



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.3.1.2025

Pan
Marcin Podgórski
Dyrektor
Lotniczego Pogotowia Ratunkowego
ul. Księżycowa 5
01-934 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.441.167.2025 Komisji Rozstrzygającej z dnia
19 grudnia 2025 r.

P/25/042 - System ratownictwa medycznego

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Lotnicze Pogotowie Ratunkowe ¹ , ul. Księżycowa 5, 01-934 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Marcin Podgórski, Dyrektor ² , od 1 czerwca 2024 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Beata Strzałkowska, p.o. Dyrektora, od 13 lutego 2024 r. do 31 maja 2024 r. Robert Gałązkowski, Dyrektor, od 27 marca 2008 r. do 12 lutego 2024 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych 2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego 3. Funkcjonowanie Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM 4. Działalność dydaktyczna w obszarze ratownictwa medycznego
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2023 r. do dnia zakończenia kontroli, tj. 7 sierpnia 2025 r., z wykorzystaniem danych sprzed okresu objętego kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	Andrzej Skwira, doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr KZD/12/2025 z 14 maja 2025 r. Piotr Wołowicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KDZ/19/2025 z 15 maja 2025 r. Melanie Raczek-Żeromska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KDZ/18/2025 z 14 maja 2025 r.

(akta kontroli str. 1-6)

¹ Dalej również: LPR.

² Dalej: Dyrektor.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w obszarach udzielania świadczeń zdrowotnych dla osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego i funkcjonowania Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego⁵. Jednocześnie NIK zauważa, że LPR zapewniło warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, które nie były jednak w każdym przypadku właściwe.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Mimo że obsada personalna lotniczych zespołów ratownictwa medycznego⁶ spełniała minimalne wymagania, to wystąpiły nieprawidłowości w zakresie zapewnienia wymaganego przygotowania kadry lekarskiej do udzielania świadczeń w LZRM, w tym nie przeprowadzono szkoleń przed wdrożeniem nowego wyposażenia medycznego w śmigłowcach HEMS⁷. Piloci i ratownicy medyczni będący członkami załóg HEMS legitymowali się wymaganymi kwalifikacjami i przechodzili wymagane szkolenia. W przypadku członków załóg HEMS jednak nie zawsze prowadzono szkolenia zalecane. Poddany oględzinom specjalistyczny środek transportu sanitarnego spełniał wymagania. Również oba poddane kontroli miejsca stacjonowania LZRM były zorganizowane i wyposażone zgodnie z wymaganiami. Jednak nie wprowadzano do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia informacji o posiadanych wyrobach medycznych.

Czas pracy członków LZRM nie przekraczał dopuszczalnych norm, a pilotom i członkom załóg HEMS zapewniono wymagany odpoczynek. O przypadkach zawieszenia dyżurów LZRM zgodnie z umową informowano Ministra Zdrowia⁸. W przypadku lekarzy, którzy świadczyli pracę na podstawie umów cywilnych, stwierdzono przypadki świadczenia jej niezgodnie z harmonogramami dyżurów bez uzyskania zgody dyrektorów regionalnych w trybie przewidzianym w umowach, co prowadziło również do świadczenia pracy w sposób długotrwały, trwający ponad 24 godziny lub bez niezbędnego odpoczynku.

Realizacja zadań w zakresie administrowania i rozwoju SWD PRM była prowadzona zgodnie z umową zawartą z Ministrem Zdrowia, przy czym zakres zadań był stale aktualizowany w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia⁹. W ocenie NIK nie zapewniono pełnej rzetelności danych w SWD PRM dotyczących kategorii miejsca zdarzenia oraz wieku pacjenta. Pracownikom LPR wydano odpowiednie upoważnienia do pracy w SWD PRM, lecz w dwóch przypadkach nie wydano nowych upoważnień, mimo zaistnienia ku temu przesłanek.

Działalność dydaktyczna, prowadzona w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego¹⁰, była prowadzona zgodnie z przepisami, a liczba

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dalej: SWD PRM.

⁶ Dalej: LZRM.

⁷ HEMS, ang. Helicopter Emergency Medical Service – Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego.

⁸ Dalej również jako: Minister.

⁹ Dalej: MZ.

¹⁰ Dalej: KCMRM.

miejsz szkoleniowych na kursach uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego była wystarczająca.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹¹ kontrolowanej działalności

OBSZAR
Opis stanu
faktycznego

1. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych

LPR jest podmiotem leczniczym działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej¹². Podmiotem tworzącym dla LPR jest Minister Zdrowia. W okresie objętym kontrolą, do 28 kwietnia 2025 r., w strukturze LPR funkcjonowało osiem jednostek organizacyjnych: Centrala, Ośrodek Szkolenia Lotniczego LPR, Organizacja Obsługowa, Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego¹³, Region Północny, Region Południowy, Region Wschodni i Region Zachodni¹⁴. Z dniem 29 kwietnia 2025 r., na mocy zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2025 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie nadania statutu Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu¹⁵ zlikwidowana została jednostka organizacyjna Organizacja Obsługowa¹⁶.

(akta kontroli str. 11-145)

Działalność LZRM, na podstawie art. 48 ustawy PRM, była finansowana ze środków pochodzących z dotacji podmiotowej udzielanej z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia¹⁷.

LPR rzetelnie kalkulowało koszty funkcjonowania LZRM na lata 2023 i 2024. Na 2023 r. LPR wnioskowało o przyznanie kwoty 272 276,0 tys. zł, a przyznana dotacja podmiotowa wyniosła 258 616,0 tys. zł. W trakcie roku kwota dotacji podmiotowej została zwiększona o 1709,0 tys. zł, do kwoty 260 325,00 tys. zł. Wykorzystanie dotacji podmiotowej na 2023 r. wyniosło 234 727,57 tys. zł, co stanowiło 90,2% przyznanej kwoty. Oszczędności wystąpiły przede wszystkim w kosztach dostawy części i usług lotniczych, a ponadto w kosztach zakupu

¹¹ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹² Nr księgi rejestrowej 000000018716.

¹³ Utworzenie KCMRM wynikało z ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, ze zm.).

¹⁴ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2022 r. w sprawie nadania statutu Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 97, ze zm.).

¹⁵ Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 28.

¹⁶ Szczegółową organizację LPR określał regulamin organizacyjny. W okresie objętym kontrolą obowiązywały kolejno: zarządzenie nr 62/Z/2022 Dyrektora LPR z dnia 9 listopada 2022 r. w sprawie wprowadzenia do użytku służbowego Regulaminu organizacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego; zarządzenie nr 26/Z/2023 Dyrektora LPR z dnia 6 lipca 2023 r. w sprawie wprowadzenia do użytku służbowego Regulaminu organizacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego; zarządzenie nr 26/Z/2024 Dyrektora LPR z dnia 12 czerwca 2024 r. w sprawie wprowadzenia do użytku służbowego Regulaminu organizacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego; zarządzenie nr 28/Z/2025 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 26 czerwca 2025 r. w sprawie wprowadzenia do użytku służbowego Regulaminu organizacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

¹⁷ Umowa LPR/85141/2490/2019/657/00003 z dnia 24 stycznia 2019 r., a od 2024 r. umowa LPR/85141/2490/2024/657/1630 z dnia 30 grudnia 2024 r., dalej: umowa na finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

środków dezynfekcyjnych, leków, materiałów medycznych, szkoleń, paliwa lotniczego oraz energii elektrycznej.

Na rok 2024 LPR wnioskowało o przyznanie kwoty 299 641,6 tys. zł. Pierwotna propozycja podziału kwot w części budżetowej-46 przekazana przez MZ zakładała przyznanie LPR dotacji podmiotowej w kwocie 279 999,0 tys. zł, tj. o 19 642,6 tys. niższej od wnioskowanej. LPR skierowało do dysponenta części budżetowej dodatkowe wyjaśnienia uzasadniające wysokość wnioskowanej kwoty dotacji. Ostateczna kwota dotacji wyniosła 287 467,0 tys. zł, z czego wykorzystane zostało 284 106,7 tys. zł, tj. 98,8% przyznanej kwoty.

Kwota dotacji podmiotowej na rok 2025 została ustalona w wysokości 294 513,0 tys. zł. Na koniec pierwszego półrocza LPR sprawozdało wykonanie kosztów w wysokości 119 236,7 tys. zł, tj. 40,5% planu.

(akta kontroli str. 5367-5443, 5479-5549)

Zasoby kadrowe LPR w grupie członków LZRM, w poszczególnych grupach zawodowych, według stanu na koniec roku 2023 i 2024 oraz 30 czerwca 2025 r. liczyły odpowiednio:

- piloci śmigłowcowi: 112, 114 i 112 osób, przy czym wszyscy zatrudnieni byli na podstawie umów o pracę w pełnym zakresie czasu pracy;
- pielęgniarce/pielęgniarki: 11, 13 i 12 osób, w tym po cztery z wykształceniem średnim. Pracowali oni na podstawie zawartych umów o pracę, z czego jedna osoba w niepełnym wymiarze czasu pracy (0,5 etatu – koniec 2024 r.);
- ratownicy medyczni: 83, 91 i 91 osób, w tym z wykształceniem średnim – po 23 osoby, przy czym wszyscy oni byli zatrudnieni na podstawie umów o pracę w pełnym wymiarze czasu pracy;
- lekarze: 140, 131 i 132 osoby, z czego 59, 51 i 52 posiadało specjalizację z medycyny ratunkowej, a odpowiednio cztery, trzy i jedna osoba – były w jej trakcie. Poza jednym lekarzem zatrudnionym na podstawie umowy o pracę w wymiarze 0,25 etatu, udzielali oni świadczeń zdrowotnych tylko na podstawie zawartych umów cywilno-prawnych.

(akta kontroli str. 4781-4843)

Skład załogi śmigłowca HEMS był określony w Instrukcji Operacyjnej¹⁸, która została zatwierdzona przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego¹⁹ oraz wprowadzona do użytku w LPR zarządzeniem Dyrektora²⁰. W dokumencie tym określono wymagania w zakresie kwalifikacji dla członków załóg lotniczych

¹⁸ Część A – Zagadnienia Ogólne dot. Śmigłowców.

¹⁹ Poszczególne części Instrukcji Operacyjnej (IV wydanie) zostały zatwierdzone przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego, tj. Część A (Zagadnienia ogólne) – pismami: ULC-LOL-5/4300-0498/13/16 z 28 czerwca 2017 r. i ULC-LOL-5/4300-0498/15/16 z 28 czerwca 2017 r., Część B (Zagadnienia związane z typem użytkowanego statku powietrznego) – pismami: ULC-LOL-5/4300-0498/02/16 z 29 grudnia 2016 r. i ULC-LOL-5/4300-0498/03/16 z 29 grudnia 2016 r., Część C (Instrukcje i informacje dotyczące tras i heliportów) – pismami: ULC-LOL-5/4300-0498/09/16 z 29 maja 2017 r. i ULC-LOL-5/4300-0498/10/16 z 29 maja 2017 r., Część D – (Szkolenie) – pismami: ULC-LOL-5/4300-0498/14/16 z 28 czerwca 2017 r. i ULC-LOL-5/4300-0498/16/16 z 28 czerwca 2017 r.

²⁰ 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).

(pilotów) wraz z kryteriami doboru do wykonywanych zadań HEMS i uwzględnieniem ich dotychczasowego doświadczenia.

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 (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 ratownictwa medycznego, SPA.EMS.130 Wymagania dotyczące załogi²¹. W przepisie tym wskazano, iż minimalna załoga składa się z jednego pilota i jednego członka personelu specjalistycznego HEMS.

W skład dyżurującego zespołu HEMS wchodził także lekarz pełniący funkcję opiekuna medycznego (Medical Passenger, MP)²², przy czym zgodnie z Instrukcją Operacyjną – lekarz, mimo że był członkiem LZRM, to nie wchodził w skład załogi śmigłowca HEMS.

(akta kontroli str. 2431-3086, 3917-3977)

Obsada personalna LZRM spełniała wymagania określone w art. 37 ust. 1 ustawy PRM oraz załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego²³.

(akta kontroli str. 4401-4518)

Szczegółowym badaniem w zakresie spełniania wymagań przez personel wchodzący w skład LZRM, objęto losową próbę²⁴ 12 pilotów (9,8%), 15 lekarzy (9,6%), 10 ratowników medycznych (9,9%) oraz dwie osoby z grupy pielęgniarek i pielęgniarzy (15,4%).

Przeprowadzone badanie potwierdziło, że piloci posiadali ważne²⁵ licencje załogi lotniczej dla specjalności pilota śmigłowcowego zawodowego CPL(H)²⁶, orzeczenia lotniczo-lekarskie klasy 1.²⁷, świadectwa ogólne operatora

²¹ Dz. Urz. UE L 296 z 25.10.2012, ze zm., dalej: rozporządzenie Komisji w sprawie operacji lotniczych.

²² 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 dotyczące operacji lotniczych, załącznik I Definicje terminów używanych w załącznikach II-IX, pkt 78.

²³ Dz. U. z 2019 r. poz. 237, dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych.

²⁴ Dobór próby dokonany został w trybie losowania prostego, spośród osób z czterech grup zawodowych, tj. pilotów, ratowników medycznych, pielęgniarek/pielęgniarzy i lekarzy, którzy w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 31 maja 2025 r. pełnili dyżury w zespołach śmigłowcowych HEMS.

²⁵ Badanie przeprowadzono wg stanu na dzień 31 maja 2025 r.

²⁶ 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.

²⁷ Orzeczenia klasy 1. upoważniały do wykonywania operacji w załodze jednoosobowej w przewozie pasażerów.

radiotelefonisty oraz doświadczenie w zakresie godzin w charakterze pilota wymagane dla dowódcy wykonującego loty HEMS. Objęci badaniem 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 śmigłowcu²⁸. W przypadku jednego pilota, wymagane dla operacji HEMS z załogą jednoosobową orzeczenie lotniczo-lekarskie klasy 1., z powodu osiągnięcia wieku 65 lat, wygasło 8 maja 2025 r. Z tego powodu od dnia 9 maja 2025 r. nie wykonywał on czynności dowódcy śmigłowca HEMS, co było zgodne z rozporządzeniem Komisji (EU) Nr 1178/2011 z dnia 3 listopada 2011 r. ustanawiającym wymagania techniczne i procedury administracyjne odnoszące się do załóg w lotnictwie cywilnym zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 216/2008, załącznik I, podczęść A Wymagania ogólne, FCL.065 Ograniczenie przywilejów posiadaczy licencji w wieku 60 lat i starszych w zarobkowym transporcie lotniczym, lit. b²⁹.

(akta kontroli str. 236-1892)

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 z dnia 1 grudnia 2022 r. o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych³⁰ (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). W okresie objętym kontrolą, zgodnie z Instrukcją Operacyjną członkowie załóg HEMS posiadali ważne zaświadczenia o ukończonych szkoleniach okresowych oraz dokumenty potwierdzające zaliczenie kontroli wiadomości teoretycznych (KWT)³¹.

(akta kontroli str. 1893-2132, 2163-2430, 4238-4243)

Ratownicy medyczni oraz pielęgniarki/pielęgniarze pełniący samodzielne dyżury w LZRM nie posiadali ważnych sprawdzianów naziemnych członka załogi HEMS i sprawdzianów w locie członka załogi HEMS, pomimo że były one zalecane w obowiązującej Instrukcji Operacyjnej³². W dokumencie tym postanowiono, iż 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 miesięcy³³.

W grupie zawodowej ratowników medycznych, dziewięciu z 10 (90%) nie posiadało ważnych sprawdzianów naziemnych członka załogi HEMS, z tego

²⁸ Badaniem przeprowadzonym wg stanu na dzień 31 maja 2025 r. objęto szkolenia okresowe załóg HEMS (w tym w zakresie znajomości lotnisk, tras lub obszarów, nad którymi odbywają się loty) oraz ważność: kontroli wiadomości teoretycznych (KWT), szkoleń na śmigłowcu i na symulatorze lotu (FSTD), sprawdzianów umiejętności u operatora (OPC), sprawdzianów w lotach liniowych (LC).

²⁹ Dz. Urz. UE L 311 z 25.11.2011, ze zm.

³⁰ Dz. U. z 2025 r. poz. 339, ze zm.

³¹ Poza jednym z ratowników medycznych pracującym w okresie od 4 listopada 2024 r. do 3 lutego 2025 r., który pełnił dyżury w śmigłowcu HEMS pod nadzorem, tj. nie pełnił samodzielnych dyżurów jako członek załogi HEMS.

³² W Instrukcji Operacyjnej, część D – Szkolenie (Śmigłowce) postanowiono, że termin „zalecenie” – oznacza informację nie zawierającą bezwarunkowych wymagań dotyczących adresata.

³³ Instrukcja Operacyjna, część D – Szkolenie (Śmigłowce), FOM-D-02-02-02(H) Rodzaje szkoleń członków załóg HEMS, pkt 15.2 i 15.3.

dwóch w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 16 czerwca 2025 r., a po jednym w okresach: od 1 stycznia 2023 r. do 27 listopada 2023 r., od 1 stycznia 2023 r. do 24 listopada 2024 r., od 1 stycznia 2023 r. do 29 maja 2024 r., od 1 stycznia 2023 r. do 28 lutego 2024 r., od 1 stycznia 2023 r. do 19 sierpnia 2024 r., od 1 stycznia 2023 r. do 1 października 2024 r. i od 1 stycznia 2023 r. do 10 września 2024 r.

Ponadto sześciu z 10 (60%) ratowników medycznych nie posiadało ważnych sprawdzianów w locie członka załogi HEMS, z tego dwóch w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 16 czerwca 2025 r., a po jednym w okresach: od 1 stycznia 2023 r. do 5 maja 2025 r., od 1 stycznia 2023 r. do 19 sierpnia 2024 r., od 1 stycznia do 11 lipca 2023 r. i od 1 stycznia do 13 lipca 2023 r.

W grupie pielęgniarzek/pielęgniarzy, obie osoby nie posiadały ważnych sprawdzianów naziemnych członka załogi HEMS, jedna w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 16 czerwca 2025 r., druga – od 1 stycznia 2023 r. do 11 marca 2024 r. Ponadto nie posiadały one również ważnych sprawdzianów w locie członka załogi HEMS, jedna od 1 stycznia do 10 października 2023 r., a druga – od 1 stycznia 2023 r. do 11 marca 2024 r.

(akta kontroli str. 279-284, 1893-2132, 4666-4688)

Zdaniem Zastępcy Dyrektora ds. Operacyjno-Szkoleniowych obowiązujące przepisy nie nakazują przeprowadzania sprawdzianów w sposób bezwarunkowy. Zalecenie przeprowadzenia określonych sprawdzianów nie oznacza, że są one obowiązkowe. Zastępca Dyrektora wyjaśnił, iż sprawdziany odbywają się sukcesywnie, w miarę możliwości operacyjnych.

(akta kontroli str. 4666-4688)

W okresie objętym kontrolą lekarze zatrudniani w LPR podlegali szkoleniu wstępnemu obejmującemu zagadnienia właściwe dla obszaru operacyjnego oraz obszaru medycznego – stosownie do postanowień Instrukcji Operacyjnej³⁴. Z kolei sprawdzianem stanowiącym o dopuszczeniu lekarza do pełnienia samodzielnych dyżurów w LZRM była pozytywnie oceniona kontrola w locie liniowym³⁵. Od 30 marca 2020 r. LPR zrezygnował z okresowego przeprowadzania kontroli w locie liniowym lekarzy, tj. były one dokonywane jednorazowo – po zakończeniu szkolenia wstępnego³⁶.

Zastępca Dyrektora ds. Operacyjno-Szkoleniowych wyjaśnił, że LPR nie planuje objęcia lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w LZRM obowiązkiem zaliczenia okresowej kontroli w lotach liniowych, ponieważ nie są one wymagane przepisami wyższego rzędu. Wskazał, iż loty liniowe pod nadzorem odbywane w ramach szkolenia wstępnego oraz kontrola w locie liniowym po jego zakończeniu, a także przeprowadzana kontrola jakości udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy wyczerpują potrzeby w tym zakresie.

³⁴ Część D – Szkolenie (Śmigłowiec), FOM-D-02-05-01(H)(a) Szkolenie wstępne lekarzy (MP), pkt 1. Szkolenia wstępne lekarzy wprowadzone zostały od 1 stycznia 2018 r.

³⁵ Część D – Szkolenie (Śmigłowiec), FOM-D-02-05-01(H)(a) Szkolenie wstępne lekarzy (MP), pkt 3 i FOM-D-02-05-01(H)(d) Kontrola w lotach liniowych lekarza (MP), pkt 1-4.

³⁶ Zmiana awaryjna do Instrukcji Operacyjnej – Część D, karta ewidencyjna zmian awaryjnych, nr zmiany AL. 01.

(akta kontroli str. 2832-3086, 4666-4688, 8704-8755)

W latach 2023-2025 (do 5 sierpnia) nie powtarzano zakresu szkolenia medycznego lekarzy (MP) w przypadkach dokonywania zmian w wyposażeniu medycznym śmigłowców HEMS do czego zobowiązywały postanowienia Instrukcji Operacyjnej, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 2832-3086, 3670-3677, 8689-8697, 8756-8776)

W okresie objętym kontrolą lekarze dyżurujący w LZRM podlegali kontrolom w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Były one przeprowadzane na podstawie Regulaminu kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Lotniczym Pogotowiu Ratunkowym, który został wprowadzony zarządzeniem Dyrektora LPR³⁷. Dokument ten przewidywał, że kontrolę przeprowadza się w przypadku zgłoszenia informacji o możliwości zaistnienia nieprawidłowości lub planowo – według zasad określonych przez Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych.

Nie sporządzono jednak planu kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w LPR obejmującego lata 2023-2025, pomimo że zostało to przewidziane w Regulaminie w sprawie kontroli, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 3681-3684, 4666-4688)

W okresie od 10 marca 2023 r. do 9 czerwca 2025 r. na podstawie Regulaminu w sprawie kontroli przeprowadzono 62 kontrole lekarzy dyżurujących w LZRM. Wszystkie te kontrole były określone jako planowe – pomimo braku takiego planu.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że w okresie od 1 stycznia 2023 r. do 16 czerwca 2025 r. nie odnotowano zgłoszeń o możliwych nieprawidłowościach podczas udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy. W związku z powyższym nie było potrzeby przeprowadzania kontroli pozaplanowych, tj. doraźnych.

(akta kontroli str. 3681-3690, 4666-4688)

W przypadku jednego lekarza, pomimo że przeprowadzona kontrola jakości udzielania świadczeń zdrowotnych wykazała szereg nieprawidłowości, nie została przeprowadzona kolejna kontrola sprawdzająca w tym zakresie, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 3681-3690, 3779-3780, 8698-8756)

Jeden z 15 (6,7%) lekarzy udzielający świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartej umowy cywilno-prawnej³⁸, przed rozpoczęciem pełnienia samodzielnych dyżurów HEMS w ramach tej umowy, nie uczestniczył w szkoleniu wstępnym, nie odbył lotów pod nadzorem oraz nie zaliczył sprawdzianu w lotach

³⁷ 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.

³⁸ Umowa nr 01/EPXL/2021 z 22 września 2021 r.

liniowych, pomimo że zgodnie z jej postanowieniami, dopiero dopełnienie ww. obowiązków uprawniało lekarza do samodzielnego udzielania świadczeń w LZRM, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 4862-4955, 8654-8688)

Szczegółowym badaniem w zakresie spełniania wymagań objęto dwie bazy operacyjne, tj. bazy HEMS w: Płocku i Warszawie.

Bazy operacyjne HEMS spełniały wymagania w zakresie objętym badaniem. Przeprowadzone oględziny³⁹ potwierdziły, że znajdowały się w nich pomieszczenia higieniczno-sanitarne, które były wyposażone w natrysk, a także pomieszczenia z miejscem na odpady – stosownie do § 10 ust. 2 i § 25 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁴⁰. Stanowiska pracy członków LZRM w miejscu ich stacjonowania były wyposażone w stacje robocze z monitorem umożliwiającym korzystanie z SWD PRM, drukarki współpracujące ze stacją roboczą, drukujące na formacie A4 oraz połączenie z Internetem – zgodnie z § 10 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego⁴¹. Zgodnie z rozporządzeniem Komisji w sprawie operacji lotniczych (załącznik V, podczęść J, SPA.HEMS.145 Urządzenia baz operacyjnych HEMS) – bazy umożliwiały odpowiednie zakwaterowanie⁴² członkom LZRM, a piloci mieli zapewnione urządzenia umożliwiające otrzymywanie informacji o aktualnych i prognozowanych warunkach pogodowych oraz konsole dyspozytorskie⁴³ zapewniające łączność z jednostkami służb ruchu lotniczego (ATS)⁴⁴. Bazy HEMS posiadały łączność komórkową oraz łączność radiową – stosownie do załącznika nr 3 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Leki zawierające w swoim składzie środki odurzające lub substancje psychotropowe były przechowywane w bazach w zamkniętych kasetach (sejfach), które z kolei znajdowały się wewnątrz zamkniętych metalowych szaf i były do nich trwale przymocowane⁴⁵, co spełniało wymagania określone w § 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 farmaceutycznego⁴⁶. Zgodnie

³⁹ Oględziny zostały przeprowadzone w dniach: 6 i 17 czerwca 2025 r., 16 lipca 2025 r. – HEMS Warszawa, 26 czerwca 2025 r. – HEMS Płock.

⁴⁰ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

⁴¹ Dz. U. poz. 310, dalej: rozporządzenie w sprawie SWD PRM.

⁴² W części „hotelowej” znajdowały się cztery pokoje 1-osobowe oraz dwa pokoje 2-osobowe wyposażone w łóżka, szafki nocne, stoliki, krzesła, szafy ubraniowe, lustra, a także zainstalowane w nich były urządzenia klimatyzacyjne. W pokojach były wyodrębnione łazienki z toaletą i natryskiem.

⁴³ Konsole dyspozytorskie dostrojone były do częstotliwości lotniczej, posiadały one również możliwość ustawienia ręcznego.

⁴⁴ ATS, ang. Air Traffic Services – Służba Ruchu Lotniczego.

⁴⁵ Metalowe szafy, wewnątrz których znajdowały się sejfy, były ustawione w pomieszczeniach medycznych czystych, a ostęp do sejfu posiadali lekarze dyżurni HEMS oraz kierownik oddziału lub filii.

⁴⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 2124.

z art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii⁴⁷ LPR uzyskało stosowne zgody wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych na posiadanie i stosowanie produktów leczniczych zawierających w swoim składzie środki odurzające i substancje psychotropowe⁴⁸.

Na potrzeby operacji HEMS w LPR ustanowiono i utrzymywano monitorowany system śledzenia pozycji statku powietrznego – stosownie do rozporządzenia Komisji w sprawie operacji lotniczych (załącznik V, podczęść J Operacje śmigłowcowych służb ratownictwa medycznego, SPA.HEMS.151 System śledzenia pozycji statku powietrznego). W okresie objętym kontrolą dostęp do systemu wizualizacji pozycji śmigłowców EC 135 z satelitarną transmisją danych z pokładu śmigłowców był dostarczony przez podmiot zewnętrzny na podstawie czterech zawartych umów⁴⁹.

(akta kontroli str. 4244-4400, 4689-4772, 5308-5359)

Przeprowadzone oględziny⁵⁰ potwierdziły, że poddany oględzinom specjalistyczny środek transportu sanitarnego, spełniał wymagania określone w art. 37 ust. 2 ustawy PRM, przy czym stwierdzono niewielkie braki w zakresie wyposażenia w cewniki dożylnie centralne oraz miski nerkowate⁵¹ określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane⁵².

Standardy wyposażenia śmigłowców HEMS zostały uregulowane w Instrukcji Medycznej⁵³, która została wprowadzona do użytku w LPR zarządzeniem Dyrektora⁵⁴. W dokumencie tym szczegółowo wymieniono wyroby medyczne (sprzęt) i produkty lecznicze (leki) wchodzące w skład obowiązkowego wyposażenia śmigłowców wraz z określeniem ich ilości oraz dokładnej lokalizacji na jego pokładzie.

(akta kontroli str. 3087-3520, 5195-5211, 5265-5308)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że bezpieczne wykorzystanie cewników centralnych wymaga spełnienia wielu warunków, w tym możliwości działania w warunkach jałowego pola zabiegowego oraz bezsprzecznego potwierdzenia prawidłowego umieszczenia cewnika w żyłę, radiologicznie lub za pomocą aparatu USG, pod warunkiem posiadania specjalistycznych umiejętności, które nie są wymagane w medycynie ratunkowej. Wyjaśnił, iż takie umiejętności posiadają głównie lekarze ze specjalizacją w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, natomiast do pracy w zespołach ratownictwa medycznego są również lekarze bez takiej specjalizacji. Zastępca Dyrektora

⁴⁷ Dz. U. z 2023 r. poz. 1939, ze zm.

⁴⁸ Według stanu na dzień 30 czerwca 2025 r.

⁴⁹ Umowy o numerach: 176/DN/2022 z 13.05.2022 r., 171/DN/2023 z 8.05.2023 r., 118/DN/2024 z 26.04.2024 r. i 132/DN/2025 z 20.05.2025 r.

⁵⁰ Przedmiotem przeprowadzonych w dniu 4 czerwca 2025 r. oględzin był śmigłowiec dyżurny stacjonujący w Bazie HEMS w Warszawie.

⁵¹ Instrukcja Medyczna (Część 3: Standardy wyposażenia), w której określono obowiązkowe wyposażenie śmigłowców HEMS nie uwzględniała cewników dożylnych centralnych i misek nerkowatych.

⁵² Polska Norma PN-EN 13718-2+A1 (wprowadzająca EN 13718-2:2015+A1:2020, IDT, zastępująca PN 13718-2:2015-04).

⁵³ Określono je w części 3: Standardy wyposażenia.

⁵⁴ Zarządzenie nr 59/Z/2022 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 2 listopada 2022 r. w sprawie wprowadzenia wydania nr III Instrukcji medycznej.

wskazał również, że w medycynie ratunkowej stosuje się alternatywne rozwiązania o porównywalnej skuteczności, jednak znacznie bezpieczniejsze dla pacjenta, tj. dostęp doszpikowy, zestaw do terapii donosowej, w użyciu których lotnicze zespoły ratownictwa medycznego są regularnie szkolone. W odniesieniu do misek nerkowatych Zastępca Dyrektora ds. medycznych wyjaśnił, iż nie są one używane ze względu na ich rozmiar oraz beżużyteczność podczas lotu, a ich funkcje realizują zamykane pojemniki na odpady oraz worki na wymiociny – pojemne i z możliwością zamknięcia. Wskazał, że w Europejskim Komitecie normalizacyjnym (CEN) trwają prace nad zmianą treści przedmiotowej normy i jej aktualizacji, aby była zgodna z aktualną wiedzą medyczną.

(akta kontroli str. 4666-4688)

Oględzinom poddano śmigłowiec HEMS (typ: Eurocopter, oznaczenie fabryczne: EC 135 P2+), znak wywoławczy⁵⁵ „Ratownik 12”, stacjonujący w Bazie HEMS w Warszawie znajdującej się na terenie lotniska Warszawa-Babice. Śmigłowiec posiadał świadectwo rejestracji wydane przez Prezesa Urzędu Lotnictwa Cywilnego potwierdzające wpisanie do rejestru cywilnych statków powietrznych – stosownie do Konwencji o międzynarodowym lotnictwie cywilnym, podpisanej w Chicago dnia 7 grudnia 1944 r.⁵⁶ Zgodnie z § 17 rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2021 r. w sprawie rejestru cywilnych statków powietrznych, znaków i napisów umieszczanych na statkach powietrznych oraz wykazu znaków rozpoznawczych wykorzystywanych do lotów przez statki powietrzne niewpisane do rejestru cywilnych statków powietrznych⁵⁷, na stateczniku pionowym, na końcu belki ogonowej umieszczone były znaki rozpoznawcze, tj. znaki przynależności państwowej i znaki rejestracyjne: SP - HXP. Przeprowadzone oględziny potwierdziły, że śmigłowiec posiada łączność radiową oraz jest wyposażony w telefon satelitarny i telefon komórkowy, co umożliwia łączność z Centrum Operacyjnym LPR, dyspozytornią medyczną, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi i pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego – zgodnie z rozporządzeniem Komisji w sprawie operacji lotniczych (załącznik V, podczęść J Operacje śmigłowcowych służb ratownictwa medycznego, SPA.EMS.115 Łączność) oraz załącznikiem nr 3 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych (w części dotyczącej pozostałych wymagań, pkt 2 Wymagania dotyczące łączności, podpunkty 1 i 2). Oznakowanie śmigłowca odpowiadało wymogom określonym w załączniku nr 2 (część II) 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 medycznego⁵⁸. Wyroby medyczne znajdujące się na pokładzie śmigłowca posiadały aktualne

⁵⁵ Załoga śmigłowca HEMS posługiwała się znakami wywoławczymi składającymi się za słowa „Ratownik” z numerem „śmigłowca dyżurnego (podstawowego)”, który był określony w Instrukcji Operacyjnej, a numer ten w poszczególnych bazach HEMS określono na: 1 – Białystok, 2 – Bydgoszcz, 3 – Gdańsk, 4 – Katowice, 5 – Kielce, 6 – Kraków, 7 – Lublin, 8 – Olsztyn, 9 – Poznań, 10 – Sanok, 11 – Szczecin, 12 – Warszawa, 13 – Wrocław, 15 – Zielona Góra, 16 – Łódź, 17 – Suwałki, 18 – Płock, 19 – Sokołów Podlaski, 21 – Ostrów Wielkopolski, 22 – Koszalin, 23 – Opole i 24 – Gorzów Wielkopolski.

⁵⁶ Dz. U. z 1959 r. Nr 35, poz. 212, ze zm.

⁵⁷ Dz. U. z 2025 r. poz. 156.

⁵⁸ Dz. U. z 2023 r. poz. 118.

przeglądy techniczne wynikające z instrukcji ich używania – zgodnie z art. 63 ust. 3 ustawy z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych⁵⁹.

(akta kontroli str. 3087-3089, 3346-3437, 5265-5307)

W okresie od 1 stycznia 2023 r. do 17 czerwca 2025 r., tj. przez 897 dni, informacje o posiadanych wyrobach medycznych wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego nie były przez LPR przekazywane do Systemu Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia⁶⁰, do czego zobowiązywał art. 24 ust. 4 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia⁶¹, co szczegółowo opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 3521-3677, 4666-4688)

Posiadana przez LPR flota śmigłowcowa⁶² wykorzystywana w misjach HEMS 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 HEMS, cztery w stacjach obsługi technicznej, a jeden był wykorzystywany w Dziale Szkolenia.

Działając w zastępstwie Dyrektora, Główny Księgowy wyjaśnił, że uwzględniając liczbę baz, harmonogram obsług technicznych posiadanych śmigłowców oraz potrzeby szkoleniowe, flota śmigłowców wykorzystywanych w misjach HEMS powinna zostać zwiększona. Wyjaśnił, iż w ogłoszonym przez Ministra Zdrowia konkursie nr FM-SMPL.04.LZRM.2025 na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w ramach programu inwestycyjnego w zakresie wsparcia działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego – zakup fabrycznie nowych śmigłowców ratunkowych, LPR złożył wniosek o dofinansowanie, a obecnie oczekuje na zawarcie umowy. Wyjaśnił również, że pożądane byłoby zwiększenie liczby śmigłowców HEMS o co najmniej cztery rezerwowe, przy czym wskazał na potrzebę posiadania śmigłowców o większych możliwościach operacyjnych niż aktualnie użytkowane. Podkreślił, że posiadanie przez LPR śmigłowców o większym zasięgu zapewni w nocy większe pokrycie obszaru kraju, tj. bez konieczności dodatkowego tankowania, a także umożliwi pracę bazy w Koszalinie w trybie całorocznym.

(akta kontroli str. 3916, 8388-8393)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W latach 2023-2025 (do 5 sierpnia) nie powtarzano zakresu szkolenia medycznego lekarzy (MP) w przypadkach dokonywania zmian w wyposażeniu medycznym śmigłowców HEMS, tj. wprowadzaniu nowych wyrobów medycznych, przed ich wykorzystaniem przez danego lekarza w trakcie rzeczywistych misji ratowniczych, co było niezgodne z postanowieniami Instrukcji Operacyjnej. W części D – Szkolenie (Śmigłowce), FOM-D-02-05-01(H)(a) Szkolenie wstępne lekarzy (MP), pkt 7 tego dokumentu wskazano, że w przypadku dokonania zmiany w wyposażeniu medycznym statku

⁵⁹ Dz. U. z 2024 r., poz. 1620, ze zm.

⁶⁰ Dalej: SEZOZ.

⁶¹ Dz. U. z 2025 r. poz. 302, ze zm., dalej: ustawa o informacji w ochronie zdrowia.

⁶² Stan na 30 czerwca 2025 r.

powietrznego zakres szkolenia medycznego należy powtórzyć – zawsze w terminie poprzedzającym operacyjne wykorzystanie przez danego lekarza (MP) zmodyfikowanych / zastąpionych / doposażonych urządzeń medycznych. Termin „należy” zdefiniowany w ww. części oznaczał zaś konieczność postępowania zgodnego z warunkami określonymi w danym zapisie, a terminu tego używało się przy formułowaniu zasad stanowiących nakaz (FOM-D-ADM-07(H) Definicje, skróty i terminy, pkt 3.3). W ww. części Instrukcji Operacyjnej postanowiono także, w odniesieniu do zakresu medycznego, iż zapoznanie ze sprzętem medycznym użytkowanym w LPR obejmuje również ćwiczenia praktyczne w jego obsłudze (FOM-D-02-05-01(H)(a), pkt 2.2).

Dotyczyło to braku powtórzenia zakresu szkolenia medycznego lekarzy po dokonaniu zmian w wyposażeniu śmigłowców stacjonujących w 22 bazach HEMS. Zmiany te polegały na wprowadzeniu do użytkowania nowych wyrobów medycznych, tj. defibrylatorów Defigard Touch 7, urządzeń do kompresji klatki piersiowej LUCAS 3.1 oraz aparatów USG Vscan Air CL. Przedmiotowe wyroby wprowadzono do użytkowania w bazach HEMS w okresie od 19 stycznia 2023 r. do 22 kwietnia 2025 r., przy czym defibrylatory – od stycznia do czerwca 2023 r., aparaty USG – w marcu 2024 r., a urządzenia do kompresji klatki piersiowej – w kwietniu 2025 r.

W ramach szkoleń uzupełniających LPR udostępniło lekarzom platformę e-learningową ze szkoleniami w zakresie korzystania z ww. wyrobów medycznych, jednak realizacja szkolenia w tej formie uniemożliwiała odbycie wymaganych ćwiczeń praktycznych w obsłudze ww. sprzętu, a także nie wszyscy lekarze je ukończyli. Według stanu na dzień 5 sierpnia 2025 r., spośród lekarzy, którym udostępniono te szkolenia, w odniesieniu do szkoleń dotyczących obsługi defibrylatora Defigard Touch 7, aparatu USG Vscan Air CL oraz urządzenia LUCAS 3.1, szkoleń nie ukończyło odpowiednio: – 25 ze 164 lekarzy (15,2%), 66 ze 164 lekarzy (40,2%) i 36 ze 140 lekarzy (25,7%).

Na dzień 31 lipca 2025 r. 134 z 137 lekarzy (97,8%) udzielających świadczeń zdrowotnych w LPR nie powtórzyło zakresu szkolenia medycznego w związku z dokonanymi zmianami w wyposażeniu medycznym śmigłowców HEMS.

Kierownik Działu Zarządzania Klinicznego wyjaśnił, że przeoczono postanowienia Instrukcji Operacyjnej wskazujące na konieczność powtórzenia zakresu szkoleń medycznych w formie wskazanej w FOM-D-02-05-01-(H)(a). Wyjaśnił, iż ze względu na ograniczoną dostępność lekarzy przyjęto formułę szkolenia e-learningowego.

Działający w zastępstwie Dyrektora, Główny Księgowy również wyjaśnił, że przeoczono konieczność powtarzania zakresu szkoleń medycznych w przypadkach dokonywania zmian w wyposażeniu medycznym statku powietrznego, a przyjęta formuła szkolenia e-learningowego wynikała z ograniczonej dostępności lekarzy. Jednocześnie wskazał, iż LPR zobowiązuje się do powtórzenia zakresu szkoleń medycznych w sposób określony w FOM-D-02-05-01(H)(a).

(akta kontroli str. 2832-3086, 3668-3677, 8689-8697, 8756-8776)

2. W LPR nie sporządzono planu kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, obejmującego lata 2023-2025, pomimo że zostało to

przewidziane w Regulaminie w sprawie kontroli, co było nierzetelne. Postanowienia zawarte w tym dokumencie stanowiły, iż kontrole przeprowadza się w przypadku zgłoszenia informacji o możliwości zaistnienia nieprawidłowości lub planowo (pkt 1). W latach 2023-2025 (do 16 czerwca) przeprowadzono wyłącznie kontrole, które określono jako planowe, pomimo iż nie sporządzono takiego planu. W ww. okresie nie przeprowadzono żadnej kontroli będącej wynikiem otrzymania informacji o możliwości zaistnienia nieprawidłowości. Zgodnie z § 2 zarządzenia Dyrektora LPR Nr 68/Z/2022 z 2 grudnia 2022 r., którym wprowadzono Regulamin w sprawie kontroli, odpowiedzialny był Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że kontrole lekarzy w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych nie wynikają z żadnych zewnętrznych regulacji prawnych i nie zostały określone jako obowiązkowe. Oznaczało to, że nie mają one pierwszeństwa przy planowaniu. Wyjaśnił również, iż przeprowadzanie kontroli jest możliwe tylko wtedy, gdy dostępny jest dodatkowy wolny fotel w śmigłowcu, a ten z kolei może być niedostępny z wielu względów operacyjnych. Zastępca Dyrektora wyjaśnił, że z tego powodu uzgodnienie terminów kontroli lekarzy jest możliwe tylko z niewielkim wyprzedzeniem czasowym. Ponadto wyjaśnił, iż na podstawie zebranych doświadczeń uznano, że planowanie ich na bieżąco jest zdecydowanie bardziej efektywne.

NIK nie podziela powyższego stanowiska, gdyż to wprowadzona przez Dyrektora procedura powinna determinować postępowanie dotyczące kontroli jakości udzielanych świadczeń przez lekarzy, a nie zebrane doświadczenia czy przyjęta praktyka. Przyczyną powstania nieprawidłowości było właśnie odejście od wdrożonej w LPR procedury kontrolnej. NIK wskazuje ponadto, że w załączniku do komunikatu nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych⁶³, w części II Standardy kontroli zarządczej, lit. B Cele i zarządzanie ryzykiem (pkt 6) określono, iż cele i zadania należy określać jasno i w co najmniej rocznej perspektywie, a ich wykonanie należy monitorować za pomocą wyznaczonych mierników. Oznacza to, że sporządzenie przedmiotowego planu kontroli powinno służyć także monitorowaniu stopnia wykonania zadania wyznaczonego przez Dyrektora i wprowadzonego ww. zarządzeniem.

(akta kontroli str. 3681-3684, 4666-4688)

3. Nie przeprowadzono kontroli sprawdzającej jakości udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarza pełniącego dyżury w LZRM, aż do wygaśnięcia zawartej z nim umowy na udzielanie tych świadczeń, tj. przez 495 dni, pomimo że dokonane wcześniej przez lekarza koordynatora LPR ustalenia kontroli określonej jako planowa, wykazały szereg nieprawidłowości w tym zakresie, co było nierzetelne.

Dotyczyło to braku kontroli sprawdzającej w zakresie jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza [...] w sytuacji, gdy przeprowadzona

⁶³ Dz. Urz. MF z 2009 r., poz. 84.

* Na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. z 2022 r. poz. 902, ze zm.) NIK wyłączyła jawność informacji w zakresie danych osobowych. Wyłączenia tego dokonano w interesie osoby fizycznej.

w dniu 23 sierpnia 2023 r., określona jako planowa i obejmująca ten sam zakres kontrola ww. lekarza wykazała łącznie sześć nieprawidłowości, w dwóch z trzech obszarach podlegających ocenie. Przedmiotową kontrolę, stosownie do obowiązującego w LPR Regulaminu w sprawie kontroli, przeprowadził lekarz wyznaczony przez Dyrektora ds. Medycznych, natomiast narzędziem wykorzystanym do oceny był protokół kontroli lekarza. Wzór przedmiotowego protokołu, jako narzędzie do oceny jakości udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, stanowił załącznik nr 2 do zarządzenia nr 68/Z/2022 Dyrektora LPR z 2 grudnia 2022 r., którym to wprowadzono do użytku służbowego Regulamin w sprawie kontroli. We wzorze protokołu kontroli lekarza przyjęto trzystopniową skalę ocen, tj.: „akceptowalną (AKC)”, „nieakceptowalną (NAKC)” oraz „do poprawy (DP)”. W protokole kontroli z 23 sierpnia 2023 r., przy sześciu z 13 (46,2%) pozycji tego dokumentu, obejmujących dwa obszary, kontrolujący sformułował oceny inne niż „akceptowalne”. W czterech pozycjach wystawiono oceny „do poprawy”, a w dwóch – oceny „nieakceptowalne”. Oceny „nieakceptowalne” wynikały z niezgodności w prowadzeniu dokumentacji medycznej oraz jej nieczytelności. Pomimo stwierdzonych uchybień z lekarzem [...] w dniu 23 grudnia 2023 r. do obowiązującej umowy zawarto aneks, którym przedłużono okres jej obowiązywania do 31 grudnia 2024 r.

Po kontroli w dniu 23 sierpnia 2023 r., w okresie od 25 sierpnia 2023 r. do 6 grudnia 2024 r. lekarz [...] pełnił 80 samodzielnych dyżurów (łącznie przez ponad 1744 godziny).

W ocenie NIK do powstania opisanej nieprawidłowości przyczyniło się niedoprecyzowanie zasad kontroli, które było przewidziane w pkt 1 Regulaminu kontroli⁶⁴.

Zastępca Dyrektora ds. medycznych wyjaśnił, że w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami lekarzowi zaproponowano aneks przedłużający umowę tylko o jeden rok, wskazując jednocześnie obszary wymagające poprawy. Wyjaśnił, iż w tym czasie trwało bieżące monitorowanie dyżurów lekarza polegające na losowym, zdalnym sprawdzaniu sporządzanej przez niego dokumentacji medycznej. Przed podjęciem decyzji o ponownej kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych lekarz przekazał informację, że nie będzie przedłużał współpracy z LPR, a z dniem 31 grudnia 2024 r. wygaśła umowa będąca podstawą ich udzielania. Odnosząc się do niedoprecyzowania zasad kontroli, Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że Regulamin w sprawie kontroli nie precyzuje formy, w jakiej należy określić zasady kontroli, a więc mogą zostać one sformułowane ustnie. Tym bardziej, iż Regulamin w sprawie kontroli sam w sobie jest kompleksową regulacją dotyczącą przedmiotowej kontroli.

Główny Księgowy, działający w zastępstwie Dyrektora, wyjaśnił, że w związku z ustaleniami po kontroli z 23 sierpnia 2023 r. lekarzowi zaproponowano przedłużenie obowiązującej umowy jedynie o jeden rok. Wyjaśnił również, iż prowadzono bieżące, zdalne monitorowanie dokumentacji medycznej lekarza,

⁶⁴ Zgodnie z pkt 1 Regulaminu w sprawie kontroli, kontrolę przeprowadza się w przypadku zgłoszenia informacji o możliwości zaistnienia nieprawidłowości lub planowo – według zasad określonych przez DM.

a wyniki tej kontroli warunkowały podjęcie decyzji o ewentualnym kolejnym przedłużeniu umowy.

NIK nie może zgodzić się z taką argumentacją, ponieważ sposób przeprowadzenia kontroli jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy w LPR został uregulowany w Regulaminie w sprawie kontroli. Dokument ten został wprowadzony do użytku służbowego w LPR z dniem 2 grudnia 2022 r. i do dnia zakończenia czynności kontrolnych nie został zmieniony w tym zakresie. Z kolei narzędziem do przedmiotowych kontroli był protokół kontroli lekarza. Część ocen obejmujących obszar dotyczący znajomości Instrukcji Medycznej i stosowania w praktyce procedur i standardów medycznych, odnosiła się do postępowania lekarza na miejscu zdarzenia, przy przekazaniu pacjenta oraz zarządzania akcją⁶⁵. Tego rodzaju oceny nie sposób dokonać zdalnie. Z kolei nieokreślenie w Regulaminie w sprawie kontroli zasad postępowania w przypadku wystawienia oceny „nieakceptowalnej” świadczy o tym, iż nie jest on kompleksową regulacją dotyczącą przedmiotowej kontroli. W tym celu przewidziano w nim obowiązek określenia zasad kontroli. Ponadto, prawidłowość i czytelność dokumentacji medycznej, która była prowadzona w formie papierowej, miało szczególne znaczenie dla pacjenta, gdyż odnotowywano w niej wykonane procedury medyczne oraz podane mu leki.

(akta kontroli str. 3681-3684, 3779-3780, 4666-4688, 5167-5194, 8698-8755)

4. Jeden z lekarzy, pełnił samodzielne dyżury w LZRM bez wcześniejszego uczestnictwa w szkoleniu wstępnym, odbyciu lotów pod nadzorem oraz zaliczeniu sprawdzianu w locie liniowym HEMS pod nadzorem, pomimo że było to niezgodne z § 4 ust. 5 zawartej z nim umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W myśl przywołanego postanowienia, przyjmujący zamówienie zobowiązany był do uczestnictwa w szkoleniu wstępnym oraz pełnienia dyżury pod nadzorem lekarza wyznaczonego przez udzielającego zamówienie do czasu odbycia minimum dwóch lotów liniowych pod nadzorem, w tym jednego HEMS i uzyskania pozytywnego wyniku w ramach sprawdzianu w locie liniowym HEMS pod nadzorem. Dopiero po spełnieniu powyższego, przyjmujący zamówienie był uprawniony do samodzielnego udzielania świadczeń w ramach umowy.

Dotyczyło to lekarza, który w okresie od 7 stycznia do 31 grudnia 2023 r., w bazie HEMS Lublin pełnił 51 samodzielnych dyżurów (łącznie przez ponad 667 godzin).

Działając w zastępstwie Dyrektora, Główny Księgowy wyjaśnił, że lekarz nie odbył szkolenia wstępnego, ponieważ pierwsza umowa z 30 października 2014 r. obowiązywała do 6 września 2021 r., natomiast druga od 7 września 2021 r., a więc zachowana była ciągłość współpracy. Wobec powyższego nie widziano konieczności kierowania lekarza na szkolenie wstępne. Wyjaśnił ponadto,

⁶⁵ W protokole kontroli lekarza, w punkcie 2. Znajomość Instrukcji Medycznej i stosowanie w praktyce procedur i standardów medycznych, wskazano, że poprawy wymagają działania opisane w literach: D) Na miejscu zdarzenia (m.in. zabranie potrzebnego sprzętu, plan działania, monitorowanie pacjenta, procedury medyczne, ciągłość opieki nad pacjentem, decyzje kliniczne – zgodność ze standardami klinicznymi LPR), F) Przekazanie pacjenta: zachowanie schematu (np. ATMIST, ISBAR), kluczowe informacje, klarowność przekazu i G) Zarządzanie akcją – rola lidera, priorytety, aktywność symultaniczna, tempo akcji, plany awaryjne, komunikacja w pętli zamkniętej, język, współpraca z innymi podmiotami, mowa ciała, bezpieczeństwo, ergonomia.

iż postanowienie w umowie zostało wprowadzone z myślą o nowych lekarzach, którzy wcześniej nie pracowali w LPR.

NIK nie może przyjąć przedstawionej argumentacji, ponieważ postanowienia przedmiotowej umowy jednoznacznie określały warunki udzielania świadczeń zdrowotnych. Postanowienia te nie były zmieniane do 31 grudnia 2023 r. Oznacza to, iż lekarz mógł pełnić samodzielne dyżury w LZRM dopiero po spełnieniu warunków opisanych w § 4 ust. 5 ww. umowy. NIK zauważa, że pomimo wieloletniej pracy w LPR wskazany lekarz nie miał możliwości odbycia wcześniej szkolenia wstępnego, lotów pod nadzorem oraz zaliczenia sprawdzianu w locie lekarza, ponieważ nie były one wówczas obowiązkowe. Tymczasem, na wyposażenie śmigłowca stacjonującego w bazie HEMS Lublin wprowadzono nowe wyroby medyczne, m.in. aparat USG Vscan Air CL – w dniu 25 marca 2024 r. Jednak do dnia 5 sierpnia 2025 r. lekarz nie ukończył szkolenia dotyczącego obsługi ww. aparatu USG. Ponadto lekarze, jako grupa zawodowa, nie byli objęci obowiązkowymi szkoleniami okresowymi w LPR.

(akta kontroli str. 3668-3677, 4862-4955, 8654-8688)

5. W latach 2023-2025 (do 17 czerwca), tj. przez 897 dni LPR nie przekazywał do SEZOS informacji o posiadanych wyrobach medycznych, co było niezgodne z art. 24 ust. 4 ustawy o informacji w ochronie zdrowia. Przepis ten zobowiązywał usługodawców do nieodpłatnego przekazywania ww. informacji do jednostki podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia⁶⁶.

Z kolei szczegółowe informacje dotyczące posiadanych wyrobów medycznych, które były ujęte w załączniku do rozporządzenia 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 informacji⁶⁷ powinny być przekazywane w terminie określonym w § 4 pkt 2 tego rozporządzenia. Zgodnie z tym przepisem przedmiotowe informacje, usługodawca będący podmiotem leczniczym innym niż podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne w szpitalu, przekazuje corocznie do dnia 15 stycznia każdego roku.

Dotyczyło to 295 wyrobów medycznych będących w posiadaniu LPR, w tym 47 defibrylatorów, 92 respiratorów, 90 pomp infuzyjnych, 32 aparatów USG, 29 urządzeń do kompresji klatki piersiowej oraz pięciu kardiomonitorów. Wyroby te były wprowadzane do użytkowania w LPR w okresie od 22 stycznia 2007 r. (trzy respiratory) do 22 kwietnia 2025 r. (27 urządzeń do kompresji klatki piersiowej).

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że nieprzekazywanie informacji o posiadanych przez LPR wyrobach medycznych do SEZOS wynikało z braku świadomości o istnieniu takiego obowiązku. Z tego też powodu nie wyznaczono pracownika odpowiedzialnego za przekazywanie takich informacji. Wyjaśnił

⁶⁶ Zgodnie z § 1 ust. 1 Załącznika Nr 1 do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. w sprawie Centrum e-Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2024 r. poz. 47), jednostką podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, właściwą w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia jest Centrum e-Zdrowia.

⁶⁷ Dz. U. z 2025 r. poz. 496, dalej: rozporządzenie w sprawie SEZOS.

również, iż w trakcie kontroli NIK, po uzyskaniu informacji o obowiązku przekazywania szczegółowych informacji o posiadanych wyrobach medycznych wskazanych w części I załącznika do rozporządzenia w sprawie SEZOZ, obowiązek ten został niezwłocznie dopełniony. W LPR wyznaczono również osobę odpowiedzialną za przekazywanie oraz aktualizowanie ww. informacji. Od 17 czerwca 2025 r. osobą odpowiedzialną za realizację tego zadania jest pracownik zatrudniony na stanowisku głównego specjalisty, pełniący obowiązki kierownika Działu Logistyki Medycznej.

W trakcie trwania kontroli, w dniach od 17 do 20 czerwca 2025 r., informacje o posiadanych przez LPR wyrobach medycznych, o których mowa w części I załącznika do rozporządzenia w sprawie SEZOZ zostały przekazane do SEZOZ.

(akta kontroli str. 3521-3532, 3554-3677, 3904-3912)

OCENA CZĄSTKOWA

LPR zapewniło warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, jednak w badanym obszarze wystąpiły nieprawidłowości związane z zapewnieniem wymaganego przygotowania kadry lekarskiej do udzielania świadczeń w LZRM, w tym nieprzeprowadzenie szkoleń przed wdrożeniem nowego wyposażenia medycznego w śmigłowcach HEMS.

Obsada personalna LZRM odpowiadała wymaganiom rozporządzenia Komisji w sprawie operacji lotniczych. Piloci i członkowie załóg HEMS legitymowali się wymaganymi uprawnieniami oraz odbyli wymagane szkolenia. Bazy operacyjne HEMS spełniały stawiane im wymagania. Specjalistyczny środek transportu, w zakresie poddanym badaniu, spełniał wymagania normy. LPR rzetelnie kalkulowało koszty działalności LZRM.

OBSZAR

2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą, w czterech regionach operacyjnych składających się z oddziałów i filii⁶⁸ – funkcjonowały 22 bazy HEMS (21 baz stałych i jedna sezonowa⁶⁹). Według stanu na 30 czerwca 2025 r. sześć baz HEMS dyżurowało w trybie całodobowym, a 16 w godzinach od 7⁰⁰ do 20⁰⁰.

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

⁶⁸ 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).

⁶⁹ Baza HEMS w Koszalinie pełniła dyżur w okresie od 1 czerwca do 5 września.

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.

(akta kontroli str. 3904-3916, 4401-4544)

Działając z upoważnienia Dyrektora, Główny Księgowy wyjaśnił, że mając na uwadze liczbę wezwań, które w latach 2023-2025 (I półrocze) zostały odebrane przez LZRM, liczba baz operacyjnych HEMS jest wystarczająca dla pełnego zabezpieczenia potrzeb w zakresie realizowanych przez nie zadań. LPR prowadzi jednak działania zmierzające do zmiany statusu bazy w Koszalinie, tj. przekształcenie jej z bazy sezonowej na bazę całoroczną, pracującą w godzinach od 7⁰⁰ do 20⁰⁰. Odpowiedni wniosek w tej sprawie został złożony w ramach ogłoszonego przez Ministra Zdrowia konkursu nr FM-SMPL.03.LZRM.2025 na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w ramach programu inwestycyjnego w zakresie wsparcia działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego – przez utworzenie stałej bazy HEMS. Ponadto wyjaśnił, iż 13 czerwca 2025 r. została zatwierdzona lista rankingowa, co potwierdza przyznanie dofinansowania dla LPR. Główny Księgowy wskazał, że zakończenie budowy całorocznej bazy HEMS w Koszalinie planowane jest na koniec 2027 r.

(akta kontroli str. 3913, 8384-8393)

W okresie od 1 stycznia 2023 r. 30 czerwca 2025 r. LZRM wykonały 24 793 misje (9520 w 2023 r., 10 028 w 2024 r. i 5245 w okresie I-VI 2025 r.), z czego 2941 stanowiły misje w nocy (11,9%). Udział lotów do zachorowania i do wypadku w tej liczbie był zbliżony (odpowiednio 44,2% i 42,6%). Pozostałe misje były związane z transportem międzyszpitalnym (3117; 13,2%). W każdym roku okresu objętego kontrolą najwięcej misji wykonywał LZRM z bazy HEMS w Krakowie (751 w 2023 r., 831 w 2024 r. i 429 w okresie I-VI 2025 r.). Do szpitali LZRM przetransportowały 19 525 pacjentów; najwięcej LZRM z bazy HEMS w Krakowie – 1670 pacjentów.

(akta kontroli str. 6920 – 6943)

W okresie objętym kontrolą LZRM nie wykonywały swoich zadań z wykorzystaniem SWD PRM pomimo, że wykonywanie zadań z wykorzystaniem SWD PRM przez wszystkie zespoły ratownictwa medycznego wynikało z art. 24e ust. 1 ustawy PRM. LZRM nie były zobowiązane do korzystania z aplikacji mobilnej SWD PRM na podstawie § 11 rozporządzenia w sprawie SWD PRM. W celu ich zadysponowania do zdarzeń przez dyspozytorów medycznych wezwania były przekazywane z wykorzystaniem sieci internetowej dostępnej we wszystkich bazach HEMS. Osobą odpowiedzialną za przyjęcie wezwania był dyżurujący ratownik medyczny lub pielęgniarka/pielęgniarz pełniący funkcję członka załogi HEMS, który potwierdzał realizację misji lub informował dyspozytora o braku możliwości jej realizacji, np. ze względów pogodowych.

Zastępca Dyrektora ds. Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, administrator główny SWD PRM oraz działający w zastępstwie Dyrektora Główny Księgowy wyjaśnili, że wdrożona i uruchomiona produkcyjna wersja SWD PRM 1.0 nie zawierała funkcjonalności przewidzianej dla lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, a tym samym korzystały z niej wyłącznie zespoły naziemne. Wyjaśnili ponadto, że w ramach rozbudowy systemu SWD PRM do wersji 2.0 utworzone zostały moduły obsługujące LZRM (mobilny i stacjonarny), których pierwsze wdrożenie, na etapie pilotażu, jest planowane na dzień 8 sierpnia 2025 r., natomiast zakończenie wdrożenia planowane jest na koniec 2025 r.

Na dzień zakończenia kontroli LZRM nie wykorzystywały aplikacji mobilnej SWD PRM, co było zgodne z § 11 rozporządzenia w sprawie SWD PRM.

(akta kontroli str. 8373-8378, 8384-8393)

Czas pracy oraz odpoczynku członków LZRM był zgodny z obowiązującymi normami. Badanie szczegółowe przeprowadzono na próbie liczącej 44 członków LZRM, tj. 15 pilotów, 13 ratowników medycznych, dwoje pielęgniarzy oraz 14 lekarzy, świadczących pracę w roku 2024. Badaniem objęto łączny czas pracy członków załóg statków powietrznych 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 śmigłowcowej służbie ratownictwa medycznego w okresach kolejnych 28 dni, 7 dni i 24 godzin. Stwierdzono, że nie zostały przekroczone maksymalne czasy pracy i lotu określone w art. 102a, ust. 1, art. 103a ust. 6 ustawy Prawo lotnicze⁷⁰ 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 śmigłowcowej służbie ratownictwa medycznego⁷¹. Ponadto, członkom załóg statków powietrznych będących członkami LZRM zapewniono okresy dni wolnych od pracy wynikające z art. 103b ustawy Prawo lotnicze.

(akta kontroli str. 6618–6663, 8864-8977)

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 z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁷².

W zakresie zgodności czasu pracy lekarzy z zawartymi z nimi umowami badaniem szczegółowym objęto 14 lekarzy, którzy udzielali świadczeń w 2024 r., wybranych losowo⁷³, oraz dziewięciu lekarzy wybranych celowo (wszystkich udzielających świadczeń w LZRM o znaku wywoławczym (kodzie) „Ratownik 13” w 2024 r.)⁷⁴.

⁷⁰ Dz. U. z 2023 r. poz. 2110, ze zm.

⁷¹ Dz.U. poz.1493.

⁷² Dz. U. z 2025 r. poz. 450, ze zm.

⁷³ W drodze losowania prostego.

⁷⁴ W tym jeden lekarz wystąpił zarówno w próbie losowej, jak i celowej.

Stwierdzono 31 przypadków pełnienia dyżurów przez lekarzy niezgodnie z przyjętym grafikiem dyżurowym, na które nie uzyskano ich pisemnej zgody, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Umowy zawierane z lekarzami przewidywały ograniczenia planowanego czasu trwania dyżurów lekarzy do 24 godzin (§ 10 ust. 18). Mimo to stwierdzono, że dochodziło do pełnienia dyżurów przez lekarzy w dłuższym wymiarze czasowym, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

LPR zapłaciło dwukrotnie za dyżur lekarski w bazie Wrocław w dniach 6-7 września 2024 r., co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W jednym przypadku LPR niezasadnie zapłaciło za dyżur lekarski w wymiarze 45 minut, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 6447–6617; 6664–6894)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Stwierdzono 31 przypadków pełnienia dyżurów przez lekarzy niezgodnie z przyjętym grafikiem dyżurowym, które nie wynikały z konieczności realizacji zlecenia, co było niezgodne z treścią zawartych z nimi umów.

Zgodnie z § 10 ust. 3 i 4 umów zawartych pomiędzy LPR a lekarzami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej w LZRM, czas trwania czynności wymienionych w § 2 ust. 1 mógł być przedłużony w przypadku, kiedy działania związane z udzielaniem świadczeń nie mogą być przerwane. W przypadku zakończenia dyżuru po planowanym czasie jego zakończenia określonym w grafiku dyżurowym, przyjmującemu zamówienie przysługiwało wynagrodzenie za czas trwania przedłużenia dyżuru oraz za czas przeznaczony na wypełnienie dokumentacji oraz odtworzenie gotowości medycznej. Każdorazowo takie przedłużenie czasu musiało zostać wpisane w kartę pracy z podaniem czasu zakończenia wykonywania ww. czynności. Udzielający zamówienia za zgodą przyjmującego zamówienie, wyrażonego w formie pisemnej (w tym za pomocą indywidualnej służbowej poczty elektronicznej) mógł wyznaczyć go do pozostawiania w gotowości do udzielania świadczenia poza czasem określonym zatwierdzonym grafikiem dyżurowym na dany miesiąc kalendarzowy.

Ponadto, zgodnie z § 7 ust. 1 zawartych umów z lekarzami przyjmujący zamówienie (lekarz) zobowiązany był do osobistego wykonywania świadczeń i nie miał prawa do przenoszenia swoich obowiązków wynikających z umowy na inne osoby trzecie, z wyjątkiem zaistnienia nieprzewidywalnych okoliczności, uniemożliwiających stawienie się na dyżur i udzielanie świadczeń. W takim przypadku przyjmujący zamówienie, za zgodą odpowiedniego dyrektora regionalnego LPR, mógł ustalić zastępstwo we własnym zakresie i przekazać obowiązki wynikające z umowy osobie trzeciej posiadającej odpowiednie kwalifikacje i aktualną umowę tego samego rodzaju z LPR, z podaniem tego faktu przed rozpoczęciem dyżuru do odpowiedniego dyrektora regionalnego oraz kierownika filii albo oddziału LPR za pośrednictwem indywidualnej służbowej poczty elektronicznej, a w uzasadnionych przypadkach również telefonicznie.

Główny Księgowy, działający w zastępstwie dyrektora LPR, wyjaśnił, że postanowienia umów dopuszczały udzielenie zgody również za pomocą

służbowej poczty elektronicznej, co w sytuacjach nagłych było częstą praktyką. Wskazując na przywołany wyżej § 7 ust. 1 zawartych z lekarzami umów oprócz pisemnej zgody dopuszczalne jest również udzielenie zgody telefonicznie lub za pośrednictwem służbowej poczty elektronicznej. Ze względu na to, że najczęściej zmiany w grafiku czy przekroczenia wynikają z nagłych sytuacji, to praktyką jest informowanie dyrektora regionalnego w formie telefonicznej o konieczności dokonania takich zmian co uzasadnia taki tryb postępowania.

W żadnym z przywołanych przypadków nie udokumentowano udzielenia zgody przez właściwego dyrektora regionalnego na dokonanie zmiany, jak również powierzenia pozostawania w gotowości do udzielenia świadczeń po uzyskaniu pisemnej zgody lekarza na pełnienie dyżuru poza przyjętym grafikiem.

NIK dostrzega potrzebę funkcjonowania mechanizmu umożliwiającego zmianę obsady dyżuru w LZRM ad hoc. To jednak samo LPR zawarło w umowach postanowienia jasno wskazujące jak w normalnym trybie takie zmiany powinny zachodzić, zakładając zgłoszenie zmiany obsady w określony sposób, tj. cyt. „z podaniem tego faktu przed rozpoczęciem dyżuru do odpowiedniego Dyrektora Regionalnego Udzielającego zamówienia oraz Kierownika Filii albo Oddziału Udzielającego zamówienia za pośrednictwem indywidualnej służbowej poczty elektronicznej”, natomiast uzgodnienie telefoniczne powinno następować tylko, cyt. „w uzasadnionych przypadkach”. Tymczasem badanie kart pracy lekarzy pełniących dyżury w LZRM o znaku wywoławczym „Ratownik 13” wykazało, że tylko w jednym przypadku lekarz zastępujący zawarł w karcie adnotację o uzgodnieniu zmiany z dyrektorem regionalnym (lekarz [...] w dniu 22 maja 2024 r.). Ponadto dla żadnego z 31 wspomnianych wyżej przypadków LPR nie przedstawiło dowodów świadczących o dokonanych uzgodnieniach, co dowodzi, że mechanizm uzgodnienia zmian określony w umowach w rzeczywistości nie funkcjonuje. Potwierdzają to pośrednio również wyjaśnienia złożone w odniesieniu do nieprawidłowości opisanej w pkt 5, gdyż gdyby opisana w niej zmiana została uzgodniona w trybie wskazanym w umowie, wynagrodzenia za 45 minut dyżuru lekarza [...] byłoby należne.

(akta kontroli str. 6447–6617, 6664–6894)

2. Stwierdzono sześć przypadków zmiany planowego grafiku dyżurów lekarzy, które skutkowały długotrwałym świadczeniem pracy oraz wydłużeniem

faktycznego czasu dyżuru ponad 24 godziny, co wykraczało poza przyjęty w umowach maksymalny planowany czas trwania dyżuru.

Zgodnie z treścią umów (§ 10 ust. 18) czas trwania jednego dyżuru w zatwierdzonym grafiku dyżurowym nie powinien przekroczyć 24 godzin. Tymczasem w trakcie kontroli stwierdzono, że:

- lekarz [...] pełnił dyżur od 18:30 w dniu 4 lutego 2024 r. do 06:30 w dniu 6 lutego 2024 r. (łącznie czas dyżuru 36h);
- lekarz [...] pełnił dyżur od godz. 6:30 w dniu 3 maja 2024 r. do godz. 11:15 w dniu 4 maja 2024 r. (łącznie 28h i 45m pracy);
- lekarza [...] pełnił dyżur od godz. 23:00 w dniu 3 listopada 2024 r. do godz. 6:30 w dniu 5 listopada 2024 r. (łącznie czas dyżuru 33,5h);
- lekarz [...] pełnił dyżur od godz. 00:00 do 6:30 w dniu 23 kwietnia 2024 r. do godz. 6:30 w dniu 24 kwietnia 2024 r. (łącznie czas dyżuru 30,5h);
- lekarz [...] pełnił dyżur od godz. 4:00 w dniu 7 lutego 2024 r. do godz. 6:30 w dniu 8 lutego 2024 r. (łącznie czas dyżuru 26,5h);
- lekarz [...] w dniu 6 października 2024 r. o godz. 6:30 zakończył 24-godzinny dyżur w bazie HEMS we Wrocławiu, a już od godz. 8:15, tj. po upływie 1h i 45m, podjął dyżur w bazie HEMS Zielona Góra. Łącznie czas dyżuru wyniósł 35h 45m w przeciągu 37h 30m). Odległość pomiędzy bazami HEMS we Wrocławiu i Zielonej Górze wynosi ok. 200 km, a czas przejazdu środkami transportu indywidualnego to ok. 2 godz.

W ocenie NIK dopuszczanie do sytuacji świadczenia pracy przez lekarzy w tak długim wymiarze czasu lub bez zapewnienia odpowiedniego odpoczynku, jest działaniem nierzetelnym.

Działający w zastępstwie Dyrektora, Główny Księgowy wyjaśnił, że norma 24 godzin odnosiła się układania planu dyżurów, a opisane przekroczenia nie wynikały z planowania, a z sytuacji losowych. Zaznaczył nadto, że żadne przepisy prawa nie ograniczają długości dyżurów lekarzy realizujących usługi w oparciu o zawarte umowy cywilnoprawne, ani w zakresie godzinowym, jak i w zakresie ich liczby, a wprowadzony zapis w umowie ma charakter instrukcyjny. Ponadto w odniesieniu do lekarza, który po 24-godzinnym dyżurze podjął dyżur w innej bazie HEMS wyjaśnił, że bazy we Wrocławiu oraz w Zielonej Górze podlegają pod dwa różne regiony LPR. Ustalanie i zatwierdzanie grafików dyżurowych we właściwych regionach LPR, rozliczanie dyżurów i kosztów z nimi związanych a wynikających z realizacji umowy dotyczących w tym przypadku lekarzy, realizowali niezależnie w dwóch odrębnych grafikach dyżurowych odpowiedni Dyrektorzy Regionalni regionu Południowego oraz regionu Zachodniego. Planowanie dyżurów odbywało się po wcześniejszym zgłoszeniu przez lekarzy dyżurujących w danej bazie LPR konkretnych dat i godzin dyżurów. Postanowienia umów z lekarzami nie regulowały czasu przerwy pomiędzy dyżurami. Z tego powodu mogło dojść do zaplanowania dyżurów jeden po drugim z tak bardzo krótką przerwą. Główny Księgowy, działający w zastępstwie dyrektora LPR, ponadto wyjaśnił, że w przypadku zaplanowania pracy w jednym regionie taka sytuacja zapewne nie miałaby miejsca, gdyż osoba planująca dyżury w swoim dokumencie (Grafik Dyżurowy) zwróciłaby uwagę na tak bardzo krótką przerwę w pracy oraz prawdopodobny problem z dotarciem na czas na kolejny dyżur w innym i oddalonym miejscu. W związku z powyższym, w opisaney

sytuacji nie można było tego zweryfikować. Główny Księgowy zadeklarował, że LPR podejmie działania, które zniwelują możliwość wystąpienia podobnych praktyk w przyszłości.

W przypadku lekarza, który godzinę i 45 minut po zakończeniu dyżuru w bazie HEMS we Wrocławiu rozpoczął dyżur w bazie HEMS w Zielonej Górze, Dyrektor regionalny Regionu Zachodniego LPR wyjaśnił, że dyżur w Zielonej Górze był zgodny z grafiką dyżurową i nie miał on wiedzy, że lekarz bezpośrednio przed nim pełnił dyżur w bazie HEMS we Wrocławiu.

NIK nie zgadza się z powyższym wyjaśnieniem. Brak ograniczenia czasu pracy lekarza świadczącego pracę na podstawie umów cywilnych nie zwalniał podmiotu leczniczego z zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pracowników, w tym samych lekarzy. Świadczenie pracy przez tak długie okresy jak wskazane wyżej niewątpliwie wpływało na zdolność wykonywania pracy w sposób prawidłowy i zgodny ze sztuką. W ocenie NIK przywołane wyżej postanowienie umowne zawarte w § 10 ust. 18, że czas trwania jednego dyżuru w zatwierdzonym grafiku dyżurowym nie powinien przekroczyć 24 godzin miał charakter gwarancyjny dla obu stron umowy, że świadczenie pracy przez czas dłuższy będzie sytuacją ekstraordynaryjną. Co istotne, LPR nie przedstawiło dowodów, że opisane dyżury zostały uzgodnione z dyrektorem regionalnym, w trybie opisanym w § 7 ust. 1 lub § 10 ust. 4 umów.

(akta kontroli str. 6447–6617, 6664–6912)

3. LPR zapłaciło dwukrotnie za ten sam dyżur lekarski w bazie HEMS we Wrocławiu w dniach 6-7 września 2024 r.

Zgodnie z grafiką dyżur rozpoczynający się 6 września 2024 r. o godz. 18:30 a kończący 7 września 2024 r. o godzinie 18:30, miał pełnić lekarz [...]*, co znalazło potwierdzenie w karcie pracy. Lekarz [...]* za dyżury we wrześniu 2024 r. wystawił fakturę 2/09/2024 obejmującą rozliczenie 82,5 godzin dyżuru w bazie HEMS we Wrocławiu, co było zgodne z kartą pracy. Płatność z tego tytułu została dokonana w dniu 8 października 2024 r. Przed wspomnianym dyżurem lekarza [...]*, jak i po nim, dyżury miał pełnić lekarz [...]*. Ze sporządzonej przez niego karty pracy wynikało, że pełnił dyżury od godz. 6:30 w dniu 6 września 2024 r. do godz. 6:30 w dniu 8 września 2024 r., czyli przez 24 godziny pokrywający się z dyżurem lekarza [...]*. Lekarz [...]* za dyżury we wrześniu 2024 r. wystawił rachunek 1/09/2024 obejmujący 170,5 godzin pracy, zgodnie z kartą pracy. Płatność z tego tytułu została dokonana w dniu 7 października 2024 r.

Dyżur rozpoczynający się 6 września 2024 r. o godz. 18:30 a kończący 7 września 2024 r. o godzinie 18:30, faktycznie pełnił lekarz [...]*, a tym samym podstawa obliczenia dla wynagrodzenia lekarza [...]* została zawyżona o 24 godziny, co przełożyło się na kwotę 4800,48 zł nienależnie wypłaconego wynagrodzenia. Główny Księgowy, działający w zastępstwie dyrektora LPR, wyjaśnił, że nieprawidłowość wynikała z przeoczenia przez pracownika błędnego wypełnienia przez lekarza karty pracy. Ponadto wyjaśnił, że LPR wystąpiło do lekarza [...]* z wnioskiem o niezwłoczne dokonanie korekty rachunku w zakresie błędnie naliczonych godzin pracy.

Prawidłowość rachunku pod względem merytorycznym potwierdził kierownik Filii LPR we Wrocławiu. Przyczyną nieprawidłowości było przeoczenie.

(akta kontroli str. 6664–6912)

4. LPR niezasadnie zapłaciło za dyżur lekarski w wymiarze 45 minut w dniu 4 maja 2024 r., gdyż nałożenie się dyżurów wynikało z uzgodnień między lekarzami, a nie z powierzenia pełnienia dyżuru poza planowanym grafikiem. W dniu 4 maja 2024 r. lek. [...] powinien zakończyć dyżur w zespole „Ratownik 13” o godz. 6:30. Z karty pracy lek. [...] wynika, że w porozumieniu z lek. [...], w drodze „zamiany koleżeńskej”, przedłużył swój dyżur do godz. 10:30. W trakcie „przedłużonego” dyżuru zespół HEMS otrzymał zlecenie, którego realizację zakończył o godz. 10:50, a lek. [...] zadeklarował zakończenie pracy o godz. 11:15. W międzyczasie lek. [...] stawiał się do świadczenia pracy i zadeklarował rozpoczęcie pracy o godz. 10:30. W tej sytuacji przedłużony czas pracy lek. [...] wynikał nie tyle z konieczności wykonania zlecenia, a z opóźnionego rozpoczęcia dyżuru przez lek. [...] Tym samym rozliczenie dyżurów lekarskich w dniu 4 maja 2024 r. w łącznym wymiarze 24 godz. i 45 minut było niezasadne, gdyż nie wynikało ze zlecenia LPR. Niezasadnie poniesiony wydatek wyniósł 115,40 zł. Główny Księgowy, działający w zastępstwie dyrektora LPR, wyjaśnił że płatność została zrealizowana z powodu nieprawidłowo wpisanego czasu dyżuru w elektronicznej ewidencji czasu pracy przez lekarza [...] oraz błędu popełnionego przez pracownika merytorycznego, weryfikującego czas pracy lekarzy. Dodał, że w związku z wykrytą nieprawidłowością LPR wystąpiło do lekarza [...] o niezwłoczne dokonanie korekty rachunku w zakresie błędnie naliczonych godzin pracy. Prawdliwość rachunku pod względem merytorycznym potwierdził kierownik Filii LPR we Wrocławiu.

(akta kontroli str. 6664–6912)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia działalność LPR w obszarze udzielania świadczeń zdrowotnych.

LPR zapewniło dostępność świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez LZRM dla osób w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Przypadki zawieszenia działalności LZRM nie były długotrwałe. NIK negatywnie ocenia przypadki świadczenia pracy przez lekarzy w sposób ciągły dłużej niż 24 godziny, lub bez zapewnienia przerwy wymaganej dla odpoczynku.

OBSZAR Opis stanu faktycznego

3. Funkcjonowanie Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM

KCMRM realizowało zadania związane z administrowaniem i rozwojem SWD PRM, monitorowaniem przebiegu zdarzeń obsługiwanych przez dyspozytorów medycznych oraz zespoły ratownictwa medycznego, przygotowaniem i prowadzeniem kursów dla wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego i dyspozytorów medycznych. Zadania te finansowane były przez Ministra Zdrowia w formie dotacji celowej. Umowa o LPR/85144/2800/657/219 o przekazanie środków publicznych na pokrycie wydatków bieżących związanych z realizacją zadań KCMRM została zawarta 31 lipca 2018 r., a kwoty dotacji w kolejnych latach określały aneksy do tej umowy. Umowa nie wyliczała szczegółowo zadań LPR (KCMRM) wskazując jedynie, że dotacja jest przeznaczona na zadania wskazane w art. 27a ustawy PRM.

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

zwrócona⁷⁵. 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. 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.

Umowa nie określała szczegółowo kosztów poszczególnych zadań finansowanych z dotacji celowej w ramach umowy LPR/85144/2800/657/219. Plan wydatków stanowiący załącznik do ww. umowy wskazywał podział kwoty dotacji według kosztów rodzajowych, jedynie w kategorii usługi obce precyzując niektóre wydatki⁷⁶. Wobec powyższego LPR nie prowadziło szczegółowej ewidencji kosztów w odniesieniu do poszczególnych zadań wskazanych § 1 umowy.

(akta kontroli str. 5629–5759, 6081–6084, 8978-9024)

KCMRM rzetelnie realizowało prace wskazane przez Ministerstwo Zdrowia jako kierunki rozwoju SWD PRM, mimo że wystąpiły opóźnienia w realizacji niektórych zadań.

Kierunki rozwoju SWD PRM na rok 2022, 2023 i 2024 zostały określone przez Ministerstwo Zdrowia w piśmie do LPR z dnia 24 marca 2022 r. Na lata 2023 i 2024 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 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 dotąd 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 urzędów w ambulansach do SWD PRM zostało odroczone z powodu wstrzymania zakupów routerów do ambulansów.

(akta kontroli str. 5760–5969; 8978-9024)

Obok kierunków rozwoju, w okresie objętym kontrolą, 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

⁷⁵ LPR zwróciło zawyżoną kwotę, 9 lutego 2024 r. Ministerstwo Zdrowia zwróciło nadpłatę.

⁷⁶ 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.

programistycznego odpowiedzialnego za bieżące funkcjonowanie SWD PRM oraz za rozwój aplikacyjny SWD PRM.

Pierwszy plan działania zespołu programistycznego zawierał siedem zadań na 2023 r., a po zmianie wprowadzonej na mocy aneksu nr 17 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 wdrożenia Modułu Apteka, przewidzianego początkowo na 2024 r. zrezygnowano. 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). Uwzględniając powyższe na rok 2025 zaplanowano dziewięć nowych dla zespołu programistycznego oraz kontynuację dwóch zadań z 2024 r.

(akta kontroli str. 5629–5769)

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 – w okresie styczeń – maj 2025 r. dokonano 5780 takich zgłoszeń, przy czym najwięcej z nich pochodziło od użytkowników w ramach KCMRM. Instalowano również nowe wersje poszczególnych modułów SWD PRM, zarówno w środowisku produkcyjnym, jak i szkoleniowym. Np. 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.

(akta kontroli str. 6081-6446)

KCMRM przygotowało 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 ZRM⁷⁷, raporty kadrowe, raporty dyspozytorni medycznych, raporty sprawozdawcze, raporty

⁷⁷ Zespoły ratownictwa medycznego.

PZŁ SWD PRM). Moduł raportowy SWD PRM pozwalał również na wykonywanie raportów swobodnych.

Zastosowane kryteria selekcji danych do raportu o działalności ZRM („WPDS – Tabela nr 5 - Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego”) były niezgodne 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 „WPDS – Tabela nr 5 - Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego” wartości w raporcie pomniejszone 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 jest 0,5% dla wyjazdów w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców oraz 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.⁷⁸ przeprowadził 159 interwencji, dla których został zarejestrowany czas dotarcia późniejszy niż czas przyjęcia zlecenia. Zgodnie z zasadą pomijania przy obliczeniach 0,5% wyjazdów o najdłuższym czasie dotarcia należało nie uwzględnić 0,795 rekordu. Przy przyjętej w KCMRM metodyce sporządzania raportu usunięcie jednego rekordu odpowiadało usunięciu 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 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 sekundy.

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 wskazuje wartość „brak”⁷⁹). Zespół L01 111 wykonał

⁷⁸ wg daty przekazania zlecenia.

⁷⁹ https://luwmlublinie.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.

w 2024 r. 12 interwencji na takim obszarze, ale do obliczenia parametrów wskazanych w WPDS zostało wziętych pod uwagę tylko pięć interwencji (pominięto po 1/3 danych dla sierpnia i grudnia, ½ dla kwietnia oraz 100% dla stycznia, marca, lipca i listopada).

Dyrektor LPR wyjaśnił, że opisane sytuacje zostały zidentyfikowane w toku ustaleń, a zastosowana metoda zaokrąglania w górę została poprzedzona szczegółową analizą oraz ustaleniami z Departamentem Bezpieczeństwa w MZ. Ponadto podniósł, że skrajne wyniki, które mają być eliminowane przez przepis art. 24 ust. 3 ustawy PRM, w większości przypadków są błędne i zaburzają ocenę działania poszczególnych ZRM w skali województwa oraz kraju. Dyrektor LPR zadeklarował jednocześnie gotowość modyfikacji raportu po uprzednim doprecyzowaniu przepisów.

Na potrzeby kontroli Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa w MZ wyjaśnił, że zagadnienie przyjętej metodyki sporządzania raportów było przedmiotem analizy w Departamencie, w ramach której rozpatrywano „za” i „przeciw” wprowadzenia takiego sposobu liczenia mediany czasu dotarcia. Ponadto wskazał, że duża liczba wyjazdów ze znacznie zawyżonymi czasami wynika z błędów samych użytkowników, polegających na zmianie statusów ZRM w sposób niezgodny ze stanem rzeczywistym, np. do kliknięcia statusu „na miejscu zdarzenia” dochodzi z dużym opóźnieniem.

Jakkolwiek zastosowana metodyka sporządzania raportów o czasie dotarcia ZRM („WPDS – Tabela nr 5 - Czasy dotarcia zespołów ratownictwa medycznego”) była niezgodna z przepisami ustawy PRM, to wynikała ona z uzgodnień z Ministerstwem Zdrowia, do których LPR jako przyjmujący zlecenie się zastosował.

(akta kontroli str. 5970-6076)

System SWD PRM nie zapewniał prawidłowości danych w zakresie przypisania nazwy miejscowości, w której miało miejsce zdarzenia 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., co zostało szerzej opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

LPR, jako administrator SWD PRM, nie podjął skutecznych działań dla zapewnienia wiarygodności wprowadzanych do tego systemu danych dotyczących wieku pacjenta, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 5970-6084, 8862-8863)

W LPR ustanowiony został System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji (SZBI)⁸⁰ w oparciu o wymagania międzynarodowej normy ISO/IEC ISO 27001. W związku z wdrożeniem SZBI w LPR została także wprowadzona Polityka

⁸⁰ Wprowadzona zarządzeniem nr 35/Z/2023 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 21 września 2023 r. w sprawie wprowadzenia Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji.

Bezpieczeństwa Informacji⁸¹ (PBI), która określała ogólne ramy, kierunki, zasady i wymogi bezpieczeństwa informacji w LPR. Rola Koordynatora ds. SZBI w LPR została powierzona Inspektorowi Danych Osobowych. W LPR wprowadzono także Politykę Bezpieczeństwa Danych Osobowych⁸², która ze zmianami obowiązuje od 31 grudnia 2019 r. Ponadto KCMRM przyjęło szereg dodatkowych, szczegółowych procedur i zasad mających na celu zapewnienie mechanizmów pozwalających na zabezpieczenie SWD PRM oraz danych w nim przetwarzanych. Wśród przyjętych zasad postępowania były:

- 1) Procedura zarządzania ryzykiem KCMRM-ZC-PR-32;
- 2) Procedura bezpieczeństwa informacji dla pracowników w ramach świadczonej usługi kluczowej KCMRM-ZC-PR-33;
- 3) Procedura zapewnienia bezpieczeństwa informacji w zarządzaniu projektami KCMRM-ZC-PR-34;
- 4) Procedura utrzymania i przeglądów Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji oraz Systemu Zarządzania Ciągłością Działania w zakresie usługi kluczowej KCMRM-ZC-PR-35;
- 5) Procedura bezpieczeństwa fizycznego i środowiskowego dla obiektów, w których świadczona jest usługa kluczowa KCMRM-ZC-PR-36;
- 6) Procedura zapewnienia bezpieczeństwa informacji w relacjach z kontrahentami KCMRM-ZC-PR-37;
- 7) Procedura zarządzania Incydentami KCMRM-ZC-PR-38;
- 8) Procedura klasyfikacji informacji KCMRM-ZC-PR-39;
- 9) Procedura zarządzania kopiami zapasowymi KCMRM-CT-PR-42;
- 10) Instrukcja obsługi Portalu Sponsora KCMRM-ZC-43;
- 11) Procedura zarządzania uprawnieniami KCMRM-CT-PR-43;
- 12) Procedura zarządzania ciągłością działania KCMRM-ZC-PR-45;
- 13) Procedura audytu KCMRM KCMRM-ZC-PR-48;
- 14) Procedura naboru, zatrudnienia i szkoleń w KCMRM KCMRM-DAK-PR-49;
- 15) Zasady rozwoju systemu i zarządzania zmianą KCMRM-ZR-PR-50.

Procedury te były weryfikowane i aktualizowane.

Przyjęta w KCMRM Procedura zarządzania uprawnieniami KCMRM-CT-PR-43⁸³, ustanawiała zasady postępowania w zakresie nadawania uprawnień użytkownikom systemów zarządzanych przez KCMRM. Procedura ta także opisywała tryb postępowania w przypadku udzielania pracownikom dostępu do systemów informatycznych, w tym rejestracji użytkowników, ustalenia zakresu uprawnień, procesu ich nadawania, modyfikowania, blokowania i odbierania. Dostęp do systemów informatycznych odbywał się w oparciu o wnioski kierownika/koordynatora, który przekazywano do akceptacji Zastępcy Dyrektora LPR ds. KCMRM. Zaakceptowany w taki sposób wniosek przekazywany był do realizacji. Ponadto koordynator/kierownik komórki

⁸¹ Wprowadzona zarządzeniem nr 36/Z/2023 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 21 września 2023 r. w sprawie wprowadzenia Polityki Bezpieczeństwa Informacji.

⁸² Wprowadzona zarządzeniem nr 88/Z/2019 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 31 grudnia 2019 r.

⁸³ Procedurę wprowadzono do użytku służbowego w KCMRM od 25 września 2023 r. Przed wprowadzeniem przedmiotowej procedury, w KCMRM obowiązywało postępowanie, które funkcjonowało z wykorzystaniem wewnętrznej poczty elektronicznej.

organizacyjnej przed przekazaniem danych do logowania do zasobów KCMRM miał obowiązek sprawdzić czy pracownik odbył obowiązkowe szkolenia z zakresu ochrony danych osobowych i bezpieczeństwa informacji, uzyskał upoważnienie do przetwarzania danych osobowych, złożył zobowiązanie do zapoznania się z dokumentacją SZBI oraz zachowania poufności, a także zapoznał się z obowiązującą w KCMRM dokumentacją SZBI i innymi regulacjami wewnętrznymi.

W KCMRM w 2023 r. było 66 pracowników zatrudnionych w komórkach organizacyjnych wykonujących zadania związane z administrowaniem i utrzymaniem SWD PRM, zaś 2024 r. było ich 77, a w okresie od stycznia do 26 maja 2025 r. 67. Badaniem objęto dokumentację 15 pracowników zatrudnionych ww. okresie w KCMRM. W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono, że wszyscy oni posiadali pisemne upoważnienie do przetwarzania danych osobowych. Upoważnienia wydane pracownikom objętym badaniem były odnotowane w ewidencji osób upoważnionych do przetwarzania danych osobowych w SWD PRM, co było zgodnie z art. 24c ust. 14 ustawy PRM.

W przypadku dwóch pracowników KCMRM nie zostały wydane nowe upoważnienia do przetwarzania danych w SWD PRM, mimo że w okresie objętym kontrolą zmienili komórki organizacyjne, w których świadczyli pracę, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ponadto badanie potwierdziło, że wszyscy nim objęci posiadali zobowiązanie pracownika do zapoznania się z dokumentacją i zachowania poufności, na stosownym wzorze przyjętym w Procedurze bezpieczeństwa informacji dla pracowników w ramach świadczonej usługi kluczowej KCMRM-ZC-PR-33. Ponadto w stosunku do pracowników objętych badaniem były procedowane wnioski o nadanie/zmianę/blokadę/odebranie uprawnień do systemów zarządzanych przez KCMRM wynikające z Procedury zarządzania uprawnieniami KCMRM-CT-PR-43 lub ich uprawnienia do dostępu do systemów zarządzanych przez KCMRM wynikały z wcześniej przyjętego sposobu postępowania w tym zakresie⁸⁴.

Uprawnienia administratorom wojewódzkim SWD PRM KCMRM nadawał na podstawie pisma z właściwego urzędu wojewódzkiego. Za nadanie dalszych uprawnień na obszarze województwa, w tym administratorom dysponentów ZRM odpowiedzialny był administrator wojewódzki. Odrębnego administratora nie ustanowiono dla Ministerstwa Zdrowia, jego pracownikom uprawnienia nadawał KCMRM. Również dla pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia uprawnienia nadawał KCMRM, przy czym pracownicy ci uzyskiwali dostęp wyłącznie do Modułu Raportowego.

(akta kontroli str. 6944-6959, 7261-7618, 7702-8034, 8379-8383)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. LPR nie zapewniło prawidłowości danych w SWD PRM w zakresie przypisania nazwy miejscowości, w której miało miejsce zdarzenie skutkujące

⁸⁴ Metoda ta opierała się o przekazywanie odpowiednich dyspozycji za pośrednictwem e-mail lub z wykorzystaniem wewnętrznego portalu helpdesk.

zadysponowaniem ZRM, do obszaru w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców lub obszaru poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, co było działaniem nierzetelnym.

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.

Np. w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 r. dla wartości „Bydgoszcz” jako obszar interwencji 36018 razy wskazano „w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców”, a 7 razy „poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców”⁸⁵. Podobny przypadek dotyczy Grudziądza (odpowiednio 11012 i 4 przypadki⁸⁶), Inowrocławia (odpowiednio 7044 i 2 przypadki⁸⁷), Koronowa (odpowiednio 1172 i 3 przypadki⁸⁸), Lipno, pow. lipnowski (odpowiednio 1174 i 7 przypadków⁸⁹). Dla szeregu interwencji w miejscowościach o liczbie mieszkańców poniżej 10 tys. przypisano z kolei do kilku razy wartość „w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców” (np. Antoniewo⁹⁰, Białe Błota⁹¹, Cerekwica⁹², Kołaczkowo⁹³ – 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 spełniają⁹⁴. Jednocześnie jako obszar „poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców”, np. Bydgoszcz został wskazany 10 razy⁹⁵, Koronowo trzy razy⁹⁶. Dla miejscowości Tuchola przypisano 1090 razy obszar „w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców”, a 17 razy „poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców”⁹⁷.

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.

Dyrektor LPR wyjaśnił, że w trakcie kontroli KCMRM dokonało analizy mechanizmu oznaczania obszaru interwencji, w wyniku czego wykryty został błąd, który powodował brak aktualizacji oznaczenia obszaru interwencji w przypadku zmiany miejsca zdarzenia. Raz automatycznie przypisane

⁸⁵ KZW/23/P/0001581353; KZW/23/P/0000965368; KZW/23/P/0002261389; KZW/23/P/0000297498; KZW/23/P/0002754118; KZW/23/P/0002643533; KZW/23/P/0002317695.

⁸⁶ KZW/23/P/0002203880; KZW/23/P/0002681284; KZW/23/P/0001841564; KZW/23/P/0000136311,

⁸⁷ KZW/23/P/0000211774; KZW/23/P/0000211775.

⁸⁸ KZW/23/P/0003161469; KZW/23/P/0001485769; KZW/23/P/0001603948.

⁸⁹ KZW/23/P/0000102757; KZW/23/P/0002861045; KZW/23/P/0002146704; KZW/23/P/0001822287; KZW/23/P/0000313344; KZW/23/P/0003220205; KZW/23/P/0003293612; KZW/23/P/0000517233; KZW/23/P/0002753752; KZW/23/P/0001713611; KZW/23/P/0002396559.

⁹⁰ KZW/23/P/0002083730.

⁹¹ KZW/23/P/0002324742.

⁹² KZW/23/P/0000598353.

⁹³ KZW/23/P/0001492575; KZW/23/P/0001492546.

⁹⁴ Np. KZW/24/P/0002790751; KZW/24/P/0001798894.

⁹⁵ KZW/24/P/0001722899; KZW/24/P/0001722753; KZW/24/P/0003065837; KZW/24/P/0001722740; KZW/24/P/0000466856; KZW/24/P/0001730721; KZW/24/P/0002383229; KZW/24/P/0001730935; KZW/24/P/0001730718; KZW/24/P/0001730936.

⁹⁶ KZW/24/P/0001474423; KZW/24/P/0000995068; KZW/24/P/0001459352.

⁹⁷ KZW/24/P/0000824010; KZW/24/P/0002621116; KZW/24/P/0002756674; KZW/24/P/0002753972; KZW/24/P/0002920450; KZW/24/P/0003102656; KZW/24/P/0002192303; KZW/24/P/0002233957; KZW/24/P/0002307140; KZW/24/P/0002305332; KZW/24/P/0001512678; KZW/24/P/0000436562; KZW/24/P/0000048118; KZW/24/P/0000258075; KZW/24/P/0000258157; KZW/24/P/0000357351; KZW/24/P/0000371753.

oznaczenie obszaru interwencji pozostawało niezmienione pomimo zmiany miejsca zdarzenia. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora LPR błąd został zgłoszony do zespołu deweloperskiego SWD PRM i podjęto działania naprawcze.

(akta kontroli str. 5970–6984, 8862-8863)

2. LPR, jako administrator SWD PRM, nie podjął skutecznych działań dla zapewnienia wiarygodności wprowadzanych do tego systemu danych dotyczących wieku pacjenta, co w ocenie NIK było nierzetelne.

W przekazanych przez LPR zestawieniach o działalności ZRM stwierdzono występowanie nierealnych danych o wieku pacjenta. Np. w KZW/24/P/0002611384 wiek pacjenta określono na 555 lat, w KZW/24/P/0001564073 na 651 lat, a w KZW/24/P/0002611385 na 665 lat. Dane dla województwa kujawsko-pomorskiego za rok 2023 zawierały siedem rekordów, w których wiek pacjentów określono na ponad 150 lat. W danych dla województwa lubelskiego za 2023 r. było takich rekordów pięć (np. KZW/23/P/0000166613 – 755 lat), a za 2024 r. – 11 (np. KZW/24/P/0001268709 – 966 lat).

Dyrektor LPR wyjaśnił, że wiek pacjenta w karcie medycznych czynności ratunkowych generowany jest na podstawie wpisanego numeru PESEL, który jest weryfikowany z dokumentem tożsamości, co zapewnia, że dane te są rzetelne i odpowiadające stanowi faktycznemu. W przypadku braku danych o wieku pacjenta w karcie medycznych czynności ratunkowych do przekazanych w trakcie kontroli zestawień importowane były dane z formatki wypełnianej przez dyspozytora medycznego. Pole do wpisania wieku pacjenta posiadało walidację nałożoną na możliwość wpisania maksymalnie trzech cyfr.

W ocenie NIK rozwiązanie ograniczające walidację wieku pacjenta do długości wpisu (maksymalnie trzech cyfr) jest niewystarczające. Dane o działalności ZRM mogą bowiem stanowić podstawę badań i analiz służących planowaniu systemu PRM, jak również być wykorzystane do innych celów w ochronie zdrowia. W takiej sytuacji posłużenie się informacją statystyczną o wieku pacjentów, którym ZRM udzieliły pomocy obarczone jest wysokim ryzykiem uzyskania niewiarygodnych danych.

(akta kontroli str. 5970–6984, 8862-8863)

3. W przypadku dwóch pracowników KCMRM nie zostały wydane nowe upoważnienia do przetwarzania danych w SWD PRM, mimo że w okresie objętym kontrolą zmienili komórki organizacyjne, co było sprzeczne z treścią wydanych im upoważnień oraz Procedurą zarządzania uprawnieniami KCMRM-CT-PR-43.

Wydane w KCMRM upoważnienia do przetwarzania danych osobowych zawierały stwierdzenie „upoważnienie obowiązuje od dnia zatrudnienia i wygasa z chwilą rozwiązania stosunku pracy bądź przeniesienia do innej jednostki lub komórki organizacyjnej Lotniczego Pogotowia Ratunkowego”. Ponadto w Procedurze zarządzania uprawnieniami KCMRM-CT-PR-43⁹⁸ przewidziano wzór CT-PR-43-F07 Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych - RODO

⁹⁸ W wersji 1.2 procedury zarządzania uprawnieniami KCMRM-CT-PR-43, obowiązującej od 19 grudnia 2024 r.

KCMRM, który także zawiera cytowane stwierdzenie. W przypadku dwóch pracowników KCMRM doszło do zmiany komórki organizacyjnej, w ślad za czym nie zostały wydane nowe upoważnienia. Pracownik S.R. świadczył pracę najpierw w Centrum Technicznym Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM, a od 1 lipca 2023 r. był zatrudniony w Zespole ds. cyberbezpieczeństwa, z kolei pracownik R.K. świadczył pracę najpierw w Zespole ds. Rozwoju Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM, a od 1 sierpnia 2023 r. w Centrum Technicznym Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM. Pomimo tego nie wydano im nowych upoważnień.

W odniesieniu do treści klauzuli skutkującej wygaśnięciem upoważnień Dyrektor LPR wyjaśnił że, cytowane powyżej stwierdzenie odnosi się do przypadków komórek organizacyjnych będących pod auspicjami LPR, ale nie znajdujących się w zasobach jednostki organizacyjnej KCMRM i nie mających uprawnień do pracy w SWD PRM. Wskazał także, że przypadki dwóch pracowników, nie obejmują zmiany miejsca zatrudnienia wychodzącego poza obszar jednostki organizacyjnej KCMRM. Jednocześnie podkreślił, że bezcelowym byłoby wydawanie pracownikom nowych upoważnień o tej samej treści.

NIK nie podziela przytoczonej argumentacji, ponieważ zgodnie z § 4 załącznika do Zarządzenia nr 28/Z/5 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 26 czerwca 2025 r. w sprawie wprowadzenia do użytku służbowego Regulaminu organizacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego KCMRM był jednostką organizacyjną LPR, zaś w ramach LPR tworzone komórki organizacyjne, takie jak: działy, zespoły, samodzielne stanowiska pracy⁹⁹. Ponadto z załącznika nr 2, który określał zależność służbową poszczególnych jednostek organizacyjnych i komórek organizacyjnych¹⁰⁰ wynikało, że KCMRM tworzyło dziewięć komórek organizacyjnych¹⁰¹ podległych merytorycznie/merytorycznie i administracyjnie Zastępcy Dyrektora ds. KCMRM. Dodatkowo postanowienia Procedury zarządzania uprawnieniami KCMRM-CT-PR-43, zgodnie z jej treścią, miały zastosowanie i były wiążące dla wszystkich pracowników KCMRM. Zatem zmiana zespołu, centrum lub działu w ramach KCMRM oznaczała zmianę komórki organizacyjnej LPR, tyle że działającej w ramach jednostki organizacyjnej - KCMRM.

W ocenie NIK przyczyną powstania nieprawidłowości było z jednej strony postrzeganie KCMRM jako komórki organizacyjnej, wbrew treści Regulaminu organizacyjnego LPR, a z drugiej posługiwanie się wzorem upoważnienia zawierającym dodatkową klauzulę o wygaśnięciu tegoż upoważnienia, której nie wymagała obowiązująca ówczesnie w LPR Polityka ochrony danych

⁹⁹ Podobne postanowienia znajdowały się we wcześniejszych regulaminach organizacyjnych LPR.

¹⁰⁰ Z przekazanych kontrolerom NIK opisów załączników do zarządzenia nr 28/Z/2025 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 26 czerwca 2025 r. w sprawie wprowadzenia do użytku służbowego Regulaminu organizacyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego wynika, że załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego LPR określa schemat organizacyjny.

¹⁰¹ W skład KCMRM wchodzi Dział Administracji KCMRM, Centrum Techniczne Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM, Zespół ds. rozwoju Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM, Zespół programistyczny SWD PRM, Zespół ds. cyberbezpieczeństwa, Zespół DevOps, Centrum Szkolenia i Monitorowania Ratownictwa Medycznego, Centrum Szkolenia Ratownictwa Medycznego, w którego skład wchodzi Centrum Szkolenia Ratownictwa Medycznego oraz Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego,

osobowych¹⁰². Za prawidłowe wydanie upoważnień odpowiedzialny był Dyrektor LPR.

(akta kontroli str. 11-145, 7702-8034, 8379-8383, 8777-8861)

OCENA CZĄSTKOWA

LPR rzetelnie realizowało zadania związane z administrowaniem i rozwojem SWD PRM. Rozbudowa SWD PRM była zgodna z kierunkami wyznaczonymi przez Ministra Zdrowia. Zespół programistyczny KCMRM realizował wyznaczone mu cele, a realizacja zadań była okresowo raportowana MZ. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczące błędnego przypisania miejsca interwencji ZRM do kategorii obszaru istotnej dla oceny czasu dotarcia oraz braku efektywnej walidacji dla wieku pacjenta nie wpływały na funkcjonowanie LPR.

OBSZAR Opis stanu faktycznego

4. Działalność dydaktyczna w obszarze ratownictwa medycznego

Zgodnie z art. 27a ustawy PRM jednym z zadań KCMRM było 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.

Pierwotnie kursy te miały rozpocząć się po 1 stycznia 2022 r., 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 medycznych¹⁰³ 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.

Ustawodawca przewidział w art. 27b ust. 24 ustawy PRM dookreślenie przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia ramowych programów kursów, kwalifikacji kadry dydaktycznej, szczegółowego sposobu przeprowadzania egzaminów kończących kursy oraz wzorów zaświadczeń o ukończeniu kursów. Minister Zdrowia pismem z dnia 18 października 2023 r. skierował do konsultacji publicznych, uzgodnień oraz opiniowania projektu rozporządzenia w sprawie kursów uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz kursu doskonalącego dyspozytora medycznego¹⁰⁴. W przekazanej do konsultacji publicznych, uzgodnień i opiniowania wersji projektu rozporządzenia zakładano jego z wejście w życie 1 stycznia 2024 r. Po przeprowadzeniu procesu

¹⁰² Wprowadzona zarządzeniem nr 88/Z/2019 Dyrektora LPR z dnia 31 grudnia 2019 r.

¹⁰³ Dz. U. poz. 2401.

¹⁰⁴ Proces legislacyjny projektu rozporządzenia dostępny pod <https://legislacja.gov.pl/projekt/12378008/katalog/13012046#13012046>, dostęp w dniu 17 lipca 2025 r.

legislacyjnego rozporządzenie zostało podpisane przez Ministra Zdrowia w dniu 19 marca 2024 r. i weszło w życie z dniem 28 marca 2024 r.¹⁰⁵

W celu opracowania programów tychże kursów Dyrektor LPR, stosownie do art. 27b ust. 5 ustawy PRM, powołał zarządzeniem z 25 stycznia 2024 r. Zespół Ekspertów¹⁰⁶. Zespół ten składał się z 23 osób. W tym w jego skład wchodził trzech przedstawicieli LPR, jeden przedstawiciel Departamentu Bezpieczeństwa w MZ, konsultant krajowy w dziedzinie medycyny ratunkowej wraz z dwoma jego przedstawicielami oraz z 16 przedstawicieli urzędów wojewódzkich. Zespół Ekspertów pracował nad projektami programów kursów na dwóch spotkaniach, które odbyły się 7-8 lutego oraz 22 lutego 2024 r. Przygotowane przez Zespół Ekspertów pogramy kursów zgodnie z art. 27b ust. 1 ustawy PRM zawierały: założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj i cel kształcenia oraz czas jego trwania, plany nauczania, wykazy umiejętności wynikowych, szczegółowe programy kursów oraz wskazówki metodyczne.

Zatwierdzone przez Podsekretarza Stanu w MZ programy kursów zostały opublikowane 29 kwietnia 2024 r. na stronie internetowej KCMRM, zgodnie z art. 27b ust. 7 ustawy PRM¹⁰⁷.

(akta kontroli str. 6944-6950, 6996-7022, 7049-7084, 8384-8394, 8398)

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.¹⁰⁸ oraz 20 lutego 2024 r., informował LPR o potrzebach szkoleniowych w ww. zakresie. KCMRM, pismem z 4 grudnia 202r., sygnalizowało MZ zagrożenie dotyczące nie przeszkolenia 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 Departamentu Bezpieczeństwa w MZ informował Dyrektora LPR, że:

- dyspozytorów medycznych w drugim okresie edukacyjnym było 288 z czego 62 osób zrealizowało kurs doskonalący w okresie edukacyjnym 2022-2024,
- dyspozytorów medycznych w trzecim okresie edukacyjnym było 501 z czego 47 osób zrealizowało kurs doskonalący w okresie edukacyjnym 2023-2025,

¹⁰⁵ 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). Dalej: rozporządzenie MZ w sprawie kursów.

¹⁰⁶ Zarządzenie nr 4/Z/2024 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 25 stycznia 2024 r.

¹⁰⁷ Programy kursów dostępne pod: <https://www.kcmrm.pl/centrum-szkoleniowe/>, dostęp na dzień 17 lipca 2025 r.

¹⁰⁸ 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.

- dyspozytorów medycznych, którzy powinni rozpocząć doskonalenie zawodowe według zasad wynikających z art. 27b ustawy PRM było 288 osób,
- dyspozytorów medycznych zalegających z realizacją obowiązku doskonalenia zawodowego było 167 osób,
- dyspozytorów medycznych przewidzianych do zatrudnienia w 2024 r. było około 116 osób,
- liczba zatrudnionych dyspozytorów medycznych ogółem to 1229.

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

- kursy uprawniające do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego dla około 80 osób¹⁰⁹,
- kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego dla około 1229 osób, co potem uległo zmianie, z uwagi na zastrzeżenie poczynione w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, polegające na zobowiązaniu do udziału w ww. kursie uprawniającym wyłącznie osób zatrudnionych na stanowisku dyspozytora medycznego po 31 grudnia 2023 r.

Liczba miejsc na tych kursach powinna dodatkowo uwzględniać liczbę planowanych do zatrudnienia osób na stanowiskach wojewódzkiego koordynatora ratownictwa 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 rozpoczął 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 KCMRM¹¹⁰ 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. KCMRM w 2025 r. zaplanowało realizację 55 kursów, na których przewidziano udostępnienie 825 miejsc.

(akta kontroli str. 7112-7142, 8384-8397, 8399-8414)

¹⁰⁹ Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa w MZ w piśmie z 13 lipca 2023 r. informował Dyrektora LPR o tym, że chcąc obliczyć liczbę wszystkich wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego należy przeliczyć 16 województw razy 5 etatów przeliczeniowych.

¹¹⁰ Dostęp pod <https://www.kcmrm.pl/system-rezerwacji/>, dostęp 17 lipca 2025 r.

W okresie od 6 czerwca 2024 r. do 31 marca 2025 r. KCMRM przeprowadziło w sumie 50 kursów¹¹¹, 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.

(akta kontroli str. 7112-7144, 8160-8253,)

Liczba miejsc na kursach uprawniających do pracy na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego oraz na kursach doskonalących dla dyspozytorów medycznych była adekwatna do potrzeb.

(akta kontroli str. 7143-7144)

Kursy odbywały się w biurze KCMRM znajdującym się w Warszawie, przy ulicy Przyokopowej, zaś udział w nich był bezpłatny. LPR zapewniało materiały dydaktyczne oraz sprzęt niezbędny do realizacji programów kursów. Ponadto LPR pokrywał koszty wyżywienia i zakwaterowania w pokojach dwuosobowych dla uczestników kursów.

Zgodnie z art. 26b ust. 3 ustawy PRM urzędy wojewódzkie z dyspozytorami medycznymi zawierają umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną. W przypadku dyspozytorów medycznych, z którymi została zawarta umowa o pracę, to pracodawca powinien pokrywać koszty diety i noclegu, poza miejscowością, w której znajduje się siedziba pracodawcy lub poza stałym miejscem pracy. W przypadku dyspozytorów medycznych, którzy świadczą usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, to poszczególne umowy powinny regulować przedmiotowy zakres.

Główny Księgowy, działający w zastępstwie Dyrektora LPR, wyjaśnił że pokrywanie kosztów zakwaterowania i wyżywienia uczestnikom kursów określone zostało w ocenie skutków regulacji do ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw. Ponadto LPR, mając na uwadze dostępne ograniczone środki finansowe, zaproponowało Ministerstwu Zdrowia, pokrywanie kosztów samego cateringu dziennego, przy jednoczesnym ponoszeniu kosztów noclegów przez pracodawcę uczestnika kursów. Natomiast Dyrektor Departamentu Bezpieczeństwa w MZ w odpowiedzi z 7 marca 2023 r. skierowanej do Dyrektora LPR, wskazała, że nie ma podstawy do finansowania kosztów zakwaterowania i wyżywienia uczestnikom kursów, ze środków innych (pracodawcy – urzędu wojewódzkiego) niż określone w ocenie skutków regulacji do ustawy z dnia 10

¹¹¹ 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.

maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw. Ponadto Główny Księgowy wyjaśnił, że koszty zakwaterowania i wyżywienia uczestnikom stanowią koszty bieżące KCMRM.

(akta kontroli str. 7096-7111, 8388-8393, 8403-8414)

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 zgodnie z art. 27a ust. 2 pkt 5 i 8 ustawy PRM. Dokumenty te zostały wypracowane przez Zespół Ekspertów powołany zarządzeniem Dyrektora LPR¹¹². Kryteria oceny pracy dyspozytora medycznego zawierały skalę oceny, wraz z punktacją poszczególnych czynności wykonywanych przez dyspozytorów medycznych, co jak wyjaśnił Dyrektor LPR pozwoli na jednolitą w skali kraju ocenę. Do testów do wstępnej kwalifikacji kandydatów ubiegających się o zatrudnienie na stanowiskach dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego zostały wypracowane karty wstępnej kwalifikacji kandydata ubiegającego się o zatrudnienie na stanowisku dyspozytora medycznego i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego. Dokumenty te zostały przekazane przez ówczesnego p.o. Dyrektora LPR, właściwemu Podsekretnarzowi 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.

(akta kontroli str. 6996-7021, 7023-7048)

KCMRM prowadziło 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-46¹¹³. Zgodnie ze wskazaną procedurą dyżurny Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego¹¹⁴ prowadził monitorowanie medycznej akcji ratunkowej w przypadku zdarzenia z dużą liczbą poszkodowanych lub zdarzenia szczególnym charakterze¹¹⁵. Na podstawie analizy dokumentacji sześciu przypadków z kwietnia i maja 2025 r. stwierdzono, że dyżurni CMRM nie sporządzili wymaganej przyjętą procedurą dokumentacji dla poszczególnych zdarzeń, co zostało szczegółowo opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Ponadto zgodnie z zatwierdzoną i wprowadzoną do stosowania przez Ministra Zdrowia Procedurą postępowania na wypadek wystąpienia zdarzenia z dużą

¹¹² Zarządzenie nr 4/Z/2024 Dyrektora Lotniczego Pogotowia Ratunkowego z dnia 25 stycznia 2024 r.

¹¹³ Wprowadzona w KCMRM w dniu 3 stycznia 2024 r. Przepis nakładający to zadanie na LPR wszedł w życie 1 stycznia 2024 r.

¹¹⁴ Dalej: CMRM.

¹¹⁵ Zdarzenia, w których występują lub mogą wystąpić zagrożenia dla życia, zdrowia lub mienia w tym także dla bezpieczeństwa i porządku publicznego.

liczbą poszkodowanych¹¹⁶ dyżurni CMRM sporządzali karty zestawienia uwag, spostrzeżeń i wniosków dla CMRM, zgodnie z przyjętym w procedurze wzorem. 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.

(akta kontroli str. 6944-6949, 6960-6995, 7984-7989, 8035-8050, 8147-8150, 8153-8159)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Dyżurni CMRM prowadzący monitoring przebiegu zdarzeń 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 postępowania dla Dyżurnych Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego KCMRM-CM-PR-46.

Dyrektor LPR wyjaśnił, że odstąpiono od wykorzystywania raportów i przyjęto bardziej elastyczną formę raportowania z wykorzystaniem komunikatora wewnętrznego oraz wiadomości mailowych, procedura postępowania dyżurnych KCMRM zostanie poddana aktualizacji w szczególności w zakresie zapisów dotyczących formy raportowania zdarzeń, tak aby w pełni odzwierciedlała przyjętą w KCMRM praktykę.

NIK nie może zgodzić się z powyższą argumentacją. To ustanowiona w jednostce procedura powinna determinować tworzoną dokumentację, a nie być odzwierciedleniem przyjętej praktyki. To procedury wyznaczają bowiem sposób realizacji zadań przez pracowników. Przyczyną powstania nieprawidłowości było właśnie odejście od wdrożonej procedury. Za prawidłowe wykonywanie obowiązków dyżurnych odpowiedzialny był Zastępca Dyrektora LPR ds. KCMRM.

(akta kontroli str. 6944-6949, 6960-6995, 7984-7989, 8035-8050, 8147-8150, 8153-8159)

OCENA CZĄSTKOWA

LPR rzetelnie przygotowało kursy uprawniające do pracy na stanowisku dyspozytorów medycznych i wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego oraz kursy doskonalące dla dyspozytora medycznego, uwzględniając potrzeby szkoleniowe w tym zakresie. LPR prawidłowo przygotowało kryteria oceny pracy dyspozytorów medycznych oraz testy do wstępnej kwalifikacji kandydatów. LPR zapewniło monitorowanie medycznych akcji ratunkowych w trybie 24/7, ale dokumentowanie zadania było realizowane niezgodnie z przyjętą w KCMRM procedurą.

¹¹⁶ 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>.

Finansowanie przez LPR ze środków dotacji celowej kosztów noclegu i wyżywienia uczestników kursów, jakkolwiek nie miało wprost umocowania w przepisach, to służyło realizacji ustawowego zadania KCMRM i było zgodne z oczekiwaniami ustawodawcy.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi	Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.
Wnioski	1. Sporządzić plan kontroli jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w LPR. 2. Niezwłocznie powtórzyć szkolenia medyczne lekarzy w związku z dokonanymi zmianami w wyposażeniu medycznym śmigłowców HEMS. 3. Odzyskać nienależnie wypłacone wynagrodzenia za dyżury lekarskie. 4. Wprowadzić w SWD PRM mechanizm walidacji wieku pacjenta ograniczający podanie nierealnych danych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne sporządzono w postaci elektronicznej z użyciem kwalifikowanych podpisów elektronicznych.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń	Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje <i>prawo zgłoszenia</i> na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Departamentu Zdrowia. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.
Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków	Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 12 sierpnia 2025 r.

Kontrolerzy
Andrzej Skwira
Doradca prawny

/podpisano elektronicznie/

Piotr Wołowicz
Specjalista kontroli państwowej

/podpisano elektronicznie/

Melanie Raczek-Żeromska
Główny specjalista kontroli
państwowej

/podpisano elektronicznie/

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
p.o. Dyrektor
Marcin Stolarczyk

/podpisano elektronicznie/

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał:

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia

p.o. Dyrektor

Marcin Stolarczyk

w zastępstwie

p.o. Wicedyrektor

Departamentu Zdrowia

Grzegorz Wieczorek

/podpisano elektronicznie/