



WICEPREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
Małgorzata Motylow

LWA.410.021.01.2019

Adam Niedzielski  
Minister Zdrowia  
Ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/105 – Funkcjonowanie systemu ratownictwa medycznego

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
ul. Filtrów 57, 02-056 Warszawa  
T +48 22 444 50 00, F +48 22 444 57 93  
[nik@nik.gov.pl](mailto:nik@nik.gov.pl)

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Ministerstwo Zdrowia, ul. Miodowa 15; 00 – 952 Warszawa <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia od 9 stycznia 2018 r. <sup>2</sup> do 20 sierpnia 2020 r., Adam Niedzielski od 26 sierpnia 2020 r. <sup>3</sup> .<br>W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnił Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia od 16 listopada 2015 r. do 9 stycznia 2018 r.                                                                                                                                         |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | Nadzór Ministra Zdrowia nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Okres objęty kontrolą               | Od 1 stycznia 2018 r. do czasu zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>4</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Warszawie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Kontrolerzy                         | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Monika Mazurek–Szczepaniak, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/33/2020 z 20 stycznia 2020 r.</li><li>2. Karolina Zawadzka–Kozłowska, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/34/2020 z 20 stycznia 2020 r.</li><li>3. Grzegorz Kapela, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/38/2020 z 29 stycznia 2020 r.</li></ol> |

(akta kontroli str.1-3)

<sup>1</sup> Dalej Ministerstwo lub MZ.

<sup>2</sup> Powołany na urząd Ministra Zdrowia postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej dnia 9 stycznia 2018 r. (M.P. poz. 29) oraz postanowieniem Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej z 15 listopada 2019 (M.P. poz. 1092).

<sup>3</sup> Postanowienie Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 26 sierpnia 2020 r. – M.P. poz. 765

<sup>4</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>5</sup> kontrolowanej działalności

W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia, odpowiedzialny za organizację i nadzór nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego<sup>6</sup>, nie stworzył warunków do sprawnego funkcjonowania tego systemu. Pomimo zmian wprowadzonych ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw<sup>7</sup>, a także zwiększenia nakładów na jego funkcjonowanie nie zostały wyeliminowane najważniejsze problemy ratownictwa medycznego, tj.:

- nie zmniejszyło się obciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych pacjentami niewymagającymi udzielenia świadczeń medycyny ratunkowej;
- nie skrócił się czas oczekiwania w tych oddziałach na uzyskanie pomocy medycznej – nawet kilkanaście godzin;
- nadal występują ogromne braki kadrowe – brakuje 1500 lekarzy medycyny ratunkowej<sup>8</sup>;
- przekraczane są, określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>9</sup>, parametry czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego do osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Negatywnie na sprawność funkcjonowania systemu PRM wpłynęły m.in. opóźnienia w wydawaniu aktów wykonawczych do znowelizowanej ustawy PRM, a także nieopracowanie, na podstawie obowiązującego od 1 stycznia 2007 r. art. 43 ustawy o PRM, standardów postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej, w tym dotyczących zasad segregacji medycznej, transportu pacjenta oraz udzielania mu wsparcia psychicznego.

Opóźnienia wystąpiły też w realizacji dwóch kluczowych projektów, tj.:

- rozbudowy Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM,
- przygotowania systemu zarządzającego trybami obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym – TOPSOR,

powierzonych przez Ministra Zdrowia jednostce podległej – Lotniczemu Pogotowiu Ratunkowemu, w strukturze którego utworzono w tym celu Krajowe Centrum Monitoringu Ratownictwa Medycznego.

W trakcie realizacji obu projektów wystąpiły nieprawidłowości skutkujące koniecznością podjęcia działań naprawczych w przypadku Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM oraz unieważnieniem postępowania w sprawie wyłonienia wykonawcy i przesunięciem terminu wdrożenia systemu TOPSOR. Przyczyną nieprawidłowości było m.in. powierzenie tak skomplikowanych i wymagających specjalistycznej wiedzy prac jednostce świadczącej inne, istotne dla systemu PRM usługi. NIK zwraca uwagę, że taki stan rzeczy może utrudnić poprawę standardów opieki medycznej, jak też spowodować kolejne nieprawidłowości, a także opóźnienia we wdrażaniu obydwóch projektów.

Minister nie dysponował rzetelnymi danymi dotyczącymi liczby pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, z uwagi na:

- błędy i opóźnienia we wdrażaniu w pełni funkcjonalnego Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM,

<sup>5</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>6</sup> Dalej: PRM.

<sup>7</sup> Dz.U. poz. 1115, ze zm., dalej ustawa o zmianie ustawy PRM.

<sup>8</sup> Wg stanu na dzień 31 marca 2019 r.

<sup>9</sup> Dz. U. z 2020 r. poz. 882., dalej także: ustawa PRM.

- niejednolity sposób wykazywania przez podmioty lecznicze liczby pacjentów będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego,
- przewlekłość zleconych postępowań kontrolnych.

Brak takich informacji ograniczał Ministrowi Zdrowia możliwość skutecznego usprawniania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego i sprawowania nad nim nadzoru.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### Nadzór Ministra Zdrowia nad systemem PRM.

Opis stanu  
faktycznego

##### 1. Organizacja nadzoru

Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie i zgodnie z art. 33 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej<sup>10</sup>, odpowiada za organizację i nadzór nad systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego. Stosownie do § 29 regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia<sup>11</sup>, zadania wynikające z nadzoru Ministra Zdrowia nad systemem PRM w Ministerstwie, w okresie objętym kontrolą, realizował Departament Ratownictwa Medycznego i Obronności<sup>12</sup>. Wyodrębniono w nim Wydział Ratownictwa Medycznego, w gestii którego było opracowanie rozwiązań organizacyjnych systemu PRM, ocena dostępności świadczeń ratowniczych, przygotowanie zestawień i analiz oraz propozycji wysokości środków dla poszczególnych województw na finansowanie zadań zespołów ratownictwa medycznego<sup>13</sup>. Wydział ten realizował również zadania administratora danych przetwarzanych w Systemie Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego<sup>14</sup> oraz zadania wynikające ze sprawowania nadzoru merytorycznego nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez Lotnicze Pogotowie Ratunkowe<sup>15</sup>. Natomiast sprawami kształcenia kadr medycznych, w tym lekarzy – specjalistów ratownictwa medycznego zajmował się Departament Kwalifikacji Medycznych i Nauki.

(akta kontroli tom I str.4-6)

Od 1 sierpnia 2019 r. nadzór nad działalnością Departamentu Ratownictwa Medycznego i Obronności sprawował Pełnomocnik Rządu ds. PRM w osobie pana Waldemara Kraski<sup>16</sup>, Sekretarza Stanu w MZ. Pełnomocnik powołany został rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 31 lipca 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Rządu do spraw Państwowego Ratownictwa Medycznego<sup>17</sup>, z inicjatywy Ministra Zdrowia w celu bieżącego monitorowania działań podejmowanych w obszarze państwowego ratownictwa medycznego<sup>18</sup>.

(akta kontroli tom I str. 14-19, 75-84, 531-533)

<sup>10</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 945 ze zm.

<sup>11</sup> Stanowiącego załącznik do zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. Min. Zdr. Poz. 12, ze zm. – wejście w życie od 1 lutego), dalej regulamin. Poprzednio obowiązywał regulamin organizacyjny wprowadzony zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 marca 2016 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia - Dz. Urz. MZ poz. 32 ze zm. W regulaminie z 2019 r. DRMiO powierzono nowe zadania związane z powiadamianiem ratunkowym na potrzeby PRM oraz funkcjonowaniem i rozwojem SWD PRM. Do 1 lutego 2019 r. zadania Departamentu Kwalifikacji Medycznych i Nauki realizował Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

<sup>12</sup> Dalej DRMiO.

<sup>13</sup> Dalej także ZRM.

<sup>14</sup> Dalej także: SWD PRM.

<sup>15</sup> Dalej LPR.

<sup>16</sup> Poprzednio: Od 19 stycznia 2018 r. do 12 marca 2018 r. – Sekretarz Stanu Marek Tombarkiewicz; od 13 marca 2018 r. do 31 lipca 2019 r. – Sekretarz Stanu Józefa Szczurek-Żelazko.

<sup>17</sup> Dz. U. poz. 1434.

<sup>18</sup> Ocena skutków regulacji z 30 lipca 2019 r.

## 2. Akty wykonawcze do ustawy PRM

Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym została znowelizowana w dniu 10 maja 2018 r. ustawą o zmianie ustawy o PRM oraz niektórych innych ustaw. Minister Zdrowia ustawą zmieniającą został zobowiązany do wydania:

- na podstawie art. 24 g ustawy PRM rozporządzenia w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego,
- na podstawie art. 27 ust. 5 ustawy PRM rozporządzenia w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego

oraz ogłoszenia, na podstawie art. 27 ust. 6 ustawy PRM, obwieszczenia w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego.

Wymienione wyżej przepisy weszły w życie z dniem 1 stycznia 2019 r., tymczasem:

- rozporządzenie w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego wydane zostało 3 lipca 2019 r.<sup>19</sup> i weszło w życie 16 lipca 2019 r. (opóźnienie 6 miesięcy i 16 dni);
- rozporządzenie w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego wydane zostało 19 sierpnia 2019 r. i weszło w życie 6 września 2019 r.<sup>20</sup> (opóźnienie osiem miesięcy i 6 dni);
- obwieszczenie w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego z 9 września 2019 r. ogłoszone zostało 10 września 2019 r.<sup>21</sup> (opóźnienie osiem miesięcy i 10 dni).

(akta kontroli tom I str. 115-167)

Pełnomocnik Rządu ds. PRM wyjaśnił, iż tak późne wydanie rozporządzeń było spowodowane koniecznością zapewnienia udziału w procesie legislacyjnym pracowników ze specjalistyczną wiedzą oraz długotrwałymi uzgodnieniami z Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji, natomiast w przypadku obwieszczenia – oczekiwaniem na wydanie rozporządzenia w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego, które musiało poprzedzić jego ogłoszenie.

(akta kontroli tom I str. 109-112)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień NIK wskazuje, że regulacje wprowadzone tymi rozporządzeniami i obwieszczeniem miały istotne znaczenie dla funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego, bowiem określały jednolity sposób postępowania osób przyjmujących zgłoszenia alarmowe i powiadomienia o zdarzeniach, a w przypadku SWD PRM – zasady działania i zakres odpowiedzialności na poszczególnych szczeblach administrowania (krajowym, wojewódzkim i dysponenta zespołów ratownictwa medycznego). Do czasu ich wydania istniało ryzyko nieprawidłowej obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach, co mogło zagrażać zdrowiu i życiu osób wymagających pilnego udzielenia świadczeń medycyny ratunkowej.

NIK zwraca również uwagę, że ustawa o zmianie ustawy PRM została uchwalona 10 maja 2018 r., tj. na ponad siedem miesięcy przed wejściem w życie przepisów zobowiązujących Ministra Zdrowia do wydania wskazanych rozporządzeń. W związku z powyższym, zdaniem NIK, Minister Zdrowia dysponował czasem na właściwe przygotowanie tych aktów i wydanie ich bez zbędnej zwłoki.

Należy zaznaczyć, że reguła niezwłocznego wydawania aktów wykonawczych do ustaw wynika z § 127 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie "Zasad techniki prawodawczej"<sup>22</sup>.

<sup>19</sup> Dz. U. poz. 1703.

<sup>20</sup> Dz. U. poz. 1310.

<sup>21</sup> Dz. Urz. MZ z 2019 r. poz. 71

Ustawa PRM w art. 43, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2007 r., zobowiązywała Ministra Zdrowia do ogłoszenia w drodze obwieszczenia<sup>23</sup> standardów postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną (uwzględniających zasady segregacji medycznej, transportu pacjenta oraz udzielania mu wsparcia psychicznego). Do dnia zakończenia kontroli Minister tego nie uczynił.

(akta kontroli tom I str. 107)

Pełnomocnik Rządu ds. PRM wyjaśnił, że nie wypracowano jednolitego stanowiska w sprawie tych standardów, które mogło zyskać akceptację wszystkich pracowników systemu ratownictwa medycznego. Ratownicy medyczni powinni mieć wiedzę co do zasad postępowania na miejscu zdarzenia, bo wynika to z programów ich kształcenia. W związku z tym w najbliższej nowelizacji ustawy o PRM art. 43 prawdopodobnie zostanie usunięty.

(akta kontroli tom I str. 112-113)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień, NIK zauważa, że podobne argumenty przedstawił podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia w odpowiedzi na interpelację nr 22988 z 8 stycznia 2014 r., w której zapowiedział weryfikację art. 43 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, włącznie z decyzją o wykreśleniu zawartej w przepisie delegacji do wydania obwieszczenia i pozostawienia tego obszaru do uregulowania na poziomie rekomendacji właściwych towarzystw naukowych, przy udziale konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej.

Pomimo upływu ponad sześciu lat żadna z zapowiedzianych zmian nie została zrealizowana.

### **3. Pozyskiwanie danych dotyczących systemu PRM**

W Ministerstwie Zdrowia, informacje dotyczące funkcjonowania PRM pozyskiwano m.in. z SWD PRM<sup>24</sup>, wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne<sup>25</sup> PRM, Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>26</sup>. Informacje te nie były jednak rzetelne.

Przykładowo:

- SWD PRM wykazywał niewiarygodne dane dotyczące czasu dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia, np. w kontroli przeprowadzonej w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” w Warszawie stwierdzono, że czas dojazdu wynosił 838 godzin;
- liczba lekarzy systemu wykazana w wojewódzkich planach działania na koniec 2018 r., wg danych Ministerstwa Zdrowia, była większa niż ogólna liczba lekarzy zatrudnionych w PRM<sup>27</sup>;
- z danych zawartych w wojewódzkich planach działania wynika, że pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych zakwalifikowani do kategorii „inni”, tj. niebędący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stanowili w 2018 r. – 28%, a w I półroczu 2019 r. – 29% wszystkich pacjentów (wyliczeń dokonano na przykładzie planów województwa mazowieckiego, zachodniopomorskiego i lubuskiego).

Natomiast wg danych NFZ, przekazanych w styczniu 2020 r. Ministerstwu Zdrowia, pacjenci zakwalifikowani do I i II kategorii, jako niebędący w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, stanowili odpowiednio w 2018 r. – 71,3%, za III kwartały 2019 r. – 69% wszystkich pacjentów<sup>28</sup>.

(akta kontroli tom I str. 201, 204, 371-372, 416, 439-447, 551)

<sup>22</sup> Dz.U.2016 poz. 283.

<sup>23</sup> Art. 43 ustawy o PRM, obowiązujący od 1 stycznia 2007 r.

<sup>24</sup> SWD PRM to system monitorujący jakość działania Państwowego Ratownictwa Medycznego w Polsce.

<sup>25</sup> Dalej także: wojewódzkie plany działania.

<sup>26</sup> Dalej NFZ.

<sup>27</sup> Zgodnie z informacją przekazaną w toku kontroli przez MZ, liczba wszystkich lekarzy zatrudnionych w PRM wynosiła 5 539, w tym 6 856 lekarzy systemu.

<sup>28</sup> Pismo NFZ z dnia 17 stycznia 2020 r. do Sekretarza Stanu w MZ p. Waldemara Kraski.

Dane zawarte w wojewódzkich planach działania pochodziły od podmiotów leczniczych (szpitali), które niejednolicie kwalifikowały pacjentów do poszczególnych grup (liczba pacjentów w grupie „innych” wynosiła od 0 do ponad 28 tys.).

Przykładowo, liczba przyjęć pacjentów w szpitalnym oddziale ratunkowym<sup>29</sup> wykazana w pozycji „inne” przez: WIM MON CSK w Warszawie, Mazowiecki Szpital Specjalistyczny w Radomiu, Szpital Czerniakowski w Warszawie, Wojewódzki Szpital w Białej Podlaskiej, SPZOZ w Łukowie, SPSK nr 4 w Lublinie wynosiła „zero”; przez: SPZOP ZZ ul. Witosa 2 Maków Mazowiecki – 2 228, Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku – 28 744, Nowy Szpital w Świeciu – 4171 Wojewódzki Szpital we Włocławku – 10 626<sup>30</sup>.

Mimo takich rozbieżności w ocenie stanu zdrowia pacjentów przyjmowanych do SOR, przede wszystkim kwalifikacji do grupy osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, Minister Zdrowia nie wprowadził zasad, dotyczących ujednolicenia takich ocen, np. przez opracowanie odpowiednich wytycznych dla SOR.

W związku z tym nie jest znana rzeczywista liczba osób potrzebujących świadczeń medycyny ratunkowej, co jest niezbędne do rzetelnego planowania działań w systemie PRM i sprawowania prawidłowego nadzoru nad jednostkami tego systemu.

(akta kontroli tom I str.215-229)

Dyrektor DRMiO wyjaśnił, że obowiązek sprawozdawania oraz odpowiedzialność za jakość danych spoczywa na wojewodzie. niespójność danych wynika z różnej interpretacji definicji stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego stosowanej przez podmioty lecznicze. Brak jednolitych regulacji prawnych dotyczących kwalifikacji pacjenta do grupy pacjentów w stanie zagrożenia zdrowotnego uniemożliwiał wydanie instrukcji w sprawie kwalifikacji pacjentów. W dniu 1 lipca 2019 r. wszedł w życie art. 33a ustawy o PRM oraz znówelizowane rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego. Tym samym zostały stworzone podstawy do ujednolicenia i usprawnienia procesu przyjmowania oraz kwalifikacji pacjentów w SOR.

(akta kontroli tom I str. 368-370)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień, NIK zauważa, że to właśnie brak regulacji prawnych uzasadniał potrzebę opracowania przez Ministra wytycznych w celu uporządkowania tak znaczących rozbieżności w kwalifikowaniu pacjentów SOR do grupy osób będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

#### **4. Lekarze i ratownicy systemu PRM**

Według danych Ministerstwa Zdrowia<sup>31</sup> w 2017 r. w systemie PRM zatrudnionych było 993 lekarzy ze specjalizacją z medycyny ratunkowej. W 2018 r. ich liczba wzrosła do 1004. Według opinii konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny ratunkowej (z marca 2019 r.) stanowiło to zaledwie około 39% zapotrzebowania systemu PRM na tę grupę specjalistów<sup>32</sup>.

W 2018 r. Ministerstwo Zdrowia przygotowało 624 miejsca specjalizacyjne (199 rezydentkich i 425 pozarezydentkich), a w 2019 r. – 583 miejsca (238 rezydentkich i 345 pozarezydentkich). W 2018 r. specjalizację podjęło 86 osób (na 21 miejscach rezydentkich i 65 pozarezydentkich), a w 2019 r. – 56 osób (na 14 miejscach rezydentkich i 42 pozarezydentkich). W 2018 r. wykorzystanych zostało zatem 13,7% z przygotowanych miejsc, a w 2019 r. – 9,6%. Oznacza to, że malała liczba osób chętnych do kształcenia się w tej specjalności.

(akta kontroli tom I str. 254-272, 307-310)

W celu zwiększenia zainteresowania lekarzy specjalizacją z medycyny ratunkowej Minister Zdrowia w 2019 r. wystąpił z inicjatywą umożliwienia lekarzom ze specjalizacją w dziedzinie medycyny ratunkowej uzyskanie, w trybie tzw. „krótkiej ścieżki”, specjalizacji w 14 innych dziedzinach medycyny, np. w anestezjologii i intensywnej terapii,

<sup>29</sup> Dalej także: SOR.

<sup>30</sup> Szpitale prowadzące SOR, objęte kontrolą funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego.

<sup>31</sup> Informacja Dyrektora Departamentu Kwalifikacji i Nauki w 2017 r.

<sup>32</sup> Do dnia zakończenia czynności kontrolnych MZ nie dysponowało opinią konsultanta co do 2019 r.

intensywnej terapii chorób wewnętrznych, kardiologii, medycyny pracy czy medycyny sportu<sup>33</sup>.

Natomiast w związku z niewystarczającą liczbą lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej zmienił w 2018 r. programy szkoleń specjalizacyjnych w dziedzinie pediatrii, chorób wewnętrznych oraz chirurgii ogólnej, co umożliwiło szkolącym się w tych dziedzinach lekarzom pełnienie dyżuru – w ramach odbywanego szkolenia specjalizacyjnego – w SOR lub Izbie Przyjęć w szpitalu, w którym odbywany jest staż lub specjalizacja.

(akta kontroli tom I str.304-305,311-317)

Według danych Ministerstwa Zdrowia<sup>34</sup>, na dzień 18 czerwca 2019 r. ratownicy medyczni byli zatrudnieni w ZRM na 15 551 etatach<sup>35</sup>, przy czym:

- zatrudnieni na 6 842 etatach (44% etatów) mieli tytuł zawodowy licencjata/magistra a na 8 709 etatach (56% etatów) – wykształcenie średnie ogólnokształcące,
- zatrudnieni na 11 041 etatach (71%) mieli co najmniej sześcioletnie doświadczenie zawodowe.

(akta kontroli tom I str. 171-173, 361-364, 374)

Minister Zdrowia, by umożliwić ratownikom medycznym podniesienie kwalifikacji podjął kilka działań. Między innymi:

- wydał rozporządzenie z 13 grudnia 2019 r. w sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych<sup>36</sup>, zmieniające zasady doskonalenia zawodowego ratowników medycznych;
- podjął współpracę przy opracowaniu rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, farmaceuty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego<sup>37</sup>;
- rozpoczął prace nad projektem ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie zawodowym ratowników medycznych<sup>38</sup>.

(akta kontroli tom I str. 16-17, 302-303,382,411-413)

## 5. Zespoły Ratownictwa Medycznego

W roku 2018 liczba ZRM wynosiła 1552 i zwiększyła się w roku 2019 do 1585 (o 2%). Liczba specjalistycznych ZRM (ZRM S) w 2018 r. wynosiła 443 i zmniejszyła się w roku 2019 do 369 (o 17%). Liczba podstawowych ZRM (ZRM P) w 2018 r. wynosiła 1109 i wzrosła w 2019 r. do 1216 (o 10%).

(akta kontroli tom I str. 57)

Z ustaleń kontroli jednostkowych, przeprowadzonych u dysponentów ZRM<sup>39</sup> wynika, że z powodu niewystarczającej liczby lekarzy medycyny ratunkowej, do zdarzeń wysyłano ZRM S bez lekarza. Przykładowo: w okresie styczeń 2018 r. – październik 2019 r. Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” w Warszawie zrealizowała 3 958 wyjazdów specjalistycznych ZRM bez lekarza; Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie zgłosiła 6 289,30 godzin zadysponowania ZRM P zamiast ZRM S z powodu braku lekarza; Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy – zgłosiła 1075 takich godzin, natomiast

<sup>33</sup> Pismo Ministra Zdrowia KNLU.842.55.2019.GG z 28 listopada 2019 r. do konsultantów krajowych.

<sup>34</sup> Informacja Dyrektora DRMiO z 2 marca 2020 r.

<sup>35</sup> W zaokrągleniu do pełnych etatów.

<sup>36</sup> Dz. U. poz. 2464.

<sup>37</sup> Dz. U. poz. 1573.

<sup>38</sup> Do dnia zakończenia kontroli projekt znajdował się na etapie analizowania uwag po konsultacjach publicznych.

<sup>39</sup> Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie, Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” w Warszawie, Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy, Samodzielna Publiczna Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Zamościu, Samodzielna Publiczna Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp.

Samodzielna Publiczna Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Gorzowie Wlkp. w 2019 r. zrealizowała, z powodu braku lekarza, 428 wyjazdów ZRM P zamiast ZRM S.  
(akta kontroli tom I str.384)

Wyniki ww. kontroli wskazują również, że lekarze zatrudnieni przez dysponentów ZRM często pełnili wielogodzinne dyżury bez odpoczynku (nawet kilkudziesięciogodzinne). Analiza liczby godzin pracy lekarzy zatrudnionych przez kontrolowanych dysponentów<sup>40</sup>, którzy w okresie styczeń – wrzesień 2019 r. przepracowali największą liczbę godzin w danym miesiącu wykazała, że czas ich pracy wynosił w miesiącu od 288 godzin (Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „MEDITRANS” w Warszawie) do 625 godzin (Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy). Jeden z lekarzy „MEDITRANS” w marcu 2019 r. pracował nieprzerwanie przez 84 godziny, a w maju 2019 r. przez 144 godziny (z godzinną przerwą). Przyczyną tego stanu rzeczy była niewystarczająca liczba lekarzy medycyny ratunkowej.  
(akta kontroli tom I str. 521-522)

Z kontroli jednostkowych przeprowadzonych u dysponentów ZRM<sup>41</sup> wynika, że na koniec III kw. 2019 r. na umowy cywilno-prawne zatrudnionych było 369 lekarzy (95,1 % wszystkich zatrudnionych lekarzy).

Chociaż umowy cywilno-prawne dopuszczają dowolne kształtowanie warunków zatrudnienia, NIK wskazuje jednak, że fizyczne i psychiczne zmęczenie lekarzy stwarza ryzyko dla bezpieczeństwa pacjentów i samych lekarzy.

Według stanu na koniec I kwartału 2019 r.<sup>42</sup>, funkcjonowało 1 150 ZRM P, z czego 1 017 (88%) w składzie dwuosobowym, a 132 ZRM P (12%) w składzie trzyosobowym. Zgodnie z informacją Dyrektora DRMiO<sup>43</sup> modelem, do którego należy dążyć w opinii Ministra Zdrowia oraz specjalistów z dziedziny ratownictwa medycznego, jest trzyosobowy skład ZMR P, jednakże do zapewnienia takiego modelu potrzeba 20 821 (w etatach przeliczeniowych) ratowników medycznych i pielęgniarek systemu. W 2019 r., w ZRM ratownicy medyczni byli zatrudnieni na 15 551 etatach<sup>44</sup>, a pielęgniarki i położne – na 2 351 etatach. Było to w sumie o 2 919 mniej etatów niż wynosi zapotrzebowanie do utworzenia trzyosobowych składów ZRM P. W związku z tym nie planuje się obecnie obligatoryjnego wprowadzenia takiego modelu.

(akta kontroli tom I str. 176, 373-374)

## **6. Czas obsługi zdarzenia przez ZRM**

Zgodnie z ustawą PRM (art. 24) miernikami funkcjonowania systemu PRM są m.in. mediana czasu dotarcia i maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu przez dysponenta.

Według danych z wojewódzkich planów działania systemu PRM, przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia<sup>45</sup>, w 2018 r.<sup>46</sup> – mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu przez dysponenta – w miastach powyżej 10 tysięcy mieszkańców wyniosła 8 minut i 55 sekund, natomiast poza tymi miastami –16 minut i 1 sekundę, co przekraczało parametry określone w art. 24 ust.1 pkt 1 ustawy PRM odpowiednio o: 55 sekund oraz 1 minutę i 1 sekundę.

Udział wyjazdów ZRM niespełniających parametru maksymalnego czasu dotarcia na miejsce zdarzenia od przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu przez dysponenta, określonego w art. 24 ust. 1 pkt 3 ustawy PRM, w całkowitej liczbie wyjazdów wynosił w 2017 r. – 18,4% a w 2018 r. – 28,3%.

(akta kontroli tom I str. 191, 193-196)

<sup>40</sup> Patrz przypis 39.

<sup>41</sup> Patrz przypis 39.

<sup>42</sup> Pismo z dnia 6 lutego 2020 r. Nr IKA 1931026.WK.

<sup>43</sup> Pismo z dnia 2 marca 2020 r. Nr IKA 1955967.AF.

<sup>44</sup> Liczba etatów podawana w zaokrągleniu do pełnych etatów.

<sup>45</sup> Informacja dyrektora DRMiO z dnia 27 lutego 2020 r. Nr IKA 1947884.AF.

<sup>46</sup> MZ nie dysponuje danymi za 2019 r.

Odnosząc się do wzrostu liczby wyjazdów ZRM z przekroczonym maksymalnym czasem dotarcia na miejsce zdarzenia Dyrektor DRMiO wyjaśnił, że różnica w wartości parametrów danych wynika ze zmiany sposobu zbierania i przetwarzania danych – od listopada 2017 r. dane dotyczące wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego są gromadzone i przetwarzane w SWD PRM. Do tego czasu, każdy z dysponentów miał swój własny system rejestrujący zdarzenia.

(akta kontroli tom I str. 194-195)

W odniesieniu do powyższych wyjaśnień, NIK wskazuje, że sposób zbierania i przetwarzania danych, dotyczących parametrów dojazdu ZRM nie ma wpływu na rzeczywisty czas dojazdu.

Zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora wysyłającego<sup>47</sup>, dla kodu nr 1<sup>48</sup>, czas wyjazdu ZRM do miejsca zdarzenia powinien wynosić nie więcej niż 60 sekund. Analiza danych z SWD PRM<sup>49</sup>, przeprowadzona w listopadzie 2019 r. przez pracowników Ministerstwa Zdrowia za okres od 6 września do 6 października 2019 r., dotycząca czasu, jaki upływa od zadysponowania zespołu przez dyspozytora medycznego do potwierdzenia przez członka ZRM wyjazdu ambulansu do miejsca zdarzenia, wykazała, że 26 168 wyjazdów oznaczonych kodem nr 1 (tj. 29%) przekroczyło czas określony w ww. rozporządzeniu.

(akta kontroli tom I str. 64-69)

Dyrektor DRMiO wyjaśnił, że przeprowadzona analiza była pierwszą po wejściu w życie tego rozporządzenia. W toku rozwoju SWD PRM, 13 listopada 2019 r. wprowadzono nowe funkcjonalności:

- notyfikacje o przekroczeniu określonego czasu, bez zmiany statusu przez ZRM, (wyświetlanie statusu dostarczenia wezwania do ZRM będzie widoczne dla dyspozytora głównego, jego zastępcy oraz dyspozytora wysyłającego),
- notyfikacje o niepodjęciu zlecenia wyjazdu przez ZRM dla głównego dyspozytora i dyspozytora wysyłającego, obsługującego obszar dysponowania, w którym znajduje się dany ZRM (maksymalny czas przebywania w statusie, po przekroczeniu którego zostanie wygenerowana notyfikacja dla dyspozytora głównego oraz wysyłającego to 2 minuty).

Jednocześnie prowadzone są prace analityczno-koncepcyjne nad innymi rozwiązaniami mogącymi mieć wpływ na poprawę powyższych współczynników.

(akta kontroli tom I str. 385)

Wyniki analizy (przeprowadzonej na potrzeby kontroli przez Ministerstwo Zdrowia), dotyczącej czasu dysponowania w I połowie 2018 r. ZRM do zdarzeń, w których doszło do nagłego zatrzymania krążenia (NZK) wykazały, że ZRM przestrzegały czasów dotarcia określonych w art. 24 ust. 1 ustawy PRM.

Z 13 601 wyjazdów do NZK, 7 505 zrealizowano w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców. Średni czas dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia wynosił 9 minut 47 sekund, natomiast mediana czasu dotarcia wynosiła 7 minut 22 sek. Poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców do NZK zrealizowano 5 556 wyjazdów. Średni czas dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia wynosił 14 minut 22 sekundy natomiast mediana czasu dotarcia wynosiła 14 minut 25 sekund.

(akta kontroli tom I str. 173-174)

Liczba wyjazdów ZRM do stanów nagłego zagrożenia zdrowotnego wzrosła z 2 329 087 w 2017 r. do 2 623 588 w 2018 r. tj. o 11,2%. Liczba wyjazdów ZRM niezwiązanych ze

<sup>47</sup> Dz. U. Nr 1703, weszło w życie 6 września 2019 r.

<sup>48</sup> § 5 ust. 1 pkt 1 ww. rozporządzenia dla KOD 1 – niezbędny natychmiastowy wyjazd zespołu ratownictwa medycznego o najkrótszym przewidywanym czasie dotarcia na miejsce zdarzenia w związku ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającym natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych.

<sup>49</sup> Dla Sekretarza Stanu Waldemara Kraski – notatka służbowa z 4 listopada 2019 r.

stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w 2018 r. zmniejszyła się z 721 071 w 2017 r. do 528 491 w 2018 r., tj. o 26,7%.

(akta kontroli tom I str. 177)

Minister Zdrowia, w celach informacyjno-edukacyjnych na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia umieścił informacje dotyczące przeznaczenia medycyny ratunkowej, zasad jej funkcjonowania, w szczególności wzywania karet i funkcji SOR w systemie opieki zdrowotnej, sposobu postępowania na miejscu zdarzenia lub sposobu udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach<sup>50</sup>.

(akta kontroli tom I str. 17-18, 103-105, 346)

Zdaniem NIK, same działania informacyjno-edukacyjne, bez jednoczesnej poprawy dostępności pacjentów do świadczeń podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, mogą przynieść jedynie ograniczoną poprawę funkcjonowania PRM.

## **7. Rozbudowa i modyfikacja SWD PRM**

Zgodnie z art. 3 pkt 15 ustawy PRM System SWD PRM został stworzony w celu zapewnienia realizacji zadań określonych w ustawie o PRM przez dyspozytorów medycznych, członków zespołów ratownictwa medycznego (ZRM), koordynatorów ratownictwa medycznego, z wykorzystaniem jednolitego w skali kraju narzędzia teleinformatycznego. Stosownie do art. 1 pkt 21 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw, z dniem 1 stycznia 2019 r., nadzór na systemem SWD PRM został przeniesiony z kompetencji ministra właściwego do spraw administracji publicznej do kompetencji ministra właściwego do spraw zdrowia. Na podstawie art. 24a ust. 4 ustawy PRM, zadania administratora oraz związane z rozbudową i modyfikacją systemu powierzono LPR. W tym celu, w strukturze LPR utworzono komórkę organizacyjną pn. Krajowe Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego (art. 27 ust. 1 ustawy PRM). Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2018 r.<sup>51</sup> zmieniono statut LPR, wprowadzając zapis, którym powierzono LPR zadania Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego. Zadania dotyczące kierunków rozwoju systemu SWD PRM oraz aktualizacji poszczególnych jego modułów realizował Wydział Ratownictwa Medycznego Ministerstwa Zdrowia.

W założeniach Ministra Zdrowia, zawartych w piśmie z 18 stycznia 2019 r.<sup>52</sup>, pełne wdrożenie SWD PRM w wersji 2.0. miało nastąpić do końca 2020 r., tak aby z dniem 1 stycznia 2021 r. system funkcjonował w całym kraju. Wersja SWD PRM 2.0 powinna obejmować m.in. rozbudowę wersji 1.0 o: Moduł Lotnicze Pogotowie Ratunkowe, Moduł sprawozdawczości do NFZ, Moduł Szpitalny, Moduł Apteka, Moduł Baza Wiedzy, Hurtownię danych, Moduł Analityczno-Raportowy oraz modyfikację i rozszerzenie następujących modułów: Administratora, Dyspozytora, Stacjonarnego i Mobilnego ZRM, Analityka, Planisty, integrację z systemami wytworzonymi przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, w tym Systemem Informacji Medycznej, integrację z TOP SOR.

(akta kontroli, tom I str. 6, tom II str. s 1-68, 69-70, 373)

W związku z brakiem możliwości wdrożenia systemu SWD PRM w wersji 2.0. w założonym terminie, Minister Zdrowia 1 października 2019 r. zatwierdził opracowaną przez LPR „Koncepcję realizacji SWD PRM 2.0”, która pełne wdrożenie rozbudowanego SWD PRM 2.0. ze wszystkimi modułami przewiduje do dnia 15 listopada 2022 r. Część funkcjonalności przewidzianych początkowo dla wersji SWD PRM 2.0. przeniesiona została do realizacji w ramach rozwoju SWD PRM lub kolejnej wersji SWD PRM 3.0.<sup>53</sup>

(akta kontroli tom III str. 1-70)

<sup>50</sup> Adres: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/system-panstwowe-ratownictwo-medyczne>.

<sup>51</sup> Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 48.

<sup>52</sup> Pismo Nr ROR4566.4.6.2018.EK, skierowane do Dyrektora LPR

<sup>53</sup> Dotyczyło to m.in. utworzenia modułu szpitalnego oraz NFZ, integracji z TOPSOR, dostosowania dokumentacji medycznej do przepisów rozporządzenia.

Dyrektor DRMiO wyjaśnił, że po przejęciu zadań dotyczących rozbudowy SWD PRM konieczna była analiza struktury tego systemu i działających w nim funkcjonalności. Ze względu na niekompletność dokumentacji opisującej system, niezbędne było – dla opracowania koncepcji i kierunków rozwoju – poznanie możliwości i ograniczeń systemu, co można było zrobić jedynie poprzez analizę jego działania w praktyce. W związku z ograniczeniami technologicznymi SWD PRM oraz jego specyficzną budową, będącą konsekwencją autorskiego podejścia trzech dotychczasowych wykonawców, a także koniecznością standaryzacji systemu, przyjęto zmianę terminu wdrożenia projektowanych rozwiązań oraz przesunięcie niektórych funkcjonalności do kolejnej wersji systemu.

(akta kontroli, tom II str. 269-271)

Na podstawie § 9 ust. 4 pkt 18 i 19 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego<sup>54</sup>, LPR, jako centralny administrator SWD PRM, zobowiązane było do sporządzania miesięcznych raportów z prowadzonych działań oraz informacji o awariach systemu i przekazywania ich Ministrowi Zdrowia.

W raportach z listopada 2019 r. LPR poinformowało o tym, że:

- wprowadzona do SWD PRM 15 listopada 2019 r. nowa funkcjonalność<sup>55</sup> spowodowała, zdaniem dysponentów ZRM, bezpośrednie zagrożenie zdrowia i życia pacjentów. Zespół ratownictwa medycznego logujący się do systemu w składzie niepełnym, np. gdy zespół typu „S” pełnił dyżur jako zespół podstawowy, co było częstą praktyką z powodu braków kadrowych, otrzymywał automatycznie status „niegotowy”. SWD PRM takiego zespołu nie uwzględniał w algorytmie podpowiadania dyspozytorowi najbliższej karetki;
- w dniu 29 listopada 2019 wystąpiła awaria, która spowodowała częściową niedostępność SWD PRM. Powodem awarii było wykorzystywanie starych certyfikatów wydanych przez Centrum Certyfikatów MSWiA, które utraciły ważność;
- wprowadzenie funkcjonalności dotyczącej skali bólu do elektronicznej karty medycznych czynności ratunkowych spowodowało nieprawidłowości przy logowaniu się do systemu, słabą widoczność zapisów oraz brak możliwości wykorzystania skali Glasgow<sup>56</sup> do oceny stanu pacjenta.

(akta kontroli, tom II str. 71-144, 275-279)

W związku z występującymi nieprawidłowościami, Dyrektor LPR podjął działania naprawcze<sup>57</sup>, polegające m.in. na:

- powołaniu rady ds. SWD PRM (dziesięciu ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych wskazanych przez Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego SPZOK), która ma charakter opiniotwórczy w trakcie prac nad nowymi funkcjonalnościami systemu;
- zmianie sposobu przygotowania i uzgadniania projektu RFC (*Request for Comments* – dosłownie: *prośba o komentarze* – zbiór technicznych oraz organizacyjnych dokumentów mających formę memorandum związanych z sieciami komputerowymi) oraz realizacji testów;
- prowadzeniu warsztatów szkoleniowych w urzędach wojewódzkich z udziałem przedstawicieli dysponentów zespołów ratownictwa medycznego;
- uruchomieniu strony internetowej KCMRM z informacjami o realizowanych pracach;

<sup>54</sup> Dz.U. poz.1310.

<sup>55</sup> Funkcjonalność ta miała ułatwić dyspozytorom szybkie uzyskanie informacji o najbliższym, w stosunku do miejsca zdarzenia, ZRM.

<sup>56</sup> Skala Glasgow, GCS (z ang. *Glasgow Coma Scale*) jest używana w medycynie w celu oceny poziomu przytomności. Wprowadzono ją w celu umożliwienia szybkiej oceny stanu pacjentów po urazie głowy i wstępnego ustalenia rokowania. Obecnie jest powszechnie stosowana zarówno w medycynie ratunkowej, jak i do śledzenia zmian poziomu świadomości pacjentów w czasie leczenia.

<sup>57</sup> Pismo LPR z 4 lutego 2020 r. Nr LPR.DYR.07.86-2.2020 do Sekretarza stanu W. Kraski.

– wprowadzeniu nowej funkcjonalności w SWD PRM obejmującej swym zakresem możliwość bezpośredniego powiadamiania użytkowników końcowych o planowanych zmianach.

Dyrektor LPR poinformował jednocześnie Sekretarza Stanu Waldemara Krasę, że kierowana przez niego jednostka ze względu na duże obciążenie realizacją własnych, odmiennych od KCMRM zadań, nie jest w stanie prowadzić na najwyższym możliwym poziomie merytorycznego nadzoru nad funkcjonowaniem KCMRM<sup>58</sup>.

(akta kontroli, tom II str.154-159)

W odniesieniu do treści ww. pisma, Dyrektor DRMiO wyjaśnił, że minister właściwy do spraw zdrowia obecnie nie planuje przeniesienia KCMRM poza strukturę Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, ponieważ nie znajduje uzasadnienia dla takiej decyzji. Ewentualne błędy w funkcjonowaniu SWD PRM naprawiane są na bieżąco i nie jest to zjawisko wyjątkowe w przypadku każdego nowotworzonego systemu tego rodzaju.

Obecnie minister właściwy do spraw zdrowia nie dysponuje ani zasobami, ani infrastrukturą umożliwiającą bezkosztową realizację takiego przeniesienia.

(akta kontroli, tom II str. 272-274)

## **8. Realizacja projektu pn. „Tryb obsługi pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)”**

Minister Zdrowia, pismem z dnia 11 września 2018 r.<sup>59</sup>, powierzył LPR wiodącą rolę w procesie wdrażania na terenie kraju<sup>60</sup> projektu „Tryb obsługi pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym” (TOPSOR).

Założenia projektu dotyczyły: ujednolicenia zasad rejestracji i segregacji pacjentów oraz usprawnienia pracy SOR poprzez monitorowanie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia zdrowotne oraz stałe monitorowanie stanu klinicznego pacjentów przebywających na oddziale ratunkowym. Zakładano, że system zmniejszy kolejki pacjentów w SOR, poprzez możliwość kierowania do POZ pacjentów, którzy w ocenie personelu medycznego SOR nie będą wymagali pomocy na oddziale medycyny ratunkowej. Wdrożenie systemu TOPSOR w szpitalnych oddziałach ratunkowych znajdujących się w podmiotach leczniczych, dla których podmiotem tworzącym jest minister, uczelnia medyczna albo samorząd województwa miało nastąpić od 1 października 2019 r., a w pozostałych od 1 stycznia 2021 r.

Przygotowanie właściwego projektu poprzedzone było programem pilotażowym pn. „System informujący o przewidywanym czasie oczekiwania w kolejce w szpitalnym oddziale ratunkowym (SIOK)”, przeprowadzonym w I kwartale 2019 r. w czterech szpitalach: Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Brzesku, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Częstochowie i Samodzielnym Publicznym Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie.

(akta kontroli tom II str. 160-187)

W celu przygotowania postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na system TOPSOR Lotnicze Pogotowie Ratunkowe przeprowadziło w 2019 r. dialog techniczny pn. „Dostawa, montaż i uruchomienie 232 kompletnych systemów<sup>61</sup> *Tryb obsługi pacjenta w szpitalnym oddziale ratunkowym*”. Dialog służył zebraniu informacji, które miały być wykorzystane przy opisie przedmiotu zamówienia, sporządzeniu specyfikacji istotnych warunków zamówienia i określeniu warunków przyszłej umowy z wykonawcą.

(akta kontroli, tom II str. 132-149, 171-187, 415-422, 423-431)

<sup>58</sup> Pismo z 4 lutego 2020 Nr LPR.DYR.07.86-3.2020.

<sup>59</sup> Nr FZOM1.9030.43.2018.WB.

<sup>60</sup> Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2018 r. (Dz. Urz. MZ z 2018 r. poz. 118) zmieniono statut LPR wprowadzając w § 12 ust. 3 pkt 8 zapis, że LPR prowadzi wydzieloną działalność w zakresie wykonywania zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

<sup>61</sup> W projekcie TOPSOR uczestniczą 232 szpitale, ujęte w wojewódzkich planach działania systemu PRM i realizujące umowy zawarte z NFZ.

Źródłem finansowania projektu miała być dotacja celowa Ministra Zdrowia oraz środki Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020<sup>62</sup>. Postępowanie przetargowe na zakup systemu TOPSOR, prowadzone przez Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, zostało unieważnione 29 listopada 2019 r., na podstawie art. 93 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>63</sup>, z powodu niemożliwej do usunięcia wady, wykluczającej zawarcie niepodlegającej unieważnieniu umowy. Zamawiający nie wprowadził bowiem do specyfikacji istotnych warunków zamówienia wymogu dostarczenia kart katalogowych oraz parametrów urządzeń, co doprowadziło do składania nieporównywalnych ofert – wybranie oferty mogło skutkować dostarczeniem sprzętu, który nie spełniałby wymogów zamawiającego (zawiadomienie o unieważnieniu postępowania z dnia 29 listopada 2019 r.). Skutkowało to przesunięciem terminu wdrożenia systemu TOPSOR na 2021 r.

NIK wskazuje, że pomimo poprzedzenia postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego programem pilotażowym SŁOK oraz dialogiem technicznym, nieprawidłowo został opracowany opis przedmiotu zamówienia i specyfikacja istotnych warunków zamówienia, co świadczy o niedostatecznym nadzorze Ministra nad realizacją projektu.

Ministerstwo Zdrowia nie przygotowało rozwiązania zastępczego na wypadek niemożności uruchomienia programu TOPSOR od 1 października 2019 r.

(akta kontroli, tom I str. 188, tom II str. 171-243, 381-414)

## **9. Finansowanie jednostek systemu PRM**

### *Szpitalne oddziały ratunkowe*

Wartość zrealizowanych świadczeń udzielanych w szpitalnych oddziałach ratunkowych w 2018 r. wyniosła 1 472 387 tys. zł, a w 2019 r. – 1 616 822 tys. zł, tj. wzrosła o 10%.

Wyniki kontroli jednostkowych przeprowadzonych w: Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego; Szpitalu Wojewódzkim im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie; Kresowym Szpitalu Wojskowym z Przychodnią, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach; 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką w Bydgoszczy; Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Chełmie wykazały, że pomimo zwiększonych nakładów, we wszystkich skontrolowanych przez NIK szpitalach prowadzących SOR, występowały problemy finansowe, które miały zasadniczy wpływ na ich funkcjonowanie.

Przykładowo: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w 2018 r. wykazało stratę na działalności SOR w wys. 3 757,3 tys. zł, a w 2019 r. za III kwartały - 4 904,9 tys. zł; Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie zanotował stratę na działalności SOR w wys.: 2 234,1 tys. zł w 2018 r. i 2 755,2 tys. zł w 2019 r. za III kwartały; 105 Kresowy Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Żarach odnotował w 2018 r. stratę w wys. 1 026,0 tys. zł, a w 2019 r. za 9 miesięcy w wys. 678,0 tys. zł.

Brak wystarczających środków finansowych powodował trudności z pozyskaniem, za oferowane przez szpitale stawki wynagrodzenia, lekarzy niezbędnych do obsłużenia zwiększającej się liczby pacjentów w SOR.

(akta kontroli tom I str. 77, 387)

### *Zespoły ratownictwa medycznego*

W 2017 r. dotacja przyznana z budżetu państwa (z części, której dysponentami są wojewodowie) na realizację zadań w rodzaju ratownictwo medyczne wykonywanych przez ZRM wyniosła 1 926 059 tys. zł, a w 2018 r. – 2 045 938 tys. zł (wzrost o 6%)<sup>64</sup>.

(akta kontroli tom I str. 392)

<sup>62</sup> Umowa o dofinansowanie Nr POIS.09.01.00-00-0368/19-00/657/2019/673 zawarta pomiędzy MZ a LPR. Minister Zdrowia pełnił rolę jednostki pośredniczącej.

<sup>63</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1843, ze zm.

<sup>64</sup> Do zakończenia kontroli Ministerstwo Zdrowia nie dysponowało informacjami od wojewodów o ostatecznych wysokościach kwot przyznanych dotacji na 2019 r. oraz kosztach realizacji zadań przez ZRM – nie opublikowano sprawozdania z wykonania budżetu za 2019 r.

W 2019 r. w ramach dotacji celowej z budżetu Ministra Zdrowia (dotacje przyznawane dysponentom ZRM stosownymi decyzjami Ministra) zakupiono 149 ambulansów, a kolejne 51 zamierzano zakupić do końca kwietnia 2020 r. Zaplanowano na ten cel środki w wysokości 80 mln zł.

W 2018 r. średnia wysokość stawki za „dobokaretkę” ZRM S wynosiła 4 075,43 zł, a ZRM P 3 056,58 zł; w 2019 r. ZRM S – 4 101,47 zł, a ZRM P – 3 076,10 zł; w 2020 r. ZRM S - 4 497,08 zł, a ZRM P - 3 372,81 zł. Wzrost stawki w latach 2018-2020 wyniósł 10,3% (dla obu rodzajów ZRM).

Pomimo wzrostu otrzymywanych środków, dysponenci ZRM mieli problemy z zatrudnieniem lekarzy medycyny ratunkowej za proponowane stawki wynagrodzenia. Przykładowo: w okresie od 1 stycznia 2018 r. do 30 września 2019 r. liczba lekarzy zmniejszyła się w:

- Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Szczecinie ze 145 do 117, tj. o 20%;
- Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy z 20 do 16, tj. o 20%;
- Samodzielnej Publicznej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Zamościu z 36 do 27, tj. o 25%.

W związku z brakiem lekarzy dysponenci mieli problemy z obsadą ZRM S. Konieczne było zastępowanie ZRM S zespołami podstawowymi ZRM P<sup>65</sup>, co skutkowało koniecznością zapłaty kar umownych nałożonych przez NFZ. Przykładowo: w latach 2018-2019 Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ wezwał dysponenta ZRM do zapłaty kar umownych z powodu braku lekarza w obsadzie ZRM „S”, w łącznej wysokości 323,6 tys. zł<sup>66</sup>.

(akta kontroli tom I str. 103, 381-382, 405-407, 424)

#### *Lotnicze Pogotowie Ratunkowe*

Działalność Lotniczego Pogotowia Ratunkowego finansowana była z dotacji podmiotowej, która w 2018 r. wyniosła 131 235,2 tys. zł, a w 2019 r. 140 766,8 tys. zł<sup>67</sup> (wzrost o 7,3%). W trakcie 2019 r. wysokość dotacji była czterokrotnie zmieniana.

(akta kontroli, tom I str. 448-451, tom II str. 280-302)

Dyrektor DRMiO wyjaśnił, że środki budżetowe ujęte w ustawie budżetowej na rok 2019 były niższe od potrzeb zgłaszanych przez LPR, tj. 144 184 tys. zł. W związku z tym konieczne było racjonalne gospodarowanie środkami i dokonywanie jedynie koniecznych wydatków.

(akta kontroli tom II str. 366-368)

Stosownie do art. 27a ust. 3 i 4 ustawy PRM, finansowanie zadań bieżących oraz wydatków inwestycyjnych, utworzonego w strukturze Lotniczego Pogotowia Ratunkowego KCMRM, odbywało się z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Dotacja celowa na wydatki bieżące wyniosła:

- w 2018 r. – 2 743,5 tys. zł, z których wykorzystano 1 637,7 tys. zł (59,7%); Dyrektor LPR jako przyczynę niewykorzystania części dotacji wskazywał długi czas uruchamiania rezerwy<sup>68</sup>;
- w 2019 r. – 9 224,6 tys. zł<sup>69</sup>, z której wykorzystano w środki w kwocie 8 944,9 tys. zł (97%). Środki z dotacji zostały uruchomione w lipcu 2019 r.

<sup>65</sup> Opisano w pkt 5 Wystąpienia.

<sup>66</sup> Wystąpienie z dnia 14 lutego 2020 r. skierowane do Dyrektora „MEDITRANS”.

<sup>67</sup> LPR wnioskowało do Ministra Zdrowia (pismo Nr LPR.DAK.31.8-1.2018 z dnia 29 grudnia 2018 r.) o przyznanie dotacji w 2019 r. na finansowanie działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego i lotniczych zespołów transportu sanitarnego w kwocie 144 184 tys. zł

<sup>68</sup> Pismo do Ministerstwa Zdrowia Nr LPR.DAK.08.2-3.2019 z dnia 31 stycznia 2019 r.

<sup>69</sup> Aneksami do umowy nr LPR/85144/2800/657/219. Aneks nr 1 z 5 lutego 2019 r. ustalono dotację w kwocie 5 744 343 zł do wydatkowania w 2019 r. Aneks nr 2 z 4 lipca 2019 r. podwyższono dotację do kwoty 9 104 343 zł. Aneks nr 3 z 31 lipca 2019 r. podwyższono dotację do kwoty 10 902 143 zł, następnie zmniejszono do 9 224,6 tys. zł.

Umowy dotacyjne na kwotę 23 784,7 tys. zł, na zakupy inwestycyjne związane z działaniem KCMRM w okresie 2018-2019, zawarto odpowiednio: 21 września 2018 r. i 8 lipca 2019 r.

(akta kontroli, tom II str. 303-365)

Zdaniem NIK, uruchamianie rezerwy celowej przez Ministra Finansów na finansowanie wydatków KCMRM w drugiej połowie roku budżetowego, utrudniało w istotny sposób zarządzanie jednostką, (m.in. prowadzenie postępowań o udzielanie zamówień publicznych).

## **10. Kontrole jednostek systemu PRM**

Minister Zdrowia, korzystając z uprawnienia wynikającego z art. 119 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, w latach 2018-2019 zlecił przeprowadzenie 32 kontroli (w szpitalach i u dysponentów ZRM), w tym 22 wojewodom i 10 konsultantom krajowym<sup>70</sup>. Kontrole zlecone zostały w związku z doniesieniami medialnymi (11), skargami (10) oraz wynikami analiz dotyczących wysokiej śmiertelności wśród pacjentów (10). Kontrolami objęto m.in. zapewnienie minimalnych zasobów kadrowych oddziałów SOR, prawidłowość postępowania personelu medycznego oraz sposób postępowania zespołów ratownictwa medycznego.

Postępowania kontrolne zakończono w 13 podmiotach (w 11 szpitalach oraz u dwóch dysponentów ZRM)<sup>71</sup>. W sześciu podmiotach nie stwierdzono nieprawidłowości, natomiast w pozostałych nieprawidłowości dotyczyły m.in.: długiego czasu oczekiwania na transport między szpitalami (do 3,5 godzin), nieprawidłowego sposobu przeprowadzenia badania, nieprawidłowego wypełnienia dokumentacji medycznej, nieprawidłowej decyzji kierownika ZRM o pozostawieniu pacjenta pod opieką rodziny. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami wydano zalecenia oraz sformułowano wnioski pokontrolne. Dyrektorzy placówek, w których przeprowadzono kontrole, poinformowali o działaniach podjętych w celu realizacji wniosków pokontrolnych.

(akta kontroli tom I str.483-487)

W przypadku 19 niezakończonych kontroli, w pięciu z nich, konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny ratunkowej wydano kolejne upoważnienie na okres dwóch miesięcy dopiero po upływie od 53 do 258 dni od daty upływu ważności poprzedniego upoważnienia. Wystąpił także przypadek wysłania wystąpienia po 427 dniach od daty upływu ważności upoważnienia.

Dyrektor Departamentu Nadzoru i Kontroli wyjaśnił, że przepisy dotyczące przeprowadzania kontroli w trybie art. 119 ustawy o działalności leczniczej nie nakładają wiążącego terminu, w którym powinny zostać zakończone czynności pokontrolne. Kilukrotnie zwracano się do tego konsultanta o przekazanie wyników kontroli. Konsultant krajowy ze względu na liczne obowiązki oraz długotrwałe zwolnienie nie zrealizował kontroli w wyznaczonym czasie lub przekazane wyniki wymagały uzupełnienia.

(akta kontroli tom I str.505-512, 526-528)

Minister Zdrowia przeprowadził w 2019 r. jedną kontrolę w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku, w wyniku której zalecił umieszczenie monitoringu wizyjnego w pomieszczeniach dyspozytorni medycznej oraz dokładne oddzielenie pomieszczeń dyspozytorni i pomieszczenia Miejskiego Centrum Zarządzania Kryzysowego w Białymstoku.

(akta kontroli tom I str. 483-487)

<sup>70</sup> W tym konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny ratunkowej dziewięć kontroli i jedną konsultantowi krajowemu w dziedzinie pediatrii.

<sup>71</sup> Do czasu zakończenia kontroli NIK.

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

1. Brak skutecznych działań w celu zapewnienia niezbędnej liczby lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej dla sprawnego funkcjonowania systemu PRM.  
(akta kontroli tom I str. 235-236, 239, 250-271, 307-312)
2. Niezapewnienie warunków do dotrzymania terminu wdrożenia wersji SWD PRM 2.0. i poprawnego funkcjonowania systemu.  
(akta kontroli tom II str. 1-144, 152-159)
3. Niedostateczny nadzór nad realizacją projektu TOPSOR, co opóźniło wdrożenie systemu, który 1 października 2019 r. miał funkcjonować w podmiotach leczniczych utworzonych przez ministra, uczelnię medyczną albo samorząd województwa.  
(akta kontroli, tom II, str. 171-266)
4. Opóźnienie w wydaniu dwóch rozporządzeń tj. rozporządzenia z dnia 3 lipca 2019 r. w sprawie Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego i z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego oraz obwieszczenia z 9 września 2019 r. w sprawie algorytmu zbierania wywiadu medycznego przez dyspozytora medycznego, wynoszące od ponad sześciu do ponad ośmiu miesięcy od daty wejścia w życie zmian w ustawie PRM, zobowiązujących do ich wydania.  
(akta kontroli tom I str. 107-167)
5. Nieogłoszenie standardów postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną<sup>72</sup>, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej, w tym dotyczących zasad segregacji medycznej, transportu pacjenta oraz udzielania mu wsparcia psychicznego<sup>73</sup>.  
(akta kontroli tom I str. 107, 112-113, 168-169, 345-346)
6. Brak dostatecznego nadzoru nad funkcjonowaniem systemu PRM spowodowany korzystaniem z nierzetelnych danych pochodzących z systemu SWD PRM i z wojewódzkich planów działania PRM.  
(akta kontroli tom I str. 201, 204, 215-229, 371-372, 439-447, 551)
7. Dopuszczenie do przewlekłości postępowań kontrolnych zleczanych wojewodom i krajowemu konsultantowi w dziedzinie medycyny ratunkowej.  
(akta kontroli tom I str. 483-504)

#### IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia wystarczającej dla sprawnego funkcjonowania systemu PRM liczby lekarzy ze specjalnością z medycyny ratunkowej.
2. Zapewnienie warunków do terminowej realizacji koncepcji rozwoju SWD PRM 2.0. oraz wprowadzanie nowych funkcjonalności do systemu w sposób niestwarzający zagrożeń dla prawidłowego funkcjonowania PRM.
3. Wzmożenie nadzoru nad procesem przygotowania systemu TOPSOR w sposób gwarantujący jego terminowe wdrożenie.

<sup>72</sup> Na podstawie obowiązującego od 1 stycznia 2007 r. art. 43 ustawy o PRM.

<sup>73</sup> Po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz stowarzyszeń będących, zgodnie z postanowieniami ich statutów, towarzystwami naukowo-lekarskimi albo towarzystwami naukowymi o zasięgu ogólnokrajowym wpisanymi do Krajowego Rejestru Sądowego.

4. Ogłoszenie standardów postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną stosownie do treści art. 43 ustawy PRM.
5. Uporządkowanie procesów tworzenia i wymiany danych w systemie PRM, niezbędnych do planowania działań i nadzoru nad systemem.
6. Podjęcie działań w celu wyeliminowania przewlekłości postępowań kontrolnych zleconych wojewodom i konsultantowi krajowemu w dziedzinie medycyny ratunkowej.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania.

Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa NIK. 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.

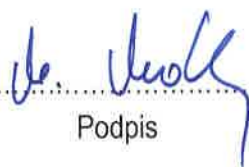
Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni 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, 16 września 2020 r.

Wiceprezes  
Najwyższa Izba Kontroli  
Małgorzata Motylow

  
Podpis