olsztynie (EPXO) i Suwałkach (EPSU), Wschodni – z Oddziałem w Warszawie (EPBC) oraz filiami w Białymstoku (EPBK), Lublinie (EPXL), Łodzi (EPLL), Płocku (EPPL) i Sokołowie Podlaskim (EPXS), Zachodni – z Oddziałem w Szczecinie (EPSC) oraz filiami w Poznaniu (EPPO), Zielonej Górze (EPZP), Gorzowie Wielkopolskim (EPXG), Ostrowie Wielkopolskim (EPOM) i Koszalinie (EPKH).

⁸⁹ Baza HEMS w Koszalinie pełniła dyżur w okresie od 1 czerwca do 5 września.

⁹⁰ Oddziały: Gdańsk (EPGD), Kraków (EPKX), Warszawa (EPBC), filie: Lublin (EPXL), Poznań (EPPO), Wrocław (EPWR).

ratownictwa medycznego, SPA.EMS.145 Urządzenia baz operacyjnych EMS⁹¹ bazy umożliwiały odpowiednie zakwaterowanie członkom LZRM, a piloci mieli zapewnione urządzenia umożliwiające otrzymywanie informacji o aktualnych i prognozowanych warunkach pogodowych oraz konsole dyspozytorskie zapewniające łączność z jednostkami służb ruchu lotniczego (ATS)⁹².

Leki zawierające w swoim składzie środki odurzające lub substancje psychotropowe przechowywano w zamkniętych metalowych kasetach (sejfach), które znajdowały się wewnątrz zamkniętych metalowych szaf i były do nich trwale przymocowane, co spełniało wymagania określone w § 6 pkt 2 rozporządzenia w sprawie preparatów zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, które mogą być posiadane i stosowane w celach medycznych oraz do badań klinicznych, po uzyskaniu zgody wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

Posiadana przez LPR flota śmigłowcowa⁹³ składała się z 27 śmigłowców, z czego (17 – w wersji EC135 P2+ i 10 – w wersji EC135 P3), przy czym 22 śmigłowce znajdowały się w bazach EMS, cztery w stacjach obsługi technicznej, a jeden był wykorzystywany w Dziale Szkolenia. W trakcie kontroli przeprowadzono oględziny jednego śmigłowca EMS stacjonującego w Warszawie, na terenie lotniska Warszawa-Babice.

Oględziny śmigłowca EMS

Poddany oględzinom specjalistyczny środek transportu spełniał wymagania w zakresie oznaczenia oraz wyposażenia, z wyjątkiem dwóch elementów wyposażenia (cewniki dożylnie centralne oraz miski nerkowate). Wyroby medyczne znajdujące się na pokładzie śmigłowca posiadały aktualne przeglądy techniczne wynikające z instrukcji ich używania. Informacji o posiadanych wyrobach medycznych wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego nie przekazywano natomiast do SEZOZ. Stan taki trwał do początku okresu objęto kontrolą do 17 czerwca 2025 r., po którym to dniu uzupełniono te informacje. Nieprawidłowość była następstwem braku świadomości o istnieniu takiego obowiązku.

Obsada LZRM była prawidłowa

Obsada personalna LZRM spełniała minimalne wymagania określone w art. 37 ust. 1 ustawy PRM oraz załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego. W skład LZRM wchodził jeden pilot zawodowy, lekarz systemu oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.

⁹¹ Dz. Urz. UE L 296 z 25.10.2012, ze zm., dalej: rozporządzenie Komisji w sprawie operacji lotniczych.

⁹² ATS, ang. Air Traffic Services – Służba Ruchu Lotniczego.

⁹³ Stan na 30 czerwca 2025 r.

LPR, jako operator statków powietrznych, ustanowił Instrukcję Operacyjną, która została zatwierdzona przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego oraz wprowadzona do użytku zarządzeniem Dyrektora⁹⁴.

Zgodnie z Instrukcją Operacyjną załoga śmigłowca HEMS składała się z pilota zawodowego – pełniącego funkcję dowódcy śmigłowca (Pilot in Command, PIC) oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki/pielęgniara systemu będącego członkiem personelu specjalistycznego – pełniącego funkcję Członka Załogi HEMS (CZaH). Spełniało to minimalne wymagania dla składu załogi w operacjach śmigłowców HEMS, które określono w rozporządzeniu Komisji w sprawie operacji lotniczych, załącznik V, podczęść J Operacje śmigłowcowych służb ratownictwa medycznego, SPA.HERMS.130 Wymagania dotyczące załogi. W przepisie tym wskazano, iż minimalna załoga składa się z jednego pilota i jednego członka personelu specjalistycznego HEMS.

Lekarz systemu wchodzący w skład dyżurującego zespołu HEMS pełnił funkcję opiekuna medycznego (Medical Passenger, MP)⁹⁵, przy czym zgodnie z Instrukcją Operacyjną – lekarz, mimo że był członkiem LZRM, to nie wchodził w skład załogi śmigłowca HEMS.

Personel LZRM spełniał wymagania

W trakcie kontroli sprawdzono spełnianie wymagań w zakresie kwalifikacji przez personel wchodzący w skład LZRM⁹⁶. Przeprowadzone badanie potwierdziło, że piloci posiadali ważne licencje załogi lotniczej dla specjalności pilota śmigłowcowego zawodowego CPL(H)⁹⁷, orzeczenia lotniczo-lekarskie klasy 1. oraz doświadczenie w zakresie godzin nalogu w charakterze pilota wymagane dla dowódcy wykonującego loty HEMS. Piloci posiadali również ukończone szkolenia operacyjne i zaliczone sprawdziany umiejętności zgodnie z procedurami zawartymi w Instrukcji Operacyjnej, a także bieżącą praktykę w zakresie lotu przy użyciu wskazań przyrządów na śmigłowcu.

⁹⁴ Zarządzenie Nr 43/Z/2017 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 29 czerwca 2017 r. w sprawie wprowadzenia do użytku służbowego IV wydania Instrukcji Operacyjnej Lotniczego Pogotowia Ratunkowego część A, B, C oraz D (dot. Śmigłowców oraz samolotów).

⁹⁵ Opiekun medyczny oznacza osobę wykwalifikowaną w fachu medycznym, przewożoną śmigłowcem w locie HEMS lub VCA w locie VEMS, a w szczególności, ale nie wyłącznie, lekarza, pielęgniarkę lub ratownika medycznego – rozporządzenie Komisji w sprawie operacji lotniczych, załącznik I Definicje terminów używanych w załącznikach II-IX, pkt 78.

⁹⁶ Badaniem objęto dokumentację 12 pilotów, 15 lekarzy, 10 ratowników medycznych oraz dwie osoby z grupy pielęgniarek/pielęgniarzy.

⁹⁷ Zgodnie z § 2 pkt 14 rozporządzenia Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Wodnej z dnia 2 września 2013 r. w sprawie licencjonowania personelu lotniczego (Dz. U. z 2021 r. poz. 1713), ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o CPL(H) – rozumie się przez to licencję pilota śmigłowcowego zawodowego.

Dla grup zawodowych ratowników medycznych, pielęgniarek/pielęgniarzy oraz lekarzy potwierdzono, że ratownicy posiadali kwalifikacje zawodowe określone w art. 10 ust. 1 pkt 4 ustawy PRM (do 21 czerwca 2023 r.) i w art. 2 pkt 4 ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (od 22 czerwca 2023 r.), a pielęgniarki/pielęgniarze i lekarze spełniali wymagania pielęgniarki systemu i lekarza systemu określone w art. 3 ustawy PRM (odpowiednio pkt 6 i 3).

Ratownicy medyczni oraz pielęgniarki/pielęgniarze będący członkami załóg HEMS legitymowali się aktualnymi zaświadczeniami o ukończonych szkoleniach okresowych. Jednocześnie jednak nie wszyscy odbyli szkolenia zalecane w Instrukcji Operacyjnej. W badanej próbie dotyczyło to dziewięciu z 10 (90%) ratowników medycznych oraz obu pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy nie posiadali ważnych sprawdzianów naziemnych członka załogi HEMS, oraz sześciu z 10 (60%) ratowników medycznych i obu pielęgniarek/pielęgniarzy, którzy nie posiadali ważnych sprawdzianów w locie członka załogi HEMS⁹⁸. Instrukcja Operacyjna stanowiła, że w celu utrzymania posiadanych kwalifikacji zaleca się, aby członek załogi HEMS był poddany sprawdzianowi naziemnemu oraz sprawdzianowi w locie liniowym odpowiednio raz na 12 miesięcy oraz minimum raz na 36 miesięcy. Zdaniem LPR, zalecenie przeprowadzenia określonych sprawdzianów nie oznacza, że są one obowiązkowe, w związku z czym sprawdziany te odbywały się w miarę możliwości operacyjnych.

**Lekarze w LPR nie
odbyli wymaganego
szkolenia**

W odniesieniu do lekarzy, w Instrukcji Operacyjnej postanowiono, że w przypadku dokonania zmiany w wyposażeniu medycznym statku powietrznego zakres szkolenia medycznego należy powtórzyć – zawsze w terminie poprzedzającym operacyjne wykorzystanie przez danego lekarza zmodyfikowanych, zastąpionych, doposażonych urządzeń medycznych, a zapoznanie ze sprzętem obejmuje również ćwiczenia praktyczne w jego obsłudze. Kontrola wykazała, że w przypadku dokonywania zmian w wyposażeniu medycznym śmigłowców HEMS poprzez wprowadzanie trzech nowych wyrobów medycznych⁹⁹, nie powtórzono szkolenia medycznego lekarzy. Dotyczyło to 134 ze 137 lekarzy (97,8%) udzielających świadczeń zdrowotnych¹⁰⁰. W trakcie kontroli ustalono, że przeoczono postanowienia Instrukcji Operacyjnej dotyczące takich sytuacji, a ze względu na ograniczoną dostępność lekarzy przyjęto formułę szkoleń e-learningowych. Jednak nie wszyscy lekarze ukończyli

⁹⁸ Najkrótszy okres braku ważnych sprawdzianów dla poszczególnych osób trwał od 1 stycznia do 11 lipca 2023 r., a najdłuższy od 1 stycznia 2023 r. do 16 czerwca 2025 r.

⁹⁹ Defibrylatorów (styczeń-czerwiec 2023 r.), aparatów USG (marzec 2024 r.), urządzeń do kompresji klatki piersiowej (kwiecień 2025 r.).

¹⁰⁰ Według stanu na dzień 31 lipca 2025 r.

Kontrole jakości udzielania świadczeń przez lekarzy LPR

nawet szkolenia udostępnione im w takiej formule (najwięcej w odniesieniu do aparatów USG – 40,2%).

Na podstawie „Regulaminu kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym”¹⁰¹, lekarze udzielający świadczeń zdrowotnych w LZRM podlegali kontrolom w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W okresie od 10 marca 2023 r. do 9 czerwca 2025 r. przeprowadzono łącznie 62 kontrole lekarzy dyżurujących w LZRM. W przypadku stwierdzenia w trakcie takiej kontroli istotnych nieprawidłowości nie przeprowadzano jednak kontroli sprawdzających. Na przykład kontrola przeprowadzona przez lekarza koordynatora LPR w odniesieniu do jednego z lekarzy LZRM wykazała szereg nieprawidłowości w dwóch z trzech obszarów podlegających ocenie. W protokole kontroli tego lekarza z sierpnia 2023 r., przy sześciu z 13 rodzajów czynności objętych kontrolą (46,2%) kontrolujący sformułował w czterech pozycjach oceny „do poprawy”, a w dwóch oceny „nieakceptowalne”. Część z ocen odnosiła się do postępowania lekarza na miejscu zdarzenia, przy przekazaniu pacjenta oraz zarządzania akcją ratowniczą zaś oceny „nieakceptowalne” wynikały z niezgodności w prowadzeniu dokumentacji medycznej oraz jej nieczytelności. Pomimo stwierdzenia takich nieprawidłowości, w grudniu 2023 r. przedłużono współpracę z lekarzem o kolejny rok, tj. do końca 2024 r. Przed zawarciem tego aneksu nie przeprowadzono kontroli sprawdzającej. Kontroli takiej nie przeprowadzono również po przedłużeniu umowy, aż do jej wygaśnięcia. Oznacza to, że od dnia stwierdzenia opisanych uchybień, w odniesieniu do ww. lekarza nie przeprowadzono kontroli sprawdzającej przez łącznie blisko 500 dni. Zastępca Dyrektora ds. medycznych wyjaśnił, że w tym czasie trwało bieżące monitorowanie dyżurów lekarza polegające na losowym, zdalnym sprawdzaniu sporządzanej przez niego dokumentacji medycznej.

5.5. UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OSOBOM W STANIE NAGŁEGO ZAGROŻENIA ZDROWOTNEGO

Skontrolowane jednostki zapewniły osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pomoc medyczną. Ustalenia kontroli wskazują jednak, że blisko połowa pacjentów w SOR nie wymagała udzielenia świadczenia w trybie pilnym, a tylko 6,2% pacjentów znajdowało się grupie najwyższego zagrożenia zdrowotnego.

¹⁰¹ Zarządzenie Nr 68/Z/2022 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 2 grudnia 2022 r. w sprawie Regulaminu kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, dalej: Regulamin w sprawie kontroli.

Na podkreślenie zasługuje dostępność diagnostyki obrazowej dla pacjentów SOR, którą zapewniono tylko z krótkimi przerwami.

Jednocześnie należy jednak zauważyć, że w części z jednostek świadczeń udzielał personel medyczny, który świadczył pracę bez przerwy przez bardzo długi czas, sięgający nawet kilku dób. Z kolei u czterech z pięciu dysponentów ZRM stwierdzono permanentne braki w obsadzie lekarskiej specjalistycznych ZRM.

5.5.1. SZPITALA PROWADZĄCE SOR

Obsada dyżurów w SOR była prawidłowa

Kontrola NIK nie stwierdziła nieprawidłowości w zakresie wymaganej obsady dyżurów w SOR w ośmiu objętych kontrolą szpitalach. W SPZZOZ w Gryficach nie zapewniono wymaganej obsady stanowiska lekarza dyżurnego oddziału (na siedem dni poddanych badaniu w przypadku dwóch dni w godzinach od 24:00 do 8:00 oraz w przypadku dwóch dni w godzinach od 8:00 do 24:00). Pracę SOR koordynował lekarz niebędący lekarzem systemu co było niezgodne z § 12 ust. 2 i § 16 rozporządzenia w sprawie SOR. W okresie siedmiu dni objętych badaniem w przypadku dwóch dni lekarz systemu na SOR obecny był jedynie w godzinach od 8:00 do 24:00 oraz w przypadku dwóch dni jedynie w godzinach od 24:00 do 8:00, co było niezgodne z § 12 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia w sprawie SOR. Kierownik jednostki wskazał jako przyczynę brak personelu posiadającego wymagane kwalifikacje pomimo przeprowadzenia szeregu postępowań konkursowych.

Z kolei w Nowodworskim Centrum Medycznym stwierdzono brak ewidencji czasu pracy lekarzy, mimo że szpital dysponował narzędziami do prowadzenia ewidencji w systemie informatycznym. Braki danych dotyczących rozpoczęcia i zakończenia czasu pracy wystąpiły wyłącznie w odniesieniu do wszystkich lekarzy objętych badaniem (czterech), natomiast nie wystąpiły w przypadku żadnej z objętych badaniem pielęgniarek ani żadnego z ratowników medycznych. Ponadto dwoje z lekarzy objętych badaniem pełniło funkcję ordynatora SOR, w związku z czym sami potwierdzali własny czas pracy SOR.

Przekroczenie wymiaru czasu pracy w ramach umowy o pracę

W trzech z 10 skontrolowanych szpitali stwierdzono nieprawidłowości polegające na przekroczeniu dopuszczalnego wymiaru czasu pracy personelu SOR zatrudnionych na podstawie umowy o pracę.

W PCM w Grójcu stwierdzono przekroczenie norm czasu pracy przez wszystkich sześciu lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę. Badaniem objęto dwa okresy rozliczeniowe obejmujące pierwsze dwa miesiące 2024 r. i 2025 r. W 2024 r. czas pracy został przekroczony w przypadku pięciu osób, a w 2025 r. w sześciu przypadkach. Wymiar przekroczenia czasu pracy w 2024 r. wahał się od 24 godz. 32 min. do 397 godz. i 55 min., a w 2025 r. od 20 godz. 45 min. do 198 godz. 20 min. Dwóch

z tych lekarzy nie wyraziło pisemnej zgody na pracę w wymiarze przekraczającym przeciętnie 48 godzin tygodniowo w okresie rozliczeniowym (tzw. klauzule opt-out).

W WSW w Gorzowie Wielkopolskim jedna osoba (ratownik medyczny) z 10 objętych próbą przekroczyła średniotygodniowy wymiar czasu pracy w jednym z tygodni przyjętego w jednostce trzymiesięcznego okresu rozliczeniowego. Natomiast w 10 WSK w Bydgoszczy w przypadku zatrudnionych na podstawie umowy o pracę pielęgniarek i ratowników medycznych dziewięć osób w I kwartale 2025 r. świadczyło pracę ponad maksymalny wymiar czasu pracy od 1 godz. i 40 min. do 65 godz. i 45 min. Przyczyną tego było świadczenie pracy w nadgodzinach.

**Długotrwałe
nieprzerwane
świadczenie pracy**

Niezmiennie problemem w systemie PRM pozostawało świadczenie pracy przez pracowników wykonujących zawody medyczne przez długi nieprzerwany czas, często przekraczający 24 godziny. Dotyczyło to najczęściej, ale nie tylko, pracowników świadczących pracę na podstawie umów cywilnych, do których nie są stosowane normy czasu pracy zawarte w ustawie udl. Przypadki takie stwierdzono w dziewięciu z kontrolowanych szpitali, choć ich skala i rodzaj pracy były zróżnicowane.

Najdłużej trwający czas świadczenia pracy stwierdzono w SPZOZ w Sulęcinie – jeden z lekarzy udzielał świadczeń nieprzerwanie przez 144 godziny, co jest równe sześciu dobom. Ten sam lekarz nieprzerwanie udzielał świadczeń na SOR także przez 120 godzin (pięć dób – siedem przypadków). Łącznie, w pierwszym kwartale 2024 r. oraz w pierwszym kwartale 2025 r., stwierdzono 58 przypadków kiedy świadczenia były udzielane nieprzerwanie przez lekarzy przez czas dłuższy niż 24 godziny.

Podobne sytuacje stwierdzono również wśród ratowników medycznych. W styczniu 2024 r. w SOR oraz w pozostałych komórkach organizacyjnych SPZOZ w Sulęcinie dwóch ratowników medycznych udzielało świadczeń zdrowotnych nieprzerwanie przez 36 godzin, w lutym 2024 r. jeden ratownik medyczny przez 48 godzin, w marcu 2024 r. jeden ratownik medyczny przez 36 godzin, w styczniu 2025 r. jeden ratownik medyczny przez 48 i przez 36 godzin, a w lutym 2025 r. jeden ratownik medyczny przez 36 godzin.

W WSW w Gorzowie Wielkopolskim stwierdzono, że lekarz, który udzielał świadczeń w styczniu 2024 r. łącznie przez 296 godz. pięć razy pracował ponad 24 godz. (najdłużej 64 godz.), a lekarz, który udzielał świadczeń w styczniu 2025 r. łącznie przez 392 godz., również pięć razy pracował nieprzerwanie dłużej niż 24 godz. (najdłużej 72 godz.). Ponadto, stwierdzono osiem innych przypadków świadczenia pracy przez lekarzy przez okres od 32 do 56 godz.

W SW w Inowrocławiu pięciu z 10 lekarzy, których harmonogramy pracy były objęte badaniem NIK, łącznie 20 razy udzielało świadczeń nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny (od 31 godzin 10 minut do 55 godzin 30 minut).

W 10 WSK w Bydgoszczy szczegółowa analiza rozkładu czasu pracy 14 lekarzy w I kwartale 2025 r. wykazała, że ośmiu lekarzy w łącznie 120 przypadkach udzielało świadczeń w Szpitalu nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 24 godziny (od 31 godz. i 10 min. do maksymalnie 107 godz. [i dodatkowo po tym czasie 13 godz. dyżuru telefonicznego]). Z ww. 120 przypadków 42 (35%) stanowiły przypadki udzielania świadczeń nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 48 godzin.

W SPZZOZ w Gryficach w przypadku jednego z lekarzy stwierdzono siedem dyżurów trwających ponad 24 godziny: w jednym przypadku lekarz udzielał świadczeń łącznie przez 65 godzin z 7-godzinnym okresem odpoczynku. Stwierdzono również przypadki pokrywania się czasu udzielania przez lekarza świadczeń w SOR z czasem udzielania przez niego świadczeń w Oddziale Chorób Wewnętrznych i pełnionymi przez niego dyżurami endoskopowymi. W przypadku jednego lekarza stwierdzono pełnienie przez niego siedmiu nieprzerwanych dyżurów w SOR po 48 godzin w samym styczniu 2024 r. W przypadku innego lekarza stwierdzono w styczniu 2025 r. dwa przypadki łącznego udzielania świadczeń w SOR, wykonywania pracy w administracji szpitala oraz pozostawiania w „gotowości” do udzielania świadczeń w ramach sesji tlenoterapii hiperbarycznej przez okres łącznie 30 godzin i 35 minut. Ponadto ustalono dwa przypadki łącznego świadczenia pracy w SOR i w administracji szpitala przez okres łącznie 30 godzin i 35 minut; jeden przypadek łącznego udzielania świadczeń w SOR oraz w Oddziale ortopedycznym w wymiarze 31 godzin oraz jeden przypadek pielęgniarstwa udzielającego świadczeń w SOR w wymiarze 32 godzin.

W SPZOZ w Choszcznie, w objętych badaniem styczniu 2024 r. i styczniu 2025 r., każdy z pięciu lekarzy udzielających świadczeń w SOR pracował ponad 24 godziny od jednego do czterech razy. Najdłuższy czas nieprzerwanego świadczenia pracy wyniósł 72 godz.

Kierownicy jednostek kontrolowanych uzasadniając dopuszczanie do sytuacji świadczenia pracy nieprzerwanie przez ponad 24 godziny najczęściej powoływali się na braki kadrowe wśród lekarzy. Jednocześnie podnosili, że do lekarzy udzielających świadczeń na podstawie umów cywilnych nie mają zastosowania ograniczenia czasu pracy wynikające z udl.

Wykorzystanie TOPSOR

Obsługa pacjentów w SOR powinna się odbywać z wykorzystaniem TOPSOR. Dziewięć z dziesięciu skontrolowanych szpitali udostępniło infrastrukturę niezbędną do jego funkcjonowania wskazaną w § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r.

w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym¹⁰². Natomiast w SPZOZ w Sulęcinie znajdowała się infrastruktura techniczna TOPSOR, która jednak podczas oględzin nie była wykorzystywana. Urządzenia nie były podłączone do zasilania i nie działały¹⁰³.

W założeniu TOPSOR miał służyć zbieraniu i analizie danych poprzez rejestrację w tym systemie czasów kolejnych etapów obsługi pacjentów w SOR. Prawidłowo odnotowany w TOPSOR proces obsługi pacjenta powinien obejmować:

1. czas pobrania biletu,
2. czas rejestracji (czas wezwania),
3. czas przeprowadzenia triaż (czas wezwania),
4. przypisaną kategorię pilności,
5. czas obsługi lekarskiej (czas wezwania),
6. czas wypisu z SOR,
7. usunięcie (oznacza pacjenta nieobsłużonego, tj. takiego który oddalił się przed triażem, po triażu, został skierowany do POZ, nie pojawił się po wezwaniu, dla którego numer został wygenerowany przypadkowo lub odmówiono przyjęcia pacjenta).

Na podstawie danych pozyskanych od LPR¹⁰⁴, będącego administratorem TOPSOR, ustalono, że kompletność i wiarygodność danych wprowadzanych przez poszczególne szpitale była znacznie zróżnicowana. Np. w 10 WSK w Bydgoszczy zarejestrowano tylko jeden czas obsługi lekarskiej, pomimo że czas triażu odnotowano 68 351 razy. Bardzo niską liczbę czasu obsługi lekarskiej wprowadzono również w WSW w Gorzowie Wielkopolskim (139 na 33 328 w triażu, tj. 0,4%) oraz w SPZOZ w Sulęcinie (134 na 12 387, tj. 1,1%). Z kolei w SPZOZ w Choszczynie liczba zarejestrowanych czasów obsługi lekarskiej była wyższa niż liczba zarejestrowanych czasów rejestracji o 4226. We wszystkich skontrolowanych SOR liczba wezwań do triażu była wyższa niż liczba wezwań do rejestracji – różnica wahała się od sześciu w PCM w Grójcu, do 20 688 w SPZZOZ w Gryficach. Liczba poszczególnych zarejestrowanych czasów dla jednostek kontrolowanych prezentowała się następująco:

¹⁰² Dz. U. poz. 1182.

¹⁰³ W dniu oględzin SOR był w trakcie remontu.

¹⁰⁴ Dane obejmowały okres od 1 stycznia 2023 r. do 19 czerwca 2025 r. wg czasu pobrania biletu. Jeżeli dalsze etapy obsługi nastąpiły po tej dacie dane obejmują tylko te etapy, które zostały zarejestrowane do końca 19 czerwca 2025 r. W analizie pominięto rekordy, dla których został zarejestrowany parametr „usunięcie”.

Infografika nr 7

Liczba zarejestrowanych znaczników czasu w TOPSOR

Nazwa szpitala	Liczba pobranych biletów	Liczba rejestracji	Liczba wezwań do triażu	Liczba przypisanych kategorii pilności	Liczba wezwań do lekarza	Liczba wypisów (zakończenie obsługi)
10 WSK w Bydgoszczy	68 351	52 754	68 351	68 126	1	68 338
NCM	17 635	14 738	17 635	17 395	3 892	17 629
PCM w Grójcu	26 326	26 320	26 326	25 980	15 727	26 324
SPZOZ MSWiA w Lublinie	11 649	9 642	11 649	11 433	2 480	11 649
SPZOZ w Choszczynie	12 387	6 550	12 387	12 173	10 776	12 387
SPZOZ w Sulęcinie	12 118	8 731	12 118	11 150	134	12 118
SPZZOZ w Gryficach	29 290	8 602	29 290	27 633	2 511	29 290
SPZZOZ w Janowie Lubelskim	19 729	16 172	19 729	16 341	4 877	19 729
SW w Inowrocławiu	95 677	94 141	95 677	93 873	91 990	95 676
WSW w Gorzowie Wielkopolskim	33 328	32 052	33 328	32 797	139	33 326
Razem	326 490	269 702	326 490	316 901	132 527	326 466

Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR.

Dane o czasie obsługi lekarskiej w TOPSOR

W całej pozyskanej populacji danych z TOPSOR dla skontrolowanych szpitali znalazło się 127 330 rekordów, dla których zarejestrowano zarówno czas wypisu jak i czas obsługi lekarskiej, a czas wypisu był późniejszy (młodszy) niż czas obsługi lekarskiej. W przypadku 98 906 z tych rekordów (77,7%) różnica pomiędzy tymi czasami nie przekraczała jednej minuty. Dalsza analiza wykazała, że aż w 96 915 przypadkach (76,1%) różnica ta nie przekraczała 10 sekund. Biorąc pod uwagę, że czas obsługi lekarskiej jest czasem wezwania do gabinetu, oznaczałoby to, że w tych przypadkach lekarz poświęcił na przyjęcie pacjenta mniej niż 10 sekund, co należy uznać za nieprawdopodobne. Dane te wskazują na dwie prawdopodobne metody postępowania lekarzy:

- wezwanie do gabinetu lekarskiego odbywało się z pominięciem TOPSOR, a odnotowanie w nim czasu obsługi lekarskiej związane było z zakończeniem obsługi pacjenta lub zakończeniem dyżuru (czyszczenie rejestru);
- zakończenie obsługi danego pacjenta (czas wypisu z SOR) było odnotowywane w systemie niezwłocznie po wezwaniu go do gabinetu lekarskiego.

Opierając się na powyższym należy stwierdzić, że TOPSOR nie zapewniał rzetelnych danych o czasie obsługi pacjentów w SOR przez lekarzy. Tym samym ograniczał możliwość prowadzenia analiz, dla których został wprowadzony, gdyż ich wyniki były obarczone wysokim ryzykiem błędu. Przyczyny takiego stanu wynikały z różnych zasad organizacji pracy poszczególnych SOR, które nie były zbieżne z założeniami twórców TOPSOR. Przykładowo, przy małym obłożeniu SOR triaż mógł być wykonywany przez lekarza, co mogło się przekładać na brak odnotowania

poszczególnych czynności w TOPSOR. Podobnie triaż mógł się odbywać bezpośrednio po rejestracji lub łącznie z nią.

Kierownicy jednostek kontrolowanych w trakcie kontroli podnosili, że TOPSOR nie stanowi dla personelu SOR ułatwienia, a udzielenie osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego pomocy medycznej jest priorytetowe w stosunku do odnotowywania poszczególnych etapów procesu obsługi w TOPSOR. W takiej sytuacji poszczególne czynności są wykonywane szybciej niż ich odnotowanie w TOPSOR. Ponadto TOPSOR działał niezależnie od szpitalnych systemów teleinformatycznych co powoduje, że czynności w nim były dokonywane odrębnie. TOPSOR nie obejmuje danych pozwalających na identyfikację pacjentów, stąd jego użyteczność dla szpitala jest ograniczona, szczególnie w sytuacji, gdy szpitale pracują w oparciu o systemy teleinformatyczne pozwalające prowadzić dokumentację medyczną w formie elektronicznej. W tej sytuacji nie budzi zaskoczenia, że dane w TOPSOR i systemach teleinformatycznych różniły się. Np. w 10 WSK w Bydgoszczy proces obsługi pacjenta w SOR był ewidencjonowany w TOPSOR oraz w szpitalnym systemie informatycznym KS-MEDIS. Pobrane z ww. systemów dane za okres objęty kontrolą znacząco się różniły: w przypadku TOPSOR było 66 994 rekordów¹⁰⁵, w KS-MEDIS 142 529 rekordów. W SPZOO w Choszczynie kategorii pilności przypisano wg TOPSOR 12 348 pacjentom¹⁰⁶, a według danych pozyskanych w trakcie kontroli z systemu teleinformatycznego szpitala 18 047 pacjentom.

W SPZOO w Janowie Lubelskim liczba rekordów dotyczących przyjęć pacjentów w TOPSOR była ponad dwukrotnie większa niż liczba przyjęć w systemie szpitalnym. Dyrektor szpitala oraz informatyk tłumaczyli tę rozbieżność ujęciem w TOPSOR również informacji o pacjentach, którzy m.in. pobrali bilet, ale się nie zarejestrowali lub omyłkowo pobrali bilety. Jednakże liczba zarejestrowanych czasów triażu w TOPSOR była wyższa niż liczba pacjentów SOR zarejestrowana w systemie teleinformatycznym szpitala (19,7 tys. do 11,5 tys.).

**Zatwierdzanie kart
segregacji medycznej
przez osoby
nieuprawnione**

Należy dodać, że w sześciu skontrolowanych szpitalach dopuszczono do zatwierdzania kart segregacji medycznej przez osoby do tego nieuprawnione. W Nowodworskim Centrum Medycznym stwierdzono 87 takich przypadków dokonanych przez dwie osoby, ale w PCM w Grójcu było to już pięć osób spośród 15, które zatwierdzały karty segregacji medycznej w okresie objętym kontrolą. W SW w Inowrocławiu wszystkie 97 kart wybranych do badania szczegółowego zatwierdziły sekretarki medyczne lub położne. Przypadki dokonywania tych czynności przez

¹⁰⁵ Obejmuje również rekordy z wprowadzonym parametrem „usunięcie”.

¹⁰⁶ Obejmuje również rekordy z wprowadzonym parametrem „usunięcie”.

nieuprawnione osoby stwierdzono również w SPZZOZ w Gryficach (dwie pielęgniarki), SPZOZ w Choszczynie (jedna pielęgniarka) i w WSW w Gorzowie Wielkopolskim (jedna pielęgniarka). Kierownicy jednostek tłumaczyli te zdarzenia w różny sposób: koniecznością zapewnienia szybkiej segregacji, niedopatrzeniem czy szkoleniem pracowników.

Szczególną sytuację stwierdzono w 10 WSK w Bydgoszczy, w której to jednostce pracownicy SOR w ogóle nie posługiwali się imiennymi loginami (w systemie TOPSOR stworzone były loginy „LDAP: TOPSOR-KIEROWNIK”, „LDAP: TOPSOR-LEKARZ”, „LDAP: TOPSOR-REJESTRACJA”, „LDAP: TOPSOR-TRIAZ”, „Lekarz1”, „Rej1”, „Triage1”).

Pacjenci w SOR wg kategorii pilności

Zgodnie z § 6 ust. 9 rozporządzenia ws. SOR, w wyniku przeprowadzonej segregacji medycznej osoba w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego jest przydzielana do jednej z pięciu kategorii zróżnicowanych pod względem stopnia pilności udzielenia jej świadczeń zdrowotnych, zwanej dalej "kategorią pilności", gdzie:

- 1) kolor czerwony oznacza natychmiastowy kontakt z lekarzem;
- 2) kolor pomarańczowy oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 10 minut;
- 3) kolor żółty oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 60 minut;
- 4) kolor zielony oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 120 minut;
- 5) kolor niebieski oznacza czas oczekiwania na pierwszy kontakt z lekarzem do 240 minut¹⁰⁷.

Zgodnie z danymi pozyskanymi z TOPSOR skontrolowane szpitale przypisały kategorii pilności 316 901 pacjentom. Pacjenci zaliczeni do dwóch kategorii najpilniejszych stanowili łącznie 19 582 (6,2%) przypadków:

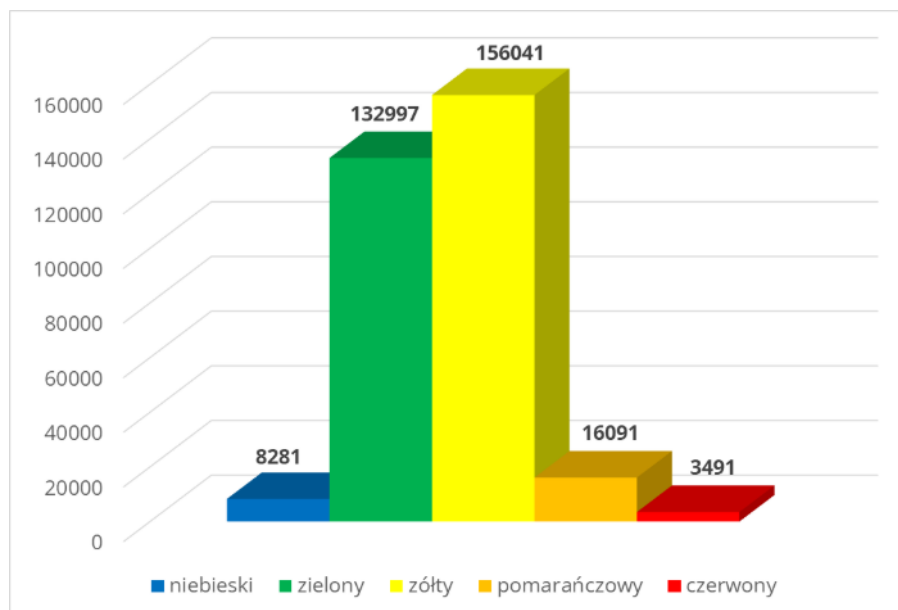
- kategoria czerwony – 3491 osób (1,1%);
- kategoria pomarańczowy – 16 091 osób (5,1%).

Blisko połowę wszystkich pacjentów (49,2%) stanowiły osoby zaliczone do kategorii żółty, a więc osoby, które mogły oczekiwać na kontakt z lekarzem do 60 minut.

¹⁰⁷ W TOPSOR kategorie te były opisane jako priorytety: najniższy, niski, średni, wysoki, najwyższy. W przypadku zmiany kategorii w TOPSOR w dalszych opisach wzięto pod uwagę ostatnią przyznaną kategorię.

Infografika 8

Liczba przypisanych kategorii pilności w skontrolowanych szpitalach
wg danych TOPSOR



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR.

Osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, mogą być kierowane z SOR do miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (czyli również NiŚOZ). W skontrolowanych szpitalach stanowiły one 44,6% wszystkich pacjentów. Brak integracji TOPSOR z systemami teleinformatycznymi szpitali oraz przedstawione wyżej wątpliwości co do jakości danych o obsłudze lekarskiej nie pozwoliły na wiarygodne ustalenie, ile z osób, którym przyznano kategorie pilności umożliwiające odesłanie do POZ, uzyskało ostatecznie pomoc medyczną na SOR. Biorąc jednak pod uwagę tylko te przypadki, dla których zarejestrowano czas wezwania do lekarza (132 527) to osoby zaliczone do kategorii niebieski i zielony stanowiły 60 082 osób (45,3%). Powyższe wskazuje, że osoby takie uzyskiwały pomoc lekarską w SOR tak samo jak osoby zaliczone do pozostałych kategorii pilności.

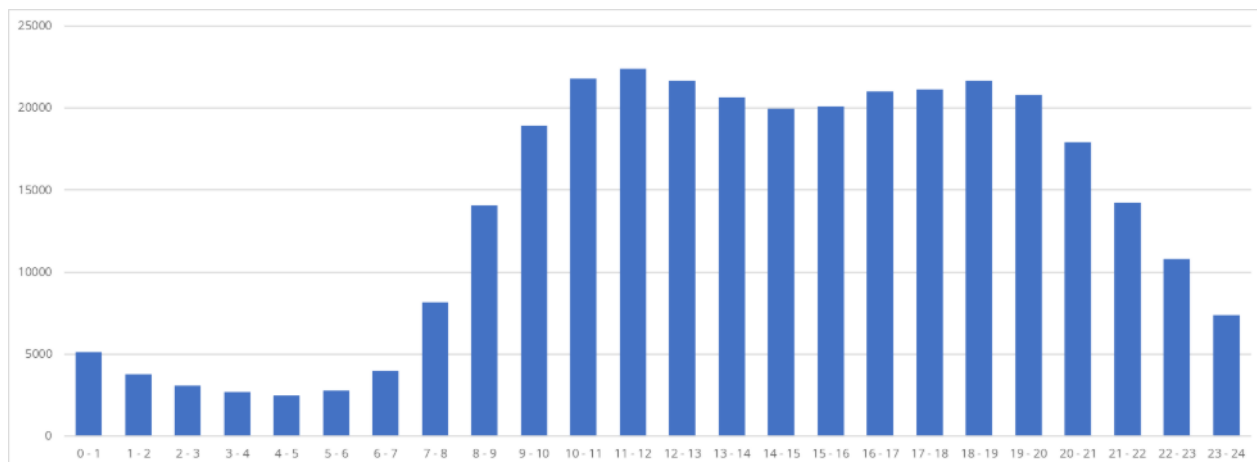
Potwierdzają to ustalenia z części jednostek kontrolowanych, np. w SPZOZ MSWiA w Lublinie nie odnotowano przypadków odesłania pacjentów do POZ, a w SW w Inowrocławiu w latach 2023-2025 (do 30 kwietnia) liczba pacjentów SOR odesłanych do POZ wyniosła odpowiednio 189, 421 i 128.

Rozkład liczby pobranych biletów w SOR w przedziałach godzinowych wskazuje, że liczba pacjentów zgłaszających się do SOR rozkłada się na dwie pory: dzienną od 8:00 do 20:00 i nocną od 20:00 do 8:00. Co istotne rozkład ten wskazuje, że liczba pacjentów SOR wcale nie maleje w porze funkcjonowania poradni podstawowej opieki zdrowotnej (od

8:00 do 18:00), ale również większości poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Infografika 9

Rozkład pacjentów SOR w przedziałach godzinowych (wg godziny pobrania biletu)

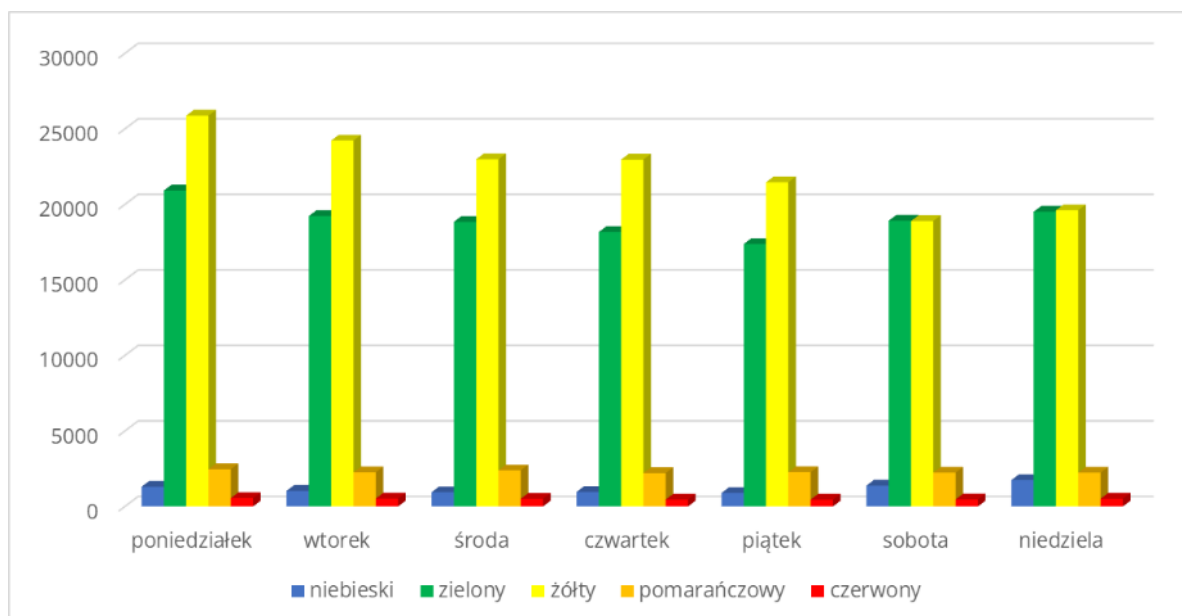


Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR.

Z kolei rozkład liczby pobranych biletów na dni tygodnia wskazuje na istotnie zwiększoną ich liczbę w poniedziałek i wtorek, co może być związane z niedostępnością ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w sobotę i niedzielę.

Infografika nr 10

Rozkład pacjentów SOR w poszczególnych dniach tygodnia (wg czasu pobrania biletu)



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR.

Czas na podjęcie decyzji przez lekarza SOR

Zgodnie z § 13 rozporządzenia ws. SOR kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa SOR, określa w regulaminie organizacyjnym tego podmiotu maksymalny czas na podjęcie przez:

- a) lekarza dyżurnego SOR decyzji o skierowaniu pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział lub odmowie przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- b) lekarza SOR decyzji o przyjęciu pacjenta na oddział.

W trakcie kontroli ustalono, że w dwóch szpitalach parametry te były ustalone w całym okresie objętym kontrolą (w 10 WSK w Bydgoszczy i SW w Inowrocławiu), a dwóch kolejnych w części okresu objętego kontrolą (w PCM w Grójcu od 8 marca 2024 r., w SPZOZ MSWiA w Lublinie od 14 czerwca 2024 r. do 11 lipca 2025 r.¹⁰⁸). Należy jednak zwrócić uwagę, że określenie tego parametru niekoniecznie musiało służyć zapewnieniu pomocy medycznej zgodnie z przeznaczeniem SOR. Dyrektor SW w Inowrocławiu określił, że:

- lekarz SOR podejmuje decyzję o przyjęciu pacjenta do SOR w czasie nieprzekraczającym jednej godziny od pierwszego kontaktu z lekarzem;
- lekarz dyżurny SOR podejmuje decyzję o skierowaniu pacjenta na leczenie do innego oddziału, w czasie nieprzekraczającym ośmiu godzin od pierwszego kontaktu z lekarzem;
- lekarz dyżurny SOR podejmuje decyzję o odmowie przyjęcia do SOR osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w czasie nieprzekraczającym sześciu godzin od pierwszego kontaktu z lekarzem.

Ale w 10 WSK w Bydgoszczy lekarz SOR ma podjąć decyzję o przyjęciu lub odmowie przyjęcia do szpitala w ciągu 24 godzin, jednak z możliwością przedłużenia w uzasadnionych przypadkach, a w PCM w Grójcu lekarz SOR decyzję o dalszej hospitalizacji na innym oddziale powinien podjąć w czasie nie dłuższym niż 12 godzin.

Zapewnienie kontynuacji leczenia dla pacjentów SOR

Innym obowiązkiem kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, w którym działa SOR jest zapewnienie w tym szpitalu kontynuacji leczenia osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych na leczenie z SOR. Narzędziem służącym realizacji tego zadania jest ustalenie liczby łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego skierowanych do tych jednostek z SOR. Liczbę tych łóżek ustalić zobowiązany jest kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, po zasięgnięciu opinii ordynatorów oddziałów tych jednostek (lekarzy kierujących oddziałami), i podawać do wiadomości ordynatorów oddziałów jednostek (lekarzy kierujących oddziałami) oraz lekarza dyżurnego oddziału. Ustalenia

¹⁰⁸ Dyrektor szpitala wyjaśnił, że wynikało to z rekomendacji zawartej w piśmie Departamentu Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

kontroli wykazały, że w dwóch szpitalach kierownicy ustalili liczbę łóżek, o których mowa wyżej. W pozostałych skontrolowanych szpitalach (ośmiu) potrzeby w tym zakresie były określane najczęściej „na bieżąco”.

NIK stoi na stanowisku, że wymóg ustalenia liczby łóżek dla pacjentów przenoszonych z SOR miał inny cel. Rozpatrując zagadnienie z punktu widzenia lekarzy SOR ustalenie tej liczby łóżek powinno mieć charakter względnie stały. Dzięki tej informacji lekarz SOR powinien mieć wiedzę, ile osób może skierować na inny oddział bez konieczności weryfikacji informacji o dostępności łóżek. Zadaniem SOR jest bowiem zaopatrzenie pacjenta w zakresie wstępnej oceny stanu zdrowia pacjenta oraz leczenia niezbędnego dla stabilizacji funkcji życiowych. Pacjent nie powinien przebywać na SOR dłużej niż jest to niezbędne dla realizacji powyższych czynności. Z kolei oddział wyspecjalizowany w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego powinien tak organizować pracę, aby wskazana przez kierownika podmiotu leczniczego liczba łóżek była stale dostępna dla pacjentów przenoszonych z SOR. Oznacza to, że w przypadku pełnego obłożenia oddziału zwalniane łóżka powinny być w pierwszej kolejności przeznaczone dla pacjentów przenoszonych z SOR. Jak wskazano na str. 22 informacja o takich łóżkach wydaje się być najbardziej przydatna, obok lekarzy SOR, dla dyspozytorów medycznych, kierowników ZRM i WKRM.

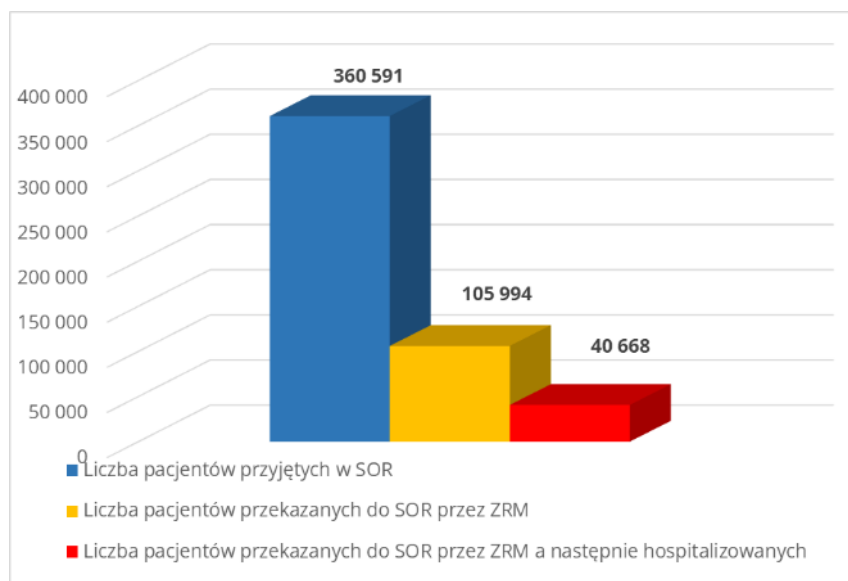
**Mniej niż 40%
pacjentów
przekazanych przez
ZRM zostało
hospitalizowanych**

Na podstawie danych pozyskanych w kontrolowanych szpitalach przyjęły one w SOR 360 591 pacjentów, z czego 105 994 (29,4%) zostało do SOR przekazanych przez ZRM (najwięcej procentowo w WSW w Gorzowie Wielkopolskim – 62%). Spośród pacjentów przekazanych przez ZRM na dalszą hospitalizację skierowano 39 667 pacjentów¹⁰⁹, tj. 38,4% (najwięcej w SPZZOZ w Janowie Lubelskim – 62,6%). Ogółem pacjenci przewiezieni do SOR przez ZRM a następnie hospitalizowani stanowili jedynie 11,2% pacjentów przyjętych w SOR.

¹⁰⁹ Liczba ta obejmuje również pacjentów przekazanych do innych szpitali, jeżeli system teleinformatyczny szpitala pozwalał na ich ustalenie.

Infografika nr 11

Pacjenci przekazani przez ZRM do SOR objętych kontrolą.



Źródło: opracowanie własne NIK na podstawie danych przekazanych przez LPR

Przekazywanie informacji o wolnych łóżkach do WKRM

W okresie objętym kontrolą, we wszystkich województwach objętych kontrolą ustanowione były mechanizmy przekazywania WKRM informacji o wolnych łóżkach w szpitalach. Badaniem objęto raporty przekazywane przez kontrolowane szpitale na przestrzeni siedmiu dni przypadających w okresie prowadzenia czynności kontrolnych. Porównanie danych przekazanych WKRM z danymi w bazach czy systemach, które służyły ich przygotowaniu przez szpitale wykazało różnice w dziewięciu z dziesięciu szpitali. Na stan taki największy wpływ miały przyjęte metody pozyskiwania danych przez osoby wprowadzające je do systemów teleinformatycznych lub aplikacji udostępnionych przez wojewodów, w szczególności upływ czasu pomiędzy pobraniem danych z systemu teleinformatycznego szpitala lub przekazaniem przez oddziały do wprowadzenia do udostępnionego narzędzia.

5.5.2. DYSPOENCI ZRM

Obsada ZRM

Zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy PRM, w skład ZRM „S” wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym co najmniej lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Ustawą z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19¹¹⁰ (art. 14 pkt 11), w ustawie PRM po art. 36 dodano art. 36a ust. 1 stanowiący, że w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia

¹¹⁰ Dz. U. poz. 2112, ze zm.

**Wyłączenie nakładania
kar umownych
za brak lekarza w ZRM**

epidemicznego albo stanu epidemii w skład zespołu specjalistycznego mogą wchodzić trzy osoby posiadające kwalifikacje wymagane dla ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu. Po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego z dniem 1 lipca 2023 r.¹¹¹ nie miał już zastosowania przepis art. 36a ust. 1 PRM, a więc zgodnie z art. 36 ust. 1 pkt 1 tej ustawy, jedną z osób wchodzących w skład zespołów specjalistycznych powinien być lekarz systemu.

Tymczasem, na mocy § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹¹² do rozporządzenia OWU został dodany § 3c, zgodnie z którym przepisów dotyczących kar umownych określonych w rozdziale 4 załącznika do rozporządzenia OWU¹¹³ nie stosuje się do umów w rodzaju ratownictwo medyczne w przypadku niespełniania wymagań określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d uśoz, tj. dotyczących zapewnienia lekarza systemu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego w okresie:

1. od dnia 1 lipca 2023 r. do dnia 18 października 2023 r., pod warunkiem zapewnienia w składzie tego zespołu co najmniej dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu;
2. od dnia 19 października 2023 r. do dnia 31 grudnia 2023 r., pod warunkiem zapewnienia w składzie tego zespołu co najmniej trzech osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

Co ważne, przywołany wyżej przepis był już czterokrotnie zmieniany przez Ministra Zdrowia, a za każdym razem okres, za który NFZ nie może nakładać kar umownych w przypadku braku lekarza w ZRM „S”, był wydłużany o kolejne pół roku¹¹⁴. W następstwie tych zmian od dnia

¹¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego (Dz. U. poz. 1118).

¹¹² Dz. U. poz. 2186.

¹¹³ Wzór umowy, rozdział 4. Kary umowne.

¹¹⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2645). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 843). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1728). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 czerwca 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 768); rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1775).

odwołania stanu zagrożenia epidemicznego aż do 31 grudnia 2026 r. dysponenci mogą zapewniać obsadę ZRM „S” niezgodną z ustawą bez ponoszenia negatywnych konsekwencji z tego tytułu. Przepis ten faktycznie usankcjonował brak lekarzy w ZRM „S”, które ZRM tego typu pozostały w istocie tylko formalnie. O skali zjawiska świadczy przeprowadzona w trakcie kontroli analiza raportów z SWD PRM obejmujących przypadki niepełnych stanów osobowych w ZRM w latach 2023-2025 (do 31 marca), w tym czy w ww. okresie w skład ZRM „S” wchodził lekarz systemu.

Braki lekarzy w ZRM

W WSPR w Bydgoszczy, w latach 2023-2025 (do 31 marca), w trzech funkcjonujących ZRM „S” liczba dni, w których wystąpił co najmniej dwugodzinny brak lekarza systemu, wynosiła odpowiednio 761, 535 i 225, czyli 92,8%, 62,2% i 27,4% dni dyżurów w okresie objętym badaniem. W okresie od 1 lipca 2023 r. do 31 marca 2025 r. w obsadzie ww. zespołów nie zapewniono lekarza systemu łącznie przez ponad 17 tys. godzin, co było niezgodne z art. 36 ust. 1 pkt 1 ustawy PRM.

W SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim w badanym okresie stwierdzono łącznie ponad 4,8 tys. godzin dyżuru ZRM „S” bez lekarza systemu.

W WPR w Lublinie, w latach 2023-2025 (do 31 marca) z ogółem zaplanowanych w tym okresie ponad 105 tys. godz. dyżurów ZRM „S” przez ponad 41 tys. godz. (39,1%) nie zapewniono lekarza systemu.

W RSPR w Radomiu, w okresie objętym kontrolą, zgodnie z danymi SWD PRM, wystąpiły 52 przypadki braku lekarza trwające ponad 2 godz. (w sumie 396,5 godz.).

W WSPR w Szczecinie, w latach 2023-2025 (do 31 marca) liczba godzin świadczeń udzielanych przez ZRM „S” w niepełnym składzie, tj. bez lekarza systemu, łącznie wyniosła ponad 86 tys. godzin (tj. 29,1% przy liczbie godzin w okresie objętym badaniem 295,5 tys.).

W trakcie kontroli wyjaśniano, że niezapewnienie lekarza systemu w ZRM „S” było spowodowane brakiem zainteresowania lekarzy pracą w zespołach ratownictwa medycznego. Dysponenci wskazali, że pomimo bardzo często ogłaszanych naborów i konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza systemu do pracy zgłaszają się nieliczni, a konkursy najczęściej pozostają nierozstrzygnięte z powodu braku wpływu ofert. Dyrektor WSPR w Bydgoszczy wyjaśnił, iż z powodu tych trudności w 2023 r. wystąpił do Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z wnioskiem o przekształcenie zespołu typu „S” na „P”, lecz uzyskał odpowiedź negatywną. Z kolei Dyrektor WPR w Lublinie wyjaśnił, iż z powodu braku lekarzy zmniejszano liczbę ZRM typ „S” zastępując je „P”.

**Czas pracy
członków ZRM
– umowy o pracę**

Badanie w zakresie przestrzegania dopuszczalnych norm czasu pracy przez członków ZRM¹¹⁵ świadczących pracę na podstawie umowy o pracę przeprowadzono w odniesieniu do pierwszych okresów rozliczeniowych w 2024 i 2025 r. W przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę nie stwierdzono przekroczeń wymiaru czasu pracy w przyjętych okresach rozliczeniowych. U dwóch kontrolowanych (RSPR w Radomiu i WSPR Szczecin) stwierdzono natomiast przypadki przekroczenia dobowego i miesięcznego czasu pracy. W RSPR w Radomiu czas pracy jednego z trzech lekarzy systemu, w pięciu przypadkach wynosił od ponad 24 godzin do ponad 38 godzin, co było niezgodne z art. 32 ust. 3 ustawy PRM. Ponadto, bezpośrednio po każdym okresie wykonywania pracy w przedłużonym dobowym wymiarze czasu pracy, lekarzowi temu nie zapewniono odpoczynku przez czas odpowiadający co najmniej liczbie przepracowanych godzin, co było niezgodne z art. 136 § 2 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. kodeks pracy¹¹⁶ w związku z art. 32 ust. 3 ustawy PRM. Jak wyjaśniono w trakcie kontroli, cztery przypadki przedłużenia czasu pracy wynikały z przedłużających się wyjazdów, natomiast jeden, trwający ponad 38 godzin, był spowodowany koniecznością zapewnienia ciągłości dyżuru z powodu nagłej absencji innego lekarza.

W WSPR w Szczecinie weryfikacja dokumentacji w zakresie przestrzegania norm czasu pracy sześciu z ośmiu członków ZRM zatrudnionych wyłącznie na umowę o pracę wykazała przekroczenia miesięcznego godzinowego czasu pracy od niecałej godziny do ponad ośmiu godzin.

Jednocześnie należy zauważyć, że u trzech z pięciu dysponentów (WSPR Bydgoszcz, SPWSPR Gorzów Wielkopolski, WPR Lublin) w ogóle nie zatrudniano lekarzy systemu na podstawie umowy o pracę.

**Świadczenie pracy
ponad 24h**

W ramach kontroli sprawdzono również czas pracy członków ZRM, którzy świadczyli pracę na podstawie innej niż umowa o pracę. W badaniu zwrócono uwagę na przypadki świadczenia pracy nieprzerwanie przez więcej niż 24 godziny. Badaniem objęto dokumentację dotyczącą przepracowanych godzin przez przedstawicieli trzech grup zawodowych, tj. lekarzy systemu, ratowników medycznych oraz pielęgniarki systemu¹¹⁷.

W trakcie kontroli ustalono, że u wszystkich dysponentów występowały liczne przypadki świadczenia pracy przez członków ZRM w sposób nieprzerwany powyżej 24 godzin, w skrajnym przypadku nawet przez 144

¹¹⁵ Badaniem objęto dokumentację osób z trzech grup zawodowych, tj. lekarzy systemu, ratowników medycznych i pielęgniarek systemu.

¹¹⁶ Dz. U. z 2025 r. poz. 277, ze zm., dalej Kodeks pracy.

¹¹⁷ Badaną próbą objęto dokumentację osób z każdej grupy zawodowej, w liczbie nie mniejszej niż pięć, które udzielały świadczeń w styczniu 2024 r. i w styczniu 2025 r., a w przypadku mniejszej liczby osób w danej grupie, w danym miesiącu i roku – badaniem objęto dokumentację wszystkich osób.

godziny, tj. sześć dób. W wyniku przeprowadzonej analizy, w dwóch jednostkach (WSPR w Bydgoszczy, WPR w Lublinie) dostrzeżono także praktykę ustalania grafików pracy dla członków ZRM w taki sposób, że ta sama osoba, w tym samym dniu i tej samej godzinie kończyła ona pracę w jednym ZRM i rozpoczynała w innym, przy czym w zupełnie innej lokalizacji.

W WSPR w Bydgoszczy badanie próby dokumentacji dotyczącej członków ZRM świadczących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych wykazało, że w styczniu 2024 r. i styczniu 2025 r. lekarze systemu oraz ratownicy medyczni, w łącznie 44 przypadkach nieprzerwanie udzielali świadczeń przez czas znacznie przekraczający 24 godziny (od 32 do 72 godzin). Najdłuższy nieprzerwany czas świadczenia pracy, w przypadku lekarzy wyniósł 72 godziny (jeden przypadek), a w przypadku ratowników medycznych – 48 godzin (35 przypadków, największa liczba). Ponadto stwierdzono, iż w jednym przypadku ratownik medyczny rozpoczął udzielanie świadczeń w ZRM po dziewięciu godzinach odpoczynku, a w czterech innych, zgodnie z harmonogramem (w tym samym dniu i o tej samej godzinie) ratownicy medyczni kończyli pracę w jednym ZRM i rozpoczynali w innym stacjonującym pod innym adresem, nawet w innej miejscowości. W wyniku kontroli, od czerwca 2025 r., harmonogramy układano w taki sposób, aby nie dochodziło do sytuacji kończenia i rozpoczynania dyżuru o tej samej godzinie. Ponadto ustalono, że największa liczba godzin udzielania świadczeń wyniosła w przypadku lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek/pielęgniarzy systemu odpowiednio: w styczniu 2024 r. – 242, 348, i 273, a w styczniu 2025 r. – 258, 312 i 276.

W SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim, badanie przeprowadzone na próbie dokumentacji lekarzy systemu, ratowników medycznych oraz pielęgniarek systemu, którzy w styczniu 2024 r. i styczniu 2025 r. na podstawie innej umowy niż umowa o pracę udzielali świadczeń w ZRM wykazało, że dwóch lekarzy, w łącznie pięciu przypadkach, w sposób nieprzerwany świadczyło pracę przez ponad 24 godziny (od 25,5 do 72 godzin), a czterech ratowników medycznych – najczęściej w wymiarze 48 godzin, w tym jeden również przez 72 godziny. W grupie lekarzy systemu najwięcej przepracował lekarz, który w styczniu 2024 r. i w styczniu 2025 r. świadczył pracę przez odpowiednio 231,5 i 243 godziny. Z kolei w grupie ratowników medycznych było to odpowiednio 348 i 349 godzin – to tak jakby udział świadczeń nieprzerwanie przez 14,5 dnia w miesiącu kalendarzowym.

W WPR w Lublinie, badaniem objęto czas udzielania świadczeń 15 osób (po pięć spośród lekarzy, ratowników medycznych i pielęgniarek/pielęgniarzy) w miesiącach styczeń–luty lat 2024 i 2025. Ustalono, że 12 z tych 15 osób, w 92 przypadkach nieprzerwanie świadczyło pracę od ponad 24 do nawet 70 godzin. Ustalono, iż dziewięć z 10 ratowników

medycznych i pielęgniarek systemu, w łącznie 56 przypadkach nieprzerwanie świadczyło pracę przez 36 godzin, a w jednym przypadku przez 48 godzin. Najdłuższe okresy dotyczyły trzech lekarzy udzielających w sposób nieprzerwany świadczeń przez od 36 do 70 godzin (w jednym przypadku), przy czym najczęściej przez 48 godzin (19 przypadków). Ponadto stwierdzono, że ratownicy medyczni oraz pielęgniarki systemu, w łącznie 38 przypadkach, w tym samym dniu i o tej samej godzinie kończyli pracę w jednym ZRM i rozpoczynali w kolejnym, pomimo, że stacjonował on w innej lokalizacji, również w innej miejscowości.

W RSPR w Radomiu, po analizie dokumentacji 17 osób (siedmiu lekarzy systemu, pięciu ratowników medycznych oraz pięciu pielęgniarek/pielęgniarzy systemu), które w latach 2024–2025, w miesiącach styczeń–marzec, w ramach umów cywilnoprawnych świadczyło pracę w ZRM stwierdzono, że 12 z 17 osób, w łącznie 107 przypadkach udzielało świadczeń nieprzerwanie przez ponad 24 godziny. W ww. grupie 12 osób było sześciu lekarzy pracujących w sposób ciągły przez ponad 24 godziny, a w skrajnym przypadku przez 144 godziny, tj. aż sześć dni. Pośród pozostałych sześciu z 12 osób, była jedna pielęgniarka i pięciu ratowników medycznych, którzy w skrajnych przypadkach pracowali nieprzerwanie przez odpowiednio 36,5 i 48 godzin. Ponadto szczegółowe badanie wykazało, że trzech lekarzy po zakończeniu świadczenia pracy w jednym ZRM, po upływie od 15 minut do siedmiu godzin, rozpoczynali pracę w innym ZRM.

W WSPR w Szczecinie, gdzie badaniem objęto pierwsze półrocza lat 2024–2025 stwierdzono, że pięciu lekarzy systemu, w łącznie 257 przypadkach świadczyło pracę nieprzerwanie przez ponad 24 godziny, w tym w 74 przypadkach przez ponad 48 godzin, a w skrajnym przypadku aż przez 120 godzin, tj. 5 dni. Ponadto ustalono, że w przypadku jednego z ratowników medycznych, liczba godzin świadczenia pracy w czerwcu 2024 r. wyniosła aż 456 godzin, co oznacza w sumie 19 dni z 30 dni kalendarzowych.

W trakcie kontroli wyjaśniano, że do osób udzielających świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych nie mają zastosowania normy dotyczące czasu pracy, przerw i odpoczynków. Wskazywano również, iż członkowie ZRM świadczyli pracę nieprzerwanie przez ponad 24 godziny całkowicie świadomie i dobrowolnie. Niejednokrotnie przedłużone dyżury były planowane na prośbę samych świadczeniodawców, dla których duża odległość pomiędzy miejscem zamieszkania a miejscem stacjonowania ZRM powodowała, iż krótsze świadczenie pracy było dla nich nieopłacalne. Ponadto, przypadki takie wynikały z braku lekarzy systemu przy jednoczesnych potrzebach zachowania ciągłości w gotowości ZRM „S”. W wyjaśnieniach zwracano

także uwagę, że członkowie ZRM w trakcie pełnienia dyżurów nie udzielają świadczeń w sposób ciągły, a więc mają czas na wypoczynek i regenerację pomiędzy wyjazdami.

Dodatkowe zadania członków ZRM

Uzupełniając zaprezentowane wyżej ustalenia należy dodać, że u wszystkich dysponentów występowały przypadki realizacji dodatkowych zadań przez członków ZRM. Były one wykonywane najczęściej przez ratowników medycznych oraz pielęgniarki/pielęgniarzy systemu i polegały na wykonywaniu transportu sanitarnego, zabezpieczeniu medycznym różnego rodzaju wydarzeń/imprez masowych, czy pełnieniu funkcji koordynatora medycznego lub instruktora ratownictwa medycznego. Nie stwierdzono, aby zadania te były wykonywane w czasie pełnienia dyżurów w ZRM, jednak należy mieć na uwadze, że łączny czas świadczenia pracy przez poszczególnych pracowników może być jeszcze dłuższy niż opisano wyżej.

Czas wyjazdu ZRM

Zgodnie z § 8 ust. 2 pkt 1 lit. b rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego¹¹⁸, w przypadku nadania kodu pilności KOD 1 czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia wynosi nie dłużej niż 60 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego. Natomiast w przypadku kodu pilności KOD 2, stosownie do § 8 ust. 2 pkt 2 lit. b rozporządzenia w sprawie obsługi zgłoszeń alarmowych, czas wyjazdu zespołu ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia wynosi nie dłużej niż 180 sekund od zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego.

W badaniu dotyczącym czasu, po upływie którego ZRM wyjeżdżały do miejsca zdarzenia wykorzystane zostały dane zawarte w SWD PRM. U wszystkich kontrolowanych dysponentów, w obu kodach pilności wyjazdu (KOD 1 i KOD 2) stwierdzono przekroczenia w zakresie czasu wyjazdu ZRM do miejsca zdarzenia od czasu jego zadysponowania przez dyspozytora wysyłającego, przy czym u jednego (SPR w Radomiu) procent przekroczeń był zauważalnie niższy.

W WSPR w Bydgoszczy, w latach 2023-2025 (I kwartał), procent wyjazdów ZRM do miejsca zdarzenia, w których przekroczono maksymalny czas wyjazdu wynosił ogółem odpowiednio 28,8%, 35,7% i 47,2%. W 2023 r. dwa ZRM „P” w ponad 70% wyjazdów o kodzie pilności KOD 1 przekroczyły maksymalny czas wyjazdu, natomiast w przypadku dwóch innych ZRM, w tym jednego typu „S”, w ponad 70% takich wezwań czas wyjazdu nie przekroczył 60 sekund. W 2024 r. osiem ZRM „P” w ponad 70% wyjazdów o pilności KOD 1 przekroczyło czas wyjazdu określony w rozporządzeniu

¹¹⁸ Dz. U. poz. 1703, dalej: rozporządzenie w sprawie obsługi zgłoszeń alarmowych.

w sprawie obsługi zgłoszeń alarmowych. W I kwartale 2025 r. już wszystkie ZRM, w tym trzy typu „S”, w ponad 70% wyjazdów o pilności KOD 1 przekroczyły maksymalny czas wyjazdu. Szczegółowa analiza łącznie 69 przypadków, w których czas wyjazdu ZRM w latach 2023–2025 (I kwartał) był dłuższy niż 20 minut wykazała, że w 65 z tych przypadków kierownicy ZRM nie zmieniali statusu w SWD PRM na „Wyjazd do zdarzenia”, jednak we wszystkich analizowanych przypadkach i tak nie osiągnięto wymaganych czasów wyjazdu.

W SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim, analiza danych SWD PRM w zakresie czasu wyjazdu ZRM do zdarzenia wykazała, że w latach 2023–2025 (I kwartał) procent wyjazdów z przekroczeniem maksymalnego czasu wyjazdu wynosił ogółem odpowiednio 55,3%, 29,9% i 22,2%, a przekroczenia dotyczyły każdego ZRM. Szczegółowe badanie wykazało, iż w przypadku wezwań o pilności KOD 1, w których w latach 2023–2025 (I kwartał) przekroczone maksymalny czas wyjazdu wynosił odpowiednio 35,4%, 19,0% i 14,0%, natomiast w przypadku pilności KOD 2 było to odpowiednio 61,0%, 32,5% i 24,1%. Oznacza to spadek liczby wyjazdów z przekroczonym czasem wyjazdu do zdarzenia w kolejnych latach objętych badaniem.

Z kolei w WPR w Lublinie, w latach 2023–2025 (I kwartał), procent wyjazdów z przekroczeniem czasu wyjazdu wyniósł ogółem odpowiednio 14,9%, 19,1% i 16,7%. W przypadku pilności KOD 1 w ww. okresie było to odpowiednio 23,6%, 31,4% i 29,5%, a w odniesieniu do KOD 2 wyniosło odpowiednio 12,0%, 15,6% i 13,7%.

W RSPR w Radomiu, w latach 2023–2025 (I kwartał), procent wyjazdów z przekroczeniem czasu wyjazdu wyniósł ogółem odpowiednio 5,0%, 6,3%, 11,5%. Szczegółowe badanie łącznie 75 wyjazdów ZRM w latach 2023–2025 (I kwartał) potwierdziło, że w 72 (96%) przypadkach przekroczone maksymalny czas wyjazdu.

W WSPR w Szczecinie w latach 2023–2025 (I kwartał) procent wyjazdów ZRM, w których przekroczone czas wyjazdu wynosił ogółem odpowiednio 28,5%, 28,0% i 27,6%. W przypadku zgłoszeń, którym w ww. okresie nadano KOD 1 odsetek przekroczenia czasu wyjazdu wynosił odpowiednio 16,3%, 14,9% i 14,1%, zaś przy KOD 2 było to 31,7%, 31,0% i 30,5%.

Jak wyjaśniano w trakcie kontroli, wśród przyczyn zarejestrowania w SWD PRM przekroczenia maksymalnego czasu wyjazdu ZRM były przyczyny techniczne, zwiększona odległość pomiędzy pomieszczeniami dla członków ZRM a miejscem postojowym ambulansu, a także uchybienia samych pracowników. Dysponenci zwracali uwagę na problemy związane z zasięgiem sieci komórkowej, zawieszanie się aplikacji SWD PRM, problemy z logowaniem oraz awarie tabletów wykorzystywanych przez ZRM. Lokalizacja pomieszczeń dla członków ZRM na pierwszym piętrze

budynku w połączeniu z oddalonym o kilkadziesiąt metrów miejscem postojowym ambulansu, również nie sprzyjało szybkości wyjazdu. Natomiast wśród przyczyn leżących po stronie pracowników była nierzetelna obsługa tabletu w zakresie zmiany statusu na „Wyjazd do zdarzenia”, przygotowanie się do wyjazdu, w tym założenie obuwia lub demotywacja do szybkiego wyjazdu, w przypadku wezwań do pacjentów, którzy w ocenie członków ZRM nie zostali przyjęci przez lekarzy rodzinnych.

W celu osiągnięcia wymaganych parametrów czasu wyjazdu ZRM WPR w Lublinie wprowadziło do umów o pracę i umów cywilnoprawnych zawieranych z członkami ZRM postanowienia zobowiązujące do realizacji zleceń bez zbędnej zwłoki z uwzględnieniem kodów pilności wyjazdów oraz kary za opóźnianie wyjazdów. Ponadto w ramach programu pilotażowego Lubelskiego UW, w miejscach stacjonowania ZRM zamontowano kamery umożliwiające dyspozytorom medycznemu kontrolę wyjazdów ambulansów, co w istotny sposób może poprawić parametry dotyczące czasu wyjazdu.

**Rekomendacje
postępowania dla OW
NFZ w przypadku
stwierdzenia
nieprawidłowości**

Departament ds. Służb Mundurowych we współpracy z Departamentem Kontroli NFZ opracowały rekomendacje postępowania dla OW NFZ w przypadku zidentyfikowania dwóch najczęściej powtarzających się nieprawidłowości w realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, tj.:

- realizacja świadczeń przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (ZRM S) w niepełnym składzie (mniejszym niż wskazane w przepisach prawa, najczęściej spowodowane brakiem lekarza – co jest jednoznaczne z realizacją świadczeń w składzie osobowym właściwym dla podstawowego zespołu ratownictwa medycznego (ZRM P);
- brak gotowości do realizacji świadczeń przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) (na podstawie raportów z SWD PRM - analiza zgłaszanych przez zespoły statusów „niegotowy”)¹¹⁹.

W rekomendacjach wskazano, że status „niegotowy” w SWD PRM zgłaszany jest w przypadku braku możliwości przyjęcia zlecenia wyjazdu z powodu:

- niepełnego składu ZRM,
- konieczności uzupełnienia niezbędnego sprzętu medycznego lub leków po zrealizowanym zleceniu wyjazdu,
- uszkodzenia lub dysfunkcji sprzętu medycznego,
- konieczności przeprowadzenia dezynfekcji ambulansu.

Zgodnie z rekomendacjami, do grupy w stosunku co do której powinno być przeprowadzone postępowanie wyjaśniające zakwalifikowane

¹¹⁹ Przekazane dyrektorom OW NFZ pismem Prezesa NFZ z 30 maja 2023 r.

powinny być przypadki, w których status „niegotowy” trwał dłużej niż 2 godz. Tylko takie przypadki poddawane powinny być dalszej analizie.

NIK zauważa jednak, że brak pełnego składu ZRM nie musi oznaczać statusu „niegotowy”. Przydzielenie statusu nie jest bowiem automatyczne, ale jest nadawane poprzez wybór właściwego statusu przez osobę pełniącą funkcję kierownika ZRM. Tym samym sytuacja, gdy nie wszystkie role w ZRM są przypisane nie oznacza, że zawsze będzie to oznaczało status „niegotowy”, co powinno być uwzględnione w rekomendacjach dla OW NFZ.

**Kary umowne
i nienależnie
pobrane środki
przez dysponentów
ZRM**

U wszystkich kontrolowanych dysponentów w okresie objętym kontrolą wystąpiły przypadki zwrotu do NFZ nienależnie pobranych środków, na podstawie § 28 ust. 1 rozporządzenia OWU, wynikające z udzielania świadczeń zdrowotnych przez ZRM „S” w obsadzie właściwej dla ZRM „P”. Ponadto na dwóch dysponentów NFZ nałożył kary umowne, na podstawie § 30 ust. 1 pkt 1 lit. f rozporządzenia OWU.

W przypadku WSPR w Bydgoszczy, z powodu braku gotowości do udzielania świadczeń lub braku lekarza systemu w ZRM „S”, NFZ nałożył kary umowne w łącznej wysokości 342,1 tys. zł, a także w związku z tym wezwał do zwrotu nienależnie przekazanych środków w łącznej kwocie 1 428,44 tys. zł.

SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim, w związku z brakiem lekarza systemu w ZRM „S”, musiała zwrócić nienależnie pobrane środki za okres od stycznia 2022 r. do czerwca 2023 r. w łącznej wysokości 13,1 tys. zł. Za okres od lipca do grudnia 2023 r. oraz za 2024 r. NFZ wezwał do zwrotu środków w łącznej wysokości odpowiednio 22,3 tys. zł oraz 139,4 tys. zł.

Na WPR w Lublinie nie nakładano kar umownych z tytułu funkcjonowania ZRM „S” bez lekarza systemu, jednak wartość środków, które w latach 2023–2025 (z uwzględnieniem II kwartału) zwrócono z tego powodu do NFZ wyniosła łącznie 2 071 792,68 zł.

W przypadku RSPR w Radomiu, w 2023 r., z tytułu nieprawidłowej realizacji umowy, z powodu czasowego niefunkcjonowania zespołu ZRM „P” w wyniku przedłużającej się obsługi serwisowej, NFZ nałożył jedną karę umowną w wysokości 631,36 zł.

Z kolei na WSPR w Szczecinie, w latach 2023–2025 (I kwartał) nie nakładano kar umownych, jednak z tytułu nienależnie pobranych środków, w tym z powodu braku lekarza systemu w ZRM „S”, zwrócono do NFZ łącznie 5 354 179,02 zł.

5.5.3. LOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE

Liczba misji LPR

W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2025 r. LZRM wykonały 24 793 misje¹²⁰, z czego 2941 stanowiły misje w nocy. Udział lotów do zachorowania i do wypadku w tej liczbie był zbliżony i wynosił odpowiednio 44,2 % i 42,6%. Pozostałe misje były związane z transportem międzyszpitalnym (3117; 13,2%). W każdym roku okresu objętego kontrolą najwięcej misji wykonał LZRM z bazy HEMS w Krakowie¹²¹. W latach 2023–2025 (I półrocze) LZRM przetransportowały łącznie 19 525 pacjentów, z czego najwięcej LZRM z Krakowa – 1670 pacjentów.

Zawieszenia dyżurów LZRM

Zgodnie z umową na finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego LPR było zobowiązane do utrzymywania codziennego dyżuru LZRM, przy czym w przypadku zawieszenia dyżuru z powodów niezależnych od LPR, w szczególności pogodowych lub technicznych, działalność była traktowana jako ciągła. W przypadku niezachowania ciągłości dyżuru, za które uważano zawieszenie dyżuru trwające powyżej 24 godzin, LPR miał obowiązek poinformować Ministra Zdrowia o przyczynach zawieszenia. W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 30 lipca 2024 r. LPR przekazał do Ministerstwa Zdrowia 12 informacji o takich przypadkach.

W okresie objętym kontrolą stwierdzono również przypadki czasowego zawieszenia dyżuru z powodu niepełnego składu LZRM. Od 1 stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2025 r. wystąpiło 36 przypadków takich zdarzeń, przy czym tylko 13 o czasie trwania powyżej jednej godziny. Najdłuższe czasy zawieszenia dyżurów, trwające siedem godzin i 23 minuty oraz sześć godzin, dotyczyły odpowiednio ratownika medycznego oraz pilota i były związane z ich niedyspozycją.

Zgodnie z art. 24e ustawy PRM zespoły ratownictwa medycznego wykonują zadania z wykorzystaniem SWD PRM. Z kolei stosownie do § 10 ust. 3 rozporządzenia w sprawie SWD PRM na wyposażeniu specjalistycznego środka transportu sanitarnego wykorzystywanego przez zespół ratownictwa medycznego pozostają:

- 1) terminal mobilny wraz ze stacją dokującą, umożliwiający korzystanie z SWD PRM;
- 2) drukarka współpracująca z terminalem mobilnym i SWD PRM drukująca na formacie A4;

¹²⁰ W kolejnych latach 2023–2025 (I półrocze) liczba wykonanych misji wynosiła odpowiednio: 9520, 10 028 i 5 245.

¹²¹ W kolejnych latach 2023–2025 (I półrocze) liczba misji wykonanych z bazy HEMS w Krakowie wynosiła odpowiednio: 751, 831 i 429.

3) urządzenie systemu nawigacji satelitarnej przekazujące dane do SWD PRM.

W okresie objętym kontrolą LZRM nie wykonywały jednak swoich zadań z wykorzystaniem SWD PRM, ponieważ nie były zobowiązane do korzystania z aplikacji mobilnej SWD PRM na podstawie wyłączenia zawartego w § 11 rozporządzenia w sprawie SWD PRM. Wskazano tam bowiem, że przepisu § ust. 3 nie stosuje się w odniesieniu do lotniczych zespołów ratownictwa medycznego. Oznacza to, iż specjalistyczny środek transportu sanitarnego, tj. śmigłowiec HEMS wykorzystywany przez LZRM nie musiał być wyposażony w terminal mobilny umożliwiający korzystanie z SWD PRM. Uruchomienie SWD PRM w LZRM planowano na koniec 2025 r.

Czas pracy członków ZRM

W trakcie kontroli dokonano sprawdzenia czasu pracy oraz odpoczynku członków LZRM¹²². Badaniem objęto łączny czas pracy członków załóg statków powietrznych¹²³ w okresie rozliczeniowym wynoszącym rok, czas lotów pilota i członka załogi HEMS w ciągu następujących po sobie 24 godzin, oraz czas pracy członka załogi w śmigłowiecowej służbie ratownictwa medycznego w okresach kolejnych 28 dni, 7 dni i 24 godzin. Badanie potwierdziło, iż nie zostały przekroczone maksymalne czasy pracy i lotu określone w art. 102a, ust. 1, art. 103a ust. 6 ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo lotnicze¹²⁴ oraz w § 12 rozporządzenia Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie czasu pełnienia czynności lotniczych członków załóg statków powietrznych w przewozie lotniczym przy użyciu śmigłowca oraz w śmigłowiecowej służbie ratownictwa medycznego¹²⁵. Ponadto, członkom załóg statków powietrznych będących członkami LZRM zapewniono okresy dni wolnych od pracy wynikające z art. 103b ustawy Prawo lotnicze.

Natomiast wszyscy lekarze z badanej próby świadczyli pracę na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (cywilnych), przez co nie byli objęci regulacjami dopuszczalnego maksymalnego czasu pracy określonymi w ustawie o działalności leczniczej. Postanowienia dotyczące maksymalnego czasu udzielania świadczeń zawarte były jednak w umowach cywilnoprawnych, które LPR zawarł z lekarzami. Zgodnie z treścią tych umów czas trwania jednego dyżuru w zatwierdzonym grafiku dyżurowym nie powinien przekroczyć 24 godzin.

¹²² Badanie szczegółowe przeprowadzono na próbie liczącej 44 członków LZRM, tj. 15 pilotów, 13 ratowników medycznych, dwoje pielęgniarzy oraz 14 lekarzy, świadczących pracę w 2024 r.

¹²³ W skład załogi statku powietrznego wchodził pilot oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka/pielęgniarski systemu pełniący jednocześnie funkcję członka załogi HEMS.

¹²⁴ Dz. U. z 2025 r. poz. 1431, zm., ze zm., dalej: ustawa Prawo lotnicze.

¹²⁵ Dz.U. poz.1493.

**Świadczenie pracy
ponad 24h w LZRM**

Badaniem objęto czas pracy 14 lekarzy udzielających świadczeń w 2024 r. oraz czas pracy 10 lekarzy pełniących dyżury w śmigłowcu HEMS o kryptonimie „Ratownik 13”¹²⁶ w 2024 r. W wyniku badania stwierdzono pięć przypadków pełnienia dyżurów przez lekarzy ponad 24 godziny (od 26,5 do 36 godzin) w sytuacjach, gdy nie wynikało to z konieczności dokończenia wcześniej rozpoczętej misji. Służyło to jednak zapewnieniu ciągłości gotowości do udzielenia pomocy. Wprowadzona w LPR organizacja pracy lekarzy miała zapobiegać takim sytuacjom poprzez przyjęcie zasady planowania maksymalnie 24 – godzinnych dyżurów.

Ponadto zidentyfikowano przypadek lekarza, który po zakończeniu 24-godzinnego dyżuru w jednej bazie HEMS, po upływie jednej godziny i 45 minut, rozpoczął dyżur w odległej o ok. 200 km innej bazie HEMS. Oznacza to, że łączny czas dyżuru lekarza wyniósł 35 godzin i 45 minut w przeciągu 37 godzin i 30 minut. Ustalono, że odpowiedzialny za planowanie dyżurów dyrektor regionalny nie miał wiedzy o dyżurach lekarza pełnionych w innych regionach podległych innym dyrektorom regionalnym.

W trakcie badania czasu pracy lekarzy ustalono również, iż LPR zapłaciło dwukrotnie, tj. dwóm różnym lekarzom, za ten sam 24-godzinny dyżur. Ponadto stwierdzono również inny przypadek niezasadnej zapłaty za dyżur lekarski w wymiarze 45 minut w sytuacji, gdy nałożenie się dyżurów wynikało z uzgodnień między lekarzami, a nie z powierzenia pełnienia dyżuru poza planowanym grafikiem. Przyczyną nieprawidłowości było przeoczenie.

5.6. FUNKCJONOWANIE SYSTEMU WSPOMAGANIA DOWODZENIA PRM

**Dotacja celowa
na administrowanie
i rozwój SWD PRM**

LPR rzetelnie realizowało zadania związane z administrowaniem i rozwojem SWD PRM. Rozbudowa SWD PRM była zgodna z kierunkami wyznaczonymi przez Ministra Zdrowia.

Minister Zdrowia, stosownie do treści art. 24a ust. 4 ustawy PRM, powierzył zadania administrowania i rozwoju SWD PRM dysponentowi LZRM, czyli LPR. W strukturze LPR zadania te realizuje KCMRM.

Zadania te, a także zadania związane z monitorowaniem przebiegu zdarzeń obsługiwanych przez dyspozytorów medycznych oraz ZRM, przygotowaniem i prowadzeniem kursów dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych były finansowane przez Ministra Zdrowia w formie dotacji celowej. Umowa o przekazanie środków publicznych na pokrycie wydatków bieżących

¹²⁶ Śmigłowiec stacjonujący w Bazie HEMS we Wrocławiu.

związanych z realizacją zadań KCMRM została zawarta 31 lipca 2018 r., a kwoty dotacji w kolejnych latach określały aneksy¹²⁷.

Na realizację tych zadań w 2023 r. LPR otrzymało 19 695,00 tys. zł, z czego wydatkowano 19 395,07 tys. zł, a pozostała kwota została terminowo zwrócona¹²⁸. Dotacja przyznana na rok 2024 wyniosła 19 483,00 tys. zł, a w trakcie roku została zwiększona do 22 183,00 tys. zł. LPR poniosło wydatki w kwocie 21 343,500 tys. zł, a pozostała kwota została terminowo zwrócona. Z kolei na rok 2025 została zawarta umowa na kwotę dotacji 20 098,7 tys. zł, z czego na koniec pierwszego półrocza LPR sprawozdało wykonanie w kwocie 8 665,0 tys. zł.

W zawartej umowie nie wyliczono szczegółowo zadań LPR wskazując jedynie, że dotacja jest przeznaczona na zadania wskazane w art. 27a ustawy PRM. Tym samym nie określono w niej limitów wydatków dla poszczególnych zadań finansowanych z dotacji celowej. Plan wydatków stanowiący załącznik do ww. umowy wskazywał podział kwoty dotacji według kosztów rodzajowych, jedynie w kategorii usługi obce precyzując niektóre wydatki¹²⁹. Wobec powyższego LPR nie prowadziło szczegółowej ewidencji kosztów w odniesieniu do poszczególnych zadań wskazanych § 1 umowy. Jednocześnie NIK ocenił jako nierzetelne po stronie Ministra Zdrowia sporządzenie umowy o udzielenie dotacji celowej w sposób nie pozwalający oszacować kosztów poszczególnych zadań, które finansowano z tej dotacji, a także stopień ich realizacji. Dotacja celowa służy bowiem wykonaniu określonego zadania, nie zaś finansowaniu ogólnych wydatków bieżących jednostki (do tego służy dotacja podmiotowa). Dotowany dokonując rozliczenia dotacji powinien wskazywać poziom osiągnięcia wskaźników realizacji zadania, co powinno się przekładać na ostateczną kwotę dotacji.

Kierunki rozwoju SWD PRM

Zgodnie z art. 24a ust. 1 pkt 2 ustawy PRM minister właściwy do spraw zdrowia określa kierunki rozwoju SWD PRM. Na lata 2022, 2023 i 2024 zostały one określone przez Ministerstwo Zdrowia w piśmie do LPR z dnia 24 marca 2022 r. Na lata 2023 i 2024 (okres objęty kontrolą) zostały wskazane cztery cele główne oraz 14 zadań dodatkowych. Żaden z celów głównych nie został w pełni zrealizowany. Przyczyny tego nie leżały jednak po stronie KCMRM:

- w przypadku implementacji procedury zdarzeń mnogich i masowych KCMRM przygotowało koncepcję implementacji procedury, która

¹²⁷ Umowa nr LPR/85144/2800/657/219.

¹²⁸ LPR zwróciło zawyżoną kwotę, po czym 9 lutego 2024 r. Ministerstwo Zdrowia zwróciło nadpłatę.

¹²⁹ Umowa w wersji obowiązującej do 4 lutego 2019 r. zakładała sprawozdawanie kosztów poszczególnych zadań, ale na mocy aneksu nr 1 do umowy załącznik, który stanowił wzór takiego rozliczenia został zastąpiony rozliczeniem kosztów wg ich rodzajów.

została przekazana do MZ w 2024 r. Do dnia zakończenia kontroli nie została wdrożona;

- w odniesieniu do procedury wideorozmów MZ nie przekazało decyzji o podjęciu jej realizacji;
- integracja SWD PRM z centralnym systemem Głównego Inspektoratu Sanitarnego nie została zrealizowana ze względu na brak gotowości tego systemu;
- wdrożenie alternatywnego rozwiązania mapowo – analitycznego nie zostało zrealizowane z braku środków na zakup niezbędnych licencji na oprogramowanie. Na okres po roku 2024 zaplanowano integrację SWD PRM z ewidencją łóżek szpitalnych, która do dnia zakończenia kontroli nie powstała.

Zadania dodatkowe dotyczyły implementacji modyfikacji produkcyjnej wersji SWD PRM. Spośród 14 zaplanowanych zrealizowano 12 zadań. Ze względu na wstrzymanie prac legislacyjnych nie wdrożono elektronicznej kart zgonów, a przekazywanie danych z urzędzeń w ambulansach do SWD PRM zostało odroczone z powodu wstrzymania zakupów routerów do ambulansów.

Plany pracy zespołu programistycznego KCMRM

Obok kierunków rozwoju funkcjonowały plany działania Zespołu Programistycznego KCMRM, będące załącznikiem do umowy o udzielenie dotacji celowej LPR/85144/2800/657/2019. Określenie tych planów było następstwem powierzenia LPR zadania utrzymania zespołu programistycznego odpowiedzialnego za bieżące funkcjonowanie SWD PRM oraz za rozwój aplikacyjny SWD PRM¹³⁰.

Pierwszy plan działania zespołu programistycznego zawierał siedem zadań na 2023 r., a po zmianie wprowadzonej na mocy aneksu nr 17 z 26 września 2023 r. do umowy LPR/85144/2800/657/219 – 13 zadań. KCMRM zrealizowało 10 zadań, a trzy zadania przewidziane na IV kwartał 2023 r. były kontynuowane w 2024 r. Główną przyczyną ich niezrealizowania w 2023 r. było opóźnienie w uzyskaniu dotacji na zakup urządzeń niezbędnych do jego wykonania. Dotację tą LPR pozyskało dopiero 14 listopada 2023 r. Na rok 2024 pierwotnie zaplanowano siedem zadań, a w drodze kolejnych aneksów ich liczba wzrosła do 14, przy czym z zadania dotyczącego wdrożenia Modułu Apteka, przewidzianego początkowo na 2024 r. zrezygnowano¹³¹. Z 14 zadań, na koniec 2024 r., 10 zostało zrealizowanych, a cztery przeniesione na rok 2025 (przy czym wykonanie dwóch zadań było uzależnione od przygotowania rozwiązania umożliwiającego przekazywanie danych przez Centrum e-Zdrowia).

¹³⁰ Wcześniej zadanie te realizował wykonawca zewnętrzny.

¹³¹ W sytuacji funkcjonowania u dysponentów tego rodzaju oprogramowania zapewniając obsługę w zakresie szerszym niż same ZRM (integrujące wszystkie działalności danego podmiotu leczniczego), wdrożenie modułu uznano za niecelowe.

**Raportowanie
zadań KCMRM**

Uwzględniając powyższe dla zespołu programistycznego na rok 2025 zaplanowano dziewięć nowych oraz kontynuację dwóch zadań z 2024 r.

KCMRM z realizacji zadań związanych z administrowaniem i rozwojem SWD PRM sporządzało dla MZ miesięczne raporty administratora centralnego wraz z dołączaną do nich aktualną na dzień sporządzenia raportu informacją dotyczącą realizacji kluczowych zadań.

W ramach administrowania KCMRM prowadziło obsługę zgłoszeń użytkowników SWD PRM w systemie HELPDISK (np. w okresie styczeń – maj 2025 r. dokonano 5780 takich zgłoszeń). Najwięcej zgłoszeń pochodziło od użytkowników w ramach samego KCMRM. Instalowano również nowe wersje poszczególnych modułów SWD PRM, zarówno w środowisku produkcyjnym, jak i szkoleniowym. Na przykład w styczniu 2025 r. dokonano 27 takich instalacji, w tym 16 w środowisku szkoleniowym i 11 w środowisku produkcyjnym, a w maju 2025 r. 13, w tym 11 w środowisku szkoleniowym i dwóch w środowisku produkcyjnym.

Zgodnie z raportami w 2023 r. wystąpiło sześć incydentów serwisowych, a w 2024 r. i w okresie styczeń – maj 2025 r. – po jednym. Poszczególne incydenty trwały do kilku godzin – najdłużej od 17:15 w dniu 27 marca 2023 r. do 9:26 następnego dnia, tj. przez ponad 16 godzin.

27 sierpnia 2025 r., już po zakończeniu czynności kontrolnych w LPR, doszło do awarii części aplikacyjnej SWD PRM. Nie dotyczyło to jednak dostępności numeru 999, który był cały czas dostępny, a dysponowanie ZRM odbywało się z wykorzystaniem łączności telefonicznej i radiowej. SWD PRM został uruchomiony ponownie po trzech godzinach. Awaria miała naturę techniczną.

Raporty SWD PRM

KCMRM przygotowało w module raportowym SWD PRM raporty predefiniowane mające służyć wojewodom do przygotowania i aktualizacji wojewódzkich planów działania systemu PRM (raporty dotyczące danych zawartych w 12 tabelach wojewódzkiego planu działania systemu PRM) oraz raporty dla użytkowników do analizy funkcjonowania systemu PRM (podzielone na grupy: raporty ZRM, raporty kadrowe, raporty dyspozytorni medycznych, raporty sprawozdawcze, raporty PZŁ SWD PRM). Moduł raportowy SWD PRM pozwalał również na wykonywanie raportów swobodnych w oparciu o własne generowane zapytania.

**Metodyka
sporządzania
raportów o czasie
dotarcia ZRM**

Zastosowane kryteria selekcji danych do raportu o działalności ZRM („WPDS – Tabela nr 5 - Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego”) były niespójne z art. 24 ust. 2 ustawy o PRM. Zgodnie z tym przepisem przyjmuje się, że 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca nie bierze się pod uwagę w naliczaniu parametrów określonych w art. 24 ust. 1 ustawy PRM, z zastrzeżeniem, że przypadki te

nie podlegają kumulacji pomiędzy miesiącami. Tymczasem Instrukcja KCMRM-ZR-INS-14 „Moduł raportowy SWD PRM. Instrukcja użytkownika” stanowiła, że dla sporządzenia raportu wartości w nim pomniejszane były o 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia na miejsce zdarzenia w skali każdego miesiąca dla każdego ZRM z uwzględnieniem kryterium gęstości zaludnienia (osobno usuwane było 0,5% dla wyjazdów w mieście powyżej 10 tys. Mieszkańców, a osobno dla wyjazdów poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców dla każdego ZRM). Ponadto dane były zaokrąglane w górę. Dane pomniejszone o 0,5% przypadków (z zaokrągleniem) były używane do wyliczenia danych w kolumnach: mediana, maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia, średni oraz maksymalny czas interwencji ZRM.

Przyjęta przez KCMRM metodyka sporządzania raportów do WPDS skutkowała istotnymi różnicami w wynikach. Przykładowo ZRM o kodzie F01 102 z województwa lubuskiego w styczniu 2025 r.¹³² zrealizował 159 zleceń¹³³. Zgodnie z zasadą pomijania przy obliczeniach 0,5% wyjazdów o najdłuższym czasie dotarcia należało nie uwzględnić 0,795 rekordu. Tymczasem przy przyjętej w KCMRM metodyce sporządzania raportu usunięcie jednego rekordu odpowiadało usunięciu jednak 0,62% przypadków, tj. więcej niż wynika z art. 24 ust. 2 ustawy o PRM.

Przy zastosowaniu metodyki opisanej w instrukcji KCMRM mediana dla interwencji w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców – wyniosła 9 minut 19 sekund, a dla interwencji poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – 21 minut i 22 sekundy. Maksymalny czas dotarcia natomiast odpowiednio 56 minut 35 sekund oraz 41 minut 44 sekundy. Przy uwzględnieniu normy pozwalającej usunąć maksymalnie 0,5% rekordów, mediana dla interwencji w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców – wynosiła 10 minut 39 sekund, a poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – 21 minut 40 sekund. Natomiast maksymalny czas dotarcia wyniósł odpowiednio godzinę 18 minut 39 sekund oraz 49 minut 50 sekund.

Przyjęcie zasady pomijania w obliczeniach co najmniej jednego wyjazdu skutkowało pomijaniem przy obliczeniach nawet całej populacji danych, np. ZRM L01 130 w 2024 r. wykonał cztery interwencje na obszarze miast o liczbie mieszkańców powyżej 10 tys., ale żadna z nich nie została uwzględniona w obliczeniach (WPDS wskazywał wartość „brak”¹³⁴). ZRM

¹³² Wg daty przekazania zlecenia.

¹³³ Zlecenia, dla których zarejestrowany czas dotarcia był późniejszy niż czas przyjęcia zlecenia

¹³⁴ https://luwwlublinie.bip.gov.pl/zdrowie/1105681_plan-dzialania-systemu-panstwowe-ratownictwo-medyczne.html, Załączniki do WPDS PRM - wersja publiczna - a25.pdf, str.36, dostępność na dzień 3 lipca 2025 r.

L01 111 wykonał w 2024 r. 12 interwencji na takim obszarze, ale do obliczenia parametrów wskazanych w WPDS zostało wziętych pod uwagę tylko pięć interwencji (pominięto po 33% danych dla sierpnia i grudnia, 50% dla kwietnia oraz 100% dla stycznia, marca, lipca i listopada).

Jak wyjaśniono w trakcie kontroli zastosowanie metody zaokrąglania w górę zostało uzgodnione z Departamentem Bezpieczeństwa w MZ, a miało umożliwić eliminację skrajnych danych, dla których ryzyko wprowadzenia błędnych danych jest większe (głównie poprzez opóźnione wprowadzanie właściwych statusów ZRM), a pośrednio mogą zaburzać ocenę działania poszczególnych ZRM.

Błędne przypisywanie kategorii miejsca zdarzenia w SWD PRM

SWD PRM nie zapewniał prawidłowości danych w zakresie przypisania nazwy miejscowości, w której miało miejsce zdarzenie skutkujące zadysponowaniem ZRM, do obszaru w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców lub obszaru poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców. W następstwie tego te same miejscowości były wykazywane w raporcie z działalności ZRM jako obszar miasta powyżej 10 tysięcy mieszkańców lub obszar poza miastem powyżej 10 tys.

Na przykład w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 r. dla wartości „Bydgoszcz” jako obszar interwencji 36 018 razy wskazano „w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców”, a 7 razy „poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców”. Podobny przypadek dotyczył Grudziądza (odpowiednio 11 012 i 4 przypadki), Inowrocławia (odpowiednio 7044 i 2 przypadki), Koronowa (odpowiednio 1172 i 3 przypadki), Lipna, pow. lipnowski (odpowiednio 1174 i 7 przypadków). Dla szeregu interwencji w miejscowościach o liczbie mieszkańców poniżej 10 tys. przypisano z kolei od jednego do kilku razy wartość „w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców” (np. Antoniewo, Białe Błota, Cerekwica, Kołaczkowo – po 2 przypadki).

W analogicznym raporcie za 2024 r. stwierdzono co najmniej 38 przypadków przypisania wartości „w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców” dla 31 miejscowości, które tego kryterium nie spełniały. Jednocześnie jako obszar „poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców”, np. Bydgoszcz został wskazany 10 razy, a Koronowo trzy razy. Dla miejscowości Tuchola przypisano 1090 razy obszar „w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców”, a 17 razy „poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców”.

Błędne przypisanie miejsca zdarzenia do kategorii „poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców” lub „w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców” mogło skutkować pomijaniem przy obliczaniu parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia przypadków, które nie powinny zostać pominięte.

Informując o wykonaniu wniosków pokontrolnych Dyrektor LPR poinformował, że KCMRM dokonało analizy mechanizmu oznaczania

Niewiarygodne dane dotyczące wieku pacjenta w SWD PRM

obszaru interwencji, w wyniku czego wykryty został błąd, który powodował brak aktualizacji oznaczenia obszaru interwencji w przypadku zmiany miejsca zdarzenia. Raz automatycznie przypisane oznaczenie obszaru interwencji pozostawało niezmienione pomimo zmiany miejsca zdarzenia.

W zestawieniach o działalności ZRM stwierdzono występowanie nierealnych danych o wieku pacjenta, np. dane dla województwa kujawsko-pomorskiego za rok 2023 zawierały siedem rekordów, w których wiek pacjentów określono na ponad 150 lat. Z kolei w danych dla województwa lubelskiego za 2023 r. było takich rekordów pięć (najwięcej – 755 lat), a za 2024 r. – 11 (najwięcej – 966 lat). Jakkolwiek skala takich nierealnych rekordów nie była duża, to należy pamiętać, że dane o działalności ZRM stanowią podstawę badań i analiz służących planowaniu systemu PRM, jak również mogą być wykorzystane do innych celów w ochronie zdrowia. W takiej sytuacji posłużenie się informacją statystyczną o wieku pacjentów, którym ZRM udzieliły pomocy obarczone było wysokim ryzykiem uzyskania niewiarygodnych danych. W następstwie kontroli NIK Dyrektor LPR poinformował, że istniejący mechanizm, pozwalający wpisać maksymalnie 3 znakową wartość wieku, dodatkowo uzupełniony zostanie w ramach zaplanowanej modyfikacji o wprowadzenie ograniczenia wprowadzania danych dotyczących wieku do wartości maksymalnie 125 lat.

Monitorowanie przebiegu zdarzeń

KCMRM prowadziło również całodobowe monitorowanie przebiegu zdarzeń obsługiwanych przez dyspozytorów medycznych oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym zdarzeń, których skutki spowodowały stan nagłego zagrożenia zdrowotnego znacznej liczby osób, o którym mowa w art. 27a ust. 2 pkt 6 ustawy PRM. Monitorowanie to prowadzone było w oparciu o ustanowioną w KCMRM „Procedurę postępowania dla Dyżurnych Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego KCMRM-CM-PR-46”¹³⁵. Zgodnie z Procedurą dyżurny funkcjonującego w KCMRM Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego¹³⁶ prowadził monitorowanie medycznej akcji ratunkowej w przypadku zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych lub zdarzenia o szczególnym charakterze¹³⁷. Na podstawie analizy dokumentacji sześciu przypadków z kwietnia i maja 2025 r. stwierdzono, że dyżurni CMRM nie sporządzali raportów z przebiegu zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych (ZDLP), co było niezgodne z postępowaniem opisanym w części 5 w pkt 3–5 Procedury. Dyrektor LPR wyjaśnił, że odstąpiono od

¹³⁵ Wprowadzona w KCMRM w dniu 3 stycznia 2024 r. Przepis nakładający to zadanie na LPR wszedł w życie 1 stycznia 2024 r.

¹³⁶ Dalej: CMRM.

¹³⁷ Zdarzenia, w których występują lub mogą wystąpić zagrożenia dla życia, zdrowia lub mienia w tym także dla bezpieczeństwa i porządku publicznego.

wykorzystywania raportów i przyjęto bardziej elastyczną formę raportowania z wykorzystaniem komunikatora wewnętrznego oraz wiadomości mailowych. Procedura postępowania dyżurnych KCMRM miała zostać poddana aktualizacji w szczególności w zakresie formy raportowania zdarzeń, tak aby w pełni odzwierciedlała przyjętą w KCMRM praktykę.

Ponadto zgodnie z zatwierdzoną i wprowadzoną do stosowania przez Ministra Zdrowia Procedurą postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych¹³⁸ dyżurni CMRM sporządzali karty zestawienia uwag, spostrzeżeń i wniosków dla CMRM, według przyjętego w tej procedurze wzoru. Karty te po sporządzeniu dyżurny CMRM przekazywał do akceptacji koordynatora CMRM, który z kolei przekazywał je do akceptacji Kierownika Centrum Szkoleniowego i Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Zaakceptowana przez Zastępcę Dyrektora LPR ds. KCMRM karta była przekazywana Ministerstwu Zdrowia oraz do wiadomości właściwego urzędu wojewódzkiego.

**Nie wszyscy
dopuszczeni
do przetwarzania
danych w SWD PRM
byli prawidłowo
upoważnieni**

Zgodnie z art. 24c ust. 5 pkt 1 ustawy PRM dysponenti zespołów ratownictwa medycznego wydają i cofają upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM dla pracowników. Stosownie do art. 24c ust. 6 ustawy PRM, dane w SWD PRM, a także inne dane uzyskane w związku z przyjmowaniem oraz obsługą zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z wykorzystaniem SWD PRM podlegają zabezpieczeniom zapobiegającym nadużyciom lub niezgodnemu z prawem dostępowi lub przekazywaniu polegającym co najmniej na:

- 1) dopuszczeniu do przetwarzania danych osobowych wyłącznie osób posiadających pisemne upoważnienie;
- 2) pisemnym zobowiązaniu osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych do zachowania ich w poufności.

Ponadto, w myśl art. 24c ust. 14 ustawy PRM dysponenti prowadzą ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych, którym wydały upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM.

U poszczególnych dysponentów badaniem w zakresie posiadania przez członków ZRM pisemnych upoważnień do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM oraz ich pisemnym zobowiązaniu do zachowania tych danych w poufności objęto próby po 35 osób, w tym 10 lekarzy, 20 ratowników medycznych i pięć pielęgniarek/pielęgniarzy¹³⁹.

¹³⁸ Stanowiącą załącznik nr 28 do Procedury postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych, dostęp w dniu 17 lipca 2025 r. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/zdarzenia-z-duza-liczba-poszkodowanych>.

¹³⁹ W przypadku mniejszej liczby zatrudnionych osób w danej grupie zawodowej badaniem objęto wszystkie osoby.

Dysponenci prowadzili ewidencję osób upoważnionych do przetwarzania danych, którym wydali upoważnienia do przetwarzania danych w SWD PRM. W trakcie kontroli stwierdzono jednak, że u dwóch z pięciu kontrolowanych (WSPR w Bydgoszczy, WPR w Lublinie) dopuszczano do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM osoby nieposiadające pisemnych upoważnień w tym zakresie, a dodatkowo jeden z nich (WSPR w Bydgoszczy) nie zobowiązał tych osób pisemnie do zachowania ww. danych w poufności.

W WSPR w Bydgoszczy i w WPR w Lublinie odpowiednio siedmiu z 10 (70%) i dwóch z 10 (20%) lekarzy, którzy udzielali świadczeń zdrowotnych w ZRM „S” zostało dopuszczonych do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM, pomimo że nie posiadali w tym zakresie pisemnych upoważnień. Ponadto, w przypadku WSPR w Bydgoszczy ww. lekarze nie złożyli również pisemnych zobowiązań do zachowania tych danych w poufności, co było niezgodne z art. 24c ust. 6 ustawy PRM. Uchybienia w tym zakresie zostały usunięte w trakcie kontroli¹⁴⁰.

Obowiązek wydania upoważnienia dotyczył również pozostałych współadministratorów danych w SWD PRM. W MZ stwierdzono w tym zakresie nieprawidłowość. Nie dokonano bowiem aktualizacji upoważnień do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM dla dwóch pracowników. Termin obowiązywania wydanych im upoważnień obejmował jedynie czas zajmowania stanowiska w nich określonego. Pomimo zmiany stanowisk nie wydano im nowych upoważnień. Spośród urzędów wojewódzkich objętych kontrolą tylko w Lubelskim UW nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie. W Mazowieckim UW osobie, która powróciła do pracy po przejściu na emeryturę, nie wydano nowego upoważnienia, mimo że poprzednie wygasało z chwilą zaprzestania świadczenia pracy na rzecz urzędu. W Kujawsko – Pomorskim UW pięciu z 15 dyspozytorów objętych badaniem nie posiadało upoważnienia do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM w części okresów zatrudnienia, w tym w jednym przypadku przez cały okres zatrudnienia. Natomiast w Lubuskim UW i Zachodniopomorskim UW stwierdzono opóźnienia w cofnięciu uprawnień dostępu do SWD PRM – w obu przypadkach dotyczyło to trzech osób.

¹⁴⁰ Brakująca dokumentacja została uzupełniona w odniesieniu do lekarzy, którzy w trakcie kontroli w dalszym ciągu udzielali świadczeń zdrowotnych w ZRM.

5.7. DZIAŁALNOŚĆ DYDAKTYCZNA W OBSZARZE RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Rodzaje kursów organizowanych przez KCMRM

LPR rzetelnie i prawidłowo prowadziło działalność dydaktyczną.

Zgodnie art. 27a ust. 2 pkt 7 ustawy PRM do zadań KCMRM należało przygotowywanie i prowadzenie:

- kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego,
- kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego,
- kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego, odbywanego w ramach rozwoju zawodowego dyspozytora medycznego.

Kursy te pierwotnie miały rozpocząć się po 1 stycznia 2022 r.¹⁴¹, zaś dyspozytorzy medyczni i wojewódzcy koordynatorzy ratownictwa medycznego byli zobowiązani do przedstawienia wojewodzie po raz pierwszy zaświadczenia o ukończeniu tychże kursów, do dnia 1 stycznia 2023 r. W wyniku zmian wprowadzonych ustawą z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych¹⁴² terminy te zostały przesunięte. Zgodnie ze zmianą wprowadzoną ww. ustawą, kursy te miały rozpocząć się po 1 stycznia 2024 r., zaś obowiązek przedstawienia wojewodzie zaświadczenia o ukończeniu tychże kursów został przesunięty na 31 marca 2025 r.

Szacowanie potrzeb szkoleniowych

Informacje o potrzebach szkoleniowych w zakresie kursów uprawniających i doskonalących LPR pozyskiwało w toku kontaktów i korespondencji z MZ oraz urzędami wojewódzkim.

Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa w MZ, pismami z 23 maja 2023 r., 13 lipca 2023 r., 28 listopada 2023 r.¹⁴³ oraz 20 lutego 2024 r., informował LPR o potrzebach szkoleniowych w ww. zakresie. KCMRM, pismem z 4 grudnia 2023 r., sygnalizowało MZ zagrożenie dotyczące nieprzeszkolenia do 31 marca 2025 r. wszystkich dyspozytorów medycznych. W następstwie tego w dniu 24 stycznia 2024 r. zorganizowano spotkanie z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w zakresie aktualizacji liczby uczestników kursu. Podsumowaniem tego spotkania było pismo z dnia 20 lutego 2024 r., w którym Dyrektor

¹⁴¹ Art. 19 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, ze zm.).

¹⁴² Dz. U. poz. 2401.

¹⁴³ Pismem z dnia 28 listopada 2023 r. Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa w MZ poinformował LPR, że do 31 marca 2025 r. przeszkoleni powinni zostać wszyscy dyspozytorzy medyczni tj. ok. 1250 osób w ramach kursu uprawniającego do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego.

Departamentu Bezpieczeństwa w MZ informował Dyrektora LPR o danych liczbowych dotyczących dyspozytorów medycznych, tj. że:

- w drugim okresie edukacyjnym było ich 288 z czego 62 osoby zrealizowało kurs doskonalący w okresie edukacyjnym 2022-2024,
- w trzecim okresie edukacyjnym było ich 501 z czego 47 osób zrealizowało kurs doskonalący w okresie edukacyjnym 2023-2025,
- 288 osób powinno rozpocząć doskonalenie zawodowe według zasad wynikających z art. 27b ustawy PRM,
- 167 osób zalegało z realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego,
- około 116 osób było przewidzianych do zatrudnienia w 2024 r.,
- liczba zatrudnionych wynosiła ogółem 1229.

Bazując na przekazanych przez MZ danych, KCMRM w okresie od 1 stycznia 2024 do 31 marca 2025 r. powinno przygotować:

- kursy uprawniające do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego dla około 80 osób,
- kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego dla około 1229 osób.

Liczba miejsc na tych kursach powinna dodatkowo uwzględniać liczbę planowanych do zatrudnienia osób na stanowiskach wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz dyspozytora medycznego. Z kolei na kursach doskonalących dla dyspozytorów medycznych należało zapewnić co najmniej 288 miejsc, w takich terminach, aby mogli zrealizować je we właściwych okresach edukacyjnych.

KCMRM rozpoczęło realizację kursów od 3 czerwca 2024 r. Rejestracja na kursy rozpoczęła się 20 maja 2024 r. za pomocą dedykowanego do tego narzędzia – Systemu rezerwacji kursów dostępnego na stronie internetowej KCMRM¹⁴⁴ i była poprzedzona spotkaniem informacyjnym skierowanym do przedstawicieli urzędów wojewódzkich, które odbyło się tego samego dnia. KCMRM przygotowało także Instrukcje zapisu uczestników na kursy prowadzone przez Centrum Szkoleniowe KCMRM oraz Regulamin kursów prowadzonych przez KCMRM.

W następstwie uzyskania zaktualizowanych informacji o potrzebach szkoleniowych, z początkiem 2025 r., KCMRM zwiększyło liczbę miejsc na poszczególnych kursach, tj. grupy ośmioosobowe zostały zwiększone do dziewięcioosobowych, zaś grupy 16-osobowe zwiększono do 18-osobowych. Na 2025 r. KCMRM zaplanowało realizację 55 kursów, na których przewidziano udostępnienie 825 miejsc.

¹⁴⁴ <https://www.kcmrm.pl/system-rezerwacji/>.

W okresie od 6 czerwca 2024 r. do 31 marca 2025 r. KCMRM przeprowadziło w sumie 50 kursów¹⁴⁵, w tym:

- 11 kursów uprawniających do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego, na których dostępnych było 99 miejsc, z czego wykorzystanych zostało 91,
- 14 kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego, na których dostępnych było 196 miejsc, z czego wykorzystanych zostało 174,
- 25 kursów doskonalących dla dyspozytorów medycznych, na których dostępnych było 327 miejsc, z czego wykorzystanych zostało 300.

**Liczba kursów
uprawniających dla
dyspozytorów
medycznych była
oparta o dopiero
projektowane przepisy**

MZ oszacowało potrzeby szkoleniowe w zakresie kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego na około 1229 osób, zaś KCMRM w okresie od 3 czerwca 2024 do 31 marca 2025 r., na oferowanym kursie przewidziało 196 miejsc, co oznaczało zabezpieczenie potrzeb w 15,9%.

LPR (KCMRM) opierając się na projektowanych dopiero zmianach ustawy o PRM przyjęło, że obowiązek odbycia kursów uprawniających dotyczyć będzie jedynie dyspozytorów medycznych, którzy zostali zatrudnieni w dyspozytorniach medycznych po 1 stycznia 2024 r., czemu wyraz dało w pismach z 3 lipca oraz 23 września 2024 r. przekazywanych do dyrektorów wydziałów właściwych w zakresie dyspozytorni medycznych urzędów wojewódzkich.

Projektowana ustawa nie weszła jednak w życie w zakładanym terminie. Skutkiem tego nie wszyscy dyspozytorzy medyczni odbyli kurs przed 1 kwietnia 2025 r., co zostało opisane na str. 41. Termin ten był dla dyspozytorów medycznych obowiązkowy do 16 maja 2025 r., kiedy to weszła w życie część przepisów ustawy z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, która usankcjonowała stan niezgodny ze stanem prawnym, ograniczając obowiązek przedłożenia zaświadczenia do osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego po 31 grudnia 2023 r.

W ramach kontroli pozyskano stanowisko Dyrektora Departamentu Bezpieczeństwa Ministerstwa Zdrowia w sprawie wyboru zatrudnienia na stanowisku dyspozytora medycznego po 31 grudnia 2024 r. jako granicznego dla obowiązku odbycia kursu uprawniającego. Dyrektor Departamentu wyjaśnił, że osoby zatrudnione na stanowisku dyspozytora medycznego oraz WKRM przed 1 stycznia 2024 r. na dzień 1 kwietnia

¹⁴⁵ Dwa kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego nie odbyły się, ze względu na brak osób zainteresowanych uczestnictwem w nich. Kursy te były planowane w terminie 10-14 czerwca oraz 17-21 czerwca 2024 r., KCMRM przewidywało na nich udostępnienie 24 miejsc.

2025 r. wykonywały swoje zadania co najmniej od roku i trzech miesięcy. Były też w trakcie pierwszego lub kolejnego trzyletniego okresu edukacyjnego, podczas którego zobowiązane były do odbycia kursu doskonalącego, zbieżnego w swoim programie i liczbie godzin do kursu uprawniającego. Nakazanie im po tak długim czasie pracy odbycia kursu uprawniającego nie miałoby uzasadnienia merytorycznego i powodowało by nakładanie się czasowe kursów uprawniających z kursami doskonalącymi. Ponadto Dyrektor podniósł, że takie rozwiązanie niesłoby ryzyko niewydolności KCMRM jako podmiotu prowadzącego kursy oraz istotnej i jednoczasowej nieobecności dyspozytorów w pracy. To z kolei mogłoby prowadzić do zakłóceń w odbiorze zgłoszeń alarmowych.

Kursy odbywały się w siedzibie KCMRM, zaś udział w nich był bezpłatny dla uczestników. LPR zapewniało materiały dydaktyczne oraz sprzęt niezbędny do realizacji programów kursów. Ponadto LPR pokrywało koszty wyżywienia i zakwaterowania dla uczestników kursów.

**Kryteria oceny pracy
dyspozytora
medycznego**

Stosownie do art. 27a ust. 2 pkt 5 i 8 ustawy PRM KCMRM opracowało kryteria oceny pracy dyspozytora medycznego oraz testy do wstępnej kwalifikacji kandydatów ubiegających się o zatrudnienie na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Dokumenty te zostały wypracowane przez Zespół Ekspertów powołany zarządzeniem Dyrektora LPR. Kryteria oceny pracy dyspozytora medycznego zawierały skalę oceny, wraz z punktacją poszczególnych czynności wykonywanych przez dyspozytorów medycznych. Dla potrzeb selekcji kandydatów na stanowiska dyspozytorów medycznych i WKRM zostały wypracowane karty wstępnej kwalifikacji. Dokumenty te zostały przekazane przez ówczesnego p.o. Dyrektora LPR, właściwemu Podsekretarzowi Stanu w MZ w celu dokonania uzgodnień. MZ nie zgłosiło uwag do dokumentów. Dokumenty te zostały 29 marca 2024 r. przekazane do dyrektorów właściwych wydziałów Urzędów Wojewódzkich.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

Dane identyfikacyjne kontroli	P/25/042 System ratownictwa medycznego
Cel główny kontroli	Czy system ratownictwa medycznego zapewniał sprawne podejmowanie działań medycznych wobec osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego?
Cele szczegółowe	1. Czy organizacja systemu przez wojewodę zmierzała do zapewnienia wymaganych parametrów czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia oraz sprawne podejmowanie decyzji? 2. Czy wojewoda sprawował prawidłowy i rzetelny nadzór nad systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne? 3. Czy organizacja dyspozytorni medycznej odpowiadała wymaganiom i pozwalała na osiągnięcie parametrów czasu dysponowania ZRM? 4. Czy jednostka spełniała warunki udzielania świadczeń zdrowotnych? 5. Czy osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego uzyskały pomoc medyczną? 6. Czy LPR prawidłowo i rzetelnie realizował zadania związane z funkcjonowaniem SWD PRM? 7. Czy LPR rzetelnie i prawidłowo prowadziło działalność dydaktyczną? 8. Czy Minister Zdrowia sprawował zgodny z prawem i rzetelny nadzór nad systemem PRM? 9. Czy Minister Zdrowia rzetelnie planował i rozliczał środki dla LPR oraz zasadnie finansował inwestycje w systemie PRM?
Zakres podmiotowy	NIK przeprowadziła czynności kontrolne w Ministerstwie Zdrowia, pięciu urzędach wojewódzkich, u pięciu dysponentów ZRM, w dziesięciu szpitalach prowadzących SOR oraz w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym w Warszawie
Kryteria kontroli	Legalność, rzetelność
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2023 r. do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem danych sprzed okresu objętego kontrolą.
Data rozpoczęcia i zakończenia czynności kontrolnych	29 kwietnia 2025 r. – 1 września 2025 r.

**Działania na
podstawie art. 29
ustawy o NIK**

Dla realizacji kontroli pozyskano dane i informacje od Ministerstwa Zdrowia, LPR oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

Pozostałe informacje

Kontrola System ratownictwa medycznego (P/23/046) została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. W przygotowaniu kontroli wykorzystano ustalenia kontroli P/19/105 Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego. Podmioty lecznicze zostały wybrane do kontroli na podstawie analizy danych zawartych w bazach danych NIK. Urzędy wojewódzkie wybrano według właściwości miejscowej ze względu na miejsce funkcjonowania wyselekcjonowanych podmiotów leczniczych. LPR jest jedynym dysponentem LZRM w Polsce.

Zgłoszone zastrzeżenia

Wyniki kontroli przedstawiono w 22 wystąpieniach pokontrolnych. Do wystąpień pokontrolnych zastrzeżenia zgłoszyli kierownicy ośmiu jednostek kontrolowanych zgłoszyli 57 zastrzeżeń, w tym:

1. Minister Zdrowia – cztery zastrzeżenia, z czego dwa zostały uwzględnione w części, a dwa oddalone;
2. Wojewoda Lubuski – 11 zastrzeżeń, z czego cztery zostały uwzględnione w całości, dwa uwzględnione w części, a pięć oddalonych;
3. Wojewoda Zachodniopomorski – osiem zastrzeżeń, z czego jedno zostało uwzględnione w całości, dwa uwzględnione w części, a pięć oddalonych;
4. Dyrektor LPR – pięć zastrzeżeń, z czego dwa zostały uwzględnione w całości, jedno uwzględnione w części, a dwa oddalone;
5. Dyrektor WSPR w Bydgoszczy – pięć zastrzeżeń, z czego jedno zostało uwzględnione w całości, dwa uwzględnione w części, a dwa oddalone;
6. Dyrektor WSPR w Szczecinie – dwa zastrzeżenia, oba oddalone w całości;
7. Dyrektor SPZZOZ w Gryficach w Gryficach – dziewięć zastrzeżeń, wszystkie oddalone w całości;
8. Dyrektor SPZOZ w Choszczynie – piętnaście zastrzeżeń, z czego jedno uwzględnione w części, a czternaście oddalonych w całości.

**Stan realizacji
wniosków
pokontrolnych**

W wystąpieniach pokontrolnych sformułowano łącznie 152 wnioski pokontrolne. Na dzień 15 stycznia 2026 r. zrealizowane zostały 94 wnioski, 45 było w trakcie realizacji, a 13 wniosków nie zostało zrealizowanych.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Uczestnicy Kontroli	Kontrolowane jednostki	Kierownik jednostki	Nazwa skrócona
1.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia	Minister Zdrowia Jolanta Sobierańska-Grenda	MZ
2.		Lotnicze Pogotowie Ratunkowe	Dyrektor dr n. o zdr. Marcin Podgórski	LPR
3.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki w Bydgoszczy	Wojewoda Kujawsko-Pomorski Michał Szybel	Kujawsko-Pomorski UW
4.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy	Dyrektor Krzysztof Tadrzak	WSPR w Bydgoszczy
5.		10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy	Komendant Szpitala Klinicznego płk dr n. med. Sławomir Wawrzyniak	10 WSK w Bydgoszczy
6.		Szpital Wielospecjalistyczny im. Dr. Ludwika Błazka w Inowrocławiu	Dyrektor dr n. med. i n. o zdr. Bartosz Myśliwiec	SW w Inowrocławiu
7.	Delegatura NIK w Lublinie	Lubelski Urząd Wojewódzki w Lublinie	Wojewoda Lubelski Krzysztof Komorski	Lubelski UW
8.		Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie	p.o. Dyrektora Dariusz Wierchowski	WPR w Lublinie
9.		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Janowie Lubelskim	Dyrektor mgr Renata Ciupak	SPZZOZ w Janowie Lubelskim
10.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Lublinie	Dyrektor Jarosław Ostrowski	SPZOZ MSWiA w Lublinie
11.	Delegatura NIK w Szczecinie	Zachodniopomorski Urząd Wojewódzki w Szczecinie	Wojewoda Zachodniopomorski Adam Rudawski	Zachodniopomorski UW
12.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego	p.o. Dyrektora Dorota Łabinowicz	WSPR w Szczecinie
13.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie	Dyrektor Stanisław Gacek	SPZOZ w Choszczynie

14.	Delegatura NIK w Szczecinie	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach	Dyrektor Danuta Kowalewska	SPZZOZ w Gryficach
15.	Delegatura NIK w Warszawie	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Wojewoda Mazowiecki Mariusz Frankowski	Mazowiecki UW
16.		Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Radomiu	Dyrektor mgr Elżbieta Cieślak	RSPR w Radomiu
17.		Powiatowe Centrum Medyczne sp. z o.o. w Grójcu	Prezes Zarządu mgr Joanna Czarnecka	PCM w Grójcu
18.		Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim	Dyrektor Naczelny mgr Jacek Kacperski	Nowodworskie Centrum Medyczne
19.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Lubuski Urząd Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim	Wojewoda Lubuski Marek Cebula	Lubuski UW
20.		Samodzielna Publiczna Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp.	Dyrektor Andrzej Szmit	SPWSPR w Gorzowie Wielkopolskim
21.		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Dyrektor mgr Helena Michalak	SPZOZ w Sulęcinie
22.		Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. sp. z o.o.	Prezes Zarządu Jerzy Ostrouch	WSW w Gorzowie Wielkopolskim

6.2. ANALIZA STANU PRAWNEGO

Założenia systemu

Państwowe Ratownictwo Medyczne to system organizacyjny, którego celem jest realizacja zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ramach systemu działają właściwe organy administracji rządowej, jednostki systemu i dyspozytornie medyczne, a inne jednostki mogą z nim współpracować.

Ustawodawca zdefiniował stan nagłego zagrożenia zdrowotnego jako stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia (art. 3 pkt 8 ustawy PRM). Jako doprecyzowanie powyższego stanu doprecyzowano pojęcie pacjenta urazowego - osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego działaniem czynnika zewnętrznego, którego następstwem są ciężkie, mnogie lub wielonarządowe obrażenia ciała (art. 3 pkt 12 ustawy PRM).

Założenia systemu PRM przewidywały osiągnięcie maksymalnych parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia dla ZRM od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego. Mediana czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - winna być nie większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Trzeci kwartył czasu dotarcia - w skali każdego miesiąca - powinien być nie większy niż 12 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców¹⁴⁶, a maksymalny czas dotarcia nie powinien być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Przy obliczeniach nie bierze się pod uwagę 0,5% przypadków o najdłuższych czasach dotarcia w skali każdego miesiąca, przy czym nie kumuluje się ich pomiędzy miesiącami. Za osiągnięcie tych parametrów odpowiedzialny był wojewoda (art. 24 ustawy PRM).

Planowanie i organizacja systemu PRM

Zadania z zakresu planowania i organizacji systemu PRM zostały powierzone ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom.

Podstawą funkcjonowania systemu PRM jest wojewódzki plan działania systemu, który sporządza każdy wojewoda według właściwości

¹⁴⁶ Parametr ten został wykreślony z ustawy PRM na podstawie art. 1 pkt.15 z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw.

miejscowej. Plan powinien być aktualizowany co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 31 marca, według danych za rok poprzedni (art. 21 ust. 2a ustawy PRM). W planie określa się przede wszystkim liczbę i rozmieszczenie funkcjonujących oraz planowanych ZRM oraz SOR, sposób koordynowania działań jednostek systemu, sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, z jednostkami współpracującymi, lokalizację CPR. Plan zawiera również informacje o działalności systemu w roku poprzednim.

Projekt aktualizacji planu przygotowuje wojewoda i uzgadnia go z komendantem wojewódzkim Państwowej Straży Pożarnej, komendantem wojewódzkim Policji, dyrektorem Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, komendantem oddziału Straży Granicznej – jeżeli jednostki podległe lub nadzorowane przez te organy zostały wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem. Uzgodniony projekt planu wojewoda przekazuje do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego. Jednostki te przedstawiają opinię w terminie 14 dni od dnia otrzymania projektu aktualizacji planu. Następnie projekt planu jest przekazywany ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w celu zatwierdzenia. Minister może zgłosić zastrzeżenia do postanowień planu (w takim przypadku przekazuje wojewodzie zalecenia). Wojewoda może zgłosić zastrzeżenia do zaleceń ministra, które ten minister rozpatruje w terminie trzech dni. Wojewoda zmienia plan stosownie do ostatecznych zaleceń.

Ujednolicony plan podlega ogłoszeniu w BIP danego wojewody, przy czym część informacji nie podlega ujawnieniu i stanowi tajemnicę prawnie chronioną (art. 21 ust. 16a ustawy PRM).

**Harmonogram
funkcjonowania
jednostek
wyspecjalizowanych**

Wojewoda w porozumieniu z dyrektorem właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie tego oddziału, może ustalić harmonogram funkcjonowania jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w warunkach zwiększonej gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, uwzględniając konieczność właściwego zabezpieczenia dostępu do tych świadczeń. W harmonogramie nie umieszcza się jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, w których są udzielane świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów urazowych lub pacjentów urazowych dziecięcych.

Harmonogram ogłasza się niezwłocznie w Biuletynie Informacji Publicznej wojewody oraz właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego

Funduszu Zdrowia. Wojewoda przekazuje harmonogram wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego, dysponentowi lotniczych zespołów ratownictwa medycznego będącemu jednostką nadzorowaną przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz dyspozytorni medycznej i dysponentom zespołów ratownictwa medycznego działającym w województwie.

Ewidencje i rejestry

Na potrzeby systemu PRM prowadzone są następujące ewidencje i rejestry:

- ewidencja SOR, CU, CU dla dzieci i jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego (art. 23a ustawy PRM),
- rejestr jednostek współpracujących z systemem (art. 17 ustawy PRM).

Ewidencja i rejestr są prowadzone przez wojewodów w systemach teleinformatycznych. Wpis do rejestru następował na podstawie zawiadomienia właściwego komendanta PSP (jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej oraz jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego,) lub dyrektora Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa (jednostki organizacyjne S&R), a od 30 maja 2025 r. samodzielnie dokonują oni wpisów. Inne jednostki, wymienione w art. 15 ust. 1 pkt 3-7 oraz pkt 9 mogą zostać wpisane do rejestru na swój wniosek. Wojewoda rozstrzyga o wpisie lub wykreśleniu w formie decyzji administracyjnej.

Uprawnienia kontrolne organów nadzorujących system

Wojewoda ma uprawnienia do kontroli dysponentów jednostek działających na obszarze województwa, pod względem medycznym oraz zgodności z prawem jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 1 pkt 3-7 i 9, tj. z wyłączeniem podlegających PSP oraz S&R, pod względem spełniania wymagań określonych w art. 15 ust. 1a oraz podmiotów prowadzących kursy kwalifikowanej pierwszej pomocy. Do przeprowadzenia tych kontroli stosuje się odpowiednio art. 122 ust. 1-5 udl oraz przepisy wydane na podstawie art. 122 ust. 6 udl. Przepisy te nie znoszą uprawnień kontrolnych ministra właściwego do spraw zdrowia wynikających z udl.

SWD PRM

Elementem systemu PRM jest SWD PRM. Jest to system teleinformatyczny zapewniający przede wszystkim przyjmowanie zgłoszeń alarmowych z CPR i dysponowanie ZRM. W ramach tych zadań system zapewnia pozycjonowanie ZRM, wymianę danych z innymi systemami teleinformatycznymi, rejestrowanie zdarzeń medycznych, wykorzystywanie informacji dotyczących lokalizacji zakończenia sieci, itd.

Szczegółowe funkcjonalności SWD PRM zostały opisane w § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu

Wspomaganie Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego¹⁴⁷. Rozporządzenie określa również minimalne wyposażenie stanowiska pracy dyspozytora medycznego i stanowiska WKRM (§10 ust. 1), stanowiska pracy członków ZRM w miejscu stacjonowania (§10 ust. 2) oraz wyposażenie specjalistycznego środka transportu sanitarnego wykorzystywanego przez ZRM (§10 ust. 3), w zakresie niezbędnym do obsługi SWD PRM.

Jednostki systemu

Jednostkami systemu są SOR oraz ZRM, w tym LZRM, na których świadczenia zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

ZRM funkcjonują wyłącznie w ramach podmiotów leczniczych będących samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej albo jednostką budżetową, albo spółką kapitałową, w której co najmniej 51% udziałów albo akcji należy do Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego.

SOR jest komórką organizacyjną podmiotu leczniczego udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą wymagania określone w ustawie. Szczegółowe zadania, lokalizację i warunki udzielania świadczeń w SOR określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego¹⁴⁸.

ZRM dzieli się na dwa rodzaje: specjalistyczne (typ „S”) oraz podstawowe (typ „P”). W skład ZRM typu „S” wchodzi co najmniej trzy osoby, uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny. ZRM typu „P” składa się z co najmniej dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będących pielęgniarzem systemu lub ratownikiem medycznym. Jeżeli żadna z osób wchodzących w skład danego ZRM nie posiada uprawnień do kierowania pojazdem uprzywilejowanym, w skład ZRM wchodzi również kierowca z takimi uprawnieniami.

Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane¹⁴⁹.

¹⁴⁷ Dz. U. poz. 1310.

¹⁴⁸ Dz. U. z 2025 r. poz. 1646.

¹⁴⁹ Zgodnie z normą PN-EN 1789, ambulanse drogowe dzielą się na: ambulans do transportu pacjentów (typy A1, A2), ambulans ratunkowy (typ B) i ruchoma jednostka intensywnej opieki (typ C). Typ A to ambulans do transportu pacjentów, skonstruowany i wyposażony do transportu pacjentów na noszach, co do których nie przewiduje się, że staną się pacjentami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Typ A1 jest

**Jednostki
współpracujące z
systemem**

Pojazdy oraz członkowie ZRM powinny być oznakowane zgodnie z zasadami opisanymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego¹⁵⁰. Przy czym, zgodnie z § 8 tego rozporządzenia, umundurowanie członków zespołów ratownictwa medycznego i członków lotniczych zespołów ratownictwa medycznego spełniające wymagania określone w przepisach poprzedzających może być używane, jednak nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2027 r.

Ustawodawca wyróżnił praktycznie dwa rodzaje jednostek współpracujących z PRM. Pierwsze działają w strukturach podmiotów leczniczych. Są to CU/CUD oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w planie – najczęściej są to oddziały szpitalne działające w sposób zapewniający udzielanie świadczeń w trybie nagłym. CU/CUD mogą, ale nie muszą, stanowić odrębne jednostki organizacyjnych podmiotów leczniczych (w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania¹⁵¹ nie określono dla centrów urazowych kodu).

Drugą kategorię jednostek współpracujących z systemem stanowią jednostki nie będące częścią podmiotów leczniczych. Są to:

1. jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej,
2. jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego,
3. jednostki organizacyjne Policji i Straży Granicznej,
4. jednostki podległe Ministrowi Obrony Narodowej,
5. podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górskiego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie i ratownictwie w górach i na zorganizowanych terenach narciarskich¹⁵²,

odpowiedni do transportu jednego pacjenta, podczas gdy typ A2 jest odpowiedni do transportu jednego pacjenta lub kilku pacjentów. Typ B to ambulans drogowy skonstruowany i wyposażony do transportu, podstawowego leczenia i monitorowania pacjentów. Typ C to ambulans drogowy skonstruowany i wyposażony do transportu, zaawansowanego leczenia i monitorowania pacjentów

¹⁵⁰ Dz. U. poz. 118. Obowiązywało do 27 grudnia 2025 r. Zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2025 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 1768).

¹⁵¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 173.

¹⁵² Dz. U. z 2023 r. poz. 1154.

6. podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa wodnego na podstawie przepisów ustawy z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie osób przebywających na obszarach wodnych¹⁵³,
 7. podmioty uprawnione do wykonywania ratownictwa górniczego na podstawie przepisów ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. – Prawo geologiczne i górnicze¹⁵⁴,
 8. jednostki organizacyjne Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, o której mowa w ustawie z dnia 18 sierpnia 2011 r. o bezpieczeństwie morskim¹⁵⁵,
 9. podmioty niewymienione w pkt 1-8 oraz społeczne organizacje, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego
- które uzyskały wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

Jednostki wymienione w pkt 3–7 i 9, mogą być jednostkami współpracującymi z systemem, pod warunkiem, że:

- 1) zapewniają gotowość do działań ratowniczych w czasie nieprzekraczającym 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego;
- 2) dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości do działań ratowniczych, o której mowa w pkt 1;
- 3) dysponują wyposażeniem i środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości do działań ratowniczych, o której mowa w pkt 1 oraz wyposażeniem niezbędnym do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy¹⁵⁶.

Dyspozytornia medyczna

Dyspozytornia medyczna, zgodnie z treścią art. 3 pkt 14a ustawy PRM, jest komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego wskazaną w wojewódzkim planie działania systemu, utworzoną w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z CPR, przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych.

Poszczególni wojewodowie tworzą po jednej DM w województwie. W województwie, którego liczba mieszkańców przekracza 3 miliony można utworzyć dodatkową dyspozytornię, a w województwie, którego liczba mieszkańców przekracza 4 miliony – dwie dodatkowe dyspozytornie.

¹⁵³ Dz. U. z 2023 r. poz. 714.

¹⁵⁴ Dz. U. z 2024 r. poz. 1290, ze zm.

¹⁵⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 883, ze zm.

¹⁵⁶ Do 30 maja 2025 r. wymagania były zdefiniowane inaczej – 1) osiągają gotowość operacyjną w czasie nie dłuższym niż 30 minut od przekazania powiadomienia o zdarzeniu; 2) dysponują ratownikami w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1; 3) dysponują środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości, o której mowa w pkt 1.

Dyspozytornie działają w reżymie 24/7 z wzajemną zastępowalnością. Lokalizację dyspozytorni określa wojewoda w planie.

**Pracownicy systemu
– lekarze**

Do 29 maja 2025 r. termin lekarz systemu oznaczał:

- a) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, medycyny ratunkowej lub neurologii albo lekarza po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne, lub
- b) lekarza posiadającego specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, lub
- c) lekarza, który w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i kontynuuje lub zakończył szkolenie specjalizacyjne oraz uzyskał tytuł specjalisty.

Od 30 maja 2025 r. lekarzem systemu może być lekarz, który:

- a) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii lub medycyny ratunkowej albo jest po drugim roku specjalizacji w jednej z tych dziedzin i jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, lub
- b) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie intensywnej terapii albo jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie, lub
- c) posiada specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: chorób wewnętrznych, kardiologii, neurologii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii, i ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1 ustawy PRM, lub
- d) w ramach szkolenia specjalizacyjnego ukończył moduł podstawowy w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i jest w trakcie tego szkolenia specjalizacyjnego oraz ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1, lub
- e) jest po drugim roku specjalizacji w dziedzinie neurologii, jest w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie i ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1, lub
- f) ukończył szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie: chorób wewnętrznych, pediatrii lub chirurgii ogólnej i uzyskał potwierdzenie zakończenia tego szkolenia specjalizacyjnego, o którym mowa w art. 16r ust. 6 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2024 r. poz. 1287, ze zm.), albo uzyskał decyzję, o której mowa w art. 16 ust. 7 pkt 1 albo ust. 9 tej ustawy, jednak nie dłużej niż przez 5 lat od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia

specjalizacyjnego albo od dnia uzyskania decyzji oraz ukończył kurs, o którym mowa w art. 38a ust. 1.

Tak szerokie ujęcie jest rezultatem wielu zmian i łagodzenia wymagań, ze względu na brak zainteresowania lekarzy pracą w systemie. Pierwotnie zakładano, że lekarzem systemu będzie jedynie lekarz posiadający tytuł specjalisty lub specjalizujący się w dziedzinie medycyny ratunkowej. Jednocześnie założono, że do dnia 31 grudnia 2020 r. lekarzem systemu będzie również lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie: anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, lub pediatrii. Przepis ten został uchylony w 2019 r. Z końcem 2020 r. wygasła również inna podstawa do uznania lekarza za lekarza systemu. Za lekarza systemu można było uznać lekarza, który przepracował w szpitalnym oddziale ratunkowym, zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego lub izbie przyjęć szpitala co najmniej 3000 godzin, pod warunkiem, że do 1 stycznia 2018 r. rozpoczął szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Pracownicy systemu – pielęgniarki systemu

Przywołana ustawa z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw zmieniła również definicję pielęgniarki systemu. Przed jej wejściem w życie pod terminem pielęgniarka systemu należało rozumieć pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub specjalizującą się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym.

Od 30 maja 2025 r. pielęgniarka systemu oznacza:

- a) pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub będącą w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego lub anestezjologicznego i intensywnej opieki lub
- b) pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty lub będącą w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego lub pediatrycznego i ukończony kurs w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, lub
- c) pielęgniarkę posiadającą ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologicznego i intensywnej opieki, chirurgicznego, kardiologicznego lub pediatrycznego oraz co najmniej 3-letni staż pracy w oddziałach tych specjalności, szpitalnym oddziale ratunkowym, izbie przyjęć lub zespole ratownictwa medycznego

i ukończony kurs w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, lub

- d) pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa kardiologicznego i ukończony kurs w zakresie postępowania z osobami w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

**Pracownicy systemu
– ratownicy medyczni**

Zawód ratownika medycznego jest zawodem regulowanym, a zasady i warunki wykonywania zawodu zostały zawarte w ustawie z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych¹⁵⁷. Przed wejściem w życie tej ustawy zasady wykonywania pracy przez ratowników medycznych określały przepisy ustawy PRM. Wymagania dla osób zamierzających wykonywać zawód ratownika medycznego zostały zawarte w art. 2 ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych. Ze względu na zmiany jakie zachodziły w systemie kształcenia kadr medycznych spełnienie wymagań w zakresie wykształcenia zostało kazuistycznie opisane przez ustawodawcę. Ratownik medyczny musi znać język polski, a zasady weryfikacji tej znajomości zawiera art. 3 przywołanej ustawy.

Potwierdzeniem spełnienia wymagań do wykonywania zawodu ratownika medycznego jest prawo wykonywania zawodu, wydawane przez Krajową Radę Ratowników Medycznych.

**Pracownicy systemu –
dyspozytorzy
medyczni**

Prowadzenie dyspozytorni medycznej wymaga dysponowania odpowiednio wykwalifikowaną kadrą. Stanowią ją dyspozytorzy medyczni.

Dyspozytorem medycznym może być osoba, która:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) posiada wykształcenie wymagane dla pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego;
- 3) posiada co najmniej 2-letnie (do 29 maja 2025 r. 3-letnie) doświadczenie w realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego lub w zespole ratownictwa medycznego, lotniczym zespole ratownictwa medycznego, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale anestezjologii i intensywnej terapii lub w izbie przyjęć szpitala posiadającego oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgii ogólnej oraz oddział ortopedii lub ortopedii i traumatologii;
- 4) nie była skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu;
- 5) ukończyła kurs uprawniający do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego oraz realizuje obowiązek indywidualnego rozwoju zawodowego.

¹⁵⁷ Dz. U. z 2025 r. poz. 339, ze zm.

Ponadto od 30 maja 2025 r. osoba, z którą zawarto umowę na wykonywanie zadań dyspozytora medycznego, jest obowiązana przed rozpoczęciem realizacji tych zadań przedstawić podmiotowi, z którym zawarła tę umowę, zaświadczenie o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na tym stanowisku.

Wykonywanie zadań dyspozytora medycznego jest udzielaniem świadczeń zdrowotnych w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Do zadań dyspozytorów medycznych należy w szczególności:

- 1) przyjmowanie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, ustalanie priorytetów i niezwłoczne dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia;
- 2) przekazywanie niezbędnych informacji osobom udzielającym pierwszej pomocy;
- 3) przekazywanie kierującemu akcją medyczną niezbędnych informacji ułatwiających prowadzenie medycznych czynności ratunkowych na miejscu zdarzenia;
- 4) zbieranie aktualnych informacji o dostępnych w rejonie operacyjnym jednostkach systemu i ich gotowości oraz przekazywanie tych informacji wojewódzkiemu koordynatorowi ratownictwa medycznego;
- 5) zbieranie i archiwizowanie bieżących informacji o zdarzeniach i prowadzonych medycznych czynnościach ratunkowych;
- 6) powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, centrów urazowych lub jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego;
- 7) powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia;
- 8) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego, o których mowa w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 26 kwietnia 2007 r. o zarządzaniu kryzysowym (Dz. U. z 2023 r. poz. 122).

Obsługa zgłoszeń alarmowych odbywa się w oparciu o ramowe procedury opisane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego¹⁵⁸. Zasady przeprowadzania wywiadu medycznego reguluje z kolei obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2019 r. w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego¹⁵⁹.

¹⁵⁸ Dz. U. poz. 1703.

¹⁵⁹ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 71, ze zm.

Pracodawcą dyspozytorów medycznych jest urząd wojewódzki. Z dyspozytorami medycznymi, o których mowa w art. 26, jest zawierana umowa o pracę lub umowa cywilnoprawna. Do zatrudnienia dyspozytorów medycznych na podstawie umowy cywilnoprawnej nie stosuje się przepisów ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych¹⁶⁰. Wojewoda zapewnia również dostęp do wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych udzielanego przez psychologów zatrudnionych na podstawie stosunku pracy w urzędzie wojewódzkim.

W dyspozytorni medycznej tworzy się stanowiska głównego dyspozytora medycznego oraz zastępcy głównego dyspozytora medycznego. Do zadań głównego dyspozytora medycznego należy:

- 1) koordynowanie funkcjonowania dyspozytorni medycznej;
- 2) współpraca z wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego oraz krajowym koordynatorem ratownictwa medycznego;
- 3) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych w obrębie jednej dyspozytorni medycznej;
- 4) bieżąca analiza zadań realizowanych przez dyspozytorów medycznych;
- 5) bieżąca analiza optymalnego wykorzystania zespołów ratownictwa medycznego;
- 6) udzielanie dyspozytorom medycznym niezbędnych informacji i merytorycznej pomocy;
- 7) przygotowywanie raportu dobowego z pracy dyspozytorni medycznej.

Odrębną funkcją w dyspozytorni medycznej jest jej kierownik. Jest to osoba odpowiedzialna za funkcjonowanie dyspozytorni medycznej, zatrudniona na podstawie stosunku pracy. Funkcję tę może pełnić osoba, która ukończyła co najmniej studia pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo i posiada kwalifikacje wymagane dla pielęgniarki systemu lub uzyskała co najmniej tytuł zawodowy licencjata wymagany dla ratownika medycznego, posiadająca co najmniej 3-letnie doświadczenie w zakresie realizacji zadań na stanowisku dyspozytora medycznego.

Do zadań kierownika dyspozytorni należy:

- 1) opracowanie szczegółowego sposobu funkcjonowania dyspozytorni medycznej, z uwzględnieniem zapewnienia ciągłości jej funkcjonowania oraz organizacji pracy dyspozytorów medycznych;
- 2) opracowanie planu postępowania w przypadku wystąpienia awarii uniemożliwiającej przyjmowanie i obsługę powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych na podstawie wytycznych, o których mowa w art. 25a ust. 4;

¹⁶⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 1320, ze zm.

- 3) przygotowanie, weryfikacja i aktualizacja wykazów i opracowań niezbędnych podczas realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych;
- 4) nadzór nad pracą dyspozytorów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu przeprowadzania rozmów, decyzji podejmowanych w zakresie dysponowania oraz odmów zadysponowania zespołów ratownictwa medycznego, obsługi zdarzeń, w tym zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych;
- 5) dokonywanie oceny sposobu realizacji zadań przez dyspozytorów medycznych na podstawie formularza oceny pracy dyspozytora medycznego, uwzględniającego kryteria oceny pracy dyspozytora medycznego, o których mowa w art. 27a ust. 2 pkt 5 ustawy PRM.

W dyspozytorni medycznej można utworzyć stanowisko zastępcy kierownika.

**Pracownicy systemu –
koordynatorzy
ratownictwa
medycznego**

Zgodnie z art. 20a ustawy PRM Minister właściwy do spraw zdrowia może powołać krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. Funkcję tę pełni sekretarz stanu lub podsekretarz stanu w urzędzie obsługującym ministra właściwego do spraw zdrowia. Do zadań krajowego koordynatora ratownictwa medycznego należy:

- 1) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w sytuacji, gdy spór dotyczy przyjęcia osoby transportowanej przez zespół ratownictwa medycznego lub zespół transportu sanitarnego z terenu innego województwa niż to, w którym znajduje się ten szpital;
- 2) koordynacja współpracy wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego w przypadku zdarzeń wymagających użycia jednostek systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1, spoza jednego województwa;
- 3) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą.

W urzędach wojewódzkich funkcjonują stanowiska wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Zadania koordynatorów są wykonywane w trybie 24/7. Wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego może być lekarz systemu, ratownik medyczny lub pielęgniarz systemu. W przypadku dwu ostatnich wymagane jest ukończenie studiów co najmniej pierwszego stopnia i legitymowanie się co najmniej 4-letnim doświadczeniem w pracy na stanowisku dyspozytora medycznego. Do zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego należy:

- 1) współpraca z głównym dyspozytorem medycznym i jego zastępcą;
- 2) koordynacja współpracy dyspozytorów medycznych w przypadku zdarzeń wymagających użycia ZRM spoza jednego rejonu operacyjnego;

- 3) rozstrzyganie sporów dotyczących przyjęcia do szpitala osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, z wyłączeniem sytuacji, które pozostają we właściwości krajowego koordynatora ratownictwa medycznego;
- 4) udział w pracach wojewódzkiego zespołu zarządzania kryzysowego;
- 5) współpraca z KCMRM, innymi wojewódzkimi koordynatorami ratownictwa medycznego oraz krajowym koordynatorem ratownictwa medycznego;
- 6) współpraca oraz wymiana informacji z centrami zarządzania kryzysowego.

Akcja medyczna

Akcja medyczna rozpoczyna się w momencie przyjęcia zgłoszenia alarmowego lub powiadomienia o zdarzeniu przez dyspozytora medycznego. Zespół ratownictwa medycznego po przybyciu na miejsce zdarzenia niezwłocznie rozpoczyna medyczne czynności ratunkowe. Kierującym akcją medyczną jest kierownik zespołu ratownictwa medycznego. W przypadku gdy do zdarzenia został zadysponowany więcej niż jeden zespół ratownictwa medycznego, dyspozytor medyczny wyznacza kierującego akcją medyczną spośród kierowników zespołów ratownictwa medycznego zadysponowanych na miejsce zdarzenia. Podczas prowadzenia medycznych czynności ratunkowych kierujący akcją medyczną pozostaje w stałym kontakcie z dyspozytorem medycznym wskazanym przez głównego dyspozytora medycznego lub z głównym dyspozytorem medycznym.

Zespół ratownictwa medycznego transportuje osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do najbliższego, pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub do szpitala wskazanego przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego albo krajowego koordynatora ratownictwa medycznego.

Zespół ratownictwa medycznego nie transportuje osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, która zgodnie z harmonogramem funkcjonowania oddziałów nie udziela świadczeń w warunkach zwiększonej gotowości.

W przypadku gdy u osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego zostanie stwierdzony stan, który wymaga transportu z miejsca zdarzenia bezpośrednio do szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci, albo do jednostki organizacyjnej szpitala wyspecjalizowanej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, lub gdy tak zadecyduje kierownik zespołu ratownictwa medycznego, osobę w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego transportuje się bezpośrednio do szpitala,

w którym znajduje się odpowiednie centrum albo jednostka organizacyjna szpitala wyspecjalizowana w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, wskazanego przez dyspozytora medycznego, wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego lub krajowego koordynatora ratownictwa medycznego. W przypadku transportu poza obszar działania dyspozytorni medycznej transport koordynuje odpowiednio wojewódzki koordynator ratownictwa medycznego albo krajowy koordynator ratownictwa medycznego.

Odmowa przyjęcia osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pacjenta urazowego albo pacjenta urazowego dziecięcego przez szpital od jednostek systemu skutkuje zastosowaniem kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem tej umowy.

Finansowanie systemu

Działalność ZRM oraz SOR jest finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia, na zasadach określonych w ustawie z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁶¹. Zgodnie z art. 107 ust. 5 pkt 6 uśoz przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie i rozliczanie realizacji tych umów jest wyłączną kompetencją dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.

Dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia informuje wojewodę o wszelkich nieprawidłowościach związanych z wykonywaniem umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego.

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

Działalność LZRM jest finansowana w formie dotacji podmiotowej dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z budżetu państwa, z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Koszty funkcjonowania dyspozytorni medycznej oraz wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych są finansowane z budżetu państwa, z części, których dysponentami są poszczególni wojewodowie.

W ustawie PRM zawarta została również szczególna podstawa do ponoszenia wydatków inwestycyjnych związanych z PRM. Stosownie do

¹⁶¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.

art. 50 ustawie PRM minister właściwy do spraw zdrowia, inni właściwi ministrowie, podmiot tworzący podmiot leczniczy, wojewodowie oraz jednostki samorządu terytorialnego mogą finansować lub dofinansować nakłady na inwestycje związane z działalnością:

- 1) zespołów ratownictwa medycznego - w liczbie właściwej dla zapewnienia parametrów czasu dotarcia na miejsce zdarzenia;
- 2) szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz centrów urazowych;
- 3) stanowisk pracy dyspozytorów medycznych.

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

6.3. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2026 r. poz. 156).
2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2026 r. poz. 141).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 3 lipca 2002 r. Prawo lotnicze (Dz. U. z 2025 r. poz. 1431, ze zm.).
5. Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2026 r. poz. 208, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 22 listopada 2013 r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1354).
7. Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. z 2025 r. poz. 1226, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 339, ze zm.).
9. Ustawa z dnia z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2026 r. poz. 522, ze zm.).
10. Rozporządzenie Komisji (UE) NR 965/2012 z dnia 5 października 2012 r. ustanawiające wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do operacji lotniczych zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008 (Dz. Urz. UE L 296 z 25.10.2012, str.1, ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1646).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 237, ze zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 576).

15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (Dz. U. poz. 1310).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz. U. z 2015 r. poz. 1331).
17. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie organizacji dyspozytorni medycznej (Dz. U. poz. 2001).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. z 2025 r. poz. 1678).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców (Dz. U. poz. 2045).
20. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. por. 798, ze zm.).
21. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2021 r. w sprawie systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym (Dz. U. poz. 1182).
22. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400, ze zm.).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 1655, ze zm.).
24. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu zadań psychologa w ramach wsparcia psychologicznego dyspozytorów medycznych (Dz. U. poz. 2307).
25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz. U. poz. 1703).
26. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. z 2024 r. poz. 502, ze zm.).
27. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 stycznia 2023 r. w sprawie oznaczenia systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. poz. 118.).

28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2021 r. w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji (Dz. U. z 2025 r. poz. 496).
29. Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 26 listopada 2013 r. w sprawie czasu pełnienia czynności lotniczych członków załóg statków powietrznych w przewozie lotniczym przy użyciu śmigłowca oraz w śmigłowiecowej służbie ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1377).
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2024 r. w sprawie kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz kursu doskonalącego dla dyspozytora medycznego (Dz. U. poz. 456).
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. z 2023 r. poz. 1060) – obowiązywało do 18 sierpnia 2025 r. Zastąpione przez rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2025 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. poz. 1057, ze zm.)

6.4. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
6. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
7. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
8. Minister Zdrowia
9. Wojewodowie



Minister Zdrowia

NKM.0910.8.2025.16.KCZ
Warszawa, 10 lipca 2026

Pan
Sylweryusz Królak
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli¹ o wynikach kontroli nr P/25/042 – „System ratownictwa medycznego”, która została przekazana przy piśmie z dnia 25 czerwca 2026 r.² o znaku: KSS.430.5.2026, zgodnie z uprawnieniem przewidzianym w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK³, przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

1) Rozdział 3. Synteza, str. 14-15, Rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, pkt 5.5. Udzielenie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ppkt 5.5.1. Szpitale prowadzące SOR, str. 73-74, ppkt 5.5.2. Dysponenci ZRM, str. 86-89 i ppkt 5.5.3. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, str. 94-95.

W odniesieniu do podnoszonych przez NIK przypadków długotrwałej, nieprzerwanej pracy personelu medycznego, uprzejmie informuję, iż w przypadku pracowników podmiotów leczniczych ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴ zawiera przepisy określające normy dobowe i tygodniowe czasu pracy oraz minimalne okresy odpoczynku dobowego i tygodniowego. Podkreślenia przy tym wymaga, że maksymalne normy czasu pracy oraz minimalne okresy odpoczynku dobowego i tygodniowego odnoszone są do konkretnego stosunku pracy, a nie do osoby pracownika. Obowiązek przestrzegania tych norm spoczywa zatem na określonym pracodawcy będącym stroną danego stosunku pracy.

W celu identyfikacji rzeczywistego czasu pracy, niezależnie od formy zatrudnienia, w ramach zapowiedzianego przez Ministra Zdrowia w dniu 8 lipca 2026 r. pakietu zmian w ochronie zdrowia są przygotowywane rozwiązania mające na celu zobligowanie świadczeniodawców do przekazywania do Narodowego Funduszu Zdrowia rzeczywistych grafików czasu pracy osób wykonujących zawody medyczne.

2) Rozdział 4. Wnioski, wniosek nr 1 do Ministra Zdrowia o: podjęcie kompleksowych działań zmierzających do zwiększenia zasobu kadrowego lekarzy systemu, w szczególności lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny ratunkowej w systemie PRM, str. 18.

Uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia podejmuje działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów posiadających kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej zarówno w dziedzinie medycyna ratunkowa, jak również w innych dziedzinach.

Działania te rozpoczynają się już na etapie kształcenia przeddyplomowego, w ramach studiów, tj.:

- od 2016 r. zwiększanie limitu przyjęć na kierunek lekarski. W związku z systematycznym zwiększaniem limitów przyjęć na studia na kierunku lekarskim, z roku na rok będzie

¹ Zwanej dalej „NIK”.

² Data wpływu do Ministerstwa Zdrowia: 26 czerwca 2026 r.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

⁴ Dz. U. z 2026 r. poz. 156.

rosła liczba absolwentów tego kierunku, a co za tym idzie nastąpi wzrost liczby lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne, również w dziedzinie medycyny ratunkowej,

- pod koniec 2021 r. wprowadzono wsparcie finansowe – kredyt dla osób podejmujących studia odpłatne na kierunku lekarskim prowadzonym w języku polskim,
- umożliwiono również przystąpienie o rok wcześniej do LEK (Lekarskiego Egzaminu Końcowego) i LDEK (Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Końcowego) dla lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok studiów. Ma to za zadanie skrócenie czasu oczekiwania na egzamin, a w konsekwencji wcześniejsze otrzymanie Prawa Wykonywania Zawodu.

Na etapie szkolenia specjalizacyjnego podjęto następujące działania:

- wyodrębniono dziedziny najważniejsze z punktu widzenia epidemiologicznego kraju – dziedziny priorytetowe, w tym medycyna ratunkowa i ustanowiono dla nich specjalne zasady. Główną zachętą do podejmowania kształcenia w dziedzinach priorytetowych jest wyższe wynagrodzenie przysługujące lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tych dziedzinach w trybie rezydenckim (finansowanym przez Ministra Zdrowia). Zaliczenie dziedziny do dziedzin priorytetowych skutkuje corocznie (od lipca) przyznaniem wyższego wynagrodzenia zasadniczego lekarzom w trybie specjalizacji rezydenckim, a także przyznawaniem większej liczby miejsc szkoleniowych rezydenckich w stosunku do pozostałych dziedzin,
- w celu zachęcenia młodych lekarzy do pracy w polskich podmiotach leczniczych, finansowanych ze środków publicznych, wprowadzono rozwiązanie, dzięki któremu lekarze odbywający szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury mogą otrzymać wynagrodzenie zasadnicze wyższe o 600 zł miesięcznie (w dziedzinie niepriorytetowej) lub wyższe o 700 zł miesięcznie (w dziedzinie priorytetowej). Aby otrzymać to wynagrodzenie lekarz musi zobowiązać się do przepracowania – w podmiocie leczniczym, finansowanym ze środków publicznych – łącznie 2 lat w ciągu kolejnych 5 lat następujących po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego,
- od postępowania kwalifikacyjnego jesień 2022 r. wprowadzono zmiany w procesie naboru na szkolenie specjalizacyjne lekarzy i lekarzy dentystów (wprowadzono tzw. nabór centralny, tj. możliwość ubiegania się o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego we wszystkich województwach jednocześnie oraz możliwość wskazania 15 wyborów obejmujących dziedzinę, tryb i miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego w preferowanej kolejności). W przypadku niezakwalifikowania się przez lekarza do odbywania specjalizacji w preferowanym województwie lub w preferowanej dziedzinie, może on zostać zakwalifikowany na jeden z kolejnych „wyborów” wskazanych we wniosku o odbywanie szkolenia specjalizacyjnego, co wcześniej nie mogło mieć miejsca,
- umożliwiono również przystąpienie o rok wcześniej niż dotychczas do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego (PES) lekarzy, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego.

Ponadto uprzejmie informuję, iż przeprowadzono również działania mające na celu poprawę atrakcyjności zawodów medycznych i warunków pracy pracowników medycznych dotyczące aktualizacji najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w Polsce.

Ponadto, systematycznie są zwiększane nakłady finansowe na funkcjonowanie szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz zespołów ratownictwa medycznego, co stwarza warunki do zatrudniania dodatkowego personelu medycznego. Dla przykładu stawka ryczałtu dobowego na specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego wzrosła z 4 530,89 zł w 2021 r. do 11 889,78 zł w 2026 r. (przed lipcową podwyżką).

Należy również podkreślić, że podejmowane są działania mające na celu zwiększenie dostępności personelu lekarskiego, takie jak rozszerzenie katalogu lekarzy posiadających kwalifikacje uprawniające do wykonywania zadań lekarza systemu.

3) Rozdział 4. Wnioski, wniosek nr 2 do Ministra Zdrowia o: wprowadzenie do wojewódzkich planów działania systemu liczby łóżek w jednostkach organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, skierowanych do tych jednostek ze szpitalnego oddziału ratunkowego, str. 18.

Zgodnie z § 13 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego⁵, liczba łóżek w poszczególnych jednostkach organizacyjnych szpitala wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, zabezpieczanych na potrzeby osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego kierowanych do tych jednostek z oddziału ratunkowego, jest ustalana przez kierownika podmiotu wykonującego działalność leczniczą prowadzącego szpital, po zasięgnięciu opinii ordynatorów tych jednostek (lekarzy kierujących oddziałami), a następnie podawana do wiadomości zainteresowanych oddziałów oraz lekarza dyżurnego szpitalnego oddziału ratunkowego.

O ile liczba łóżek w poszczególnych komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego jest określana we wniosku o wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁶, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru⁷, a każda zmiana w tym zakresie wymaga aktualizacji wpisu w RPWDL, o tyle liczba łóżek zabezpieczanych na potrzeby pacjentów przekazywanych ze szpitalnego oddziału ratunkowego ma charakter zmienny i wynika z bieżącej sytuacji organizacyjnej oraz potrzeb zdrowotnych.

W związku z powyższym nie jest zasadne określanie tej liczby w sposób stały w wojewódzkich planach działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, ponieważ mogłoby to wymagać częstych aktualizacji tych dokumentów i prowadzić do szybkiej dezaktualizacji zawartych w nich danych.

4) Rozdział 4. Wnioski, wniosek nr 3 do Ministra Zdrowia o: określenie minimalnego wyposażenia ambulansów w produkty lecznicze, str. 18.

Zgodnie z § 7 ust. 16 zarządzenia nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne⁸, świadczeniodawca udzielający świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne zapewnia gotowość do ich udzielania poprzez utrzymywanie w stałej dyspozycji odpowiedniej obsady kadrowej oraz specjalistycznych środków transportu sanitarnego wraz z niezbędnym wyposażeniem, w tym sprzętem i aparaturą medyczną, lekami oraz wyrobami medycznymi, zgodnie z wymaganiami określonymi w załączniku nr 3 do ww. zarządzenia oraz przepisami odrębnymi.

Jednocześnie załącznik nr 3 do ww. zarządzenia, w części 1.5, wskazuje obowiązek zapewnienia minimalnej ilości leków dla podstawowych i specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

W tym kontekście należy zwrócić uwagę na załącznik 1. Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego do rozporządzenia

⁵ Dz. U. z 2025 r. poz. 1646, z późn. zm.

⁶ Zwanego dalej „RPWDL”.

⁷ Dz. U. poz. 605, z późn. zm.

⁸ Biul. Inf. NFZ poz. 90, z późn. zm.

Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego⁹, zawierający wykaz produktów leczniczych, które mogą być samodzielnie podawane przez ratownika medycznego podczas wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym w ramach świadczeń realizowanych przez zespoły ratownictwa medycznego.

W ocenie Ministra Zdrowia nie ma zatem potrzeby opracowywania odrębnego receptariusza leków dla zespołów ratownictwa medycznego. Zakres leków wykorzystywanych przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego został określony w obowiązujących przepisach. Natomiast wykaz leków znajdujących się na wyposażeniu specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego, w skład których wchodzi lekarz, jest ustalany przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego.

Warto również zaznaczyć, że w ramach rozwoju Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego jest przygotowywany moduł „Apteka”, który będzie umożliwiał zarządzanie lekami i wyrobami medycznymi, zarówno na poziomie apteki lub magazynu dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, jak i na poziomie poszczególnych zespołów.

Jedną z kluczowych funkcjonalności ww. modułu będzie możliwość przypisywania określonych leków i wyrobów medycznych do konkretnych zespołów ratownictwa medycznego, co pozwoli na bieżące monitorowanie ich wyposażenia. Rozwiązanie to umożliwi również kontrolowanie stanów minimalnych, monitorowanie terminów ważności oraz identyfikację braków wymagających uzupełnienia. Dzięki temu dysponent będzie dysponował narzędziem wspierającym utrzymanie gotowości operacyjnej zespołów ratownictwa medycznego oraz rozliczanie wykorzystania leków i wyrobów medycznych podczas realizacji medycznych czynności ratunkowych.

5) Rozdział 5. Ważniejsze wyniki kontroli, pkt 5.5. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, ppkt 5.5.3. Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, str. 95.

W odniesieniu do akapitu o następującej treści: „*W trakcie badania czasu pracy lekarzy ustalono również, iż LPR zapłaciło dwukrotnie, tj. dwóm różnym lekarzom, za ten sam 24-godzinny dyżur. Ponadto stwierdzono również inny przypadek niezasadnej zapłaty za dyżur lekarski w wymiarze 45 minut w sytuacji, gdy nałożenie się dyżurów wynikało z uzgodnień między lekarzami, a nie z powierzenia pełnienia dyżuru poza planowanym grafikiem. Przyczyną nieprawidłowości było przeoczenie.*”, podkreślenia wymaga, iż już w trakcie czynności kontrolnych prowadzonych przez NIK w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym¹⁰ wystąpiono do lekarzy o wystawienie stosownych korekt do wystawionych faktur. Obecnie przedmiotowe wynagrodzenia zostały zwrócone przez zobowiązane osoby w tym zakresie. Konkludując, doszło więc do usunięcia konsekwencji stwierdzonej przez NIK nieprawidłowości.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia
Katarzyna Kęcka
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

⁹ Dz. U. z 2025 r. poz. 576.

¹⁰ Zwany dalej „LPR”.



PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

KSS.430.5.2026

Warszawa, 2026-07-14

Opinia

Prezesa Najwyższej Izby Kontroli

do stanowiska Ministra Zdrowia do Informacji o wynikach kontroli „System ratownictwa medycznego”

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, uprzejmie przedkładam opinię do stanowiska Ministra Zdrowia, zawartego w piśmie z 10 lipca 2026 r. NKM.0910.8.2025.16.KCZ.

NIK dostrzega działania podejmowane na rzecz zwiększenia zasobu kadrowego lekarzy, a w szczególności lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej. Ustalenia kontroli wskazują jednak, że nie przyniosły one wymiernych efektów dla Państwowego Ratownictwa Medycznego. Dotyczyły one bowiem wszystkich lekarzy, lub wszystkich 22 priorytetowych dziedzin medycyny, a nie dziedzin istotnych z punktu widzenia ratownictwa medycznego. Lekarz, który skorzysta ze wszystkich wymienionych w stanowisku form wsparcia lub ułatwień wcale nie musi wybrać specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, ani pracy w jednostkach PRM. Wobec podnoszonego przez kierowników skontrolowanych jednostek nikłego zainteresowania pracą w zespołach ratownictwa medycznego i szpitalnych oddziałach ratunkowych niezbędne jest, w ocenie NIK, podjęcie działań, które doprowadzą do postrzegania pracy w tych jednostkach systemu jako atrakcyjnej.

Jednym z elementów takiej zmiany powinno być wykorzystanie wojewódzkich planów działania systemu dla zapewnienia możliwości leczenia dla pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Sformułowany w *Informacji o wynikach kontroli* wniosek o powiązanie informacji o liczbie łóżek w tych jednostkach z liczbą takich łóżek, jaką powinien określić kierownik szpitala, stosownie do § 13 ust. 3 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego*, służyć ma zapewnieniu zespołom ratownictwa medycznego, dyspozytorom medycznym i wojewódzkim koordynatorom ratownictwa medycznego informacji o rzeczywistej możliwości zapewnienia leczenia w danej jednostce, a w przypadku lekarzy SOR informacji o możliwości skierowania pacjenta szpitalnego oddziału ratunkowego na inny oddział do dalszego leczenia.

Powinno to ograniczyć sytuacje braku możliwości przeniesienia pacjenta na oddział, która to decyzja powinna być podejmowana przez lekarza dyżurnego SOR, stosownie do § 12 ust. 3 pkt 2 *ww. rozporządzenia*. Należy podkreślić, że wniosek ten koresponduje z wnioskiem skierowanym

do kierowników szpitali prowadzących SOR o określenie liczby takich łóżek w jednostkach wyspecjalizowanych w udzielaniu świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego. Kontrola wykazała bowiem, że tylko w dwóch z 10 skontrolowanych szpitali kierownicy, realizując ciążący na nich obowiązek, określili liczbę takich łóżek.

Taka zmiana powinna ograniczyć czas przebywania pacjentów wymagających dalszej hospitalizacji na SOR, z jednej strony zapewniając im specjalistyczną opiekę, a z drugiej zmniejszając obciążenie pracą na tych oddziałach.

NIK nie zgadza się z zawartym w stanowisku Ministra Zdrowia poglądem, że nie ma potrzeby opracowania receptariusza leków dla zespołów ratownictwa medycznego. Zawarty w *Informacji o wynikach kontrolnych* wywód precyzyjnie wykazuje, że zarówno obowiązujące w okresie objętym kontrolą *zarządzenie nr 179/2020/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 12 listopada 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne*, jak i obecnie obowiązujące *zarządzenie nr 90/2025/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 7 listopada 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne*, w zakresie minimalnego wyposażenia ambulansów w produkty lecznicze, odsyłają do przepisów „odrębnych” lub „krajowych”, których nie ma. Potwierdziły to, pozyskane przez NIK w trakcie kontroli wyjaśnienia Dyrektora Departamentu Służb Mundurowych NFZ, który stwierdził, że wyznacznikiem spełnienia przez dysponentów warunku minimalnego wyposażenia jest wyposażenie ambulansu w leki, bez weryfikacji ich rodzaju ani liczby.

Potrzebnej normy nie może zastąpić *rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 czerwca 2023 r. w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego*, gdyż określają one zakres uprawnień ratowników medycznych, a nie wyposażenie ambulansu.

Kontrola wykazała, że u dwóch dysponentów podstawowe zespoły ratownictwa medycznego nie dysponowały wszystkimi produktami leczniczymi wskazanymi w ww. *rozporządzeniu*. Ponadto, także u dwóch dysponentów, zespoły takie dysponowały za to produktami leczniczymi, do których samodzielnego podawania członkowie tych zespołów (ratownicy medyczni, pielęgniarki systemu) nie byli uprawnieni. W ocenie NIK opracowanie receptariusza uzupełni brak normy prawnej, do której odsyła Prezes NFZ, jak również ograniczy ryzyko niezapewnienia zespołom ratownictwa medycznego środków niezbędnych do prowadzenia skutecznej akcji ratunkowej.

Z szacunkiem

Mariusz Haładyj
/podpisano elektronicznie/